

PERFIL DA DEMANDA DOS USUÁRIOS DA CLÍNICA DA FAMÍLIA E DA UPA EM ÁREA COM 100 % DE COBERTURA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

DEMAND PROFILE OF USERS OF CLINICAL FAMILY AND UPA IN THE AREA WITH 100% COVERAGE OF PRIMARY CARE

PERFIL DE LA DEMANDA DE LOS USUARIOS DEL ÁREA CLÍNICA Y UPA FAMILIA EN CON 100% DE COBERTURA DE PRIMARIA

Rogério Ferrari, Aline Pereira Loyola; Ayala Pinotti Pansani; Bruna Lourenço Santos; Dimitri Braga Azeredo; Felipe Abner Alves de Magalhães; Mikayla Cordeiro Bazani; Paula Pessoa da Silva; Paula Santiago Teixeira; Suzana de Araujo Cardoso Giffoni; Thaisa Cajuela Gonçalves; Viviane Nassimbeni Vargas Leite¹, Ana Maria Ramalho Ortigão Farias²

Resumo:

Introdução: A Clínica da Família (CF) tem como papel ofertar ações e serviços primários, sendo a porta de entrada preferencial do cidadão ao serviço de saúde. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são definidas como unidades de atuação intermediária entre a atenção primária e a rede hospitalar, e devem compor com estas uma rede articulada de atenção às urgências. No entanto, em áreas onde a cobertura da saúde da família alcança a totalidade da população, podem ocorrer sobreposições de atuação entre estas duas modalidades de oferta de serviços.

Objetivos: avaliar o perfil da demanda dos usuários da CF Maria do Socorro

Silva e Souza e da UPA localizadas na Rocinha no Rio de Janeiro e comparar a satisfação dos usuários atendidos nestas unidades. **Métodos:** trata-se de um estudo transversal, quantitativo, com entrevistas estruturadas aos usuários. Utilizou-se uma amostra de conveniência, composta por 248 usuários que aguardavam em sala de espera em 3 diferentes turnos de atendimento, sendo 162 da CF e 86 da UPA. **Resultados:** houve predomínio de sexo feminino tanto na CF quanto na UPA (80,2% e 69,8%), e idade entre 20 a 39 anos (45,5% e 58,1%). 88,3% dos usuários da CF e 47,7% da UPA sabem a equipe a qual pertencem. O relato de visita domiciliar do ACS e do médico/enfermeiro foi respectivamente de 78,4% e 59,9% na CF e de 45,4% e 43,0% na UPA. Dois terços dos usuários da CF são frequentadores assíduos da unidade com utilização maior ou igual a 3 vezes. Dentre os entrevistados da CF e UPA que já utilizaram os dois serviços (70,4% e 54,7%), foi analisada a satisfação com

¹ Graduando de Medicina pela Universidade Estácio de Sá, UNESA, Rio de Janeiro-RJ. E-mail: rgrferrari@gmail.com

² Médica. Professora orientadora, Universidade Estácio de Sá, UNESA, Rio de Janeiro-RJ. E-mail: anamrofarias@gmail.com

diferentes aspectos do serviço, tendo maioria preferida a CF, exceto em um aspecto. **Conclusões:** em ambas as unidades predominam a demanda do sexo feminino; na UPA a demanda do sexo masculino era um pouco maior e mais jovem. Não foi observado predomínio de condições de urgência que sobrepassariam a capacidade resolutive das equipes de saúde da família, existindo acentuada sobreposição de ações entre as duas unidades. Na população entrevistada a satisfação foi maior com a CF do que com a UPA. **Descritores:** Saúde da Família; Serviços Médicos de Emergência; Perfil de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Family Clinic (CF) has the role of offering shares and primary services, with the preferred gateway to the national health service. The Emergency Care Units (UPA) are defined as units of intermediate acting between primary care and hospital network, and should form a network with these articulated attention to the emergency room. However, in areas where coverage family health reaches the entire population, overlapping activities between these two modes of supply of services may occur.

Objectives: To assess the demand profile of the users of CF Maria do Socorro Silva e Souza and UPA located in Rocinha in Rio de Janeiro and compare the satisfaction of the trainees in these units. **Methods:** This is a cross-sectional, quantitative study with structured interviews with users. We used a convenience sample consisting of 248 users who were waiting in the waiting room in 3 different shifts of care, 62 of the CF and 86 of UPA. **Results:** There was a predominance of females in both CF and in UPA (80.2% and 69.8%) and aged 20-39 years (45.5% and 58.1%). 88.3% of users of CF and 47.7% of the UPA, the team knows they belong. Reports of home visits by ACS and physician / nurse was respectively 78.4% and 59.9% in CF and 45.4% and 43.0% in the UPA. Two-thirds of users of CF are regulars unit with greater than or equal to 3 times use. Among the respondents of CF and UPA who have used both services (70.4% and 54.7%), was analyzed satisfaction with different aspects of service, most preferred the CF except in one respect. **Conclusions:** In both units the demand females predominate; UPA on demand male was a little bigger and younger. Not prevalence of urgent conditions that sobrepassariam resolving capacity of family health

teams, existing shares substantial overlap between the two units was observed. In the interviewed population satisfaction was higher with CF than with the UPA. **Key words:** Family Health; Emergency Medical Services; Health Profile.

Resumen:

Introducción: La Clínica de la Familia (CF) tiene la función de ofrecer acciones y servicios de atención primaria, con la puerta de entrada preferido para el servicio nacional de salud. Las Unidades de Cuidados de Emergencia (UPA) se definen como unidades de acción intermedia entre la atención primaria y la red hospitalaria, y deben formar una red con ellos la atención articulada a la sala de emergencias. Sin embargo, en las zonas donde la cobertura de salud de la familia llega a toda la población, se pueden presentar actividades que se solapan entre estos dos modos de suministro de servicios. **Objetivos:** Evaluar el perfil de la demanda de los usuarios del CF Maria do Socorro Silva e Souza y UPA ubicada en Rocinha en Río de Janeiro y comparar la satisfacción de los alumnos en estas unidades. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, cuantitativo con

entrevistas estructuradas con los usuarios. Se utilizó una muestra de conveniencia que consta de 248 usuarios que estaban esperando en la sala de espera en 3 turnos diferentes de atención, y 162 de la CF, 86 de UPA. **Resultados:** Hubo un predominio del sexo femenino, tanto en la CF y en UPA (80,2% y 69,8%) y de entre 20-39 años (45,5% y 58,1%). 88,3% de los usuarios de CF y el 47,7% de UPA saben que el equipo al que pertenecen. Los informes de las visitas domiciliarias por parte de ACS y el médico / enfermera fue respectivamente 78,4% y 59,9% en la CF y el 45,4% y el 43,0% en la UPA. Dos tercios de los usuarios son asiduos unidad de CF con mayor o igual a 3 veces su uso. Entre los encuestados de la CF y UPA que han utilizado ambos servicios (70,4% y 54,7%), se analizó la satisfacción con diferentes aspectos del servicio, lo más preferido la CF, excepto en un aspecto. **Conclusiones:** En las dos unidades de las hembras de la demanda predominan; UPA en la demanda masculina era un poco más grande y más joven. No se observó la prevalencia de condiciones urgentes que resolver sobrepasarían capacidad de los equipos de salud familiar, las acciones de superposición sustancial existente entre las dos unidades. En la satisfacción de la

población entrevistada fue mayor con CF que con la UPA. **Descriptor:** Salud de la Familia; Servicios Médicos de Urgencia; Perfil de Salud.

Introdução

A Clínica da Família (CF) tem como papel ofertar ações e serviços primários, sendo a porta de entrada preferencial do cidadão ao serviço de saúde. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são definidas como unidades de atuação intermediária entre a atenção primária e a rede hospitalar, e devem compor com estas uma rede articulada de atenção às urgências. No entanto, em áreas onde a cobertura da saúde da família alcança a totalidade da população, podem ocorrer sobreposições de atuação entre estas duas modalidades de oferta de serviços.

A atenção primária de saúde é a porta de entrada preferencial do cidadão ao serviço de saúde e tem se mostrado como proposta estratégica para sistemas de saúde no mundo. Tem por objetivo oferecer acesso universal e serviços abrangentes, além de expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, e ainda implementar ações buscando a promoção de saúde e prevenção de doenças¹.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui uma das mais

importantes iniciativas do sistema de saúde público brasileiro e se propõe a organizar a oferta de ações e serviços primários, ou de atenção básica para populações definidas dentro da perspectiva de atenção integral e de acordo com as necessidades locais. Para tanto, o ESF conta com equipes multidisciplinares que visam a desenvolver promoção, prevenção, educação e atenção à saúde realizada não apenas dentro da unidade, mas também na comunidade e por meio de visitas domiciliares².

A atenção básica no Brasil possui alguns princípios fundamentais que são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Por meio da adstrição de clientela, as equipes de ESF estabelecem vínculo com a população, possibilitando dessa maneira o compromisso e a responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Por visar uma maior resolubilidade da atenção, o seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação³.

As equipes da ESF representam o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde local, coordenam a atenção e procuram integrar com os serviços de apoio diagnósticos, assistência especializada e hospitalar¹. A atenção subspecializada é mais cara

do que a atenção primária e, portanto, são também menos acessíveis aqueles indivíduos que possuem menos recursos.

O Modelo de Atenção à Saúde do Brasil é referência internacional. A estratégia Saúde da Família como desenhada no caso Brasileiro é destaque e modelo para outros países e está consolidada nos municípios brasileiros.

Existem vários modelos de atenção primária à saúde (APS), o Município do Rio de Janeiro adotou o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), em conformidade com a política nacional de atenção básica, a partir de 2009. O Município do Rio de Janeiro está expandindo a cobertura da ESF tendo passado de 4% de cobertura para 40% entre 2009 e 2013, em grande velocidade, mas ainda não está consolidada⁵.

Todas as unidades de saúde do município, de acordo com o perfil de atendimento, podem ser classificado/denominadas em: atenção primária (Clínica da Família e Centro Municipal de Saúde), atenção secundária (UPA, Policlínica, CAPS e Centro de Reabilitação) e atenção terciária (Maternidade, Hospital e Instituto)⁵.

Por outro lado, os serviços de urgência têm figurado com destaque na

agenda governamental na última década, recebendo do governo federal uma dedicação para organizar a atenção às urgências no país. Em 2003, foi inaugurada a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)⁶. No município do Rio de Janeiro, o processo de implantação e expansão das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) foi o fio condutor da política de saúde local, tendo sido exaltado como modelo a ser seguido na estruturação da rede de urgência e emergência. Definidas como unidades de atuação intermediária entre a atenção primária e a rede hospitalar, essas unidades devem compor com estas uma rede articulada de atenção às urgências⁷.

O caso do Rio de Janeiro é emblemático, já que a cidade possui a maior estrutura hospitalar pública do país, e ainda assim, sofre cronicamente da incapacidade de responder à demanda da população. Com uma rede de atenção primária em incipiente processo de expansão e uma rede hospitalar ineficiente, a lógica biomédica tradicional segue predominante por aqui. A grande relevância dada à implantação das UPA 24h, tem gerado muita discussão e polêmica no cenário municipal sobre sua inserção e integração ao sistema municipal de saúde, principalmente

considerando-se o privilégio financeiro que os governos local e regional têm dado à mesma⁷.

Dados de maio de 2011 mostram o estado do Rio de Janeiro na ponta com 43 UPA, seguido por Pernambuco e São Paulo com apenas 14 e 13 unidades, respectivamente. Apesar do pesado investimento político e financeiro para a implantação e expansão dessas unidades na rede assistencial do município, essa estratégia não logrou contornar os graves problemas de integração entre as unidades de saúde⁷.

A Rocinha possui 100% de cobertura da Clínica da Família, no entanto, nesta mesma região coexiste a UPA, podendo gerar uma sobreposição de serviços das duas modalidades. Esta situação tem gerado muitos conflitos de idéias e é tema de discussões na atualidade. Desta forma, este estudo se justifica pela necessidade de avaliação da demanda que é atendida nas duas modalidades, buscando contribuir para uma melhoria do planejamento das ações de saúde local.

Diante do exposto, o objetivo do estudo é avaliar o perfil da demanda dos usuários da Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza (CFMSSS) e da UPA da Rocinha e comparar a satisfação dos usuários atendidos nas unidades.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal com caráter quantitativo realizado em duas unidades de saúde na comunidade da Rocinha-RJ. Os locais de estudo foram: CF Maria do Socorro Silva e Souza, que abrange 11 áreas da comunidade da Rocinha, cada uma com sua equipe composta por 6 ACS, 1 técnico de enfermagem, 1 enfermeiro, 1 médico e 1 dentista e UPA 24h da Rocinha que possui 4 médicos, 4 enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem e 7 auxiliares administrativos .

Utilizaram-se como instrumento de pesquisa para comparação das duas modalidades de estudo, entrevistas estruturadas com questionários contendo questões abertas e fechadas, aplicado aos usuários que aguardavam atendimento. Para padronização dos entrevistadores ocorreu à capacitação antes da realização das entrevistas.

A amostra do presente estudo foi obtida pelo método de amostragem de conveniência, sendo composta por 248 usuários, sendo 162 da CF e 86 da UPA, durante entrevistas estruturadas nos dias 28/02/2013 (tarde), 07/03/2013 (tarde) e 08/03/2013 (manhã).

A sala de espera da UPA é menor comparada a da CF, portanto,

depois de esgotados usuários da UPA, as entrevistas eram direcionadas para a CF, isto justifica o fato da primeira ter menor número de participantes.

Para inclusão no estudo adotou-se o seguinte critério de seleção: todos os usuários que aceitarem participar da pesquisa voluntariamente. Os critérios de exclusão abrangiam as crianças que não eram capazes de responder a entrevista, sendo a mesma realizada com o acompanhante da criança.

As informações dos instrumentos respondidos foram codificadas, digitados e processados em planilha Excel®. Os resultados foram analisados por estatística descritiva dos dados e apresentados sob a forma de tabelas e figuras.

Resultados e Discussões

Nos dias 28 de fevereiro, 07 de março (período vespertino) e 08 de março (matutino), foram entrevistadas 248 pessoas, sendo 162 (65,3%) pessoas da Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza e 86 (34,7%) pessoas da UPA da Rocinha do Rio de Janeiro. Destaca-se ainda que 43,1% da amostra (107 usuários) foram abordadas no dia 08/03, único turno em que a entrevista foi pela manhã.

A tabela 1 descreve a distribuição de pessoas na CF Maria do Socorro e na UPA, durante o período e turno citados. Observa-se que, das 162 pessoas entrevistadas na CF, a maior demanda foi no dia 08/03. Em contrapartida, das 86 pessoas entrevistadas na UPA, observou-se que a maior demanda foi no dia 28/02, no turno vespertino.

Tabela 1. Distribuição dos usuários quanto ao local – CF Maria do Socorro e UPA da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil, 2013.

DIA/LOCAL	CF		UPA	
	N	%	n	%
28/02 (TARDE)	35	21,6	32	37,2
07/03 (TARDE)	49	32,2	25	29,0
08/03 (MANHÃ)	78	48,2	29	33,8
TOTAL	162	100	86	100

A tabela 2 mostra a distribuição de pessoas quanto à idade e o sexo. A idade adulta jovem, com faixa etária de 20-39 anos, representou 49,6% da demanda total das duas unidades, sendo 45,0% demanda da CF e 58,1% da demanda da UPA. Vale ressaltar que a demanda de pessoas a partir de 60 anos apresentou o menor percentual nos dois locais, tendo maior procura pela CF em relação à UPA. Das 162 pessoas que foram entrevistadas na CF, observou-se um predomínio de 80,2% de mulheres, assim como das 86 pessoas atendidas na UPA, aproximadamente 69,8% eram do sexo feminino.

Em relação ao predomínio do gênero feminino, denota a sabida

diferença da preocupação com cuidados de saúde que existe entre homens e mulheres⁸. A demanda do sexo masculino é menor, pois alguns homens apresentam a percepção de não pertencimento aos serviços de Atenção Primária à Saúde, visto que julgam que esses serviços são destinados a pessoas idosas, às mulheres e às crianças. Além disso, os homens apresentam receio de procurar atendimento médico, pois acham que são invulneráveis e por que possuem uma dificuldade de verbalizar suas necessidades de saúde no contexto da assistência⁹.

Tabela 2. Distribuição dos usuários quanto à idade, sexo, localização no site “onde ser atendido?”, conhecimento da sua CF e equipe de atendimento, e ainda migração no ultimo ano – CF Maria do Socorro e UPA da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil, 2013.

VARIÁVEL	CF		UPA	
	N	%	n	%
IDADE				
10 A 19 ANOS	21	13,0	12	14,0
20 A 39 ANOS	73	45,0	50	58,1
40 A 60 ANOS	46	28,4	21	24,4
> 60 ANOS	22	13,6	3	3,5
SEXO				
F	130	80,2	60	69,8
M	32	19,8	26	30,2

AREA ATUAL

NÃO LOCALIZADO	125	77,2	55	63,9
SMS CF RINALDO DE LAMARE	35	21,6	29	33,7
SMS RODOLPHO PERISSE	2	1,2	0	0,0
SMS VILA CANOAS	0	0,0	1	1,2
SMS PADRE MIGUEL	0	0,0	1	1,2

SABE A CF

SIM	144	88,9	50	58,1
NÃO	18	11,1	36	41,9

CF

MARIA DO SOCORRO	139	85,80	28	32,5
NÃO LEMBRA	18	11,1	36	41,9
RINALDO DE LAMARE	2	1,2	16	18,6
ALBERT SABIN	3	1,9	6	7,0

SABE A EQUIPE

SIM	143	88,3	41	47,7
NÃO	19	11,7	45	100

MUDOU-SE NO ULTIMO ANO

NÃO	141	87,0	75	87,2
SIM	21	13,0	11	12,8

MORADIA ANTERIOR

OUTRO ESTADO	3	14,3	3	27,3
OUTRO BAIRRO RJ	3	14,3	3	27,3
ROCINHA	15	71,4	5	45,4

TOTAL	162	100	86	100
--------------	------------	------------	-----------	------------

Como demonstrado ainda na tabela 2, na área atual, tanto na CF quanto na UPA, a maioria não era localizada no site da Subpav “onde ser atendido?”. Dos entrevistados localizados, na CF e na UPA, 21,6% e 33,7%, respectivamente, pertencem a SMS CF Rinaldo De Lamare. O Subpav é um sistema utilizado em âmbito

municipal pelo usuário para que ele possa saber em qual clínica de família deve ser atendido. É um sistema baseado no mapeamento realizado pelo Google Maps.

Foi identificada uma deficiência do site do Subpav no setor “onde ser atendido?” na favela da Rocinha, não sendo localizada a unidade Maria do Socorro. Comprovou-se que parte do

território adscrito à unidade Maria do Socorro foi identificado como pertencente à unidade Rinaldo De Lamare. Considerando o difícil acesso físico à grande parte da Rocinha, muitas regiões não foram mapeadas pelo Google Maps, já que o mesmo é realizado através de automóvel, o que justifica o grande percentual dos entrevistados não ter sido localizado no site do Subpav.

Outra questão levantada é o conhecimento dos usuários quanto à clínica a ser atendido. A maioria dos entrevistados na CF sabia identificar a sua CF em que está cadastrado e sua equipe (88,9% e 88,3%, respectivamente), enquanto os entrevistados na UPA apresentaram menor índice de conhecimento. Isso pode estar relacionado ao fato de a CF criar vínculos com os pacientes que a utilizam. Tendo em vista que as CF utilizam as tecnologias leves, que são as produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização¹⁰.

No último ano notou-se que pequena parte dos usuários apresentou migração residencial, e a maioria destas foi dentro da própria comunidade, fato mostrado ainda na tabela 2. Esta

questão foi levantada com o intuito de analisar a relação entre a migração e a utilização da UPA, visto que os usuários poderiam desconhecer a sua CF de abrangência e procurar o atendimento na UPA. O fato não foi comprovado, pois migrantes de outros estados ou bairros se distribuíram de maneira igualitária nos dois serviços.

A maioria dos usuários da CF e da UPA já foi visitada pelo ACS (Tabela 3). Porém, o mais contrastante, é que, ao ser indagado sobre a visita do médico ou enfermeiro, a maioria dos usuários entrevistados da UPA (50%) relata não ter sido visitado pelo médico ou enfermeiro. Enquanto que na CF, a maioria dos usuários já tinha sido visitada pelo médico ou enfermeiro (59,9%).

A visita domiciliar mostra-se como de grande importância, visto que melhora a vida dos usuários, garantindo seu direito, facilitando o acesso a técnicas de diagnóstico e tratamento. No entanto, muitos usuários da UPA não receberam visita domiciliar, o que pode estar relacionado à ausência do usuário em sua residência no momento da visita, por esta ser realizada em horário comercial, em que o usuário pode estar em horário de trabalho¹¹.

Tabela 3. Distribuição dos usuários quanto à visita domiciliar dos ACS, médico ou enfermeiro; e a utilização dos serviços – CF Maria do Socorro e UPA da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil, 2013.

VARIÁVEL	CF		UPA	
	N	%	n	%
VISITA DO ACS				
SIM	127	78,4	39	45,4
NÃO	31	19,1	31	36,0
NÃO SABE	4	2,5	16	18,6
VISITA DO MEDICO OU ENFERMEIRO				
SIM	97	59,9	37	43,0
NÃO	58	35,8	43	50,0
NÃO LEMBRA	7	4,3	6	7,0
UTILIZAÇÃO DA CF				
1 A 2 VEZES	48	29,6	20	23,2
3 A 5 VEZES	45	27,8	12	14,0
MAIS DE 5 VEZES	66	40,7	14	16,3
NENHUMA	3	1,9	40	46,5
UTILIZAÇÃO DA UPA				
1 A 2 VEZES	48	29,6	48	55,8
3 A 5 VEZES	39	24,1	23	26,7
MAIS DE 5 VEZES	23	14,2	12	14,0
NENHUMA	52	32,1	3	3,5
UTILIZOU OS DOIS SERVIÇOS				
SIM	114	70,4	47	54,7
NÃO	48	29,6	39	45,3
TOTAL	162	100	86	100

A maioria dos entrevistados na CF (40,7%) já utilizaram mais de 5 vezes a CF no último ano. Contudo, dos 86 entrevistados na UPA, a maioria (46,5%) não foram nenhuma vez a CF

no último ano. Seguindo a mesma lógica, 29,6% dos entrevistados na CF já utilizaram 1 a 2 vezes a UPA no último ano, enquanto os entrevistados na UPA, a maioria também utilizou de 1 a 2 vezes a UPA no último ano.

Dessa maneira, dois terços dos usuários da CF são frequentadores assíduos da unidade com utilização maior ou igual a 3 vezes. Aproximadamente a metade dos usuários da UPA nunca utilizou a CF Maria do Socorro. O fato de procurar com frequência determinada unidade pode estar relacionada com a satisfação dos usuários. Essa se deve ao bom acolhimento e ao vínculo criado entre os pacientes e os profissionais da unidade. O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados¹².

As figuras 1 e 2 demonstram a satisfação do usuário quanto aos serviços oferecidos pelas duas unidades. Foi verificado que 70,4% e 54,7% dos pacientes atendidos na CF e UPA, respectivamente, já utilizaram as duas unidades de saúde. Dentre esses foi comparada a satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde e verificado que quanto ao tempo de espera, atenção na escuta, esclarecimento, atendimento quando necessário, ser examinado, duração do atendimento, realização de exames e

conseguir atestados a maioria preferiu a CF. E quanto aos parâmetros localização e a cortesia no tratamento não houve uma preferência. E o quesito resolução do problema de saúde houve quase 50% de preferência da UPA enquanto 40% preferiram a CF, retratando a visão do usuário de que o atendimento da UPA se deve ao surgimento de manifestações agudas e que necessitam de intervenções imediatas, e que consideram resolutivas.

No quesito tempo de espera houve uma melhora na satisfação do usuário quanto a UPA, mas ainda assim a CF a superou. A localização não reflete uma diferença significativa quanto à demanda na CF ou na UPA, o que era esperado devido ao fato de as duas modalidades se localizarem próximas e apresentarem acesso semelhante.

Vale ressaltar que na CF há um maior vínculo do usuário junto aos profissionais de saúde da unidade, o que reflete uma maior adesão aos serviços oferecidos na unidade, o que é corroborado por diversos autores¹²⁻¹⁵.

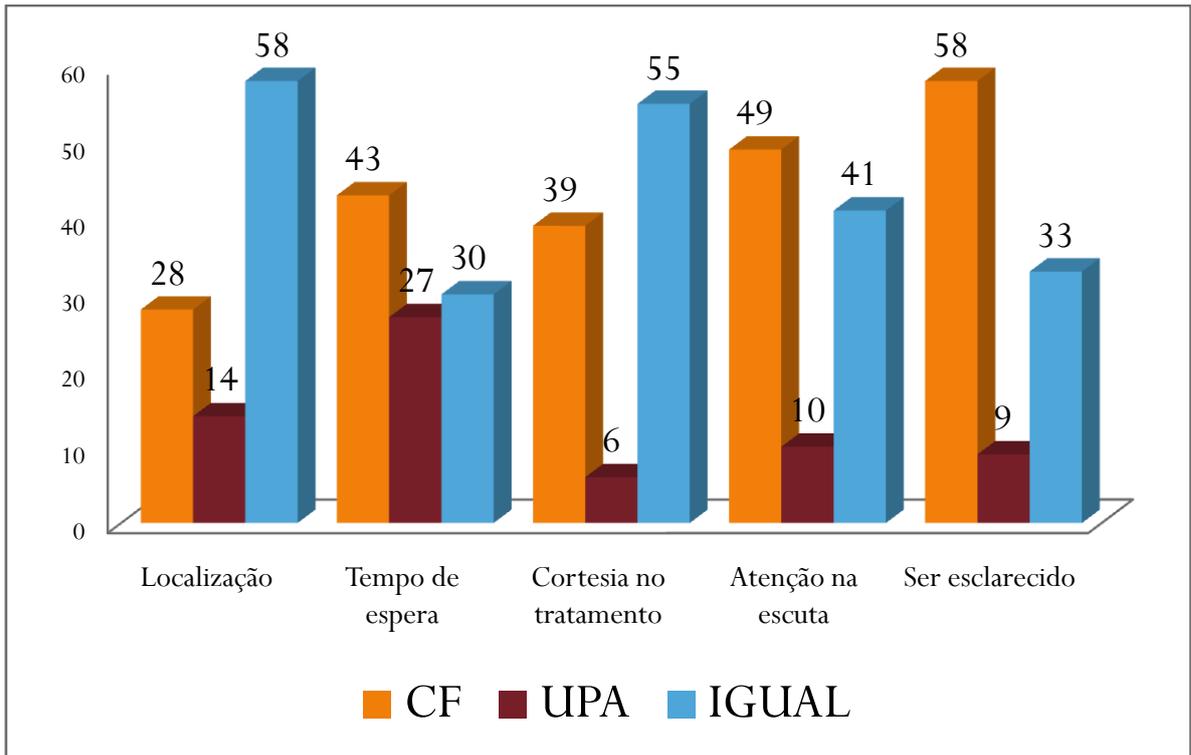


Figura 1. Satisfação do usuário quanto aos serviços– CF Maria do Socorro e UPA da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil, 2013.

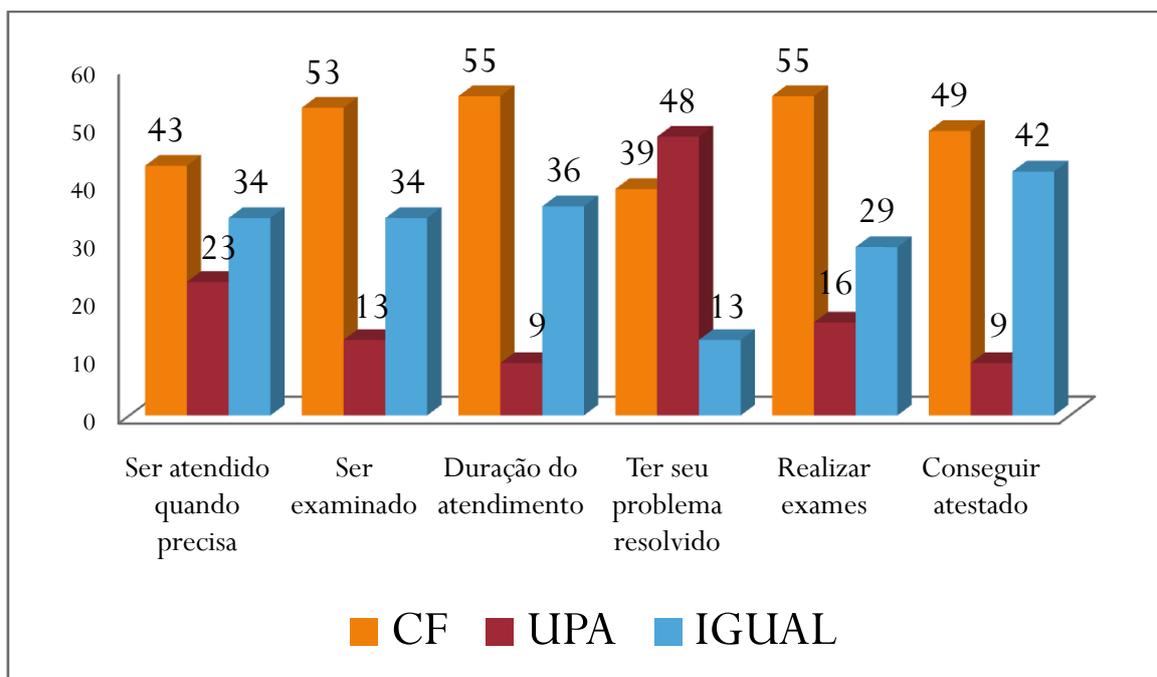


Figura 2. Satisfação do usuário quanto aos serviços– CF Maria do Socorro e UPA da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil, 2013.

A maioria dos entrevistados na UPA, 96,5% e os mais frequentes na CF, foram aos respectivos locais por demanda espontânea (tabela 4). Isso demonstra que a maioria dos entrevistados na CF ia sem marcar uma

consulta prévia com médico ou enfermeiro, e que a maioria dos entrevistados na UPA buscava atendimento sem um agendamento prévio, o que é considerado normal, uma vez que a UPA é destinada para casos emergenciais.

Tabela 4. Motivo da vinda aos serviços de saúde – CF Maria do Socorro e UPA da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil, 2013.

Motivo da procura do atendimento	CF		UPA	
	n	%	n	%
Demanda espontânea	68	42,0	83	96,5
Consulta agenda - Médico	47	29,0	0	0,0
Consulta agendada - Enfermagem	14	8,7	0	0,0
Exames laboratoriais ou imagem	14	8,6	3	3,5
Vacina	5	3,1	0	0,0
Verificar PA	7	4,3	0	0,0
Outros	7	4,3	0	0,0
TOTAL	162	100,0	86	100,0

Por fim foi identificado dentre os usuários da UPA as principais motivações de sua procura a mesma e não a CF, sendo 14% por ter atendimento rápido, 12,8% por descrevê-la como atendimento de

emergência e 10,4% desconhecimento do tratamento de sua patologia na CF, como visualizado na tabela 5. Determinados autores observaram que no Serviço de Pronto Atendimento era freqüente a população usuária utilizar a

porta da urgência não só para os casos agudos, mas também, de forma eletiva, para complementar os atendimentos das

Unidades Básicas de Saúde e das unidades especializadas¹⁶.

Tabela 5. Motivo da procura do atendimento na UPA e não CF – CF Maria do Socorro e UPA da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil, 2013.

Motivo da procura do atendimento na UPA	UPA	
	n	%
Não respondeu	17	19,8
Acha mais rápido	12	14
UPA é local de emergência	11	12,8
Não sabia que a CF atendia seu caso	9	10,4
Não agendou atendimento na CF	5	5,8
UPA é melhor	5	5,8
Território diferente	4	4,6
Médica da equipe não estava na CF	4	4,6
Encaminhada da CF	3	3,5
Exames	3	3,5
CF não resolve o problema	2	2,3
Mais próximo de casa	2	2,3
Não tem cadastro na CF	2	2,3
Retorno	2	2,3
Atestado médico	1	1,2
Bom atendimento da UPA	1	1,2
Começou tratamento aqui	1	1,2
Indicação	1	1,2
Queria um atendimento correto	1	1,2

Conclusão

Em ambas as unidades predominam a demanda do sexo feminino; na UPA a demanda do sexo masculino era um pouco maior e mais jovem. Não foi observado predomínio

de condições de urgência que sobrepassariam a capacidade resolutiva das equipes de saúde da família, existindo acentuada sobreposição de ações entre as duas unidades. Na população entrevistada a satisfação foi maior com a CF do que com a UPA.

Referências bibliográficas

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet.com*. may 2011. In: *Saúde no Brasil 1*. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2013.
2. Rodrigues PHA, Santos IS. *Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS*. 1 ed. Atheneu, 2009.
3. Coelho VF. *Acolhimento em saúde mental na unidade básica: uma revisão teórica*. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2010.
4. Starfield B. *Atenção Primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Unesco, 2002.
5. SUBPAV. *Carteira de Serviços: Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro: Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção à Saúde, 2010.
6. Brasil, MS. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 06 out. 2003a. p. 56.
7. Konder MT. *Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
8. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(3):565-574.
9. Couto MT et al. Men in primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2010; 14(33):257-70.

10. Ferri SMN et al. Soft technologies as generating satisfaction in users of a family health unit. *Interface -Comunic., Saúde, Educ.* 2007; 11(23):515-29.
11. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(5):1103-1112.
12. Schimich MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(6):1487-1494.
13. Pinafo E, Lima JVC, Baduy RS. Acolhimento em Unidade de Saúde da Família. *Revista Espaço para a Saúde, Londrina* 2008; 9(2): 17-25,2008.
14. Lacerda MR, Giacomozi CM. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm* 2006; 15(4): 645-53.
15. Gomes MCPA, Pinheiro R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. *Interface - Comunic.,Saúde, Educ., Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2005, 9(17):287-301.
16. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15(1).

Sources of funding:
No Conflict of interest: No
Date of first submission: 2013-12-22
Last received: 2013-12-22
Accepted: 2014-01-17
Publishing: 2014-05-30