

Jacqueline Saldanha Mendes da Costa

**SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR:
ATENDIMENTO NÃO URGENTE NAS REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS,
NUM CONTEXTO DE TRANSFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS.**

Belo Horizonte, MG
UFMG/Cedeplar
2011

Jacqueline Saldanha Mendes da Costa

**SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR:
ATENDIMENTO NÃO URGENTE NAS REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS,
NUM CONTEXTO DE TRANSFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS.**

Tese apresentada ao curso de doutorado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutora em Demografia.

Orientador:
Prof^a Laura Lúcia Rodríguez Wong

Co-orientador:
Prof^o Allan Claudius Queiroz Barbosa

Belo Horizonte, MG.
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG
2011

Folha de Aprovação

*Ao Sérgio, Livia e Henrique.
Os amores de minha vida!*

AGRADECIMENTOS

Para chegar aonde eu cheguei, há muitas e muitas pessoas a quem devo agradecer. Teria de começar de meus avós maternos, pelo valor que sempre deram ao estudo e ao trabalho. Meu avô dizia: eu fui pintor, mas meus netos não de ser “doutor”: Engenheiro, Médico, Advogado... Minha avó dizia: minhas netas vão estudar e trabalhar fora! Sou capaz de rever a cena e ouvir meus avós dizendo essas palavras, como se fossem um mandamento. Não era. Era um desejo deles.

Mas vamos focar os agradecimentos aos tempos mais recentes...

À Laura Lúcia Rodríguez Wong e Allan Claudius Queiroz Barbosa: meus queridos orientadores. Como foi bom e importante ter vocês ao meu lado, nessa caminhada. Obrigada, pela dedicação, pelo respeito entre vocês e eu, pela responsabilidade e paciência, pelo saber. À Laura, em especial, por me acolher de forma tão carinhosa e afetuosa, em um momento de fortes emoções no curso (foram tantas as emoções...). E até hoje é assim! O tempo todo me ajudando “a centrar”, a reconhecer meus avanços, a entender esse processo de formação, “acertando os passos” de acordo com meus limites de pesquisadora, mãe, filha, profissional... E ao Allan, pela confiança, apostando mais uma vez em meu potencial. Recebi dele total apoio e incentivo, desde o dia em que eu lhe disse que queria tentar o doutorado no Cedeplar. Saiba, Allan, que a sua confiança em mim muitas vezes me ajudou a “erguer a cabeça e pisar fundo” no curso.

Aos membros da banca do *qualifying*: Alzira de Oliveira Jorge, Bernardo de Lanza Queiroz, Ignez Helena Oliva Perpétuo, Mônica Viegas Andrade, além, naturalmente, de meus orientadores. As sugestões de vocês fizeram com que eu trilhasse novos caminhos, visitasse muitas e novas bibliografias. Mas foi muito gratificante. Tive que enveredar pelo universo do desconhecido. Aqui está o resultado.

À coordenação do CEDEPLAR e aos demais professores, pelos constantes incentivos e compartilhamento do conhecimento. Eu ficava encantada em muitos momentos das aulas e seminários. A mistura de alta competência com simplicidade e naturalidade me marcou muito.

À equipe da Secretaria de pós-graduação: Maria Cecília, Andrea, Cleusa e, de forma especial, ao Sebastião, que, já na época da inscrição para o concurso, era gentil, paciente e prestativo.

À Adriana “do Xerox” e sua equipe. À Marialice da Biblioteca, e demais funcionários. Como foi importante contar com a presteza e gentileza de vocês durante todo o corre-corre do curso...

Aos meus queridos colegas da coorte de 2006, pelas muitas horas de estudo compartilhadas. Em especial, ao Léssio, Fernanda Rodrigues e Marília. Mais do que compartilhar tempos de estudo, dedicaram a mim tempos de atenção individual.

Aos colegas das outras coortes, pelas experiências e saberes transmitidos. Em especial, ao Edwan (Ed). Como eram boas aquelas conversas rápidas com ele, em encontros casuais, normalmente, no laboratório de informática. Em um dia de forte exaustão, o Ed me disse, com toda convicção: “Não se preocupe não, você consegue. Eu acho você muito forte”.

À Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Em especial, ao David Toledo (não mais entre nós), Maria Luiza Tavares, Christina Mageste e Lourdinha, pelo apoio nas questões de ordem administrativa; e ao Roberto Marini, Diana e Andréa, pelos ensinamentos nas questões técnicas.

À Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Educação e à Escola Municipal Professora Eleonora Pieruccetti. Em especial, ao Diretor dessa Escola, Professor e colega Ferdinando Barroso França, por flexibilizar meu horário de trabalho, quando foi necessário e possível, permitindo que eu conciliasse as demandas do trabalho com as exigências do curso. Agradeço, também, ao Colegiado da Escola.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, pelo subsídio oferecido, por meio do Programa de Capacitação de Recursos Humanos (PCRH).

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Risoleta Tolentino Neves; da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; e da Universidade Federal de Minas Gerais.

Ao Hospital Risoleta Tolentino Neves, pela acolhida à minha pesquisa, em especial ao Alexandre Bastos, à Ana Augusta, à Cássia Luiza, ao Prof. Henrique Torres, Júnia Marçal, Leonor Ribeiro, Og Corrêa e Sávio Muniz.

Ao Distrito Sanitário de Venda Nova, por autorizar a realização desta pesquisa. E, em especial, agradeço ao Otonilson Teixeira (Oto), da Gerência de Epidemiologia e Informação, pela disposição em gerar as informações de que eu precisava.

Ao Centro de Saúde Mantiqueira, primeiro contato oficial com um centro de saúde. Representou, para mim, um campo fértil de aprendizagem. Em especial à Marília, na época, gerente desse Centro de Saúde, e ao Dr. Edson, médico de uma das equipes de saúde da família.

Ao Centro de Saúde Venda Nova, e, em especial, à sua atual gerente, Elisângela Oliveira, que, mesmo tendo assumido a função muito recentemente, acolheu a minha demanda com muita disposição.

À Unidade de Pronto Atendimento de Venda Nova, também pela receptividade e disponibilidade oferecidas para a realização da pesquisa. Em especial, à Raissa, gerente da Unidade, e à Roberta, funcionária do Serviço de Estatística.

À Gerência de Urgência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, à sua gerente Paula Martins, pela acolhida à pesquisa e indicação técnica, o que possibilitou a realização desta pesquisa, nos moldes inicialmente delineados.

À Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte, Prodabel, em especial ao Fúlvio. Se não fosse a atitude dele ao receber a minha demanda, não teria sido possível aprofundar nas análises dos dados de atendimento da UPA/VN, focando na população do estudo.

Ao Walter, pelo georreferenciamento dos dados deste estudo.

À Silvana Bueno, Sisi. Foi ela quem me falou do curso de Demografia. Então, matriculei-me, como isolada, na disciplina do Prof. Fausto, a fim de conhecer mais sobre essa área do conhecimento. Como gostei! Para além dos números, das tabelas, e dos gráficos, no curso há muita essência, muita reflexão, muito comprometimento com as questões sociais. Quantos conhecimentos e quantas experiências diferentes eu consegui! Aprendi a olhar as populações e seus indivíduos com outros olhos. MUITÍSSIMO obrigada, Sisi!

À minha concunhada Ana Denise, meu suporte para as questões de estatísticas. Também, grande companheira no filosofar sobre os cotidianos familiar, profissional e acadêmico. E, também, minha cunhada Regina, muitas vezes me socorrendo na “última hora”!

À Márcia Alves de Oliveira, por cuidar de minha saúde física e emocional, desde 2007.

À minha mãe e ao meu pai. Ela partiu na época do mestrado; ele, do doutorado. O que dizer a eles? Vocês estão presentes em muitos de meus gestos, de minhas expressões verbais, de minhas fisionomias... Tantas coisas, tantas lembranças! Minha mãe: uma vitoriosa. Mulher de fibra, dedicada, boa, atenciosa com tudo e com todos. Um exemplo de Mãe para mim. Meu pai, nem sei dizer. Uma “loucura” em minha vida! Como gosto dele! Espirituoso, como ele só. Um ícone em pessoa. Um beijo em vocês!

Às minhas irmãs, Gisele e Danielle. A tudo, “de longe”, acompanharam. Muitas foram as vezes que tiveram que fazer a minha parte nos cuidados com minha mãe e meu pai. Ao meu cunhado e *cumpadre* Café. Era uma tranquilidade, quando a minha programação para o dia era estudar, e ele ligava querendo buscar as crianças para passear. Muito obrigada a vocês!

Ao meu marido Sérgio, à minha filha Lívia e ao meu filho Henrique, pela ordem de chegada em minha vida. A paz, o conforto, o prazer, o desejo de estar com vocês não tem limite. Com vocês eu experimento dia a dia o sabor da felicidade! Meus amores, muito obrigada! Mais do que por vocês terem me deixado tantas vezes “em paz” durante o curso (nem sei quantas vezes pedi isso, mas me lembro do Henrique, talvez com seus 4 ou 5 anos, se adiantando: “Mamãe, vou te deixar em paz, tá?” e muitas vezes, Lívia pedindo para eu ir deitar). Agradeço a vocês pelos sorrisos, pelos beijos e abraços, pelas noites de pipocas, pelas “cabaninhas”, pela vida compartilhada! Amo intensamente todos vocês! Muito, muito, muito, muito obrigada!

À Deus. Meu companheiro inseparável, em todos os momentos e lugares. Obrigada!

E a tantas outras pessoas queridas, colegas de trabalho, familiares, amigos, outros profissionais de saúde e usuários do SUS, que me ajudaram ou ainda ajudam, o tempo todo, ou por pouco tempo, com saberes, experiências, palavras de incentivo e de admiração pela minha ousadia em fazer o curso, por me ouvirem. Muito obrigada!

Difícilimo acto é o de escrever, responsabilidade das maiores, basta pensar no extenuante trabalho que será dispor por ordem temporal os acontecimentos, primeiro este, depois aquele, ou, se tal mais convém às necessidades do efeito, o sucesso de hoje posto antes do episódio de ontem, e outras não menos arriscadas acrobacias, o passado como se tivesse sido agora, o presente como um contínuo sem princípio nem fim, mas, por muito que esforcem os autores, uma habilidade não podem cometer, pôr por escrito, no mesmo tempo, dois casos no mesmo tempo acontecidos.

Saramago, José (1988).

RESUMO

Trata-se de estudo realizado em um hospital público do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, com o objetivo de identificar fatores capazes de distinguir, em um serviço de urgência e emergência hospitalar, as situações de pouca ou não urgência de atendimento das situações de urgência e emergência, relativas a uma dada população. O hospital selecionado foi o Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) e a população a adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova (CSVN), localizados no Distrito Sanitário de Venda Nova (DSVN). Para a qualificação de tais situações, adotou-se a classificação de risco do Sistema de Triagem Manchester (Protocolo de Manchester) e uma pactuação realizada entre a Secretaria de Saúde do município de Belo Horizonte. Pelo Protocolo de Manchester, o estado de saúde de demandantes dos serviços de urgência e emergência deve ser classificado em 5 níveis de gravidade: vermelho (emergente); laranja (muito urgente); amarelo (urgente); verde (pouco urgente); azul (não urgente). Assim as cores verde e azul correspondem aos casos classificados por este estudo como de não urgência (NU) de atendimento e as demais cores, como de urgência (UR). Pela referida pactuação os casos NU devem ser encaminhados pelo HRTN para atendimento nas unidades de pronto atendimento (UPA) ou unidades básicas de saúde (UBS). Assim, trabalhando sob a perspectiva das redes de atenção à saúde, e com a finalidade de contrapor às análises da utilização do serviço hospitalar, também, incluiu-se neste estudo, a análise das características da utilização dos serviços da UPA de Venda Nova e do CSVN. Essas unidades de saúde são pontos fixos, pré-hospitalar, de atenção às urgências e emergências no DSVN. Para definição dos fatores incluídos no estudo baseou-se no modelo comportamental de Aday e Andersen (1974) que agrupa os fatores associados à utilização dos serviços de saúde em: fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidades de saúde. A pesquisa foi realizada por meio de estudo de caso, adotando como estratégia a análise quantitativa e descritiva (ou dedutiva) dos dados, por meio de análise univariada. Foram utilizados dados secundários, fornecidos pelas instituições envolvidas no estudo. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, abrangendo o período de agosto de 2009 a julho de 2010. Conclui-se, em primeiro lugar, que não existem fatores objetivos e evidentes que possam distinguir, na utilização dos serviços de urgência e emergência hospitalar, as situações de pouca ou não urgência de atendimento das situações de urgência e emergência. O que distingue esses casos é a intensidade da dor, que é considerada como um fator de ordem subjetiva. Em segundo lugar, concluiu-se que a maioria dos atendimentos realizados pelo Pronto Socorro do HRTN não correspondem ao nível de complexidade hospitalar e que esse hospital não funciona como a principal porta de entrada para o Sistema Municipal de Saúde, nos casos de urgência e emergência, no Distrito e população estudada. Os dados indicam que o Centro de Saúde absorve a maioria desses casos, seguido da Unidade de Pronto Atendimento.

Palavras-chave: utilização de serviços de urgência e emergência, redes de atenção às urgências e emergências, Protocolo de Manchester, atenção básica, unidade de pronto atendimento, mudanças demográficas.

ABSTRACT

The study was carried out in a Brazilian public hospital, located in the municipality of Belo Horizonte, in Minas Gerais; it aimed at identifying factors that distinguish situations of little or no urgency from real emergencies and urgencies during hospital care services for a given population. We choose the University Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) and the corresponding population for the area of the Health Centre Venda Nova (CSVN), located within the Sanitary District of Venda Nova (DSVN). Characterization of the non-emergency conditions among those looking for health care was done using the Manchester Triage System (Manchester Protocol). According to the Manchester Protocol, the health conditions of those looking for urgency and emergency services is classified according to severity levels: red (immediately), orange (very urgent), yellow (urgent), green (less urgent), blue (not urgent). Thus, the colors green and blue were the cases classified by this study as “non-emergency care”. Because of the official pact between the Belo Horizonte Municipal Department of Health (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte) and the HRTN these patients should be sent by HRTN to the Emergency Service Units (UPA) or basic health units (UBS). To allow comparisons the study also analyses the characteristics of service users of the UPA in Venda Nova and CSVN from a health care network system point of view. UPA and UBS are pre-hospital care fixed units to attend urgency and emergency cases from DSVN/BH. Definition of factors included in the study followed Aday and Andersen's model (1974): predisposing factors, enabling factors and health needs. The research was a case study that adopted quantitative and descriptive (or deductive) data analysis, using univariate analysis. Secondary data source provided by the institutions involved in the study were used. It is a cross-sectional population-based study, covering the period from August 2009 up to July 2010. Data points out no clear objective factors which may distinguish the use of urgency and emergency hospital services in cases of non-emergency care. What distinguishes these cases from emergency conditions is pain intensity, which is a subjective factor, since it involves the individual's perception. It also points out, on one side, that primary health care networks are indeed targeting urgency and emergency conditions as not suitable for complex hospital services; and this is an achievement itself. On the other side, most of the health care carried out at HRTN and classified as urgency and emergency cases does not need the complexity that this hospital has; thus HRTN is not acting as a gateway to the Health System in Belo Horizonte.

Key words: use of urgency and emergency services, health care networks, Manchester Triage Protocol, basic health care, demographic changes

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDE	Airwayl; Breathing; Circulation; Desability; Exposition
ACD	Atendente de Consultório Dentário
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ATE	Atendimento
ATS	<i>Australasian Triage Scale</i>
BH	Belo Horizonte
CD	Cirurgião Dentista
CEDEPLAR	Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
CEP	Código de Endereçamento Postal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CERSAM	Centros de Referência em Saúde Mental
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIH	Central de Internação Hospitalar
CMC	Central de Marcação de Consultas
CNDSS	Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COEF.	Coeficiente
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CS	Centro de Saúde
CSVN	Centro de Saúde Venda Nova
CTAS	<i>Canadian Triage Acuity Scale</i>
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DE	Departamento de Emergência
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DP	Desvio Padrão
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DSVN	Distrito Sanitário de Venda Nova

ENC	Encaminhamento
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESI	<i>Emergency Severity Index</i>
ESM	Equipes de Saúde Mental
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FIG.	Figura
FUNDEP	Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
GEREPI	Gerência de Epidemiologia e Informação
GM	Gabinete Ministerial
GRÁF.	Gráfico
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição – Tubarão
HRTN	Hospital Risoleta Tolentino Neves
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVAS	Infecção das Vias Aéreas Superiores
IVS	Índice de Vulnerabilidade à Saúde
M	Média
M1	Média Complexidade – Primeiro Nível da Assistência
M2	Média Complexidade – Segundo Nível da Assistência
M3	Alta Complexidade
MAT	<i>Model Andorrà del Triage</i>
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MTS	<i>Manchester Triage System</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NU	Não Urgente
NU/ATE	Não Urgente Atendimento
NU/ENC	Não Urgente Encaminhamento
PA	Pronto Atendimento

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHO	Pan American Journal of Public Health (PAHO)
PAM	Posto de Atendimento Médico
PBH	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PI	Porte Um
PII	Porte Dois
PIII	Porte Três
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde
PRODABEL	Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte
PS	Pronto Socorro
PS/HRTN	Pronto Socorro do Hospital Risoleta Tolentino Neves
PSF	Programa de Saúde da Família
PSP	Pronto Socorro Público
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para à Saúde
RT	Redes Temáticas
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SAMU	Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Santa Catarina
SE	Sala de Estabilização
SESC	Serviço Social do Comércio
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SISREG	Sistema de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
STI	Setor de Tecnologia de Informação
STM	Sistema de Triagem Manchester

SUS	Sistema Único de Saúde
TAB.	Tabela
THD	Técnico em Higiene Dental
UAPU	Unidade de Atendimento a Pequenas Urgências
UBS	Unidade Básica de Saúde
UE	Unidade e Emergência
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
URRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIFENAS	Universidade José do Rosário Vellano
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPA/VN	Unidade de Pronto Atendimento Venda Nova
UR	Urgente
UR/ATE	Urgente Atendimento
UR/ENC	Urgente Encaminhamento
URS	Unidade de Referência Secundária
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USF	Unidade de Saúde da Família
VN	Venda Nova

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Esquema do Embasamento Teórico.	39
FIGURA 2	A Mudança dos Sistemas Piramidais e Hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde.	49
FIGURA 3	Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde.	52
FIGURA 4	DIAGRAMA1 - Fluxo de Eventos entre Necessidades de Saúde e Obtenção de Cuidados.	71
FIGURA 5	Esquema Teórico Proposto para Análise da Utilização dos Serviços de Saúde, no Contexto Brasileiro.	72
FIGURA 6	Exemplo de Fluxograma: Problemas nos Membros.	112
FIGURA 7	Mapa Referente às Regiões Administrativas de Belo Horizonte.	119
FIGURA 8	Unidades Territoriais do Sistema de Saúde em Belo Horizonte.	120

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	População do Município de Belo Horizonte, por sexo e faixa etária (distribuição relativa). Censo Demográfico 2000 e 2010 (IBGE). Município de Belo Horizonte.	129
GRÁFICO 2	População adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova, por sexo e faixa etária (distribuição relativa). Censo Demográfico 2000 e 2010 (IBGE). Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	131
GRÁFICO 3	Razão de sexo nas populações do Centro de Saúde Venda Nova, Distrito Sanitário de Venda Nova e Município de Belo Horizonte. Censo Demográfico 2000 (IBGE). Município de Belo Horizonte.	133
GRÁFICO 4	População adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova, por sexo e faixa etária (distribuição relativa). Censo Demográfico 2000 (IBGE). Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	134
GRÁFICO 5	População total do Município de Belo Horizonte, população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova e ao Centro de Saúde Venda Nova, por sexo e faixa etária. Censo Demográfico 2000 (IBGE); e; população total do Município de Belo Horizonte e adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova, por sexo e faixa etária. Censo Demográfico 2010 (IBGE). Município de Belo Horizonte.	136
GRÁFICO 6	Taxa de mortalidade específica, por grupos de causas selecionados (capítulos da CID-10). Período de 2000-2008. Município de Belo Horizonte.	138
GRÁFICO 7	Taxas de mortalidade de crianças menores de 5 anos e mortalidade Infantil (menores de 1 ano) e seus componentes. Período 2000-2009. Município de Belo Horizonte.	139

GRÁFICO 8	Coeficientes de mortalidade infantil. Período 2000-2006. Município de Belo Horizonte, Minas Gerais e Brasil.	140
GRÁFICO 9	Mortalidade proporcional, por grupos de causas selecionados (capítulos da CID-10). Ano de 2008. Distrito Sanitário de Venda Nova e Município de Belo Horizonte.	142
GRÁFICO 10	Taxas de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e seus componentes. Períodos 2000-2002, 2003-2005, 2006-2008. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	143
GRÁFICO 11	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupos de referência, por mês e ano do atendimento. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	146
GRÁFICO 12	Média dos atendimentos realizados no PS/HRTN – referente à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupos de referência, por semestre/ano. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	146
GRÁFICO 13	Atendimentos realizados pelo PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova – por faixa etária; e população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova. Período Ago./2009 a Jul./2010. Município de Belo Horizonte.	148
GRÁFICO 14	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por sexo e faixa etária; e população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova. Período Ago./2009 a Jul./2010. Município de Belo Horizonte.	149
GRÁFICO 15	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupos de referência, por sexo e faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	150

GRÁFICO 16	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupos de referência NU total e UR, por faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	151
GRÁFICO 17	Atendimentos realizados no PS/HRTN, – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupos de referência NU total e UR, por sexo e faixa etária (distribuição relativa). Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	152
GRÁFICO 18	Atendimentos realizados no PS/HRTN, – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupos de referência NU e UR, por faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	153
GRÁFICO 19	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por dia da semana. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	155
GRÁFICO 20	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupos de referência, por sexo e dia da semana. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	157
GRÁFICO 21	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, turno diurno, por dia da semana. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	160
GRÁFICO 22	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, turno diurno, grupos de referência, por sexo e dia da semana. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	161

GRÁFICO 23	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, sintomas principais, por sexo e faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	174
GRÁFICO 24	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupo de referência NU, por faixa etária. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	177
GRÁFICO 25	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupos de referência NU total e UR, por faixa etária. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	178
GRÁFICO 26	Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por sexo e faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	183
GRÁFICO 27	Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010; e população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova/2010. Município de Belo Horizonte.	184
GRÁFICO 28	Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por sexo e faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010; e população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova/2010. Município de Belo Horizonte.	185
GRÁFICO 29	Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por sexo e dia da semana (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	187

GRÁFICO 30	Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, turno diurno, por sexo e dia da semana (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	188
GRÁFICO 31	Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupo de referência UR e NU, por mês e ano do atendimento (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	192
GRÁFICO 32	Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010; e população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova/2010. Município de Belo Horizonte.	194
GRÁFICO 33	Atendimentos realizados no CSVN: acolhimento, por sexo e dia da semana (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	199
GRÁFICO 34	Atendimentos realizados no CSVN: acolhimento, por faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010; e população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova/2010. Município de Belo Horizonte.	201
GRÁFICO 35	Atendimentos realizados no PS/HRTN e na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova – e no CSVN: acolhimento, por faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	205
GRÁFICO 36	Atendimentos realizados no PS/HRTN (por grupo de referência e total) e na UPA/VN (total) – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –; no CSVN: acolhimento (total); e por todos os pontos da rede de urgência e emergência (total) (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010; e população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova/2010. Município de Belo Horizonte.	207

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Classificação das UPA, segundo porte.	62
QUADRO 2	Síntese dos estudos que caracterizam a utilização dos serviços de urgência e emergência hospitalar, citados por este estudo.	74
QUADRO 3	Reclassificação da variável tipo de resultado.	106
QUADRO 4	Escala de triagem do Sistema de Triagem Manchester.	110
QUADRO 5	Fluxogramas do Sistema de Triagem Manchester.	111
QUADRO 6	Classificação de referência desta Tese a partir da Classificação de Risco do Protocolo de Manchester e da Pactuação Realizada entre o HRTN, a UPA/VN e a SMSA-BH.	116
QUADRO 7	Síntese comparativa do perfil demográfico das populações do Município de Belo Horizonte, Distrito Sanitário de Venda Nova e Centro de Saúde Venda Nova. Censo Demográfico 2000 e 2010 (IBGE).	135
QUADRO 8	Demonstrativo das fontes dos dados referentes aos atendimentos realizados na UPA/VN.	180
QUADRO 9	Comparativo entre os atendimentos realizados no PS/HRTN, UPA/VN e CSVN. Período Ago./2009 a Jul./2010.	209

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Atendimentos realizados no PS/HRTN, com classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester, por distrito sanitário de residência. Período Ago./2009 a Jul./2010. Município de Belo Horizonte.	98
TABELA 2	Atendimentos realizados no PS/HRTN, com classificação de risco pelo Protocolo de Manchester, distribuídos por centro de saúde de residência. Período Ago./2009 a Jul./2010; população dos centros de saúde referentes ao Distrito Sanitário de Venda Nova, Censo Demográfico 2000 (IBGE); e proporção dos atendimentos, na população. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	99
TABELA 3	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por tipo de resultado e classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	115
TABELA 4	População residente, por sexo e faixa etária. Censo Demográfico 2000 e 2010 (IBGE). Município de Belo Horizonte.	130
TABELA 5	População residente, por sexo e faixa etária. Censo Demográfico 2000 e 2010 (IBGE). Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	132
TABELA 6	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por mês/ano do atendimento e grupos de referência. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	145

TABELA 7	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, situação conjugal: com companheiro, por grupos de referência, faixa etária e sexo (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	154
TABELA 8	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por dia da semana, grupos de referência e sexo (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	155
TABELA 9	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por turno do atendimento, grupos de referência e sexo (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	158
TABELA 10	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, turno diurno, por dia da semana, grupos de referência e sexo (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	159
TABELA 11A	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por fluxogramas do Protocolo de Manchester, grupos de referência e sexo (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte. (Continua)	164
TABELA 11B	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por fluxogramas do Protocolo de Manchester, grupos de referência e sexo (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte. (Fim)	165
TABELA 12	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por sintomas principais, grupos de referência e sexo (distribuição relativa, em relação ao total de atendimentos por grupo de referência). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	167

TABELA 13	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por sintomas principais, grupos de referência e sexo (distribuição relativa, em relação ao total de atendimentos por sintoma principal). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	168
TABELA 14	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por sintomas principais, discriminadores, grupos de referência e sexo (distribuição relativa, em relação ao total de atendimentos por grupo de referência). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	169
TABELA 15	Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por grupos de referência, desfecho do atendimento, sintomas principais e sexo (distribuição relativa, em relação ao total de atendimentos por grupo de referência). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	171
TABELA 16	Síntese das características observadas nas análises dos atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, segundo variáveis de análise e grupos de referência. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	176
TABELA 17	Atendimentos realizados na UPA/VN, distribuídos por centro de saúde de residência (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	181
TABELA 18	Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por mês/ano do atendimento. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	182

TABELA 19	Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, situação Conjugal: com companheiro, por sexo e faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	186
TABELA 20	Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por dia da semana e sexo (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	186
TABELA 21	Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, turno diurno, por faixa de horário. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	187
TABELA 22	Total de atendimentos realizados na UPA/VN, por desfecho do atendimento e classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	189
TABELA 23	Total de atendimentos realizados na UPA/VN, por mês/ano do atendimento e grupos de referência. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	191
TABELA 24	Total de atendimentos realizados na UPA/VN. Período Ago./2009 a Jul./2010; e população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova, Censo Demográfico 2010 (IBGE), por faixa etária. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	194
TABELA 25	Total de atendimentos realizados no Serviço de Acolhimento do CSVN, por mês/ano do atendimento. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	198

TABELA 26	Total de atendimentos realizados no Serviço de Acolhimento do CSVN, por dia da semana e sexo. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	199
TABELA 27	Total de atendimentos realizados no Serviço de Acolhimento do CSVN, por ano do atendimento e faixa etária. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.	200

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	30
2	EMBASAMENTO TEÓRICO	38
2.1	Compreendendo as transições demográfica e epidemiológica e seus reflexos sobre o sistema de saúde brasileiro.....	40
2.2	O Sistema Único de Saúde: a organização dos serviços em redes de atenção	44
2.3	As redes de atenção às urgências e emergências	53
2.3.1	As Unidades Básicas de Saúde: Centros de Saúde	56
2.3.2	Unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências: as UPA's	60
2.3.3	Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências: os hospitais	63
2.4	Utilização dos serviços de urgência e emergência hospitalar.....	67
2.4.1	Conceitos preliminares: das necessidades de saúde a utilização dos serviços de saúde	68
2.4.2	Perfil da utilização no contexto brasileiro: alguns retratos.....	73
3	METODOLOGIA DE PESQUISA	95
3.1	Procedimentos metodológicos	95
3.1.1	Definindo o caso e a população do estudo.....	95
3.1.2	Demarcando o tipo de pesquisa	100
3.1.3	Universo e amostra	101
3.1.4	Fonte dos dados coletados e variáveis do estudo.....	102
3.2	Classificação de risco: O Sistema de Triagem Manchester e a pactuação para atendimento de situações Urgentes e Não Urgentes.....	108
3.2.1	Do Sistema de Triagem Manchester a classificação de referência deste estudo	114
3.3	O Município Belo Horizonte	117
3.3.1	A organização dos serviços de Saúde: os pontos fixos de atenção à urgência no DSVN	118
3.3.2	O Perfil demográfico	128
3.3.3	O Perfil Epidemiológico	137
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	144
4.1	Hospital Risoleta Tolentino Neves - HRTN	144
4.2	Unidade de Pronto Atendimento Venda Nova	179
4.3	Centro de Saúde Venda Nova: uma referência.....	196
4.4	Análise Conjunta dos Resultados Encontrados	202

5	CONCLUSÃO.....	210
	REFERÊNCIAS	221
	ANEXOS	235

1 APRESENTAÇÃO

Esta tese buscou identificar fatores capazes de distinguir, em um serviço de urgência e emergência hospitalar, as situações de pouca ou não urgência de atendimento, das situações de urgência e emergência, relativas a uma dada população. Para o estudo elegeu-se o Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) e a população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova, pertencentes ao Distrito Sanitário de Venda Nova, município de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais.

A utilização dos serviços de saúde faz parte de um processo contínuo e complexo de atenção à saúde individual e coletiva, e pode ser analisada a partir de duas categorias altamente correlacionadas: demanda pelos serviços de saúde e oferta de serviços de saúde. A demanda é entendida como consequência das necessidades individuais e coletivas e do comportamento dos indivíduos em relação a seus problemas de saúde; a oferta como os serviços de saúde disponíveis à população, decorrentes de políticas de saúde.

Desde a segunda metade do século XX, o Brasil tem experimentado mudanças significativas nos aspectos demográficos e epidemiológicos de sua população, bem como em seu sistema de saúde, acarretando impactos importantes sobre a utilização dos serviços de saúde.

Quanto aos aspectos demográficos, chama a atenção à mudança na estrutura etária da população brasileira, provocada pelo acelerado processo de transição demográfica ocorrido no País, principalmente a partir da década de 70. A transição demográfica é caracterizada pela passagem de altos níveis para baixos níveis de mortalidade e fecundidade, provocando a modificação no padrão etário da população e elevação da expectativa de vida da mesma. Dessa forma, tem se observado no Brasil um estreitamento na base de sua pirâmide etária, com um menor número relativo e absoluto de jovens, e um aumento gradativo, também em termos relativos e absolutos, de pessoas nas idades mais elevadas – envelhecimento populacional (Wong e Carvalho, 2006; Brito, 2007).

Como ressalta Lima-Costa (2009), no campo da saúde pública contemporânea, o envelhecimento populacional favorece o aumento da demanda por serviços médicos e sociais, uma vez que sociedades mais envelhecidas apresentam maior carga de doenças e de incapacidades. Essas doenças estão, principalmente, relacionadas a doenças crônico-degenerativas e suas complicações na população. Uma de suas características é a necessidade

de auto-cuidado por parte de indivíduo e/ou de cuidadores, e menor necessidade de aparato de serviços de saúde de maior complexidade, desde que não haja complicação dos casos (Brasil, 2006d; Mendes, 2007).

Soma-se ao quadro de mudança na estrutura etária da população o processo de urbanização ocorrido no Brasil, associado a migrações internas, que, como aludido em estudo realizado por Braga (2006), começaram a ganhar expressividade já a partir da década de 30 e rapidamente se tornaram parte do processo de expansão urbano. Isso favoreceu a urbanização de endemias típicas de áreas rurais e o crescimento desordenado das periferias das capitais do Brasil, levando a intensas e contrastantes modificações na evolução das condições de moradia e saúde da população. Esse processo de urbanização não foi acompanhado do adequado crescimento da oferta de infraestrutura, provocando condições precárias de saneamento básico e habitação, aumento da violência, etc. (Pinheiro, 2006; Cesse, 2007; CNDSS, 2008).

A mudança na estrutura etária da população e a urbanização provocaram mudanças significativas no perfil epidemiológico da população, conhecida como transição epidemiológica. Antes dessa transição, o perfil epidemiológico brasileiro era caracterizado pela presença de doenças transmissíveis e parasitárias. Hoje, considera-se que o Brasil convive como uma tripla carga de doenças: doenças infecciosas e parasitárias, expansão das doenças crônicas e aumento de morbidades e mortalidades devido a causas externas (Schramm *et al.*, 2004; Cesse, 2007; Mendes, 2009).

Diante desse cenário de mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, o Sistema de Saúde Brasileiro vem passando por importantes transformações. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, instituiu-se o Sistema Único de Saúde. Com ele a saúde passou a ser entendida como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos¹ e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, artigo 196). Assumiu-se, assim, os princípios

¹ O termo é usado com pelo menos dois significados: 1) nas referências a quadros que não representam, obrigatoriamente, uma doença classicamente definida, como em acidentes, envenenamentos, dentre outros, e 2) em referências a danos à saúde humana em geral, independentemente da natureza, acepção com a qual o termo é geralmente utilizado em documentos

doutrinários de universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde², e os princípios operativos de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. Desde então o SUS passa por importantes e desafiadoras modificações, com a expectativa de melhor satisfazer as necessidades de saúde da população.

Para efeito desta tese, destacam-se os princípios operativos de regionalização e hierarquização da assistência. A regionalização implica a distribuição dos serviços de saúde, de qualquer nível de complexidade, em áreas geográficas delimitadas e com definição da população a ser atendida. O princípio da hierarquização supõe níveis crescentes de complexidade de atenção à saúde organizados cada qual de acordo com a sua capacidade e competência de atendimento (resolutividade). Assim, busca-se garantir à população a assistência em todos os níveis da assistência, formando uma rede de assistência.

Esses níveis de atenção refletem os diferentes graus de densidade tecnológica correspondentes aos procedimentos realizados nos serviços de saúde, comumente denominados de procedimentos de alta³, média⁴ e baixa complexidade⁵. (Amorim, 2001; Brasil, 2001). Juntos, os princípios da regionalização e da hierarquização definem os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde (Brasil, 2001; Brasil, 2009a).

Pela atual configuração do sistema de saúde brasileiro, o acesso da população ao sistema de saúde deve acontecer, preferencialmente, por meio do nível primário de complexidade, que acontece nas unidades básicas de saúde. Os casos não passíveis de

² A atenção à saúde é entendida como um conjunto de práticas, individuais ou coletivas, de promoção, tratamento e reabilitação. Compreende três grandes campos: o da assistência: as atividades prestadas no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar; b) o das intervenções ambientais: no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental; e c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, como as políticas macroeconômicas, o emprego, a habitação, a educação, a comunicação, o lazer e a disponibilidade e qualidade dos alimentos (Brasil, 1996).

³ Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde. Sobre as principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em redes, consulte Brasil (2009b).

⁴ Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (Brasil, 2009b).

⁵ Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (Brasil, 2009b). Em outras palavras, inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, mas sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação podem demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade (Brasil, 2007). Referem-se principalmente às atribuições da Atenção Básica / Estratégia Saúde da Família.

resolutividade⁶ neste nível devem ser referenciados para os outros níveis da assistência de acordo com a natureza do problema e a complexidade tecnológica exigida por cada caso.

No entanto, com a expectativa de adequar a oferta dos serviços de saúde às necessidades de saúde da população brasileira, como visto, hoje marcada pela mudança na estrutura etária da população, associada a uma tripla carga de doenças, uma nova concepção de organização dos serviços de saúde em rede vem sendo adotada.

Sob essa nova concepção, a organização dos serviços de saúde é concebida não por níveis hierárquicos de complexidade, mas pela integração desses níveis, denominada de rede (integrada) de atenção à saúde (Brasil, 2009a; Mendes, 2009; Minas Gerais, 2009a). O que difere os níveis da atenção é o grau de densidade tecnológica que incorporam, e consequentemente, o tipo de serviços que podem oferecer. São constituídas por áreas temáticas, como exemplos: rede de atenção às doenças cardiovasculares, rede de atenção às doenças oncológicas, e rede de atenção às urgências e às emergências.

Dada a finalidade desta tese, o estudo concentra nas redes de atenção às urgências e emergências, sob a égide da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)⁷.

Pela PNAU, as redes de atenção às urgências e emergências devem ser constituídas por vários componentes, denominados de componentes das redes loco regionais de atenção: componente Pré-Hospitalar Fixo (unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento e salas de estabilização); componente Pré-Hospitalar Móvel, componente Hospitalar e componente Pós-Hospitalar (Brasil, 2006b).

Por ora, é importante dizer que, dentro do modelo de assistência aos casos de urgência é esperado que: as unidades básicas de saúde (UBS), por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), realizem o acolhimento dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura, cuja complexidade seja compatível com seu nível de assistência (urgências de baixa gravidade/complexidade); as unidades de pronto atendimento (UPA) atuem dando retaguarda às UBS, inclusive nos dias e horários de não funcionamento destas, e aos Hospitais nos casos de urgência e emergência, funcionando vinte

⁶ Segundo o princípio da resolutividade, quando um indivíduo busca um atendimento, o serviço deve estar capacitado a resolvê-lo até o nível de sua competência. A resolutividade pode ser avaliada sob dois aspectos: o primeiro, dentro do próprio serviço, diz da capacidade de atender à demanda da população (individual ou coletiva) ou de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado para os outros níveis da assistência; o segundo diz respeito à resolutividade dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde, até a solução de seu problema nos outros níveis da atenção à saúde (Turrini, 2008).

⁷ Item 2.2 desta tese.

e quatro horas por dia, atendendo aos casos de baixa e média complexidade, e estabilizando os casos de alta complexidade, para posterior referenciamento à unidade de nível compatível; e os hospitais atendam a urgência e emergência de alta complexidade,

Sob a perspectiva de atuação, principalmente, das UPA, espera-se uma redução na demanda pelos serviços de urgência e emergência hospitalar nos casos de baixa e média complexidade⁸. Mas, na prática, o que ainda se observa é a superlotação dos prontos atendimentos dos hospitais, com atendimento de casos de baixa e média complexidade (Brasil, 2006f; O'Dwyer *et al.* 2008). Parte da superlotação dos prontos atendimentos dos hospitais esta relacionada ao aumento do número de acidentes e da violência urbana, associado à insuficiente estruturação da rede assistencial (Brasil, 2006a).

Também é atribuída à superlotação dos serviços de urgência e emergência hospitalar: um modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos usuários, fazendo com que a estruturação das redes seja fortemente influenciada por interesses de mercado, que é marcado pela oferta de serviços de alta densidade tecnológica e cujo consumo foi introjetado pela própria população; falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica que, ainda influenciada pelo modelo assistencial da saúde pública, privilegia ações preventivas e programáticas; insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade (unidades de pronto atendimento), funcionando sem retaguarda mínima de recursos diagnósticos e terapêuticos, essenciais à resolução dos casos de maior gravidade/complexidade e à estruturação de uma “cadeia de manutenção da vida” (Brasil, 2006f).

Estudo realizado por Lovalho (2004), Furtado *et al.* (2004), Jacobs (2005) e O'Dwyer *et al.* (2008) apontam que a maioria dos atendimentos realizados nos serviços de urgência e emergência dos hospitais é de baixa complexidade, configurando, assim, dentro da ótica do sistema de saúde brasileiro, uma utilização indevida desses serviços. Estudo realizado por Ribeiro *et al.* (2006) sugere que os prontos-socorros ainda são importantes como porta de entrada para a assistência médica. Assim, além de ser um importante componente dentro do

⁸ Na prática, a efetivação da ideia de rede de atenção à saúde ainda é muito incipiente em todo o Brasil. No Estado de Minas Gerais, apenas em uma macro região, foi realizada a experiência. O município de Belo Horizonte, por exemplo, não pertence a essa macro. Então, pode se dizer, pelo menos para Belo Horizonte, que os Centros de Saúde ainda não têm a cultura de atendimento as urgências, a não ser via o serviço de acolhimento prestado pela ESF, mas esse tem horário restrito de atendimento. Já as UPA foram criadas com a finalidade de atender às urgências, dando retaguarda às unidades hospitalares.

escopo da assistência à saúde, a área de urgência e emergência hospitalar, tradicionalmente, tem sido alvo de atenção não só dos gestores públicos, como também da mídia e da população que busca pelos seus serviços.

Quanto aos motivos pelos quais os usuários procuram pelos serviços de emergência dos hospitais, segundo Furtado *et al.* (2004) são os seguintes: fácil acessibilidade, funcionamento durante 24 horas, impossibilidade de o usuário recorrer aos serviços ambulatoriais, e também por se sentirem angustiados e apreensivos. Jacobs (2005) sugere ser a disponibilidade de médico sem marcação prévia para atendimento imediato e a proximidade do hospital em relação à procedência do paciente. Deslandes *et al.* (2008) atribuem à cultura popular que busca uma atenção imediata e resolutiva para seus males, associada a uma interpretação própria, por parte da população usuária, do que seja uma situação de emergência.

Segundo Cecílio (1997), o usuário busca pelo atendimento no local onde ele considera que o seu problema será resolvido, o que sugere que essa busca é influenciada por fatores associados à percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde, e a sua percepção sobre os serviços de saúde oferecidos. Reforçando a posição desse autor, Pinheiro (2006, p.72), referindo-se a estudos que analisaram o perfil da população que usa exclusivamente os serviços públicos, afirmou ter sido constatado que “os usuários já fazem parcialmente uma hierarquização na escolha entre unidades básicas e de retaguarda, com base na própria experiência de uso desses serviços”.

O que se pode abstrair pela revisão da literatura realizada para este trabalho (acadêmica e oficial) é a existência de convergência sobre os motivos pelos quais os usuários ainda demandam pelas unidades hospitalares: insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade; um modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos; oferta de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída; persistência da modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com a comunidade do seu território; precário funcionamento do sistema de saúde de forma geral, e especialmente, a baixa resolutividade da atenção básica; horário de funcionamento e falta de médicos nas Unidades Básicas, enquanto há disponibilidade de médico sem necessidade de marcação prévia na unidade hospitalar; proximidade da unidade de saúde em relação à procedência do paciente; percepção do indivíduo pelo seu estado de saúde e sobre os serviços de saúde, dentre outros.

Então, a questão colocada por esta tese é se há possibilidade de estabelecer um padrão de fatores que possa distinguir a utilização dos serviços de urgência hospitalar, por uma dada população, em situações de pouca ou não urgência de atendimento das situações de urgência e emergência. Acredita-se que o conhecimento desses fatores é fundamental para balizar decisões dos gestores públicos e dos gestores das unidades operacionais de saúde, que possam minimizar o descompasso entre as normas e a realidade dos pontos de atenção à saúde, contribuindo assim para uma atenção mais adequada à população. Um sistema de saúde devidamente operante pode, inclusive, como afirmam Travassos e Castros (2008), reduzir as desigualdades sociais no acesso e uso dos serviços de saúde, embora, por si só, não possa modificar as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais.

Para qualificação das situações de pouca ou não urgência de atendimento, adotou-se à classificação de risco correspondente ao Sistema de Triagem Manchester⁹. Pelo Sistema de Triagem Manchester, o estado de saúde do demandante dos serviços de urgência e emergência é classificado em 5 níveis de gravidade, por meio de cores: vermelho (emergente); laranja (muita urgente); amarelo (urgente); verde (pouco urgente); azul (não urgente). Assim as cores verde e azul correspondem aos casos tomados por este estudo como de pouca ou não urgência de atendimento. Por uma pactuação realizada entre a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), a UPA/VN e o HRTN, os casos classificados como verde devem ser encaminhados para atendimento pelas unidades de pronto atendimento e os azuis para as unidades básicas de saúde.

Assim, considerando a perspectiva das redes de atenção às urgências e emergências, incluiu-se no estudo a análise das características da utilização dos serviços de urgência da UPA/VN e do CSVN, como contraponto às análises da utilização do serviço hospitalar.

Levando-se em consideração a multiplicidade de fatores associados à utilização dos serviços de saúde, optou-se por tomar como referência deste estudo o modelo comportamental proposto por Aday e Andersen (1974)¹⁰, e já utilizado por outros autores brasileiros, dentre eles, Sawyer *et al.* (2002), Castro *et al.* (2005) e Fabel (2007).

A pesquisa foi realizada por meio de estudo de caso, adotando como estratégia a análise quantitativa e descritiva (ou dedutiva) dos dados, por meio de análise univariada. Para tal, foi utilizada fonte de dados secundários, fornecidos pelas instituições envolvidas no estudo. Para tratamento dos dados, lançou-se mão de técnicas estatísticas simples, como:

⁹ Item 3.2 desta tese.

¹⁰ Item 3.1.4 desta tese.

cálculo de frequência absoluta e relativa; médias; desvio padrão; e coeficientes de variação. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, abrangendo o período de agosto de 2009 a julho de 2010.

O trabalho apresenta, no próximo capítulo, o embasamento teórico que balizou este estudo, subdividido em três subitens principais. O primeiro foca as transições demográficas e epidemiológicas e seus reflexos sobre a demanda pelos serviços de saúde. O segundo trata sobre o sistema de saúde, com ênfase nas redes de atenção às urgências e emergências. E o terceiro aborda conceitualmente a utilização dos serviços de saúde, trazendo estudos que caracterizam a utilização de serviços de urgência e emergência hospitalar nas diversas regiões do País.

Na sequência, são apresentados, no capítulo 3, os procedimentos metodológicos adotados para a pesquisa, e, no capítulo 4, os resultados e as análises da pesquisa, primeiramente para cada unidade de saúde envolvida no estudo, e, posteriormente, uma análise conjunta dos resultados obtidos, seguindo-se o capítulo 5, onde são apresentadas as conclusões do estudo, destacando-se pontos passíveis de serem estudados em trabalhos futuros.

2 EMBASAMENTO TEÓRICO

Como salientam Aday e Andersen (1974), a efetiva utilização dos serviços de saúde é o resultado de políticas públicas que associam características dos sistemas de saúde com às da população de risco, conformando um processo de “mão dupla”. Como afirmam Castro *et al.* (2005) e Travassos e Castro (2008), ao mesmo tempo que as características da população de risco devem guiar as ações dos sistemas de saúde, as características dos sistemas de saúde podem influenciar na demanda por serviços de saúde.

Sob a perspectiva das características da população, duas variáveis são importantes preditoras de necessidades individuais e coletivas de saúde e, conseqüentemente, das demandas por serviços de saúde: sua estrutura etária e seu perfil epidemiológico. A primeira, fortemente influenciada pela transição demográfica, e a segunda, pela transição epidemiológica. E, sob a perspectiva dos sistemas de saúde, a oferta e a organização dos serviços de saúde são elementos fundamentais para atender às necessidades de saúde da população.

No contexto brasileiro, sob a égide do Sistema Único de Saúde, os serviços de saúde são organizados de forma regionalizada e hierarquizada, configurados em redes de atenção à saúde. Para os fins deste trabalho, destacam-se as redes de atenção às urgências e emergências que são concebidas, especificamente, para atender às necessidades de condições agudas de saúde da população.

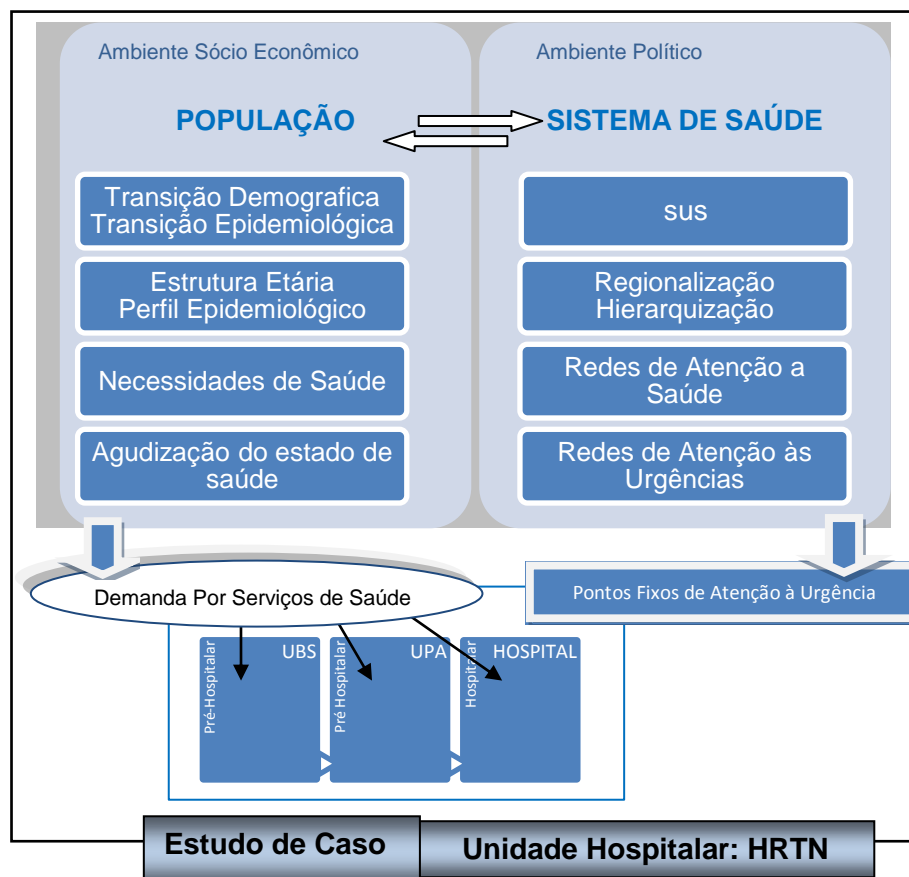
As redes de atenção às urgências e emergências são constituídas por vários componentes. Dentre eles, destacam-se: as unidades básicas de saúde (ou Centros de Saúde), unidades de pronto atendimento e unidades hospitalares, que são pontos fixos de atenção à saúde, que devem prestar assistência às demandas nos casos de agudização do estado de saúde. Cada uma dessas unidades de saúde possui capacidades tecnológicas – materiais e humanas – diferenciadas, devendo ser acionadas cada qual de acordo com a gravidade ou complexidade do agravo à saúde apresentado pelo usuário demandante de cuidados de saúde. Teoricamente, casos de baixa complexidade devem ser atendidos prioritariamente em unidades básicas de saúde; casos de média complexidade, em unidades de pronto atendimento; e de alta complexidade, em unidades hospitalares.

Para balizar as análises realizadas por este estudo, partiu-se do entendimento de que primeiramente, seria necessário conhecer o atual perfil demográfico e epidemiológico da

população brasileira, para depois apresentar a configuração do Sistema Único de Saúde Brasileiro, que, desde a sua instituição, vem passando por significativas transformações para adequar-se à evolução das necessidades de saúde da população. Assim, no primeiro subitem são referidas as transições demográficas e epidemiológicas que alteraram o perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, modificando o perfil das necessidades de saúde, e, conseqüentemente, da demanda e utilização dos serviços de saúde.

No subitem seguinte, é realizada uma explanação histórica e sucinta de como as decisões políticas no campo da saúde pública foram se desencadeando no Brasil, desde a Constituição de 1988, até chegar à atual proposta de configuração dos serviços de saúde em redes de atenção à saúde, e, mais especificamente, as redes de atenção às urgências e emergências, ainda em processo de constituição em todo o Brasil. E, finalmente, no terceiro e último subitem, são apresentados estudos que caracterizam a utilização dos serviços de urgência e emergência hospitalar, por ser esse o principal alvo de interesse desta tese. A FIG. 1 apresenta o esquema do escopo teórico desenvolvido neste capítulo.

FIGURA 1
Esquema do Embasamento Teórico



Fonte: elaboração própria

2.1 Compreendendo as transições demográfica e epidemiológica e seus reflexos sobre o sistema de saúde brasileiro.

Por transição demográfica compreende-se a passagem de altos níveis para baixos níveis de mortalidade e fecundidade, afetando o crescimento da população e a sua estrutura etária. Seu ritmo e intensidade ocorrem de maneira distinta nos diversos países do mundo: nos países desenvolvidos, essa passagem se deu de forma mais lenta e na América Latina (o que inclui o Brasil) e nos países Asiáticos, de forma acentuada, acarretando grandes desafios sobre a atenção às demandas sociais (Wong e Carvalho, 2006; Brito, 2007), o que inclui à saúde pública¹¹.

No contexto brasileiro, a transição demográfica se deu em duas fases. A primeira aconteceu até a segunda metade dos anos setenta, e é caracterizada pelo declínio da mortalidade e manutenção da fecundidade em um patamar extremamente elevado, levando a um acelerado crescimento demográfico. A segunda é caracterizada pelo declínio da fecundidade nos diversos extratos sociais, desacelerando o ritmo de crescimento da população (Carvalho e Garcia, 2003; Brito, 2007). Este rápido declínio na fecundidade vem provocando uma rápida alteração na estrutura etária da população brasileira, impactando no tamanho das diversas coortes, em termos absolutos e relativos (Wong e Carvalho, 2006). Projeções usadas por esses autores para até o ano de 2025 apontam para o aumento no tamanho absoluto da população mais velha e diminuição, seguida de estabilização, do segmento com menos de 15 anos. Além disso, os avanços tecnológicos no campo da medicina contribuíram para o aumento na expectativa de vida da população levando não só a um aumento na proporção de pessoas idosas na população, como, também, a uma maior longevidade (relativo à idade máxima de vida que as pessoas alcançam). O aumento na expectativa de vida e na longevidade não espelham diretamente necessidades de saúde, mas apontam para uma tendência a maior prevalência de doenças crônicas na população (aquelas com necessidades permanentes de atenção à saúde).

Como afirmam Wong *et al.* (2009), diante das acentuadas mudanças no padrão etário da população brasileira deve se esperar acentuadas mudanças na demanda por atenção à

¹¹ Sobre o tema vide Wong *et al.* A estrutura etária da população brasileira no curto e médio prazos – evidências sobre o panorama demográfico com referências às políticas sociais, particularmente as de saúde. In: Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Rede Interagencial de Informações para à Saúde (RIPSA). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

saúde, lembrando que essa atenção é diferenciada por sexo e idade, exigindo, como consequência, políticas de saúde, também diferenciadas por grupos de necessidade.

Segundo Omran (1971) a transição epidemiológica compreende a complexa mudança nos padrões de saúde e doença ocorridos na sociedade, bem como a mudança sobre os determinantes e as consequências das interações entre os padrões demográficos, econômicos e sociológicos. De acordo com esse autor, a transição epidemiológica ocorre em fases progressivas, passando de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas endêmicas e epidêmicas, para outro em que ocorre a redução acentuada das grandes epidemias, até atingir um padrão onde prevalecem os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias e outras doenças degenerativas.

Da mesma forma que Omran (1971), Frenk (1991), afirma que a transição epidemiológica refere-se a modificações ao longo prazo nos padrões de mortalidade, enfermidade (morbidade) e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas mais amplas.

Ainda, segundo Frenk (1991) a transição epidemiológica acontece predominantemente de maneira unidirecional: da direção das enfermidades infecciosas, associadas às necessidades primárias (nutrição, consumo de água, condições de vida etc.), para as doenças crônicas e degenerativas (ou também, não infecciosas) e lesões e padecimentos mentais, que estão associadas a fatores genéticos e às necessidades secundárias (segurança pessoal e ambiental, afeto ou oportunidade para a plena realização da potencialidade individual). Desta forma, como afirmam Frenk (1991) e Viana e Dal Poz (2005), existe no Brasil uma conexão básica entre a transição demográfica, e a transição epidemiológica, em função da rápida transformação da estrutura etária da população. Essa provocada inicialmente pela redução da fecundidade e posteriormente, pela redução da mortalidade (Carvalho e Garcia, 2003).

A redução da mortalidade ocorreu principalmente, como se sabe, em função da redução das doenças infecciosas, que acometem de forma mais intensa os grupos de idade mais jovens. Como consequência, há uma maior sobrevivência à infância, levando os sobreviventes a um maior grau de exposição a fatores de riscos, associados às enfermidades crônicas e as lesões.

Esta situação acaba por repercutir sobre o perfil de morbidades, pois a proporção crescente de pessoas em idade avançada aumenta a importância dos processos crônicos e degenerativos, ou seja, há um deslocamento de doenças infecciosas – transmissíveis – para

doenças não transmissíveis e de causas externas, observando-se o deslocamento da predominância da mortalidade sobre as condições de saúde, para a predominância da morbidade (Frenk, 1991). Para Schramm *et al.* (2004) o envelhecimento rápido da população brasileira faz com que a sociedade se depare com um tipo de demanda diferenciada por serviços médicos e sociais, outrora restrito aos países industrializados.

Segundo Schramm *et al.* (2004) e Cesse (2007), o Brasil, como muitos outros países em desenvolvimento, convive simultaneamente com doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, com a volta da incidência de doenças como dengue e cólera, e com o recrudescimento de outras doenças, como a malária, hanseníase e leishmanioses. Mas, é fato que houve uma redução das doenças agudas, e um aumento na incidência de doenças crônicas. Estudo realizado por Schramm *et al.* (2004), aponta que, tomando como base o ano de 1998, as doenças crônico-degenerativas responderam por 66,3% da carga de doença no Brasil; as doenças infecciosas responderam por 23,5%; e as relacionadas às causas externas por 10,2%. Cesse (2007) destaca que o controle, e até a erradicação de algumas doenças infecciosas e parasitárias (DIP), possibilitadas pelo desenvolvimento de vacinas, reduziu o motivo de mortes por essas doenças, mas não a morbidade.

Além do mais, o que se tem observado nas últimas décadas, além da emergência e a reemergência de algumas DIP, é a urbanização de endemias até então típicas de áreas rurais (Cesse, 2007), decorrentes do próprio processo de urbanização que ocorreu no País, principalmente a partir da década de 70. Esse processo de urbanização não foi acompanhado pelo aumento na capacidade de oferta de infra estrutura nas grandes cidades, como oferta de moradias e serviços de saúde. Sendo assim provocou o crescimento descontrolado nas periferias das capitais do país, levando a intensas e contrastantes modificações na evolução das condições de moradia e saúde da população (Pinheiro, 2006; Cesse, 2007; CNDSS, 2008).

Dessa forma, se por um lado no Brasil foi possível diminuir a mortalidade infantil, controlar algumas doenças transmissíveis, particularmente imunopreveníveis, e aumentar a expectativa de vida do brasileiro, por outro, assistimos à ampliação das desigualdades, à persistência de endemias, ao aumento intenso da obesidade em todo o país, à explosão da violência, ao surgimento de novas doenças, como a *aids*, e à ascensão da mortalidade por enfermidades crônicas (Cesse, 2007, p. 29).

Esse quadro faz com que no Brasil já se fale em tripla carga de doenças, pela presença concomitante de uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o

sobrepeso e a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e o forte crescimento da violência e das causas externas (Mendes, 2008, p. 5).

Todo esse quadro resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento dos gastos, em função da necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento das doenças crônicas e lesivas (Schramm *et al.* 2004).

De acordo com Frenk (1991) as doenças crônicas fazem com que muita gente, em sua maioria em idade avançada, sofra durante longos períodos de sua vida, levando à necessidade contínua de cuidados com os usuários. Esses passam a ter um papel preponderante em seu próprio tratamento: muitas ações do tratamento das doenças crônicas estão atreladas ao autocuidado pelo indivíduo como mudanças no hábito alimentar, visitas periódicas aos serviços de saúde, exercícios físicos e uso regular de medicamentos (Brasil, 2006d; Mendes, 2007).

A prevalência, com tendência de aumento, de um maior número de doenças crônicas, dado às características dessas, exige uma adequação dos modelos de atenção à saúde, focados em processos de recuperação da saúde, para modelos que privilegiem a prevenção de doenças e a promoção da saúde (Mendes, 2007).

Assim, o quadro de mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira leva à necessidade de adequação do sistema de saúde às novas necessidades da população. Por princípio, sistemas de saúde devem atender as necessidades de sua população (Starfield, 2002; Brasil, 2006d; Mendes, 2007)¹². Esse é o caminho que vem sendo percorrido pelo Sistema Saúde Brasileiro.

Reconhecidamente, as atuais necessidades de saúde da população passam pelo investimento não só em ações corretivas (tratamento de enfermidades) como também, e principalmente, pelo investimento na prevenção e promoção da saúde por meio da cobertura universal e o acesso equitativo da população aos serviços de saúde.

Alinhado a essa visão, o Sistema de Saúde Brasileiro passou, e ainda vem passando, por importantes modificações na sua forma de organização, direção, gestão e financiamento.

¹² Embora possa parecer óbvio que sistemas de saúde devem atender às necessidades de saúde de sua população, no Brasil, por exemplo, do início do século XX até a década de 50, predominou o modelo do sanitarismo que era voltado para atender às necessidades da economia agroexportadora prevalente nesta época (Mendes, 2002). Também, antes da implementação do SUS o sistema de saúde era voltado para atender aos interesses dos trabalhadores formais, ou seja, aqueles que contribuíam para a previdência (Costa, 2002).

Um marco importante na transformação do Sistema de Saúde Brasileiro foi a instituição do Sistema Único de Saúde Brasileiro pela Constituição Brasileira de 1988¹³, consagrando a saúde como um direito social de todo cidadão brasileiro e um dever do Estado (Brasil, 1988). Por ser no contexto do SUS onde se insere o problema em estudo, no próximo item serão apresentadas suas principais características, com ênfase nos seus princípios organizativos de regionalização e hierarquização da assistência a saúde.

2.2 O Sistema Único de Saúde: a organização dos serviços em redes de atenção

O Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei n.º. 8.080 de 19 de setembro de 1990¹⁴¹⁵, complementada pela Lei n.º. 8.142 de 28 de dezembro de 1990¹⁶. Não é um órgão ou uma instituição e, sim, uma rede de articulação e ações entre diversos atores sobre a questão saúde, com comando único em cada esfera de governo (Federal, Estadual, Municipal), cada qual com funções e competências específicas, articuladas entre si (descentralização político-administrativa) (Andrade, 2001; Noronha *et al.* 2008). A descentralização político-administrativa preconiza a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal (municipalização), próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde (Amorim, 2001, Brasil, 2009a).

¹³ Com a Constituição de 1988 o Sistema de Saúde Brasileiro passou a ser composto por um sistema único e universal. Na prática, prevalece um sistema misto: um público e universal (Sistema Único de Saúde – SUS), e um privado (saúde suplementar, mais conhecida no Brasil como plano de saúde) (Serra, 2002).

¹⁴ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, definindo dentre outros aspectos, os objetivos e atribuições do SUS; seus princípios e diretrizes; forma de organização, direção, gestão e financiamento; e estabelecendo as competências comuns e específicas de cada esfera dos governos - federal, estadual e municipal (Brasil, 1990a).

¹⁵ Em 28 de junho de 2011 foi publicado o Decreto 7.508, regulamentando a Lei 8.080. Dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e outras providências. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em 26/02/2012.

¹⁶ Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros na área de saúde, reconhecendo como instâncias colegiadas, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde (Brasil 1990b).

A gestão do SUS nas três esferas de governo é realizada pelos seguintes órgãos: Ministério da Saúde, no âmbito da União; Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, no âmbito dos Estados e de Distrito Federal; e, Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, nos Municípios (Brasil, 1990a). Deve-se lembrar que, pela Constituição Federal, cada estado e cada município tem sua própria particularidade e autonomia relativa de gestão, sem vinculação hierárquica entre as três esferas de governo, e com capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas diferenciadas, o que não permite um caráter homogêneo de institucionalização do SUS em todo o território nacional (Brasil, 200-?; Brasil, 2001; Noronha *et al.*, 2008).

O SUS tem por princípios doutrinários à universalidade, a integralidade e a igualdade da assistência à saúde. Por princípios organizativos a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, quer sejam eles realizados pelo sistema público, quer sejam pela participação complementar da iniciativa privada (Brasil, 1988; Brasil, 1990a; Brasil, 1990c).

O princípio da universalidade estabelece que qualquer cidadão no território nacional tem direito a todos os serviços públicos de saúde¹⁷. O princípio da integralidade estabelece que todo indivíduo deve ser visto de forma integrada e articulada como ser social, psicológico e biológico, devendo ser assistido em todos os níveis da atenção. E, o princípio da igualdade implica que todos são iguais perante a Lei, independentemente de raça, sexo, classe ou credo religioso, devendo ser atendidos em suas necessidades e especificidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos (Brasil, 1988; Brasil, 1990a; Brasil, 1990c).

Como princípio organizativo do SUS, contexto em que se insere este estudo, a regionalização implica na distribuição dos serviços de saúde, de qualquer nível de complexidade tecnológica, em áreas geográficas delimitadas e com definição da população a ser atendida – base territorial e populacional –, visando uma maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde, respeitadas às particularidades e necessidades de cada população. As bases territorial e populacional não necessariamente são restritas à abrangência municipal, respeitados os seus limites como unidade indivisível. A regionalização exige a simultânea hierarquização dos serviços de saúde (Amorim, 2001; Brasil, 2001).

¹⁷ Os serviços públicos são prestados por órgãos e instituições públicas da administração direta e indireta, e das fundações mantidas pelo Poder Público (Brasil, 1990a). Também, de forma complementar, com a prestação de serviços da iniciativa privada, restrita às empresas de capital nacional, mediante contrato de direito público ou convênio, sendo dada preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos (Brasil, 1988, art. 199; Brasil 1990a).

O princípio da hierarquização supõe a distribuição dos serviços de saúde em três ou quatro níveis crescentes de complexidade de atenção à saúde, organizados cada qual de acordo com a sua capacidade e competência de atendimento (princípio da resolutividade). Busca garantir à população a assistência em todos os níveis da assistência, formando uma rede de assistência (Amorim, 2001).

A regionalização é vista como uma estratégia para corrigir as desigualdades no acesso e a fragmentação dos serviços de saúde. A justificativa é que a maior parte dos municípios brasileiros não tem condições de oferecer, em seus territórios, todos os serviços necessários para atender as particularidades e necessidades de sua população. Também, não se justifica em termos de economia de escala e qualidade à manutenção de serviços de média e alta complexidade em cada município (Botega, 2005; Brasil, 2006e).

A regionalização vem sendo implementada apontando para a revalorização dos governos locais, resgatando o papel dos municípios nas definições e execução de ações em âmbito das suas próprias regiões, envolvendo os estados e o Ministério da Saúde. Os principais instrumentos para o planejamento da regionalização são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a Programação Pactuada e Integrada de Atenção em Saúde (PPI) e o Plano Diretor de Investimento (PDI).

O PDR identifica e reconhece as regiões de saúde em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, e define os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde¹⁸. A PPI estabelece os fluxos assistenciais das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, e os limites financeiros destinados a cada município, já pactuados entre os gestores. O PDI identifica e aponta os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual (Brasil, 2006e)¹⁹. Um município que não tenha capacidade

¹⁸ Regiões de saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transporte, compartilhadas. As regiões e macrorregiões podem ter os seguintes formatos: intramunicipais, intraestaduais, interestaduais e fronteiriças. As regiões intramunicipais são aquelas organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional; as intraestaduais são compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado; as regiões interestaduais, são conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados; e as regiões fronteiriças, são conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos (Brasil, 2006b).

¹⁹ No âmbito regional – região (ou microrregião de saúde) – o PDI deve refletir às necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade, e na macrorregião a suficiência na alta complexidade e parte da média complexidade. O ponto de corte da média complexidade que deve estar na microrregião ou na macrorregião deve ser pactuado levando-se em consideração a realidade de cada estado. Em alguns estados com mais adensamento tecnológico, a alta complexidade pode estar contemplada dentro de uma Região (Brasil, 2006b).

de oferecer determinado serviço de saúde para a sua população deve estabelecer um fluxo de referência dessa população para uma microrregião ou uma macrorregião de saúde, para que o serviço seja prestado, quando necessário.

Juntos os princípios da regionalização e da hierarquização, pressupostos da descentralização dos serviços, definem os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde (Brasil, 2009a).

O que tem sido ressaltado é que a organização dos serviços de saúde por níveis hierárquicos de complexidade, correspondentes aos chamados modelos fragmentados de atenção à saúde²⁰, não tem se mostrado suficiente para possibilitar a universalidade, a equidade e a integralidade à atenção à saúde, principalmente ao se levar em consideração a atual configuração demográfica e epidemiológica que implica, como dito, no aumento proporcional de pessoas nas faixas etárias mais elevadas, com prevalência de doenças crônicas (com alta frequência de agudizações), associadas a condições agudas. Nesse sentido, surge como alternativa, a organização dos serviços de saúde, não mais por níveis hierárquicos de complexidade, mas pela integração desses, denominada de rede de atenção à saúde (Brasil, 2009a; Mendes, 2009; Minas Gerais, 2009a).

As redes de atenção à saúde “são arranjos organizativos de unidades funcionais e/ou pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas logísticos, de apoio diagnóstico e terapêutico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2009a, p. 31). Tem como base à atenção às condições crônicas, por meio da prevenção de agravos e da promoção da saúde, concomitantemente, à atenção às condições agudas (Mendes, 2009; Minas Gerais, 2009a; Médici, 2010b).

Tomando como referência uma vasta revisão bibliográfica de estudos realizados nos mais diversos países, Mendes (2009) define as redes de atenção à saúde como

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (Mendes, 2009, p. 140).

²⁰ Caracterizados pela relação de ordem e graus de importância diferenciados entre os níveis de atenção, com uma tendência à banalização da atenção primária e uma sobrevalorização dos níveis secundário e terciário e, também, pela ênfase na atenção das condições aguda de saúde, ou seja, pela ênfase na recuperação (Mendes, 2009; Minas Gerais, 2009a)

Essa é a definição que tem sido tomada como referência para gestão do SUS no Estado de Minas Gerais e no Município de Belo Horizonte. Portanto, será tomada como referência neste trabalho.

Segundo Mendes (2009) a proposta de rede de atenção à saúde, contemporaneamente, surgiu com os estudos realizados por Shortell *et al.* (1993), na primeira metade dos anos 90, nos Estados Unidos²¹. Esses autores, a partir da análise empírica de doze sistemas de saúde que apresentavam obstáculos à integração dos serviços de saúde, propuseram a criação de sistemas integrados de serviços de saúde que configurassem em um contínuo coordenado de serviços para uma população específica. De acordo com Mendes (2009), desde então, as propostas de redes, no suporte às políticas públicas, têm sido crescentemente adotadas, a fim de superar o modelo hierárquico e hegemônico. Na visão de Médici (2010a) a conferência internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata (URSS) em 1978, já enfatizava a importância da articulação dos serviços de saúde em redes. Por essa Conferência ficou ressaltado que os serviços de atenção primária deveriam “ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade” (Declaração..., 1978, art. 7, item 6).

Dentro da perspectiva dos serviços de saúde organizados em rede integrada, os níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), respeitadas as diferenças nas densidades tecnológicas, devem atuar de forma articulada e complementar, sem hierarquia entre os diferentes pontos da atenção a saúde e nem ordem ou grau de importância entre eles (relação poliárquica), tendo como centro ordenador do sistema a atenção primária a saúde (Mendes, 2009; Minas Gerais, 2009a). Assim, segundo Mendes (2009) a proposta de rede de atenção rompe com a concepção vigente nas normas do SUS de um sistema organizado em níveis hierarquizados de assistência (hierarquia piramidal). Pela lógica desse sistema hierarquizado (dito sistema fragmentado) o acesso da população a rede de assistência deve ser, prioritariamente, realizada por meio do nível primário de complexidade, que acontece nas unidades básicas de saúde, sendo os casos não passíveis de resolutividade neste nível referenciados para os outros níveis da assistência, de acordo com a natureza do problema e a complexidade tecnológica que o agravo à saúde exigir. Casos de média complexidade devem ser referenciados para Unidades de Referência Secundária (URS, antigos PAM); Centros de Referência em Saúde Mental (Cersam); ou Unidades de Urgência/Emergência (UPA -

²¹ SHORTELL, S.M. *et al.* **Creating organized delivery systems: the barriers and the facilitators.** Hosp. Health Service Adm., 38:447-466, 1993.

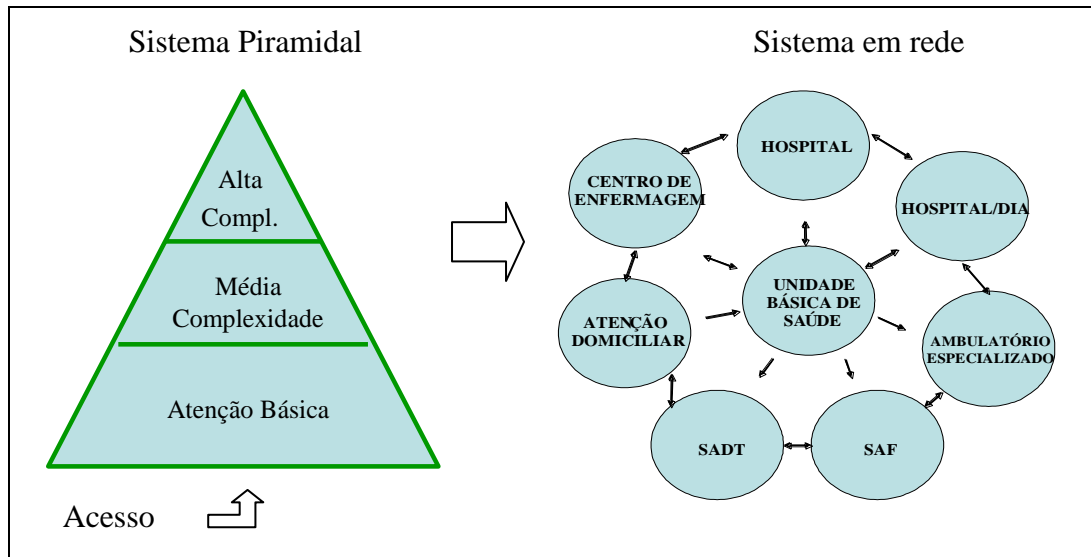
Unidades de Pronto-atendimento). Os casos de alta complexidade para hospitais da própria rede pública ou a hospitais conveniados com o SUS.

De acordo com Cecílio (2000), na prática essa racionalidade não ocorre, resultando na sobrecarga de serviços para o hospital, mais evidente e tensionada nos serviços de urgência/emergência, mas também sentida nos ambulatórios e mesmo nas enfermarias (Cecílio, 2000). No sistema piramidal a tendência, não só do usuário como do próprio gestor, é supervalorizar as unidades hospitalares em detrimento das demais unidades. É o chamado modelo de gestão hospitalocêntrico. Vale destacar que em ambas as propostas – sistema piramidal e redes integradas – os pontos de atenção são os mesmos, com níveis de complexidade distintos. Pode-se dizer, então, que a diferença principal está na forma de organização e relação entre os pontos de saúde (modelo de gestão).

Na FIG. 2 é representada a mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.

FIGURA 2

A Mudança dos Sistemas Piramidais e Hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde



Fonte: adaptado de Mendes (2009, p. 143).

Na concepção de rede de atenção à saúde proposta por Mendes (2009) três elementos são fundamentais para o funcionamento da mesma: a população, a estrutura operacional (constituída pelos pontos de atenção a saúde, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança), e o modelo de atenção à saúde.

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando as relações entre a população e suas subpopulações de risco; e os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e das intervenções sanitárias (Mendes, 2009). Assim, como afirmam Teixeira (2002) e Paim (2008), os modelos de atenção não são apenas uma forma de organização dos serviços de saúde. São formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, com o propósito de intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

A população representa o conjunto de pessoas – sujeitos das redes de atenção à saúde – que deve ser atendido pela rede, de forma resolutiva, de acordo com suas necessidades de saúde. Essa população deve pertencer a uma mesma base territorial; organizar-se socialmente em famílias; ser cadastrada e registrada em sistemas de informação potentes; e ser subdividida em subpopulações por fatores de riscos sócio-sanitários (Mendes, 2009). Segue a mesma lógica da Estratégia Saúde da Família que será tratada no item subitem 2.5.1.

À estrutura operacional é o que deve sustentar o funcionamento da rede. É constituída pelos pontos de atenção a saúde (nível primário, secundário e terciário), pelos sistemas de apoio, pelo sistema logístico e pelo sistema de governança.

Os pontos de atenção primária são as unidades básicas de saúde²². Os pontos de atenção secundários são constituídos, em geral, por unidades de atendimento de urgência não hospitalares e unidades ambulatoriais especializadas onde se ofertam serviços de atenção de complexidade secundária e terciária de acordo com o grau de densidade tecnológica que possuem (podem estar em hospitais ou fora dele). Também, pode-se citar como pontos de atenção secundária: os centros de especialidades odontológicas, os centros de enfermagem, os lares abrigados, os centros de convivência para idosos, os centros de atenção paliativa, etc. Como pontos de atenção terciária são considerados, normalmente, os hospitais. Os pontos de atenção secundária à saúde são distribuídos pelas microrregiões de saúde e os pontos de atenção terciária pelas macrorregiões. Representam os nós da rede. (Mendes, 2009).

²² Outras formatações das unidades básicas de saúde, além dos Centros de Saúde, são: unidade de saúde da família; posto de saúde; unidade móvel fluvial: barco/navio; unidade terrestre móvel para atendimento médico/odontológico. Comumente, como é o caso de Belo Horizonte, as unidades de saúde da família funcionam nos Centros de Saúde. Para detalhamento das formatações das unidades básicas acesse http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=590&letra=U.

O sistema de apoio, como pode ser observado pela FIG. 3, são constituídos pelo (sub)sistema de apoio diagnóstico e terapêutico²³, pelo (sub)sistema de assistência farmacêutica²⁴, e pelo (sub)sistema de informação em saúde²⁵. Esses subsistemas são instituições de saúde que prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde.

O sistema logístico é constituído por soluções em saúde suportadas pelas tecnologias de informação, que visam garantir uma organização racional e eficaz dos fluxos e contra fluxos das informações, dos produtos e das pessoas pela rede de atenção à saúde, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. Seus principais (sub)sistemas, como também podem ser observados pela FIG. 3, são: o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde (Mendes, 2009).

Ainda pela FIG. 3, observa-se em sua base a atenção primária à saúde (como visto, um dos pontos de atenção das redes, também denominado por Mendes (2009) de nó intercambiador). Ela deve funcionar como o centro de comunicação das redes de atenção à saúde, atuando de forma articulada com os demais pontos de saúde, coordenando os fluxos e contrafluxos das pessoas pertencentes a sua população adstrita, usuárias da rede (Mendes, 2009).

E, finalmente, o sistema de governança, transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde, tem a função de coordenar as relações entre os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes. Deve assim, gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais, aumentar a interdependência entre eles e obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adstrita à rede. Como dimensões fundamentais da governança das redes de atenção à saúde têm-se: o desenho institucional, o sistema gerencial e o sistema de financiamento da rede (Mendes, 2009).

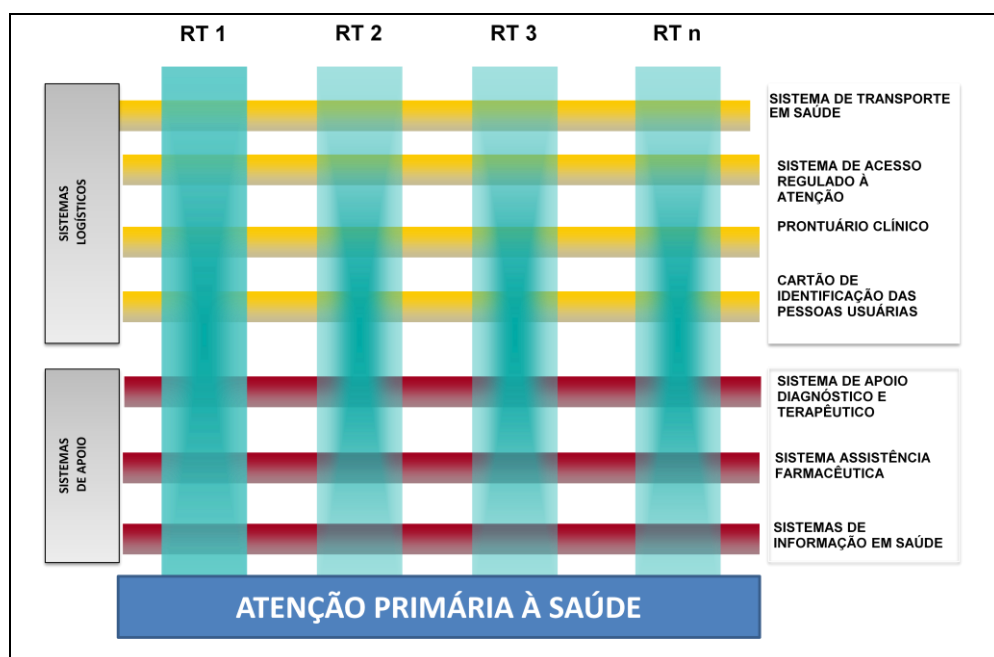
²³ Serviços de diagnóstico por imagem, serviço de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica, e a patologia clínica (anatomia patológica, genética, bioquímica, hematologia, imunologia e microbiologia e parasitologia) (Mendes, 2009).

²⁴ Envolve uma organização complexa exercitada por um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, englobando intervenções logísticas relativas à seleção, à programação, à aquisição, ao armazenamento e à distribuição de medicamentos, bem como ações assistenciais da farmácia clínica como o formulário terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância (Mendes, 2009).

²⁵ Constituem um esforço integrado para coletar, processar, reportar e usar informação e conhecimento para influenciar as políticas, os programas e a pesquisa, englobando diferentes bancos de dados nacionais, regionais e locais (Mendes, 2009).

FIGURA 3

Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes (2009, p.146)

Nota: RT – Redes Temáticas

Vale ressaltar que na proposta de redes de atenção à saúde, a atenção primária ocupa papel de destaque na organização do sistema de serviços de saúde, diferente da organização nos sistemas fragmentados, que tem o hospital como ponto central de atenção. Deve-se dizer que ocupar papel de destaque não significa dizer ocupar o papel mais importante. Como dito, na proposta de sistemas em rede as relações são horizontais, sem ordem e sem grau de importância entre eles. O que difere os níveis da atenção é o grau de densidade tecnológica que incorporam, e conseqüentemente, o tipo de serviços que podem oferecer. Os pontos de atenção terciária são mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária, que por sua vez, são mais densos que os pontos de atenção primária (Mendes, 2009).

Vale dizer ainda, que, um mesmo estabelecimento, como exemplos, um hospital ou um Serviço de Diagnóstico por Imagem, podem estar ligados a mais de uma rede de atenção à saúde, em função dos serviços que oferece. Um hospital que possui: unidade de terapia intensiva de neonatologia e maternidade; uma unidade de quimioterapia e radioterapia; e uma unidade de terapia intensiva de adultos pode estar ligada, respectivamente, a uma rede de atenção à mulher e à criança, a uma rede de atenção às doenças oncológicas, a uma rede de atenção às urgências e às emergências; dentre outras. (Mendes, 2009). Essas são as distas redes temáticas.

Em outras palavras pode-se dizer que as redes temáticas de atenção à saúde fazem parte de um processo contínuo de atenção integral à saúde, onde cada uma, com seus respectivos pontos de atenção e componentes logísticos, deve ser acionada de acordo com a necessidade de saúde do indivíduo, tendo como centro coordenador o nível de atenção primária.

Por serem as urgências e emergências hospitalares o foco principal desse trabalho, no próximo subitem será apresentada a atual proposta de organização das redes de urgência e emergência no Sistema Único de Saúde Brasileiro.

2.3 As redes de atenção às urgências e emergências

As redes de atenção às urgências e emergências são arranjos organizacionais voltados para a assistência à saúde em casos agudos e/ou crônico agudizados de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica que possam levar a sofrimento ou mesmo à morte provendo, atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede loco-regional de Urgência (Brasil, 2008a). Tem por objetivo direcionar o paciente acometido por um dado problema de saúde ao ponto de atenção com recursos mais adequados para atendimento a sua necessidade de saúde, no menor tempo possível. Desse modo, pretende deslocar a lógica de encaminhamento de paciente para o hospital mais próximo (Minas Gerais, 2009b).

Importante componente dentro do escopo da assistência à saúde, a área de urgência e emergência hospitalar, tradicionalmente, tem sido alvo de atenção não só dos gestores públicos, como, também, da mídia e da população que busca pelos seus serviços. Uma das preocupações atuais tem sido a elevada demanda pelos serviços nesta área nos últimos anos, em função do aumento do número de acidentes, da violência urbana, e da insuficiente estruturação da rede assistencial, que tem contribuído decisivamente para a sobrecarga e superlotação dos serviços de urgência e emergência (Brasil, 2006a).

Na tentativa de reverter o quadro de superlotação das urgências e emergências hospitalar o governo Federal vem desenvolvendo ações, no sentido de possibilitar o aperfeiçoamento do atendimento às urgências e emergências no País, em todos os níveis de atenção, voltadas para: humanização da assistência; transporte de usuários vítimas de agravos à saúde; assistência hospitalar (incluindo pagamento de novos procedimentos e recursos para

aquisição de equipamentos, reforma e modernização gerencial de hospitais que atendem urgências); estabelecimento de centrais de regulação de urgências; capacitação de recursos humanos, dentre outras (Brasil, 2006f). Dentre essas ações merece destaque neste estudo a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)²⁶.

A Política Nacional de Atenção às Urgências obedecendo aos princípios doutrinários e organizativos do SUS, e trabalhando na lógica de organização dos serviços em redes de atenção à saúde, estabelece como sendo fundamental: a definição de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências; organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências; instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS; a capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção; e orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.

Os componentes das redes loco regionais de atenção integral às urgências são classificados em: componente Pré-Hospitalar Fixo; componente Pré-Hospitalar Móvel, componente Hospitalar e componente Pós-Hospitalar (Brasil, 2006e).

O componente Pré-Hospitalar Fixo é constituído pelo conjunto de unidades básicas de saúde, unidades de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências. (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b).

O componente Pré-Hospitalar Móvel refere-se ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e aos serviços associados de salvamento e resgate, sob-regulação médica de urgências e com número nacional único para urgências médicas (Brasil, 2006b; Brasil, 2006c)²⁷.

O componente Hospitalar refere às portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III²⁸, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b).

²⁶ Instituída pela Portaria GM/MS n.º 1.863, de setembro de 2003.

²⁷ Instituído pela Portaria GM/MS NO. 1.864, de setembro de 2003.

²⁸ Especificidades dos hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III serão apresentadas no subitem 2.5.3 desta tese.

E, finalmente, o componente Pós-Hospitalar referem às modalidades de atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral com componente de reabilitação de base comunitária (Brasil, 2006b).

Nota-se que uma das preocupações da PNAU é desconcentrar o atendimento das urgências efetuadas pelos prontos-socorros, integrando os serviços de atenção básica e saúde da família, unidades não hospitalares de atendimento às urgências, pré-hospitalar móvel, portas hospitalares de atenção às urgências, serviços de atenção domiciliar e reabilitação integral no País (componente pós-hospitalar), possibilitando a atenção integral às urgências (Brasil, 2006b).

A integração dos serviços de saúde (dos níveis primário, secundário e terciário) implica na capacitação e responsabilização dos componentes das redes loco regionais de atenção integral às urgências, para cada qual atender à parcela das demandas de urgência correspondentes aos limites de sua complexidade e capacidade de resolução.

Portanto, é necessário que esses níveis de atenção se relacionem de forma complementar por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contrarreferência. Assim, é fundamental que cada serviço se reconheça como parte integrante deste Sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe ocorre e se responsabilizando pelo encaminhamento desta clientela as outras unidades da rede, quando a unidade não tiver os recursos necessários a tal atendimento, cumprindo o princípio da resolutividade do SUS (Brasil, 2006a).

Deve-se observar que, diferente das demais redes temáticas de atenção à saúde que tem a atenção primária como centro de comunicação de todo o sistema, as redes de atenção às urgências e emergências têm como centro ordenador e orientador dos sistemas de urgência e emergência a central de regulação médica, por meio da atuação do médico regulador²⁹. As centrais de regulação, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos usuários no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados (Brasil, 2006a).

Portanto, a rede de atenção às urgências e às emergências não se constitui apenas de um conjunto de serviços hospitalares ou especializados e qualificados. Implica, também, na

²⁹ De forma sintética, e de acordo com a Portaria GM no. 2.048 de 5 de novembro de 2002, compete ao médico regulador julgar, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando a dar a melhor resposta possível para as necessidades dos usuários (Brasil, 2006). Para detalhamento das competências do médico regulador, vide a referida Portaria.

adoção de uma postura acolhedora e resolutiva de todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) aos casos agudos e/ou crônico agudizados, o que inclui os centros de saúde em integração com seus agentes comunitários de saúde e as unidades de pronto atendimento, com garantia de retaguarda para todos os casos que extrapolem a capacidade de resolução de cada um desses serviços (Brasil, 2008a).

Dentro dessa perspectiva, por serem alvos de interesse deste estudo, nos próximos itens serão apresentadas as principais características dos pontos fixos de atenção às urgências e emergências que atuam de porta aberta para a demanda direta e espontânea da população: unidades básicas de saúde (centros de saúde); unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências (componentes pré-hospitalar fixo); e as unidades hospitalares (componente hospitalar) que representam os nós das redes, na proposta de Mendes (2009).

2.3.1 As Unidades Básicas de Saúde: Centros de Saúde

Unidades básicas de saúde (UBS), ou, neste estudo, centros de saúde, são unidades destinadas à realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma dada população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nessas áreas. Pode ou não oferecer Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) e pronto atendimento 24 horas (Brasil, 2006f). Correspondem, no modelo do SUS, ao nível de atenção primária à saúde.

Tanto no Brasil como em outros países, a atenção primária à saúde vem ocupando posição de destaque na organização e ordenação dos recursos dos sistemas de saúde, principalmente, a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Starfield, 2002; Brasil, 2006e; Giovanella e Mendonça, 2008). Nessa conferência a saúde foi confirmada

como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e a consecução do mais elevado nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer, além do sector da saúde, a ação de muitos outros sectores sociais e económicos” (Declaração..., 1978).

e a atenção primária a saúde como

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto com dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (Declaração..., 1978, inciso VI).

Nas unidades básicas de saúde se insere a Estratégia Saúde da Família (ESF) adotada no Brasil como política nacional, prioritária e essencial de organização dos serviços de saúde, com a expectativa que ela funcione, preferencialmente, como a porta de entrada para o sistema de serviços de saúde.

Historicamente, pode-se dizer que a Estratégia Saúde da Família (em sua concepção inicial denominada de Programa Saúde da Família – PSF) teve início em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Efetivamente, foi implantada pelo Ministério da Saúde, em 1994, quando foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS).

Atualmente o PACS é considerado parte da Estratégia Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, ele pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. As ações dos ACS são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde (Brasil, 2009b).

O principal propósito da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo médico hegemônico (modelo convencional), centrado no indivíduo e na doença, para um modelo família-centrada, levando a saúde para mais perto da família, visando melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Esse propósito foi reforçado pelo Pacto pela Saúde 2006³⁰, ao priorizar a Estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Sendo

³⁰ Compromisso público assumido pelos gestores do SUS, tomando como base os princípios constitucionais do SUS e às necessidades de saúde da população. Por esse Pacto ficou estabelecido que o compromisso público assumido deve ser anualmente revisado, implicando em um exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (Brasil, 2006b).

assim, esse propósito é compartilhado pelos estados, municípios e o Distrito Federal (Brasil, 2006e; Mendes, 2009).

Como modelo de organização da atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS, a ESF deve trabalhar de forma integrada com os demais níveis da atenção à saúde, priorizando as ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua.

A ESF opera prestando assistência na própria unidade básica ou nos domicílios, por meio de equipes de saúde da família. Cada unidade básica de saúde pode ter uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por 3.000 a 4.500 pessoas, ou por mil famílias de uma determinada área (Brasil, 2009b).

As equipes da ESF atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da população sob a sua responsabilidade. As principais atividades em atenção básica executadas pelas ESF são: saúde da criança, saúde da mulher (Pré-Natal e Planejamento Familiar), controle de hipertensão, da *diabetes melittus*, da tuberculose, da hanseníase e saúde bucal. Cada equipe de saúde da família deve ser capacitada para conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio do levantamento de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco da população que ela atende; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar (Brasil, 2005).

Para ser resolutiva na sua proposta a ESF necessita de um conjunto de saberes e de suporte técnico. Desta forma o Ministério da Saúde criou duas outras equipes para atuarem junto as equipes de saúde da família, denominadas de Equipe de Saúde Bucal (ESB)³¹ e de

³¹ A ESB foi criada pelo Ministério da Saúde, por meio da portaria GM n° 1444 de 28 de dezembro de 2000. Atualmente, existem duas modalidades de composição das ESB: modalidade I, que compreende um cirurgião dentista (CD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD); e modalidade II, que compreende um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD). Cada ESB deverá atender, em média, 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, correspondente, em média, a duas equipes da saúde da família. Portanto, o número possível de ESB para cada município está condicionado ao tamanho de sua população.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)³².

Com relação às redes de atenção às urgências e emergências as UBS são denominadas de componente pré-hospitalar fixo. Sob a égide Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)³³, a atenção básica deve atender às urgências de pequena complexidade e fácil resolução. Tomando como referência a classificação de risco do Protocolo de Manchester às cores verde e azul são as de competência da atenção básica. Nos demais casos – cor vermelha, laranja e amarelo – a atenção básica deve prestar atendimento inicial, com base na avaliação primária do ABCDE do trauma³⁴, encaminhando posteriormente para outra unidade de saúde, via transporte sanitário, de acordo com o nível de complexidade exigido para o caso³⁵.

De uma maneira geral, além de funcionar prioritariamente como porta de entrada para o sistema de serviços de saúde, a atenção primária deve funcionar como centro ordenador e coordenador de todos os componentes da rede. E, de forma específica, na rede de atenção às urgências e às emergências deve funcionar como um dos pontos da rede, cabendo a Central de Regulação o papel de centro ordenador e coordenador de todos os componentes da rede.

Dentro do modelo de assistência aos casos de urgência atualmente concebidos pelo sistema de saúde brasileiro, é esperado que as unidades básicas de saúde / Equipes da Estratégia Saúde da Família realizem o acolhimento dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade

³² O NASF foi criado pelo Ministério da Saúde, por meio da portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Deve ser constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob-responsabilidade das equipes de saúde da família. A definição dos profissionais que irão compor os núcleos, de acordo com as modalidades previstas para o NASF, é de responsabilidade dos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (Brasil, 2009c).

³³ Deve-se lembrar que a PNAU representa uma diretriz (ou proposta) a ser seguida pelas Unidades da Federação. Tem por princípio, que para que as unidades de saúde funcionem de forma integradas elas devem, dentre outros pontos, adotar um sistema de classificação de risco, a fim de identificar o nível de gravidade dos casos atendidos. Especificamente em Belo Horizonte, loco deste estudo, a organização dos serviços em rede de atenção às urgências ainda não foi implantada. E, as unidades básicas ainda estão se preparando para adotar o Protocolo de Manchester como sistema de classificação de risco.

³⁴ Padrão internacional de avaliação de urgência: A (*airway*) – corresponde a avaliação das vias aéreas com proteção da coluna cervical; B (*breathing*) – respiração e ventilação; C (*circulation*) – circulação com controle de hemorragia; D (*desability*) – incapacidade, estado neurológico (estado de consciência); e E (*exposition*) – exposição e controle ambiental do trauma.

³⁵ Informação obtida, por meio de texto impresso, por meio da Gerência de Urgência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Na realidade essa postura ainda deve ser vista mais como uma situação desejada, uma vez que UBS ainda não utilizam o mecanismo de classificação de risco.

seja compatível com seu nível de assistência (urgências de baixa gravidade/complexidade). (Brasil, 2006a).

Para que esse acolhimento ocorra de forma apropriada é imprescindível que as unidades básicas de saúde contem com: profissionais qualificados para enfrentamento desses quadros agudos ou crônicos agudizados; espaço devidamente abastecido e reconhecido pelos profissionais de saúde, com medicamentos e materiais³⁶ essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências que ocorram em sua proximidade, em sua área de abrangência, ou seja, para elas encaminhados, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário.

2.3.2 Unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências: as UPA's

As unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências, previstas no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e na Política Nacional de Atenção às Urgências, foram instituídas pelo Ministério da Saúde com o objetivo de fortalecer a implementação de Redes de Atenção Integral às Urgências (Brasil, 2008a).

Como o próprio nome diz, as UPA são unidades não hospitalares para atendimento às urgências de baixa (principalmente, nos finais de semana quando as UBS não funcionam) e média complexidade, funcionando 24 horas/dia. Possuem estrutura de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde (UBS), unidades de saúde da família (USF) e as portas de urgência da rede hospitalar. Com essas unidades de saúde a UPA compõe a rede organizada de atenção às urgências (Brasil, 2008a).

As UPA fazem parte do grupo componente pré-hospitalar fixo, e devem atender às emergências e urgências de média complexidade (cor amarelo e verde, do Protocolo de Manchester). Nos demais casos complexos (vermelho e laranja) deve prestar atendimento inicial, com base na avaliação primária do ABCDE do trauma, encaminhando posteriormente, via transporte sanitário para outra UPA, ou hospital de referência³⁷. Especificamente nos casos de natureza cirúrgica e de trauma, as UPA podem prestar o primeiro atendimento, estabilização e investigação diagnóstica inicial, com base na avaliação primária do ABCDE

³⁶ Definidos pela Portaria GM N.O 2.048, de 5 de novembro de 2002 (Brasil, 2002).

³⁷ Informação obtida, por meio de texto impresso, por meio da Gerência de Urgência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

do trauma, definindo a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade, inclusive nos casos classificados como urgente ou emergente. Sua estratégia de atendimento está diretamente relacionada e condicionada à atuação do Serviço Móvel de Urgência – SAMU – (Brasil, 2008a).

Têm como principais funções: atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade e, em especial, os casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e as equipes de saúde da família não atuam; descentralizar o atendimento de usuários com quadros agudos de média complexidade; dar retaguarda às unidades básicas de saúde e de saúde da família; diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade no atendimento às urgências; ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel; desenvolver ações de saúde por meio do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar: para a rede básica de saúde, para a rede especializada ou para internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento, com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária; articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência; ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos, e a construção de indicadores de saúde, e de serviço que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde (Brasil, 2006a; Brasil, 2006f; Brasil, 2008a).

Para isso, devem ser implantadas em locais estratégicos para a configuração das redes de atenção às urgências e emergências, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, prestando atendimento resolutivo e qualificado aos usuários acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados de natureza clínica e contra referenciá-los, quando necessário, para a rede de atenção à saúde, para a rede especializada ou para internação, por meio de pactos e fluxo de encaminhamento, previamente estabelecidos, proporcionando uma continuidade do tratamento, com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

As UPA podem ser classificadas em três diferentes portes (PI, PII e PIII), de acordo com o número de médicos por plantão, números de leitos de observação, capacidade da sala

de urgência e número de atendimentos/dia, em função do quantitativo populacional da região (QUADRO 1).

QUADRO 1

Classificação das UPA Segundo Porte

Serviços / Unidade	População da região de Cobertura	Número de atendimentos médicos em 24 horas	Número mínimo de médicos por plantão	Número mínimo de leitos de observação
SE ³⁸	Menor que 50.000 habitantes	Demanda urgências	1 médico generalista habilitado em Urgência	Nenhum ou menos que 5 leitos
UPA PI	50.000 a 100.000 habitantes	50 a 150 pacientes	2 médicos, sendo um pediatra e um clínico geral	5 - 8 leitos
UPA PII	100.001 a 200.000 habitantes	151 a 300 pacientes	4 médicos, distribuídos entre pediatras e clínicos gerais	9 - 12 leitos
UPA PIII	200.001 a 300.000 habitantes	301 a 450 pacientes	6 médicos, distribuídos entre pediatras e clínicos gerais	13 - 20 leitos

Fonte: Brasil (2008a, art. 9, § 2º).

Para que os serviços das UPA ocorram de forma apropriada elas devem contar com os seguintes profissionais: coordenador ou gerente, médico clínico geral, médico pediatra, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo. Quando houver laboratório na unidade, também deverão contar com bioquímico, técnico de laboratório e auxiliar de laboratório. Outros profissionais poderão compor a equipe, de acordo com a definição do gestor local ou gestores loco regionais, como: assistente social, odontólogo, cirurgião geral, ortopedista, ginecologista, motorista, segurança e outros (Brasil, 2006a).

A área física das UPA deve ser estruturada de acordo com o porte da unidade, sendo indicado: Bloco de Pronto Atendimento; Bloco de Apoio Diagnóstico; Bloco de Procedimentos; Bloco de Urgência/Observação; Bloco de Apoio Logístico; Bloco de Apoio Administrativo. A organização da área física por blocos se justifica por ser aconselhável, do

³⁸ Salas de estabilização: salas específicas instaladas em unidades/serviços da rede de atenção, dando ponto de apoio ao atendimento, transporte e/ou transferência de usuários críticos/graves nas localidades onde o SAMU tem caráter regional ou em locais/Municípios onde haja grande extensão entre os pontos de atenção loco – regional. São instaladas em unidades de menor porte destinadas à interiorização dos cuidados urgentes (Brasil, 2008a).

ponto de vista funcional, que os blocos estejam mais ou menos contíguos, dando o máximo de racionalidade possível ao fluxo dentro da unidade. E, ainda alguns materiais, equipamentos e medicamentos específicos, devem, necessariamente, fazer parte do arsenal de qualquer unidade de urgência e emergência com funcionamento 24 horas³⁹.

2.3.3 Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências: os hospitais

Hospitais são estabelecimentos de saúde dotados de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa (Brasil, 2006g).

São considerados como urgência ou emergência os atendimentos a usuários: que apresentam problemas de saúde que começaram há pouco tempo (chamadas situações agudas); em situação de agudização de doenças crônicas; ou que estejam em sofrimento (dores fortes, febre alta, desmaios etc.) que possam colocar em risco a vida (Belo Horizonte, 2008c).

É a prestação dos serviços aos usuários em regime de hospitalização – em leitos hospitalares durante as 24 horas do dia - que qualifica os hospitais, diferenciando-o das demais unidades de saúde (Braga Neto *et al.*, 2008).

No âmbito do SUS, em relação aos hospitais de atendimento às urgências e emergências eles são classificados em hospitais do Tipo I, do Tipo II e do Tipo III.

Os hospitais do Tipo I são hospitais especializados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumatologia ou cardiologia. Os hospitais do Tipo II são hospitais gerais que dispõem de unidade de urgência/emergência e de recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, devendo dispor de: área física e instalações compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para o acolhimento e atendimento dos portadores de danos e/ou agravos caracterizados como urgência/emergência clínica e cirúrgica; e recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis

³⁹ Classificação das UPA segundo porte, composição de equipe profissional e área física definidos pela Portaria GM N.O 2.048, de 5 de novembro de 2002 (Brasil, 2002).

para a propedêutica e/ou terapêutica dos atendimentos de urgência/emergência. E os hospitais Tipo III são hospitais gerais caracterizados como aqueles que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências clínicas, cirúrgicas e traumatológicas, desempenhando ainda as atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências.

Qualquer que seja o tipo de classificação do hospital (I, II, ou III), ele deve dispor de: área física e instalações compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para acolhimento e atendimento dos portadores de danos e/ou agravos correspondente ao seu porte de atendimento; e recursos tecnológicos propedêuticos e/ou terapêuticos mínimos e indispensáveis aos atendimentos de urgência e emergência (Brasil, 1999)⁴⁰.

As Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência ainda devem ser classificadas como Unidades Gerais (Tipo I e II) ou como Unidades de Referência (Tipo I, II e III). As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I são aquelas instaladas em hospitais gerais de pequeno porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1) (Brasil, 2006a).

As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais de médio porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao segundo nível de assistência hospitalar da média complexidade (M2). No hospital, deve haver centro cirúrgico e centro obstétrico, além de enfermarias (Brasil, 2006a).

Tanto as Unidades Hospitalares Gerais do Tipo I quanto do Tipo II, funcionando nas 24 horas do dia, devem contar com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados ao seu nível de complexidade, de modo que se tornem a referência de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e

⁴⁰ Para detalhamento dos recursos necessários aos Hospitais do Tipo I, II e III, vide Brasil (1999) e Brasil (2002).

Emergência⁴¹. Esses recursos devem ser no mínimo iguais àqueles exigíveis para as UPA (Brasil, 2006a).

Quanto às Unidades de Referência no Atendimento às Urgências e Emergências elas são instaladas em hospitais, gerais ou especializados, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente à alta complexidade (M3), de acordo com sua capacidade instalada, especificidade e perfil assistencial. Devem contar com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados de modo que se tornem a referência de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e Emergência (Brasil, 2006a).

As Unidades de Referência de Tipo I são aquelas instaladas em hospitais especializados e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumatologia ou cardiologia. As Unidades de Referência de Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica. As Unidades de Referência de Tipo III são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica. Estes hospitais devem, ainda, desempenhar atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção (Brasil, 2006)⁴²

Sintetizando o descrito neste item 3, o Sistema Único de Saúde deve prestar atenção à saúde a todos os cidadãos, segundo os princípios doutrinários e organizativos, já mencionados.

Dentre os princípios organizativos do SUS uma concepção que vem tomando impulso é a de organização dos serviços de saúde em redes de atenção à saúde, tendo merecido destaque neste trabalho, as redes de atenção às urgências e emergências.

⁴¹ Aprovado pela Portaria GM/MS no. 2.048, de novembro de 2002, estabelecendo os princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência, e normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência. Engloba temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar fixo, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área (Brasil, 2002).

⁴² Para detalhamento das características específicas e gerais tanto das Unidades Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências quanto das Unidades de Referência, vide Brasil (1999) e Brasil (2002).

Nas redes de atenção às urgências e emergências os Centros de Saúde, as unidades de pronto atendimento e as unidades de urgência e emergências dos hospitais devem prestar assistência à saúde dos indivíduos – de forma integrada, acolhedora e resolutiva –, em situações de quadros agudos e/ou crônico agudizados de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica que possam levar a sofrimento ou mesmo à morte, de acordo com sua capacidade de atendimento e densidade tecnológica. Aos Centros de Saúde cabe o atendimento as urgências de baixa complexidade, às UPAS os atendimentos de baixa e média complexidade, e às unidades hospitalares os atendimentos alta complexidade.

Para que essas unidades de saúde funcionem de forma integrada, é necessário que exista na rede: um fluxo de referência e contrarreferência, devidamente pactuado, por meio da estruturação de uma grade de referência; transporte para atendimento às pessoas em casos mais graves e que não possam se deslocar por conta própria; e ainda um sistema de classificação de risco⁴³, a fim de se identificar o nível de gravidade do caso. Com a classificação de risco espera-se melhorar o atendimento nas Portas de Entrada de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, e mais especificamente no Estado de Minas Gerais, a classificação de risco do Sistema de Triagem Manchester é o que vem sendo mais difundido e utilizado nos seus serviços de urgência e emergência.

Deve-se dizer que embora no campo normativo do modelo brasileiro de assistência à saúde seja: delimitado os pontos adequados para atendimento à demanda espontânea da população – de acordo com o nível de complexidade e agravo do caso; definido sistemas de referência e contrarreferência de usuários que favoreçam a continuidade do atendimento e, conseqüentemente, a resolutividade de seus problemas, no cotidiano dos serviços de urgência e emergência hospitalar ainda se observa uma elevada utilização desses serviços em situações consideradas de complexidade não adequada ao seu nível de atenção.

Dessa forma, no próximo item serão apresentados estudos mais recentes que avaliam a utilização dos serviços de urgência e emergência hospitalar no contexto brasileiro.

Cumprido dizer que há uma vasta literatura científica que trata desse tema, nas várias áreas do conhecimento – demografia, epidemiologia, saúde coletiva, administração, enfermagem, medicina, etc. –, com enfoques variados, tanto em nível nacional como internacional. Neste relatório optou-se por citar trabalhos mais recentes realizados no Brasil, procurando trazer exemplos de suas distintas regiões. Isso devido ao dinamismo das

⁴³ Vide item 3.5.

mudanças na gestão do sistema de saúde brasileiro, desde a institucionalização do SUS que vêm influenciando na utilização dos serviços de saúde, e também, pelo reconhecimento, nos vários textos consultados, que os fatores associados às condições de saúde de uma dada população são muito peculiares ao contexto histórico e político desta população. Reconhece-se, no entanto a importância de toda e qualquer experiência, inclusive as internacionais, para o processo de elaboração de políticas públicas.

2.4 Utilização dos serviços de urgência e emergência hospitalar

Muitos são os estudos no Brasil que abordam a utilização dos serviços de urgência e emergência hospitalar. Normalmente, os autores têm focado na análise do acesso e da quantificação da utilização (ou uso) desses serviços estratificando por: idade, sexo, raça, região de moradia, renda, ocupação, tipo de serviços utilizado, forma de pagamento e percepção do estado de saúde, tomando como referência, principalmente, inquéritos populacionais, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD - suplemento saúde) ou registros administrativos⁴⁴, e outros, por meio de estudos de caso, como; na análise do efeito das políticas e programas de saúde sobre a utilização dos serviços, como Furtado *et al.* (2004) e Simon (2008); e na análise do perfil e dos motivos pelos quais as pessoas demandam ou utilizam os serviços de urgência e emergência hospitalar, como Castro *et al.* (2002), Yamada *et al.* (2002) e Souza *et al.* (2009). Esta tese se insere neste último grupo, focando no perfil da utilização.

Então, neste item serão referidos estudos que abordam a utilização dos serviços de urgência e emergência hospitalar, no contexto brasileiro, por meio de estudo de caso. Antes, no entanto, será realizada uma explanação sobre alguns aspectos que envolvem a utilização de serviços de saúde.

⁴⁴ Como exemplos: Pinheiro *et al.*(2002), Dachs (2002), Ribeiro *et al.* (2003), Batista *et al.* (2004), Travassos e Viaçava (2007) e Fahel (2007)

2.4.1 Conceitos preliminares: das necessidades de saúde a utilização dos serviços de saúde

Como pôde ser apreendido em estudos consultados, a utilização dos serviços de saúde faz parte de um processo contínuo e complexo de atenção à saúde individual e coletiva, diretamente associada à relação entre a demanda e a oferta de serviços, intermediada pela capacidade de acesso das pessoas aos serviços de saúde.

Por utilização dos serviços de saúde Travassos e Martins (2004) e Travassos e Castro (2008) compreendem todo contato direto (consultas médicas, hospitalizações), ou indireto de usuários (realização de exames preventivos e diagnósticos) com os serviços de saúde, realizado por meio de atendimento de médico ou de outros profissionais de saúde envolvidos na realização de procedimentos relativos à assistência à saúde.

Dessa forma, a utilização dos serviços de saúde “resulta de uma interação entre o comportamento do indivíduo que procura cuidado, os serviços a ele disponíveis e o profissional da saúde que é quem define, em última instância, o tipo e a intensidade de serviços requeridos para responder aos problemas de saúde” apresentados pelos usuários (Travassos e Castro, 2008; p. 222). Problemas de saúde (ou necessidades de saúde) podem ser entendidos como tudo aquilo “que se deseja evitar, corrigir ou minimizar, traduzíveis na racionalidade biomédica por doenças claramente identificadas” (Camargo Jr. 2005, p. 92).

O problema ou necessidade de saúde pode ser diagnosticado por profissional de saúde, percebido pelo indivíduo, ou por pessoa a ele ligada (Aday e Andersen, 1974). Nesses dois últimos casos não se pode dizer obrigatoriamente de uma doença claramente identificada ou diagnosticada, mas sim de um estado de perturbação, físico ou mental, que está sendo traduzido como problema de saúde e que pode levar a uma demanda por serviços de saúde.

Como afirmam Travassos e Castro (2008, p.218), a necessidade de saúde percebida pelo indivíduo é diferente da necessidade de saúde diagnosticada por profissionais de saúde. Para as autoras a necessidade percebida “é um conceito relativo, pois varia entre os indivíduos, os grupos, a cultura e ao longo do tempo. Trata-se de um conceito multidimensional e de difícil mensuração”. Assim, usuários podem não se queixar de problemas (ou necessidades) por não estarem cientes deles ou, ainda, podem se queixar de uma coisa que mascara outra (Starfield, 2002). Para essa autora a determinação precisa das

necessidades de saúde de um paciente ou população deve ser realizada por profissional de saúde.

Assim, como afirma Cecílio (2001, p.116) no encontro do indivíduo com uma equipe ou profissional de saúde “haveria de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço apresentadas ou “travestidas” em alguma(s) demanda(s) específicas(s)”. Cabe à equipe de saúde ter sensibilidade e preparo pra decodificar e saber atender da melhor forma possível às necessidades explicitadas pelos indivíduos.

Na mesma linha de pensamento de Cecílio (2001), Oliveira *et al.* (2009) defendem que, com relação à chamada demanda espontânea de usuários por pronto atendimento médico, o sistema deve estar plenamente aberto ao seu acolhimento, seja em que nível ou em que tipo de serviço for.

Se por um lado, como afirmam Travassos e Castro (2008) são os profissionais de saúde que definem o tipo e a intensidade de serviços requeridos para responder aos problemas de saúde,

na grande maioria das vezes, a decisão de buscar um serviço de saúde e submeter-se a ele é do usuário, ou ao menos daqueles que o cercam. Sendo assim sem o convencimento do usuário final, as tais “necessidades” jamais se materializarão em demanda por cuidado (Camargo Jr., 2005, p.96).

De acordo com Starfield (2002) além das pessoas decidirem se e quando usar o sistema de saúde, elas ainda decidem, após utilizarem o sistema, o quão satisfeitas estão com o atendimento, e se aceitarão as recomendações ou orientações dos profissionais de saúde. Segundo essa autora, elas podem decidir realizar as recomendações dos profissionais de saúde ou modificá-las da maneira como pensam ou, ainda, desrespeitá-las parcial ou completamente.

Corroborando com o ponto de vista de Starfield (2002), Oliveira *et al.* (2009, p.1932) afirmam que os

usuários, no seu dia a dia, graças a uma monitoração reflexiva de suas experiências, estabelecem juízos de valor sobre os diversos serviços que se apresentam a eles no sistema de saúde, ou seja, o usuário faz, cotidianamente, uma avaliação dos serviços de saúde. Essa avaliação se dá não apenas com base em suas próprias experiências, mas também em experiências referidas por outros usuários (Oliveira *et al.*, 2009; p.1932).

E, as experiências cotidianas do usuário, ainda segundo Oliveira *et al.* (2009), frequentemente conflitem com as determinações normativas do modelo assistencial.

Embora o padrão de utilização dos serviços de saúde seja principalmente explicado pelas necessidades de saúde da população, as preferências e escolhas dos usuários influenciam na utilização dos serviços tanto quanto a forma como a rede está estruturada (O'Dewyer *et al.*, 2008). Segundo essas autoras, reconhecer a importância das preferências e escolhas dos usuários é fundamental para que os gestores e profissionais de saúde diminuam “a expectativa de que a resolução estrutural da rede de serviços de saúde seja condição suficiente para corrigir o inadequado do padrão de utilização dos mesmos” (O'Dewyer *et al.*, 2008, p. 1638).

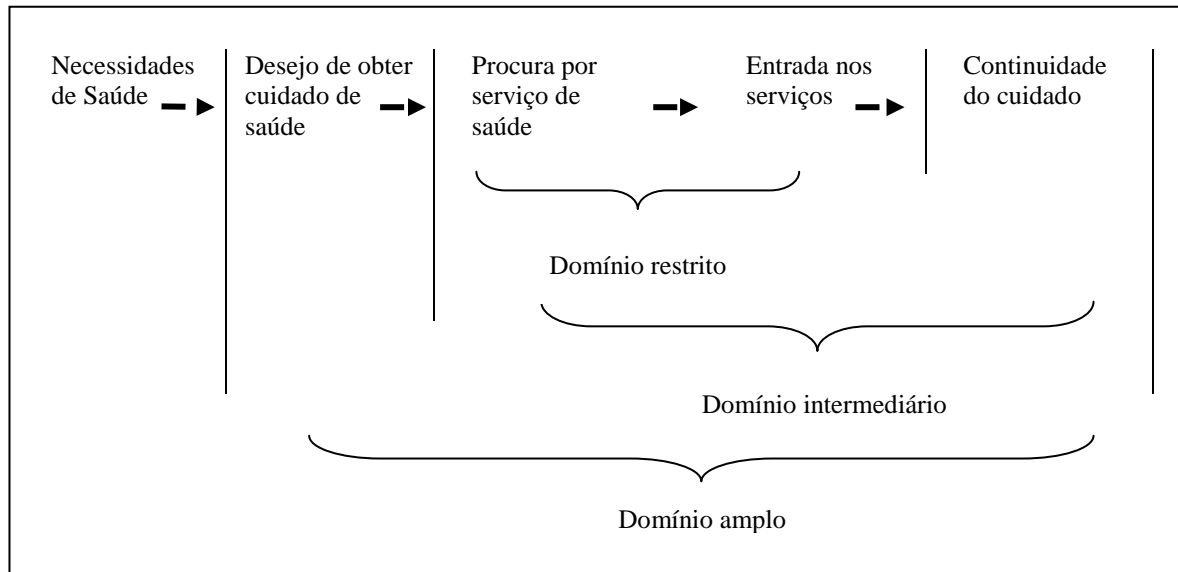
Entre o estabelecimento de uma necessidade de saúde e a efetiva utilização dos serviços de saúde, dois pontos, ou etapas do processo, merecem destaque: a demanda do indivíduo por um serviço de saúde, e o acesso oferecido a ele para a efetiva utilização dos serviços. A ruptura em um desses pontos do processo faz com que nem todas as necessidades se convertam em demanda e nem todas as demandas sejam atendidas, ou seja, nem todas as necessidades vão culminar na utilização dos serviços de saúde (Pinheiro *et al.*, 1999).

A demanda é o que leva as pessoas a procurar por serviços de saúde em busca assistência, e se beneficiar com o atendimento recebido. E, o acesso é o fator que associa à demanda e a entrada no serviço. Pode ser compreendido como as características da oferta de serviços de saúde que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços por potenciais usuários, exprimindo a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população (Travassos e Castro, 2008). Segundo essas autoras esse conceito tem relação com o que Julio Frenk (1992)⁴⁵ denominou de domínio restrito do conceito de acesso, representado na FIG. 4.

⁴⁵ Frenk, J. *The concept and measurement of accessibility*. In: White, K. *et al.* (Eds.) *Health Service Research: an anthology*. Washington: Pan American Health Organizations, 1992.

FIGURA 4

DIAGRAMA1 - Fluxo de Eventos entre Necessidades de Saúde e Obtenção de Cuidados.



Fonte: Travassos e Castros (2008)

Os obstáculos à obtenção de serviços pelos indivíduos podem estar dentro do próprio serviço, como presença ou não de médico, falta de serviço ou profissional especializado, limite de vagas para atendimento (expressando falta de capacidade de absorção de toda a demanda da população), tempo de espera na fila, horário de atendimento, condições dos equipamentos; ou fora do serviço (mas dentro do sistema de saúde), como exemplo, distribuição geográfica dos serviços, distância e tempo a ser percorrido pelo indivíduo para alcançar e obter os serviços, e necessidade ou não de pagamento pelos mesmos (Starfield, 2002; Travassos e Viaçava, 2007; Travassos e Castro, 2008). Para Travassos e Viaçava (2007), uma expressão positiva do acesso é a utilização dos serviços de saúde.

De forma simplificada, pode-se compreender a utilização dos serviços de saúde como sendo uma função das necessidades e do comportamento dos indivíduos diante dos seus problemas de saúde, e da oferta dos serviços de saúde⁴⁶ (Travassos *et al.*, 2000). Está associada às características sociais, econômicas e demográficas dos indivíduos; às características da oferta dos serviços de saúde; e, também, com a forma como esses indivíduos percebem e se comportam frente as suas necessidades de saúde e a seus recursos

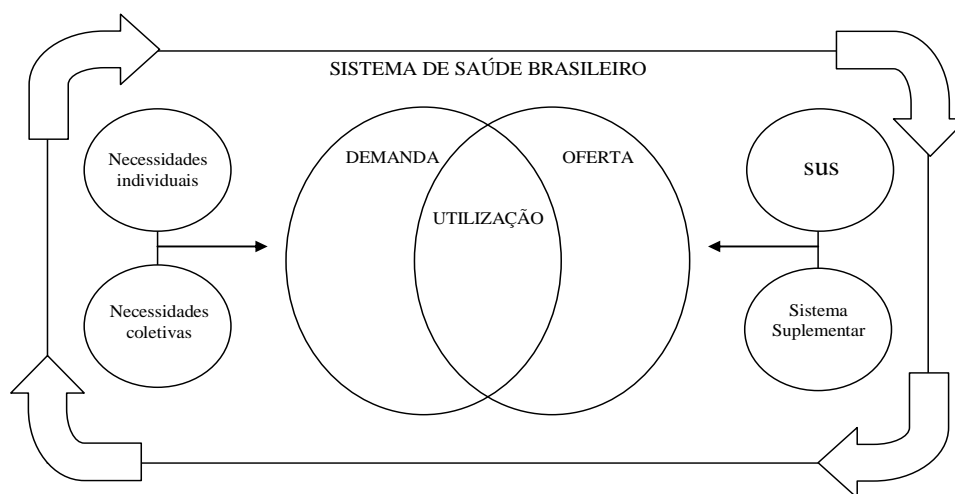
⁴⁶ No âmbito da oferta inclui as formas de financiamento, os serviços e recursos (materiais e humanos) disponíveis para a população, a estrutura administrativa e os mecanismos de pagamento. Também, a cultura médica local e a ideologia do prestador (Travassos *et al.* 2000), ou seja, o estilo político adotado pelas instituições formais que integram os sistemas de saúde (Pinheiro, 2006).

disponíveis (Dachs, 2002; Batista *et al.*, 2004; Castro *et al.*, 2005; Ribeiro, *et al.*, 2006; Pessoto *et al.*, 2007; Travassos e Viaçava, 2007).

Se demandas surgem a partir de necessidades – objetivas ou não – e se sistemas de saúde devem atender, por princípio, necessidades individuais e coletivas, como afirmam Starfield (2002), Brasil (2006e) e Mendes (2007), pode-se abstrair que demanda e oferta fazem parte de um mesmo contexto, como propõe a FIG.5, estando altamente imbricadas para o estabelecimento da utilização dos serviços de saúde. Desta forma, devem ser vistas, como afirma Pinheiro (2006), como um tipo de marcador contínuo que permite identificar os limites, possibilidades e mesmo os desafios de se garantir a integralidade do atendimento nos serviços de saúde. Acrescenta-se aí a possibilidade de se garantir a resolutividade do atendimento.

FIGURA 5

Esquema Teórico Proposto para Análise da Utilização dos Serviços de Saúde, no Contexto Brasileiro



Fonte: elaboração própria

Apesar do reconhecimento da complexidade que envolve a utilização dos serviços de saúde e do entendimento que essa utilização deve ser resolutiva para o usuário, ou seja, deve possibilitar à satisfação de suas necessidades de saúde, o que sugere a obtenção do tratamento necessário para possibilitar a resolução do problema, neste trabalho, a utilização dos serviços de saúde será considerada como estabelecida, quando o usuário demandante pelos serviços de urgência e emergência do hospital em estudo for avaliado pelo Serviço de Triagem desse hospital.

Conceituados os termos, necessidades de saúde, demanda, oferta, acesso e utilização dos serviços de saúde, no próximo item serão apresentados trabalhos que abordam o perfil de utilização de serviços de urgência e emergência hospitalar, retratado, principalmente, pelos seguintes autores: Castro *et al.* (2002), Yamada *et al.* (2002), Jacobs e Matos (2005), Furtado *et al.* (2004), Simons (2008), Carret *et al.* (2007a), Carret *et al.* (2007b) e Souza *et al.* (2009).

2.4.2 Perfil da utilização no contexto brasileiro: alguns retratos

Como mencionado, neste último subitem serão apresentados estudos desenvolvidos no Brasil, que abordam a utilização dos serviços de urgência e emergência hospitalar, por meio de estudo de caso. Optou-se por apresentar estes estudos de forma mais detalhada, portanto, no QUADRO 2 é apresentada uma síntese destes estudos, focando, principalmente, nas variáveis de análise desta tese, com a expectativa de guiar a leitura deste subitem.

Recapitulando, a utilização dos serviços de urgência e emergência é caracterizado por problemas de saúde que começaram há pouco tempo; que representam complicações de doenças crônicas; ou que estejam trazendo sofrimento ao indivíduo (dores fortes, febre alta, desmaios etc.) que possam colocar em risco a sua vida. E, pelas normas do SUS o atendimento pelos pontos de atenção à saúde em eventos de agudização deve ser compatível com o grau de gravidade do caso e o nível de complexidade de cada unidade de saúde.

No entanto, reportando aos trabalhos que tratam da utilização dos serviços de urgência e emergência hospitalar no contexto brasileiro, na prática observa-se que os serviços de urgência e emergência hospitalar ainda são utilizados de forma recorrente, mesmo em casos de baixa e média complexidade (Carret, 2007a e b; O'Dwyer *et al.* 2008). De acordo com O'Dwyer *et al.* (2008; p. 1638) “a emergência, por suas características, acaba fazendo o papel de reguladora do sistema, ou seja, depósito dos problemas não resolvidos”.

QUADRO 2

Síntese dos estudos que caracterizam a utilização dos serviços de urgência e emergência hospitalar, citados neste estudo.

Autor	Castro <i>et al.</i> (2002)	Yamada <i>et al.</i> (2002),	Jacobs e Matos (2005)	Furtado <i>et al.</i> (2004)	Simons (2008)	Carret <i>et al.</i> (2007a)	Carret <i>et al.</i> (2007b)	Souza <i>et al.</i> (2009)
Características do Estudo								
Região	Sudeste	Sudeste	Nordeste	Nordeste	Nordeste	Sul	Sul	Sul
Foco do estudo	Perfil da demanda e o atendimento realizado.	Perfil da demanda e o atendimento realizado.	Serviço de emergência.	Perfil da clientela atendida; adequação à missão institucional; mudanças após municipalização dos serviços de saúde, em 1994.	Perfil da demanda a partir da municipalização da saúde e do PSF no Estado de Alagoas.	Características da demanda dos serviços de emergência.	Prevalência e fatores de risco para o uso inadequado dos serviços de emergência.	Perfil da demanda do Departamento de Emergência.
Período	Março de 2000.	Março de 2002.	Junho/00 a maio/01.	Anos 1993, 1997 e 2001.	Anos 1998, 2001 e 2004.	20 de setembro a 03 de outubro de 2004.	20 de setembro a 03 de outubro de 2004.	9 a 15 de junho de 2008.
Fonte dos dados	Banco de dados.	Banco de dados.	Banco de dados.	Fichas dos pacientes.	Fichas ambulatoriais e Prontuários.	Questionário e Ficha de Atendimento.	Questionário.	Questionário
Variáveis de Análise / Resultados encontrados								
Compatibilidade da demanda com o Serviço de Urgência e Emergência	A maioria dos atendimentos não são casos de urgência.	Boa parte da clientela poderia ser atendida pela rede básica existente na região	A maioria dos pacientes necessitava atendimentos de baixa complexidade.	No geral 74,5% de atendimentos, não adequados.	No geral 84% de atendimentos não adequados.	-	24,2% inadequados a esse serviço	Grande parcela, não adequados.
Faixa Etária	< 15 anos: 37,9 %, predominância de 1-4 anos. 15-49 anos: 48,9 %. > 50 anos: 12,2 %.	< 15 anos: 32,6 %. Destaque para a faixa etária de 1-4 anos, com 16,8% dos casos. 15-49 anos: 55,4%, > 50 anos: 12,9 %.	< 15 anos: 35,4%. 15-34 anos: 28,5%. 35-64 anos: 30,4%. > 65 anos: 5,7%.	20-49 anos, mais da metade dos atendimentos.	19-29 anos: 21,6%. 30-39 anos (16,5%).	Menor de 35: 38,2%; 35-64 anos: 44,4%; > 65: 17,4%.	15 – 19, 9.6%; 20 – 34, 28.6%; 35 – 49, 25.0%; 50 – 64; 19.5% > de 65: 17.4%	-

QUADRO 2

Síntese dos estudos que caracterizam a utilização dos serviços de urgência e emergência hospitalar, citados neste estudo.

Autor	Castro <i>et al.</i> (2002)	Yamada <i>et al.</i> (2002),	Jacobs e Matos (2005)	Furtado <i>et al.</i> (2004)	Simons (2008)	Carret <i>et al.</i> (2007a)	Carret <i>et al.</i> (2007b)	Souza <i>et al.</i> (2009)
Sexo	60%, feminino.	60%, feminino.	53,1%, feminino.	1993: 41,5% feminino; 1997: 34,1% feminino; 2001: 44,2% feminino.	45,5%, feminino.	52,1%, feminino.	52,1%, feminino.	62%, feminino.
Estado civil	-	-	-	-	-	54,6%, com companheiro.	54,6%, com companheiro.	67,6%, com companheiro.
Horário / Turno do atendimento	72,4%, horário de atendimento das UBS.	69% horário de atendimento das UBS, predominando de 08 às 11 horas	86,2% entre às 8h e 22h59, predominando de 8h e 11h59.	A maioria (adequados e inadequados), acontece durante o dia.	62,4%, em horário diurno. Prevalência à tarde (33,4%).	Turnos da tarde e noite, com grande concentração das 14 às 17 horas e das 19 às 21 horas.	-	-
Dia da Semana	Ligeiro predomínio nas 2ª. e 5ª. feiras. Menor nos sábados e domingos.	Ligeiro predomínio nas 2ª. feiras. Menor nos sábados e domingos.	Maior na 2ª. feira	Maior na 2ª. feira	-	Maior demanda domingo e feriado.	-	-
Desfecho do atendimento	-	-	78,96% de alta; 10,37% consultas com observação seguida de alta; 3,17% consultas seguidas de internamento e 7,5% consultas com observação seguida de internamento	-	A maior não permaneceu internados na unidade de emergência (91,7%).	Mais da metade dos que tinham menos de 65 anos, e 44,2% dos que tinham mais de 65 anos, alta após a consulta atual	-	-

Fonte: elaborado própria, a partir do item 2.6.2 desta tese.

Estudos realizados por Lovalho (2004), Furtado *et al.* (2004) e Jacobs e Matos (2005), apontam que a maioria dos atendimentos realizados nos serviços de urgência e emergência dos hospitais é de baixa complexidade, sugerindo, assim, uma utilização indevida por esses serviços. Estudo qualitativo realizado por O'Dwyer *et al.* (2008), também aponta nessa mesma direção, indicando que um dos fatores que contribui para a superlotação desses serviços é o precário funcionamento do sistema de saúde de forma geral, e especialmente, a baixa resolutividade da atenção básica.

Estudo realizado por Ribeiro *et al.* (2006) identificou uma maior utilização de serviços hospitalares e de pronto-socorro por usuários do SUS, sugerindo, dentre outros fatores, que os prontos-socorros ainda são importantes como porta de entrada para à assistência médica. Da mesma forma, Rati (2009) ao estudar os motivos da busca de mães com crianças com problemas de saúde por serviços de urgência e emergência em um hospital de referência em pronto atendimento pediátrico do SUS, constatou que parte dessas mães procura diretamente os serviços de urgência/emergência, mesmo quando desconfiam que o caso não é urgência.

Analisando o perfil das pessoas que procuram pelos serviços de pronto atendimento dos hospitais, Castro *et al.* (2002), realizando um estudo amostral com base nos atendimentos realizados no mês de março de 2000 pelo Hospital Geral do Itaim Paulista/São Paulo, concluíram que a maioria dos atendimentos realizados por esse hospital não foram casos de urgência e poderiam ser absorvidos pela rede ambulatorial básica da região.

Essas autoras identificaram que 74,11% das pessoas eram oriundas da área adstrita ao hospital. Cerca de 60% das pessoas eram do sexo feminino, com predominância de atendimentos na faixa etária entre 15 a 49 anos em ambos os sexos. No total os autores identificaram que cerca de 49% dos usuários pertenciam à faixa etária de 15-49 anos; 37,98 % a faixa etária de < 15 anos e 12,2 % a maiores de 50 anos. Dentre os menores de 15 anos predominando a faixa de 1-4 anos. Nas idades superiores a 50 anos a distribuição dos atendimentos por sexo aproximadamente se equivalem, com uma leve predominância do sexo feminino. Nas idades menores de 15 anos há predominância do sexo masculino (Castro *et al.*, 2002).

Esses autores observaram que a distribuição da clientela segundo grupos de idade reflete a composição da população adstrita ao Hospital. Chamam a atenção, no entanto, para a participação dos menores de 5 anos no grupo de jovens que representaram, praticamente, 24,10 % do conjunto dos comparecimentos, enquanto, na população residente, representam apenas 10,9 %. Os autores salientam que a demanda de atendimento maior nesse grupo etário

é justificada pelas precárias condições de vida de boa parcela da população residente na área do estudo. Sugerem que se houvessem programas de atenção à criança na rede básica, boa parte desta demanda poderia estar sendo atendida nas unidades de saúde.

Quanto aos dias da semana demandados Castro *et al.* (2002) não verificaram diferenças marcantes, apenas um ligeiro predomínio nas segundas e quintas-feiras, e uma menor demanda nos sábados e domingos. Quanto ao horário da procura do serviço esses autores identificaram que cerca de 73% dos atendimentos aconteceram no horário de atendimento das unidades básicas. Comparando os diagnósticos efetuados nos horários em que as unidades básicas funcionam e os horários que essas não funcionam, os autores não identificaram diferenças expressivas quanto à morbidade de atendimentos no pronto atendimento.

Em relação aos atendimentos realizados, 33,1% da demanda da amostra foi atendida na pediatria, 28,0% a clínica médica, 15,0% Ginecologia/Obstetrícia e 13,1%, na Ortopedia (Castro *et al.*, 2002).

Pesquisa realizada no Hospital Geral de Itaquaquecetuba/São Paulo, por Yamada *et al.* (2002), sugere que apesar desse hospital atender uma demanda referenciada (encaminhada por serviços de saúde), boa parte da clientela poderia ser atendida pela rede básica existente na região. O objetivo do estudo, do mesmo modo de Castro *et al.* (2002), foi analisar o perfil da demanda e o atendimento realizado nesse hospital, com base em informação amostral extraída do sistema informatizado do hospital, referente ao mês de março/2002⁴⁷.

Yamada *et al.* (2002) identificaram que da amostra estudada, 81,39% dos atendimentos foram realizados para residentes do município de Itaquaquecetuba (onde está localizado o hospital). Cerca de 60% da amostra era constituída de pessoas do sexo feminino.

Quanto à faixa de idade, Yamada *et al.* (2002) constataram predominância de pessoas na faixa etária de 15-49 anos (55,37%), para ambos os sexos, mas com predominância de pessoas do sexo feminino; 32,56 % na faixa etária de < 15 anos, com predominância de pessoas do sexo masculino. Nessa faixa predominou pessoas na faixa etária de 1-4 anos; e 12,87 % na faixa etária de maiores de 50 anos, com uma leve predominância de pessoas do sexo masculino.

⁴⁷ Os trabalhos de Castro *et al.* (2002) e Yamada (2002) fazem parte de um convênio realizado entre a Secretaria de Estado e Saúde de São Paulo e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com o objetivo de se estruturarem instrumentos de avaliação e controle da forma de gestão dos hospitais de São Paulo por Organizações Sociais, sob coordenação geral de Evelin Naked de Castro Sá e Márcio Cidade Gomes.

Segundo Yamada *et al.* (2002) a distribuição da clientela segundo grupos de idade reflete a composição da população da região. No entanto, como no estudo anterior, chamam a atenção para a grande participação dos menores de 5 anos, praticamente, 20 % do conjunto dos comparecimentos, enquanto que esse grupo representa em torno de 10,4 % na população residente. Dá mesma forma que Castro *et al.* (2002), Yamada *et al.* (2002) entendem que esse quadro era de se esperar devido às precárias condições de vida de boa parcela da população residente na região adstrita ao hospital. Sugerem, também, que se houvessem programas de atenção à criança na rede básica, boa parte desta demanda poderia estar sendo atendida nas unidades de saúde.

Analisando os dados segundo a média de atendimentos nos dias da semana, Yamada *et al.* (2002), observaram uma ligeira predominância de atendimentos na segunda-feira (17,16%) e menor prevalência nos sábados e domingos (12,71% e 12,97%, respectivamente). Quanto ao horário do atendimento, cerca de 69% dos atendimentos foram realizados no horário de funcionamento das unidades básicas. Observaram, sem distinção dos dias da semana, predominância de atendimentos no horário entre 08 e 11 horas (25,25% dos casos), seguido do horário de 12 às 15 horas (22,57% dos casos).

Com relação ao motivo de atendimento (diagnósticos efetuados), Yamada *et al.* (2002) não perceberam grande variação entre as faixas de horário correspondentes ao funcionamento e o não funcionamento das unidades básicas. As causas relacionadas com Gravidez e Parto foram as maiores em ambos os horários. De acordo com as autoras, a presença do pré-natal como uma das principais causas de procura pelo pronto socorro no horário de atendimento da rede de UBS reflete a deficiência/insuficiência das ações dessa rede. Embora as autoras não façam essa observação, esses dados podem explicar, pelo menos em parte, a maior prevalência de pessoas do sexo feminino na faixa etária entre 15-49 anos. De acordo com Yamada *et al.* (2002) o Pronto Socorro do Hospital Geral de Itaquaquecetuba/São Paulo é porta de entrada para o acesso à atenção ao parto.

As outras causas de maior procura para o atendimento no pronto socorro do hospital em estudo, para ambos os horários, foram os agravos do Sistema Respiratório. (Yamada *et al.*, 2002).

Em relação às especialidades procuradas, considerando-se ambos os sexos, predominou-se a clínica médica, com 30,15% dos casos, compatível com a faixa etária predominante (15-49 anos), seguida da pediatria, responsável por 25,64 % dos atendimentos, também, compatível com o percentual de <15 anos que compareceram ao Pronto Socorro. Em

terceiro lugar geral aparece a ginecologia, representando 19,20% dos casos; em quarto lugar a ortopedia com 11,01% dos casos; e no quinto a cirurgia geral com 9,67% dos casos (Yamada *et al.*, 2002).

Analisando as especialidades segundo sexo, no caso masculino a pediatria aparece em primeiro lugar (33,41% dos casos), a clínica médica em segundo lugar, (28,56), e em terceiro a ortopedia com (16,93%). No caso específico do sexo feminino o serviço de ginecologia e clínica médica se equivalem, com 31,96% e 31,21% dos casos, respectivamente. Em terceiro lugar, a pediatria (20,48% dos casos). Em relação ao sexo masculino, destaca-se a participação da ortopedia com 16,93% dos comparecimentos, contra 7,08% de comparecimento de pessoas do sexo feminino (Yamada *et al.*, 2002).

Considerando os dados de morbidades identificadas na amostra analisada, Yamada *et al.* (2002) identificaram coerência dos mesmos com as elevadas taxas de mortalidade por causas externas, doenças do aparelho circulatório e respiratório da população da área de influência do hospital.

Com o objetivo de identificar o perfil da clientela atendida no Hospital da Restauração (Recife/Pernambuco), sua adequação à missão institucional, e avaliar as mudanças ocorridas no atendimento após a municipalização dos serviços de saúde em 1994, Furtado *et al.* (2004) analisaram, por amostragem, dados de atendimento desse hospital nos anos de 1993, 1997 e 2001. Tomaram como variáveis: diagnósticos (classificados como adequados, quando compatíveis com a missão do Hospital e inadequados, aqueles relativos a usuários que poderiam ser atendidos pela assistência básica), municipalização, Programa de Saúde da Família. O desenho do estudo foi realizado por meio de análise de série de dados.

Analisando a procedência dos usuários, Furtado *et al.* (2004) constataram que Recife (quase metade da amostra) e as demais cidades da Região Metropolitana representaram quase 90% dos atendimentos, restando apenas 10% para as outras regiões do Estado e fora dele, embora, segundo os autores, o Hospital da Restauração seja referência para todo o Estado de Pernambuco.

Quanto ao número de atendimentos realizados segundo o mês, Furtado *et al.* (2004) observaram certo equilíbrio, com uma queda em fevereiro. Quando ao dia da semana com maior concentração de atendimentos identificaram a segunda-feira. Segundo esses autores essa prevalência pode ser explicada pela falta de alternativas de serviços de atenção básica funcionando durante o final de semana, ocasionando assim um acúmulo de atendimentos neste dia.

Quanto à hora do dia, Furtado *et al.* (2004) constataram que a maioria dos atendimentos, tanto os por eles denominados de adequados como os inadequados, aconteceram durante o dia.

Quanto à demanda por faixa etária, juntas, as faixas entre 20 a 29 e 30 a 49 anos concentraram mais da metade dos atendimentos da amostra analisada. Quando os resultados foram estratificados pelos anos pesquisados, os autores observaram, em 1993, maior prevalência de atendimentos na faixa etária de 30 a 49 anos, e, a seguir, na faixa de 20 a 29 anos, para homens e mulheres. Em 1997 e 2001 este comportamento prevalece, porém com uma maior diferença entre estas faixas e as demais. Na faixa de 10 a 19 anos, a prevalência do sexo masculino é sempre superior à do feminino. Os dados, ainda estratificados pelos anos pesquisados, indicam tendência de redução do número de atendimentos total nas faixas etárias até 29 anos, com tendência de aumento nas idades superiores há 30 anos (Furtado *et al.*, 2004).

Sobre a distribuição dos atendimentos por tipo de especialidades os autores verificaram uma maior proporção na Traumatologia, seguida da Clínica Médica, com algumas variações entre os anos. A Clínica Cirúrgica aparece como a terceira especialidade procurada, com um número de atendimentos relativamente estável, nos 3 anos, embora com percentuais decrescentes. A Neurologia, classificada como quarta especialidade, teve um comportamento constante em todos os três anos analisados (Furtado *et al.*, 2004).

Em relação à adequação ou não dos atendimentos à missão do Hospital, esses autores identificaram que 74,5% dos atendimentos analisados, em geral, eram inadequados. No entanto, estratificando os atendimentos pelos anos estudados, identificaram uma queda na proporção dos atendimentos inadequados, embora o percentual geral de atendimentos, no decorrer dos anos estudados, tenha aumentado.

Analisando dados referentes aos usuários admitidos no serviço de emergência do Hospital São Rafael, Salvador, Bahia, no período compreendido entre de 1 de junho de 2000 a 31 de maio de 2001, com o objetivo de analisar variáveis relativas aos atendimentos realizados na unidade de emergência, que aplica protocolos para investigação propedêutica e para tratamento de acordo com as doenças, Jacobs e Matos (2005) observaram que 96,35% dos pacientes vinham da região metropolitana. Desses 86,5% eram de Salvador. Dos que moram no município de Salvador, avaliando-se a distância do bairro de procedência ao hospital, no acumulado, 30,35% moram até 5 km de distância, 44,53% até 10 km, 63,53% até 15 km, 29,57% a mais de 15 km. Assim, segundo esses autores, a amostra analisada indica

que a procedência/distância define o hospital mais próximo como destino preferencial dos usuários.

Quanto à distribuição por sexo, de uma forma geral, 53,1% dos atendimentos eram do sexo feminino, correspondendo à distribuição por sexo da população brasileira e da região metropolitana de Salvador. No entanto, em relação à demanda pelos serviços por morbidade referente a causas externas, observou-se maior proporção de homens (57,43%), em relação às mulheres (42,57%) (Jacobs e Matos, 2005).

A distribuição por faixa etária foi: 35,4%, até 14 anos de idade; 28,5%, entre 15 e 34 anos, 30,4%, entre 35 e 64 anos; e 5,7% com idade superior a 65 anos. Esses autores observam uma desproporção na progressão da relação atendimentos / número de habitantes nas faixas de um a nove anos, que é mais alta; e nas faixas de 10 a 34 anos, que é mais baixa. À desproporção na faixa etária de um a nove anos os autores relacionam ao maior número de eventos que levam a um atendimento médico na primeira faixa, como febre, dispneia e diarreia. E, também, o uso da unidade de emergência em detrimento do consultório do pediatra, e a falta de outros locais para atendimento pediátrico nas proximidades da unidade de emergência (Jacobs e Matos, 2005).

Quanto aos meses de concentração dos atendimentos, Jacobs e Matos (2005) observaram um número menor de atendimentos no mês de setembro e maior número de atendimentos nos meses de janeiro, março e maio. O dia de maior número de atendimentos foi na segunda-feira e, os horários, ao longo do dia, foram observados 86,2% dos atendimentos no intervalo de às 8h e 22h59, com picos de atendimento entre 8h e 11h59 (30%), com maior concentração no horário da manhã (30%). Esses autores sugerem que o maior número de atendimentos nas segundas-feiras pode estar relacionado à facilidade de acesso ao sistema, disponibilidade de médico sem marcação prévia para atendimento imediato, e ao acúmulo de “urgências” não resolvidas no fim de semana. Entretanto, ainda segundo os autores, seria de se esperar um aumento de consultas seguidas de alta, mas isso não ocorre.

A distribuição por especialidade dos plantonistas foi: clínica médica (35%), pediatria (32%), cirurgia (18%), ortopedia (11%) e neurologia (4%). Quanto ao tipo e desfecho do atendimento, 78,96% foram consultas seguidas de alta; 10,4% consultas com observação, seguida de alta; 3,17% consultas seguidas de internamento; e 7,5% consultas com observação seguida de internamento. Quanto maior a idade, maior a proporção de consultas com observação ou internação. A proporção de observações e internamentos foi à mesma durante todos os dias da semana, independente do aumento do número de consultas totais às

segundas-feiras. E, também, não ocorreu variação nos dias da semana quanto à especialidade do atendimento (Jacobs e Matos, 2005).

Esses autores observaram que quanto mais perto do hospital à procedência do paciente, maior o número de consultas seguidas de alta sem observação. Mas a relação de internamentos por pacientes observados não sofria influência da procedência (Jacobs e Matos, 2005). Associam a disponibilidade, rapidez e resolução para aqueles pacientes que moram mais próximos da unidade de saúde (os exames de laboratório com resultado em 150 minutos, métodos de imagem disponíveis 24 horas sem marcação prévia, etc.) e a ausência de procedimentos de triagem que encaminhem os pacientes para o ambulatório ou para outros serviços podem ser a causa de um maior número de consultas seguidas de alta naqueles que procedem de bairros mais próximos ao hospital (Jacobs e Matos, 2005).

As causas mais frequentes dos atendimentos realizados foram: febre (5,6%); diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (4,5%); dispneia (4,1%); hipertensão essencial (4%); e dor abdominal (3,9%). Tomando como referência o CID-10, as doenças do grupo “R” (sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratório não classificados em outra parte), representam 28,5% dos casos; do grupo “J” (doenças do aparelho respiratório), 16,4%; e do grupo “S” (lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas), 11% (Jacobs e Matos, 2005).

Com o objetivo de avaliar as características da demanda dos serviços de emergência de um hospital público municipal de Pelotas – Pronto Socorro Público (PSP) –, região Sul do Brasil, por meio de estudo transversal realizado entre 20 de setembro a 03 de outubro de 2004, com uma amostra de 1.647 pessoas, de ambos os sexos e idade entre quinze e cem anos, Carret *et al.* (2007a) identificaram uma idade média de 44 anos, sendo cerca de 52% delas mulheres, 76,8% de cor branca (classificados pelos entrevistadores) e 54,6% casados ou com companheiro.

Quanto ao acúmulo de bens, metade pertencia ao nível econômico C, e cerca de 1/3 aos níveis econômicos D e E. Quanto à escolaridade, 36,3% tinham até quatro anos de estudo, com média de 6 anos completos de estudo; 12% eram analfabetos (não sabiam ler e escrever ou só assinavam seu nome). Quanto à ocupação, 51,8% não tinham nenhuma no momento da consulta (não estudavam e não trabalhavam). Entre os trabalhadores, quase metade trabalhava de 41 a 60 horas por semana. Aproximadamente 17% referiam ter algum tipo de convênio de saúde, não se observando diferença entre as idades; 28,1% tinham médico definido, apresentando direta relação com a idade (Carret *et al.*, 2007a).

Com relação às características da demanda pelos serviços de saúde, Carret *et al.* (2007a) identificaram que mais da metade dos pacientes estava sintomático a mais de 24 horas quando resolveu consultar no PSP. Dos sujeitos estudados, 70% consideravam que seu problema apresentava risco de vida, aumentando essa percepção com a idade. Por outro lado, 6,9% achavam que poderiam esperar até o outro dia para consultar, sem diferença entre os grupos etários. Um terço dos indivíduos consultou anteriormente pelo problema atual apresentado, principalmente na rede pública de saúde (mais de 80%), aumentando a possibilidade de ter ocorrido essa consulta prévia com aumento da idade. Dos entrevistados, 35,7% faltaram ao trabalho e/ou escola, sem diferença entre as idades, e 17% buscaram o serviço por ter sofrido algum tipo de acidente, sendo este inversamente associado à idade.

Segundo Carret *et al.* (2007a) quase 20% dos indivíduos entrevistados consultaram três ou mais vezes no PSP no último ano, e 5,9% três ou mais vezes nos últimos três meses. A idade esteve diretamente associada com o número de consultas prévias no PSP. Quando precisavam consultar, 46,1% deles contavam com suporte social de um familiar ou amigo, principalmente os idosos.

Com relação à percepção do estado de saúde, aproximadamente metade dos indivíduos considerou sua saúde regular ou ruim, sendo inversamente associado com idade. Os homens consideravam sua saúde melhor, quando comparados com as mulheres. As doenças crônicas foram mais frequentemente encontradas entre os mais velhos, quando comparados com os mais jovens. Do total, 34,6% se diziam hipertensos, e 30,1% referiam ter depressão, enquanto no grupo de maiores de 64 anos o percentual destas patologias atingia 59,8 e 38,5%, respectivamente.

Os turnos de maior demanda foram tarde e noite, com uma grande concentração nos horários das 14 às 17 horas e das 19 às 21 horas, atingindo um pico de atendimento no período das 19 às 20 horas. Os idosos consultaram significativamente mais durante o dia e os mais jovens, principalmente à tardinha e a noite. Os homens consultaram mais à tardinha e as mulheres, principalmente durante a noite e madrugada. Os dias da semana de maior demanda foram domingo e feriado, com média de 155 consultas por dia. A média de consultas nos dias úteis foi de 121 consultas. Sobre esse achado (maior demanda nos domingos e feriados) Carret *et al.* (2007a) associaram ao fato de Pelotas apresentar uma ampla rede de atenção básica, que funciona nos dias úteis, principalmente, em turnos diurnos, que pode estar conseguindo filtrar um pouco da demanda pelos serviços de emergência. Cerca de 70% dos entrevistados esperaram até 15 minutos para serem atendidos, sendo que o tempo de espera

foi inversamente associado à idade do indivíduo. A sugestão para consultar o serviço de saúde variou significativamente com a idade. Os extremos de idade consultaram, principalmente, por sugestão de familiares e amigos e os indivíduos com idade entre 35 a 64 anos consultaram, principalmente, por conta própria (Carret *et al.*, 2007a).

Quanto ao motivo pela escolha pelo PSP, essas autoras identificaram que, sem distinção entre as idades, 58,2% das pessoas referiram que esse serviço tinha mais condições de resolver o problema; 42,1% pela facilidade de fazer exame; e 40,7% para receber medicação de alívio dos sintomas, no momento da consulta. As mulheres apontaram mais frequentemente do que os homens o fato de não conseguir marcar consulta, como motivo para procurar o serviço de emergência. O meio de transporte mais frequentemente utilizado para ir até o PSP foi o carro (46,5%), seguido de ônibus (22,5%) e ambulância (12,5%). Os idosos usaram mais ambulância e táxi que os jovens, enquanto que estes foram mais vezes a pé, de motocicleta ou bicicleta.

Com relação ao diagnóstico médico, esse variou com a idade. Entre os mais jovens, os principais diagnósticos foram àqueles relacionados com causas externas, principalmente, no caso masculino, com menor duração dos sintomas até a busca por atendimento. Entre os idosos, àqueles relacionados com o aparelho circulatório. Com relação ao desfecho do atendimento, mais da metade dos que tinham menos de 65 anos, e 44,2% dos que tinham mais, foi encaminhado para casa, após a consulta atual. Os idosos internaram em 18,6% das vezes, sendo que entre os mais jovens, apenas 4,1% (Carret *et al.*, 2007a).

Com o objetivo de identificar a prevalência e fatores associados ao uso inadequado dos serviços de emergência de um hospital público municipal de Pelotas – Pronto Socorro Público (PSP), e trabalhando com a mesma fonte de dados de Carret *et al.* (2007a), Carret *et al.* (2007b)⁴⁸ encontraram que 24,2 % dos atendimentos realizados no serviço de emergência do Pronto Socorro Público de Pelotas eram inadequados a esse serviço, com predominância de inadequação, no grupo etário de 15-49 anos, em comparação com o grupo etário de 50 anos ou mais (26,4% e 20,4%, respectivamente). O uso inadequado dos serviços foi inversamente associado com a idade, e 46% mais frequente durante o dia.

A prevalência de uso inadequado foi maior entre as mulheres. De acordo com Carret *et al.* (2007b) esse resultado pode estar relacionado à situação social da mulher, como ter mais tempo livre ou flexível (não serem trabalhadoras), bem como devido ao fato das mulheres

⁴⁸ Trabalhos baseados em tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

consultarem mais em todos os níveis de atenção, tendo facilitado o acesso aos serviços de saúde em geral (Carret *et al.*, 2007b).

Dentre os motivos que levaram as pessoas mais jovens (faixa etária entre 15 a 49 anos) a procurar pelos serviços de urgência foram citados a impossibilidade de identificar outro lugar para o atendimento; restrição do horário de atendimento na atenção primária; recusa da atenção primária em atender de marcação prévia de consulta. Pessoas que foram encaminhadas ao pronto-socorro por profissionais de saúde foram 30% menos propensas a ter utilização inadequada (Carret *et al.*, 2007b).

Entre os pacientes mais velhos (50 anos ou mais), o uso inadequado foi mais frequente entre aqueles com maior nível de educação, associado à ausência de doenças crônicas auto referidas, e falta de apoio social. Nenhuma das outras variáveis estudadas foi associada com o uso inadequado (Carret *et al.*, 2007b).

De uma maneira geral, um em cada três indivíduos referiram ter tido pelo menos um episódio na vida de depressão; 71,2% declararam fazer uso habitual de um serviço de saúde e 23,1% dos indivíduos alegaram ter um médico regular. Mas apenas 13,7% destes foram encaminhados ao pronto-socorro por um médico. Um em cada seis indivíduos tinha seguro de saúde, e 8,2% procuraram os serviços de urgência por ser o único serviço disponível. No que diz respeito à utilização de cuidados de saúde primários, 21,6% dos entrevistados declaram não fazer uso dos serviços da atenção primária (Carret *et al.*, 2007b).

Com o objetivo de avaliar Unidades Hospitalares de Urgência/Emergência do Estado do Rio de Janeiro, registrando a relação da emergência com usuários, com outros serviços do hospital, e com a rede assistencial, a partir do olhar de chefes da emergência, chefes da enfermagem da emergência e dos chefes médico de plantão, O'Dwyer *et al.* (2008) encontraram que em todas as regiões do estado, havia superlotação de emergências, sendo que em cinco delas todos os serviços visitados estavam constantemente superlotados, e em outras cinco regiões, as emergências eram parcialmente superlotadas, inclusive com pacientes aguardando vaga para internação.

De acordo com essas autoras a principal causa de superlotação apontada por todos os entrevistados foi o atendimento a pacientes com problemas ambulatoriais. Como causas externas desses problemas foram apontadas: insuficiência da rede básica; falta de vagas para internação na rede; falta de sintonia com o atendimento pré-hospitalar (SAMU e bombeiros); falta de vaga para realização de exames complexos; indisponibilidade de ambulatórios especializados; falta de vagas em casa de apoio; problemas sociais.

Simons (2008) ao descrever, por amostragem, o perfil dos usuários que demandaram e foram atendidos na Unidade de Emergência de um hospital geral público de Maceió/Alagoas, período de 01 de janeiro a 31 de dezembro, nos anos de 1998, 2001 e 2004, constatou que 99,6% da amostra eram de usuários residentes no Estado de Alagoas, sendo, 81,6% desses, residentes em Maceió, seguido por aqueles residentes em municípios mais próximos da Capital.

A análise dos dados de Simon (2008) aponta que do total de atendimentos analisados, cerca de 16% foram considerados como adequados, contra cerca de 84% de atendimentos não adequados à missão do hospital. Considerando apenas os dados relativos aos residentes em Maceió, a autora encontrou que 86,1% dos casos foram classificados como não adequados, contra 13,9% dos considerados adequados. Nos demais municípios, 74,4% foram considerados não adequados e 25,6% adequados. Simon (2008) designa como diagnósticos “adequados” aqueles considerados apropriados para serem atendidos em serviço de emergência hospitalar, nível 3, considerando a missão institucional.

Agrupando os dados de atendimento, por microrregiões de saúde do Estado de Alagoas, a autora encontrou que quanto mais perto da capital era a microrregião, maior o número de não adequação dos atendimentos e, inversamente, quanto mais longe a microrregião, maior o nível de adequação. Esse achado foi o mesmo quando os dados foram agrupados por bairros e distritos de Maceió (Simon, 2008). Dessa forma a autora constatou que quanto mais próximo o local de residência do hospital pesquisado, maior é a ‘não-adequação’ dos casos. O maior percentual de casos ‘não-adequados’ (90,3%) foi de usuários residentes na segunda região administrativa de Maceió, que compreende o bairro onde se situa a UE e os bairros circunvizinhos. Simon (2008) observou, analisando os dados de todo o estado de Alagoas, e de Maceió separadamente, uma tendência dos percentuais de ‘não-adequação’ diminuir nos anos de 2001 e 2004 em comparação ao ano de 1998.

Da amostra analisada por Simon (2008), o maior percentual dos atendimentos – 54,5% – foi constituído de usuários do sexo masculino. Segundo a autora, esse dado pode ser justificado pela maior ocorrência de traumas e acidentes (causas externas) que são mais frequentes em pessoas do sexo masculino, e o horário reduzido de jornada dos serviços ambulatoriais, que dificultam o acesso àqueles que trabalham.

Apesar do maior percentual da demanda corresponder a usuários do sexo masculino, o estudo constatou que 87,7% dos atendimentos classificados como de ‘não-adequação’ eram de usuários do sexo feminino, podendo tal fato estar relacionado a fatores biológicos, sociais e

comportamentais, traduzidos no fato de as mulheres apresentarem indicadores de morbidade mais elevados, embora de menor gravidade (Simon, 2008).

Em relação a faixa etária, Simon (2008) constatou que o maior percentual de atendimentos ocorreu no grupo compreendido entre 19 e 29 anos (21,6%), seguido pelo grupo entre 30 e 39 anos (16,5%). Juntas, essas faixas etárias representam 38,10% do total dos atendimentos, estando esse achado, segundo essa autora, correlacionado ao maior percentual de atendimentos de homens.

Na distribuição em cada ano da pesquisa, essa autora observou que a distribuição dos atendimentos diminuiu nos anos de 2001 e 2004, em relação a 1998, nas faixas etárias mais jovens (menores de 39 anos). Na faixa etária acima de 40 anos, apresentaram tendência de aumento. Segundo Simon (2008) o fato pode estar relacionado ao efeito combinado do aumento da expectativa de vida e da redução da fecundidade feminina da população em todo o país, o que se traduz numa mudança do perfil epidemiológico e demográfico da população, com progressiva diminuição da proporção de crianças e jovens e elevação do número de adultos, especialmente idosos.

O maior percentual de casos não adequados ocorreu na faixa etária entre 30 a 39 anos (86,2%), seguida da faixa etária entre 50 e 59 anos (86,1%). Na faixa de 30 e 39 anos foram mais frequentes os acidentes, agressões e traumas menos graves. E na de 50 a 59 anos os casos de hipertensão arterial sistêmica e doença pulmonar obstrutiva crônica ocorreram com participação importante. A autora conclui que, em ambas as faixas, por se tratarem de procedimentos de baixa e média complexidade, grande parte desses agravos poderia ser resolvida em serviços de menor complexidade, como ambulatórios de urgência 24 horas. A média de idade para os casos adequados foi de 31,07 anos, e para os casos inadequados de 31,22 anos (Simon, 2008).

Quanto ao setor de atendimento no hospital, o setor que apresentou maior aporte de atendimentos foi a clínica médica (52,2%) seguido pelo setor de ortopedia/traumatologia (22,6%), pediatria (13,1%), cirurgia (7,7%), queimados (1,5%), oftalmologia (1,4%), odontologia (1,2%) e otorrinolaringologia (0,3%) (Simon, 2008).

O setor da clínica médica, além de apresentar o maior volume, também foi o que apresentou maior percentual de não adequação (89,5%), seguido pelo setor de pediatria (86,5%). Nessas duas áreas, dor, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, distúrbio neuro-

vegetativo, gastrite, gastroenterite, IVAS⁴⁹, pneumonia, virose e hipertensão arterial sistêmica (entre os mais frequentes), representaram 28,4% da demanda. Percentual esse maior do que os agravos relacionados aos traumas (26,6%). Outros setores que apresentaram percentuais altos de ‘não-adequação’ são o de Odontologia, com participação significativa de casos diagnosticados como abscesso dentário, alveolorragias e odontalgia; Otorrinolaringologia (amigdalites, otites) e Ortopedia/Traumatologia (fraturas, luxações, entorse, distensão, etc.). A exemplo da análise por faixa etária, a autora concluiu que os casos atendidos nos setores de urgência sinalizam para um conjunto de problemas agudos, porém ‘simples’ que constituem a maior parte da demanda a serviços de urgência/emergência hospitalar e que poderiam ser resolvidos em unidades ambulatoriais ou em ambulatórios de urgência 24 horas (Simon, 2008).

Agrupando os setores entre cirúrgicos e não cirúrgicos Simon (2008) constatou que o conjunto de atendimentos cirúrgicos teve um percentual maior de adequação e um percentual menor de não adequação, em relação ao conjunto de atendimentos não cirúrgicos.

Quanto ao horário de atendimento o estudo de Simon (2008) apontou que o maior volume de atendimentos ocorreu no período da tarde (33,4%), seguido pelo período da noite (29,1%), manhã (29,0%) e madrugada (8,5%). Somando-se os percentuais correspondentes ao horário diurno e os correspondentes ao horário noturno, encontra-se um percentual de 62,4% e 37,6%, respectivamente, apontando uma maior incidência de atendimentos no turno diurno, quando as unidades básicas de saúde estão em funcionamento. Esses dados, segundo a autora, reforçam a ideia de existência de dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde, no sentido mais amplo do conceito que implica, além do atendimento em si, a resolubilidade dos seus problemas de saúde (Simon, 2008). Apesar de Simon (2008) não cruzar as informações de sexo com horário de atendimento, esses dados parecem fragilizar a ideia de conflito entre horário de trabalho e horário de funcionamento dos serviços de saúde.

Simon (2008) ressalta que o maior volume de atendimentos ocorreu no período da tarde. Apesar disso o período da manhã foi o que apresentou maior percentual de não adequação (87,4%), seguido pelo período da noite (83,4%), madrugada (82,5%) e tarde (81,8%) (Simon, 2008).

Quanto ao desfecho do atendimento na amostra analisada por Simon (2008) a maior parte dos atendimentos correspondeu a usuários que não permaneceram internados na unidade de emergência (91,7%). Nesse grupo a autora encontrou o percentual de 87,4% de não

⁴⁹ Infecção das vias aéreas superiores

adequação dos casos, contra 12,6 de adequação. Já no grupo dos que permaneceram internados a autora encontrou o percentual de 54,3% de adequação, contra 45,7% de inadequação. Quanto aos 45,7% de casos de internação considerados inadequados à missão da instituição em estudo, a autora os atribui a questões sociais, tanto de usuários residentes em Maceió quanto em outros municípios onde pode haver carência de recursos para continuidade dos cuidados necessários.

Quanto à distância, do total de atendimentos de todas as regiões do estado, seja dos municípios de Estado ou dos bairros de Maceió, os atendimentos mais adequados são aqueles cujo local de residência é mais distante da Unidade de Emergência (UE) (média de distância de casos adequados - 62,2 km) enquanto que os atendimentos mais não adequados são aqueles mais próximos (média de distância dos casos não adequados - 49,4 km). Para os residentes em Maceió, a média de distância dos casos adequados foi de 20 km e dos inadequados de 10 km.

Quanto ao perfil de morbidade dos atendimentos, o maior grupo de causas prevalente foi o referente ao no capítulo XIX “lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas” (35,9%), da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID 10). Neste grupo, estão presentes os traumatismos, dos mais leves aos mais graves, que foram a maior causa de demanda da amostra analisada. A segunda maior causa da demanda foram as doenças do aparelho respiratório (12,9%), seguidas das doenças do aparelho digestivo (9,4%). De acordo com Simon, essas retratam “a pobreza e, conseqüentemente, as piores condições de saúde da população alagoana, maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, menores chances de conseguir tratamentos resolutivos e, portanto, maiores possibilidades de adoecer e morrer prematuramente” (Simon, 2008, 114).

No estudo de Simon (2008) os agravos do capítulo XX “Causas externas de morbidade e mortalidade”, apresentam os maiores percentuais de casos adequados (40,2%) seguidos pelos agravos do capítulo XIX (30,4%). Por sua vez, foram considerados como não adequadas, as doenças incluídas nos capítulos: doenças do aparelho respiratório, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, doenças do aparelho geniturinário, algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, transtornos mentais e comportamentais, doenças do ouvido e da apófise mastóide, gravidez, parto e puerpério, doenças do sangue e do tecido hematopoiético, neoplasias (tumores), fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde e algumas afecções originadas no período neonatal. Mais uma vez a autora conclui que esses resultados refletem os problemas de saúde da região nordeste, em seu perfil de adoecimento e morte: à

polarização epidemiológica (convivência de doenças cardiovasculares, neoplasias e violência, com doenças infecciosas) e as desigualdades na saúde.

A questão central do estudo de Simon (2008) foi avaliar a influência da municipalização da saúde e do PSF no Estado de Alagoas, sobre o perfil de demanda de uma Unidade de Emergência. Nesse sentido não identificou nenhuma influência significativa, já que dentre as variáveis avaliadas de adequação e não adequação dos atendimentos não houve diferenças significativas entre: usuários residentes em municípios habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica e os residentes em municípios habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal; entre usuários residentes em áreas cobertas pelo PSF em comparação com usuários residentes em áreas não cobertas; e nem entre usuários residentes em áreas cobertas.

Buscando por meio de entrevistas com grupos focais, constituídos por moradores de doze bairros do município de Juiz de Fora, compreender porque historicamente os usuários preferem os prontos-socorros e hospitais para obtenção de assistência médica, Oliveira *et al.* (2009) verificaram que a imagem que os usuários fazem desses estabelecimentos de saúde tem sido melhor que a imagem que eles possuem em relação às unidades básicas de saúde. Não tanto, segundo esses autores, porque a imagem sobre o pronto-socorro ou hospital seja ideal, mas porque a imagem sobre a atenção básica tem sido muito desfavorável.

Os motivos dessa imagem desfavorável sobre a atenção básica estão associados à restrição quanto ao horário de funcionamento da atenção básica; restrição quanto ao número de vagas para consulta; indefinição dos critérios de urgência; sistema de agendamento de consultas inadequado à realidade do usuário; demora na obtenção do atendimento; desorganização do sistema “referência – contrarreferência” e as filas de madrugada; o longo tempo de espera e curto tempo dedicado ao usuário na consulta; falta de condições adequadas do espaço; falta de informações sobre o funcionamento; erros em dados ou registros, perda de seus documentos, falta de comunicação sobre assuntos de seu interesse (Oliveira *et al.*, 2009).

Ao contrário, os prontos socorros e hospitais são vistos pelos entrevistados como locais que oferecem maior disponibilidade de horário de atendimento ao público (são unidades abertas 24 horas, com médicos de plantão), não limitam o número de vagas para consultas médicas, contam constantemente com a presença de médicos especialistas, oferecem a possibilidade de realização imediata de procedimentos de investigação diagnóstica, possuem recursos tecnologicamente mais sofisticados e oferecem maior facilidade de acesso à internação hospitalar quando necessário. Os usuários reconhecem que

os prontos socorros e hospitais são sobrecarregados e tumultuados, mas isso não chega a significar absolutamente impedimento à sua demanda, ou nem mesmo se apresenta como má qualidade da assistência. Os entrevistados explicam esse tumulto em função da melhor resolubilidade desses serviços que acaba atraindo uma grande demanda. Para eles não importa o tempo de espera quando existe a certeza do atendimento. Assim, a segurança em relação à obtenção do atendimento no pronto-socorro ou hospital se contrapõe à sensação de contingência ou de incerteza referida à unidade básica de saúde do bairro (Oliveira *et al.*, 2009).

O grupo de entrevistados por Oliveira *et al.* (2009) era predominantemente do sexo feminino; a maior parte dos entrevistados com idade entre 20 e 60 anos, com predomínio absoluto de pessoas com nível de escolaridade mais baixo. Com relação ao trabalho remunerado, a maioria das ocupações era de baixa remuneração (Oliveira *et al.*, 2009).

Avaliando o perfil da demanda do Departamento de Emergência (DE) do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Tubarão – SC (HNSC), por meio de um estudo transversal, com uma amostra aleatória de 108 indivíduos atendidos nesse Departamento, entre 9 a 15 de junho de 2008, com média de idade de 39,08 anos, sendo a mínima de 18 anos e a máxima de 82 anos, Souza *et al.* (2009) encontraram que 62% dos participantes pertenciam ao gênero feminino, coincidindo, segundo esses autores, com o perfil da população brasileira e de Tubarão. Foram entrevistados os usuários e os profissionais que os atenderam (Souza *et al.*, 2009).

A maioria das pessoas, 67,6%, era casada e amasiada, e as demais, em relação a outros estados civis, representavam 32,4% da amostra. Dos indivíduos estudados, 49,1% moravam com cônjuges e filhos, e 70,4% estavam acompanhados no momento da consulta (Souza *et al.*, 2009).

Quanto ao local de residência, a maioria das pessoas demandantes pelo DE-HNSC residia em Tubarão (78,7%), e o restante (21,3%) em outros municípios da Amarel. Esses dados indicam que o uso do serviço de emergência está relacionado à menor distância entre o serviço e à moradia do paciente. Quanto à principal situação funcional 45,4% eram empregados em atividade regular com direitos trabalhista, seguida de atividade, sem direitos trabalhistas (20,%). A renda familiar oscilou entre 1 a 2 salários mínimos, principalmente. A análise da escolaridade revelou o predomínio do primeiro grau incompleto (38,9%) (Souza *et al.*, 2009).

Analisando a distribuição dos participantes de acordo com o local onde costumam ir para atendimento médico, Souza *et al.* (2009) encontraram uma equivalência entre a procura

do Serviço de Emergência e do Posto de Saúde da Família: ambos com 49,1%, contra 1,9% que procuram clínica particular (apenas 2 indivíduos). Esses autores verificaram que entre os indivíduos estudados 79,6% não procuraram anteriormente local de assistência primária, embora 77,7% deles tenham declarado conhecer o PSF como uma alternativa de atendimento. As principais razões identificadas pelos autores da não procura de um serviço ambulatorial pelos usuários, foram: confiança no DE (30,6%); rapidez do atendimento do DE (24,1%); e horário de atendimento (16,7%). Os demais motivos listados foram: preferência (8,3%) médico do posto ausente (6,5%), encaminhamento, exames e hábitos (3,7%, cada qual) e outros (2,7%).

Quando questionados sobre a gravidade do seu estado de saúde, 90,7% dos indivíduos estudados consideraram seu caso urgente. Em contrapartida, na perspectiva dos profissionais de saúde, somente 25,9% do total estudado foi considerado como urgente. Constatou-se uma maior procura ao serviço de emergência durante o dia, e foi neste período onde se concentrou a maioria dos atendimentos não urgentes (Souza *et al.*, 2009).

Os motivos principais que levaram os usuários a procurar o departamento de emergência foram: cardiorespiratórios (25,9%), osteoarticulares (21,3%), gastrointestinais (14,9%) e traumas e ferimentos (13%). Os demais foram: neuropsiquiátrico e cefaleias (6,5%, cada qual), genitourinários (5,6%), otorrinolaringológicos (3,7%) e dermatológicos (2,8%) (Souza *et al.*, 2009).

Sintetizando os estudos apresentados sobre a utilização dos serviços de urgência e emergência hospitalar, observa-se que cinco⁵⁰, de um total de sete, constataram maior comparecimento de pessoas do sexo feminino. Já os estudos de Furtado *et al.* (2004) e Simons (2008), constataram maior prevalência de pessoas do sexo masculino. Quanto à distribuição dos atendimentos por faixa etária, os estudos indicam maior concentração de pessoas nas idades entre 15 a 49 anos, com maior participação de pessoas do sexo feminino. Nas menores idades (<15 anos) observa-se maior participação de pessoas do sexo masculino. Entre os maiores de 50 anos, ligeira maior participação de pessoas do sexo feminino.

Carret *et al.* (2007a e 2007b) e Souza *et al.* (2009), analisando o estado civil das pessoas, identificaram que a maioria das pessoas tinham companheiro. Analisando às variáveis renda, ocupação e escolaridade, esses autores encontraram dados disparatados. Quanto à ocupação, o estudo de Carret *et al.* (2007a e 2007b) apontou que 51,8% não tinha nenhuma ocupação no momento da consulta (não estudavam e não trabalhavam) e o estudo de

⁵⁰ Castro *et al.*, 2002; Yamada *et al.*, 2002; Jacobs e Matos, 2005; Carret *et al.* 2007a e 2007b; e Souza *et al.* 2009.

Souza *et al.* (2009) apontou que 45,4% das pessoas da amostra analisada eram empregados em atividade regular com direitos trabalhistas, seguida de atividade, sem direitos trabalhistas (20,%).

Quanto à renda Souza *et al.* (2009) encontraram maior concentração de pessoas com renda de 1 a 2 salários mínimos, o estudo de Carret *et al.* (2007a e 2007b) apontou que metade da amostra pertencia ao grupo C das classes sociais (correspondente a valores entre 4 a 10 salários mínimos, conforme classificação IBGE). Em relação à escolaridade, Carret *et al.* (2007a e 2007b) encontraram que cerca de 75% da população tinha até o 1º. Grau. Na mesma direção, Souza *et al.* (2009) encontraram um predomínio de pessoas com 1º. grau incompleto (cerca de 40%). Deve-se lembrar que ambos os estudos foram realizados na região Sul do País: Carret *et al.* (2007a e 2007b) em Pelotas / Rio Grande do Sul e Souza *et al.* (2009) em Tubarão / Santa Catarina.

Quanto as variáveis relacionadas à utilização dos serviços de saúde todos os autores, exceto Carret *et al.* (2007a e 2007b) identificaram que a maioria dos atendimentos correspondia à uso indevido pelos serviços de urgência e emergência hospitalar. Também, com exceção de Carret *et al.* (2007a e 2007b), que não fazem referência à procedência dos usuários, os demais autores encontraram que mais de 70% dos atendimentos correspondiam à pessoas residentes em área de abrangência do hospital pesquisado, sendo que quanto maior a proximidade, maior o índice de inadequação da demanda aos objetivos dos serviços de urgência e emergência.

Castro *et al.* (2002) e Yamada *et al.* (2002) encontraram ligeira maior prevalência de atendimentos nas segundas e quintas-feiras, e ligeira menor prevalência de atendimentos nos sábados e domingos. Jacobs e Matos (2005) e Furtado *et al.* (2004) encontraram maior concentração de atendimentos na segunda-feira. Diferente de todos esses autores, Carret *et al.* (2007) encontraram maior concentração de atendimentos aos domingos, e finais de semana.

De uma maneira geral, o maior número de atendimentos aconteceu no horário diurno. Castro *et al.* (2002), Yamada *et al.* (2002), Jacobs e Matos (2005) identificaram maior concentração no horário de funcionamento das unidades básicas de saúde, principalmente, nos horários entre 08 e 14 horas. Já os estudos de Simon (2008) e Carret *et al.* (2007a) apontaram maior concentração de atendimentos no período da tarde, seguido do período da noite (não madrugada).

Quanto ao desfecho dos atendimentos, Jacobs e Matos (2005), Simon (2008) e Carret *et al.* (2007a) identificaram que a maioria dos atendimentos resultou em alta para o paciente.

A exceção do estudo realizado por Carret et al. (2007b), os demais estudos apontaram para a forte presença de inadequação de atendimentos nas unidades de urgência e emergência hospitalar, reforçando a importância das unidades básicas de saúde para atenuar esse problema.

Apresentadas as discussões teóricas que nortearam esta tese, na sequência deste trabalho será apresentada a metodologia aplicada ao mesmo.

3 METODOLOGIA DE PESQUISA

3.1 Procedimentos metodológicos

3.1.1 Definindo o caso e a população do estudo

Este estudo foi delineado para ser realizado por meio de estudo de caso, com o objetivo de identificar fatores capazes de distinguir, em um serviço de urgência e emergência hospitalar, as situações de pouca ou não urgência de atendimento das situações de urgência e emergência, relativas a uma dada população.

Para a escolha do caso partiu-se da definição da população que seria tomada como referência. Para essa definição, baseou-se nas argumentações de Pessoto *et al.* (2007) e Ferreira (2009). De acordo com esses autores, em função das diversidades sociais, econômicas e culturais disseminadas pelo Brasil e das diferentes formas de organização e gestão do SUS, quanto menor a escala espacial para análise das condições de saúde de uma população, para Pessoto *et al.* (2007) um município e para Ferreira (2009), um bairro, maior visibilidade se terá sobre cada realidade local. Assim, nesse estudo optou-se por escolher uma população adstrita a um Centro de Saúde, possibilitando uma análise conjunta das três dimensões do modelo proposto por Aday e Andersen (1974): o indivíduo, que demanda pelos serviços de saúde; a sua população de origem; e os serviços de saúde oferecidos a essa população.

Definiu-se, também, que seria uma população que concentrasse maior proporção de pessoas com baixo nível de renda. A literatura científica aponta que a variável renda (variável econômica) tem forte correlação positiva com a variável educação (variável social), e ambas estão estritamente associadas à capacidade de utilização dos serviços de saúde: quanto menor o nível de renda, maiores são as restrições para a utilização dos serviços de saúde (Dachs, 2002; Ribeiro *et al.* 2006)⁵¹. Além do mais, populações com menor nível de renda tendem a

⁵¹ Deve-se chamar a atenção para o fato de que pessoas de maior nível de renda, como aquelas possuidoras de planos de saúde, também, encontram restrições para utilização dos serviços de saúde como aponta, por exemplo, o estudo de Pessoto *et al.* (2007). Pode-se dizer que um dos diferenciais entre esses grupos é que pessoas de menor renda tendem a possuir menor possibilidade de escolha, dentre os diversos serviços oferecidos pelas redes pública e privada de saúde.

ser mais vulneráveis ao risco de adoecer e morrer, tendendo a ter maior necessidade de utilização dos serviços de saúde (Buss e Pellegrini, 2007; Travassos e Castro, 2008).

Por questões de ordem operativa e por ser uma das 13 macrorregiões do Estado de Minas Gerais, oferecendo a sua população serviços em todos os campos da atenção à saúde, optou-se pelo município de Belo Horizonte. Por princípio, a sua população não precisa recorrer a serviços de outras regiões de saúde.

Definido pelo município de Belo Horizonte o próximo passo foi identificar a região desse município que concentrava a maior proporção de pessoas com menor nível de renda⁵². Nesse quesito chegou-se ao Distrito Sanitário de Venda Nova (DSVN) e ao Distrito Sanitário Norte. Segundo dados do Censo Demográfico 2000 do IBGE, a maioria dos responsáveis pelos domicílios particulares permanentes desses distritos (51,83% e 50,19%, respectivamente) possuem rendimento entre ½ e 3 salários mínimos (Belo Horizonte, 2008a; 2008b).

Soma-se a essas características a dependência da população em relação ao SUS. A população de Belo Horizonte exclusivamente dependente em relação ao SUS corresponde a 48% da população existente no município. No entanto, observa-se que existe uma variação importante entre os diversos distritos sanitários. Os distritos sanitários Oeste e Centro-Sul apresentam os menores percentuais (de 34 e 39%, respectivamente), enquanto Venda Nova e Norte apresentam os maiores (58% da população) (Belo Horizonte, 1999).

Além do fator renda, outro aspecto favorável à definição pelos Distritos Norte ou de Venda Nova foi à presença do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) na região, funcionando como referência hospitalar na prestação de serviços de urgência e emergência, durante 24 horas/dia, adotando a classificação de risco do Sistema de Triagem Manchester (STM) para triagem dos indivíduos que procuram por seu Serviço de Urgência (Pronto Socorro – PS), possibilitando a identificação, por meio de seu banco de dados, de demandas classificadas, tecnicamente, como de pouca ou não urgência de atendimento, objeto de interesse deste trabalho.

Para definir pelo Distrito Sanitário de Venda Nova (DSVN) ou pelo Distrito Norte foi realizada uma análise do maior quantitativo de usuários que demandaram pelo PS/HRTN, segundo bairro de origem.

⁵² Para conhecer as regiões administrativas do município de Belo Horizonte, vide item 3.3.1.

Analisando-se os dados considerados válidos por este estudo (51.848 atendimentos⁵³) identificou-se que o maior quantitativo de usuários que demandaram pelo PS/HRTN referia a pessoas declaradas residentes no bairro Mantiqueira, pertencente ao Distrito Sanitário de Venda Nova.

Ao se investigar qual Centro de Saúde atendia à população do bairro Mantiqueira, verificou-se que essa população era adstrita a Centros de Saúde distintos, representando assim um limitador para focar o estudo em área adstrita a um Centro de Saúde⁵⁴. Para superar essa situação, optou-se pelo georreferenciamento das informações de endereço (CEP, nome e número do logradouro) contidas no banco de dados fornecido pelo HRTN⁵⁵. Esse procedimento possibilitou vincular cada endereço informado no banco de dados do HRTN ao distrito sanitário, centro de saúde e setor censitário correspondente⁵⁶.

Com base nas análises do georreferenciamento obteve-se um total de 34.640 registros considerados válidos⁵⁷. Desses, confirmou-se que a maioria das demandas pelo PS/HRTN era de pessoas procedentes do Distrito Sanitário de Venda Nova (63,0% dos casos), seguido dos Distritos Norte, Nordeste e Pampulha (TAB. 1).

⁵³ Ao todo o banco de dados fornecido pelo HRTN, possui 61.994 registros. Desses, 51.848 (83,63%) contendo o registro da classificação risco; 2.496 (4,03%) classificados como cor branca, representando atendimentos agendados (consulta não espontânea ou eletiva); e 7.650 casos (12,34%), sem registro da classificação. Considerando-se o escopo desse trabalho foram considerados neste estudo apenas os registros que especificavam a classificação de risco.

⁵⁴ A área de abrangência dos centros de saúde do município de Belo Horizonte é definida a partir de um conjunto de setores censitários contíguos que não obrigatoriamente abrange a região de um bairro (Minas Gerais, 2009d).

⁵⁵ Georreferenciamento é um processo de associação de um dado com endereço, a um mapa municipal. Essa possibilidade foi identificada por meio de uma entrevista realizada com a Professora Paula Martins, Gerente da Gerência de Urgência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a quem fica aqui, também, registrado o agradecimento.

⁵⁶ Apesar do processo de georreferenciamento especificar o setor censitário correspondente a cada atendimento, propiciando a identificação da equipe da ESF responsável por aquela área, essa informação não pode ser aproveitada neste estudo por falta de informação atualizada no CSVN (entenda-se o sistema de informação da PBH) sobre os setores censitários correspondentes a cada equipe.

⁵⁷ Deve-se salientar que só foram considerados como válidas as informações consideradas como exatas e aproximadas (+/- 100 m) pelo processo de georreferenciamento e que tiveram, naturalmente, o Centro de Saúde e Distrito Sanitário identificados.

TABELA 1

Atendimentos realizados no PS/HRTN, com classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester, por distrito sanitário de residência. Período Ago./2009 a Jul./2010. Município de Belo Horizonte.

Distrito Sanitário	Quant.	%
VENDA NOVA	21.811	63,0
NORTE	4.964	14,3
NORDESTE	3.182	9,2
PAMPULHA	2.642	7,6
NOROESTE	859	2,5
LESTE	449	1,3
CENTRO SUL	269	0,8
BARREIRO	266	0,8
OESTE	198	0,6
Total geral	34.640	100,0

Fonte dos básicos: Banco de dados Setor de Tecnologia de Informação / HRTN

Nota: incluído apenas atendimentos classificados pela classificação de risco do Protocolo de Manchester e cujo georreferenciamento foi exato ou aproximado.

Esses dados não surpreenderam. O HRTN é referência em situações de urgência e emergência para os Distritos Sanitários de Venda Nova, Norte e Pampulha, estando situado no primeiro deles. Para a escolha do centro de saúde cuja população seria tomada como referência adotou-se o mesmo critério para a escolha do Distrito Sanitário. Analisando-se os registros referentes ao DSVN, segundo Centros de Saúde, TAB. 2, identificou-se o Centro de Saúde Venda Nova (CSVN) como sendo o que correspondia à maioria dos atendimentos registrados pelo Serviço de Triagem do PS/HRTN (10,1%), seguido dos Centros de Saúde Mantiqueira, Lagoa e Minas Caixa, cada um representando cerca de 8% dos atendimentos. Ou seja, não se observa diferenças marcantes nos registros relativos a esses Centros de Saúde.

TABELA 2

Atendimentos realizados no PS/HRTN, com classificação de risco pelo Protocolo de Manchester, distribuídos por centro de saúde de residência. Período Ago./2009 a Jul./2010; população dos centros de saúde referentes ao Distrito Sanitário de Venda Nova, Censo Demográfico 2000 (IBGE); e proporção dos atendimentos, na população. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

Centro de Saúde	População Censo IBGE/2000 (A)	Atendimentos PS/HRTN (B)		Proporção de B/A (%)
		Quant.	%	
C.S. Venda Nova	19.386	2.207	10,1	11,4
C.S. Mantiqueira	15.229	1.708	7,8	11,2
C.S. Lagoa	15.398	1.704	7,8	11,1
C.S. Minas Caixa	16.732	1.663	7,6	9,9
C.S. Rio Branco	19.183	1.558	7,1	8,1
C.S. Santa Mônica	24.693	1.513	6,9	6,1
C.S. Jardim Europa	15.948	1.440	6,6	9,0
C.S. Céu Azul	17.448	1.348	6,2	7,7
C.S. Andradas	14.793	1.311	6,0	8,9
C.S. Serra Verde	12.230	1.156	5,3	9,5
C.S. Jardim Leblon	16.673	1.134	5,2	6,8
C.S. Santo Antônio	10.385	1.124	5,2	10,8
C.S. Piratininga	11.714	1.117	5,1	9,5
C.S. Jardim Comercários	11.606	1.072	4,9	9,2
C.S. Nova York	12.943	993	4,6	7,7
C.S. Copacabana	10.169	763	3,5	7,5
Total geral	244.530	21.811	100,0	8,9

Fonte de Dados Básicos: Setor de Tecnologia de Informação/HRTN

Nota: incluído apenas os atendimentos referentes à classificação de risco do Protocolo de Manchester e cujo georreferenciamento foi considerado como exato ou aproximado.

Ainda pela TAB. 2, observa-se que é o CSVN, juntamente com os Centros de Saúde Mantiqueira, Lagoa e Santo Antônio, que apresenta a maior proporção de pessoas de suas populações que demanda pelos serviços do PS/HRTN (tomando como referência o Censo IBGE/2000).

Com base nessa informação pelo menos três hipóteses podem ser levantadas: a população desses Centros de Saúde está tendo maior facilidade para acesso ao HRTN; a população desses Centros de Saúde está apresentando piores condições de saúde; esses centros de saúde estabelecem menor vínculo com sua população adstrita, comparado aos demais centros de saúde da região.

Dado o exposto, definiu-se que o estudo seria realizado no Hospital Risoleta Tolentino Neves, tomando como referência à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova / Distrito Sanitário de Venda Nova, Belo Horizonte/MG.

É importante dizer que o projeto desta tese atendeu as exigências da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos⁵⁸ e às determinações do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP – da UFMG, que, na mesma direção da referida Resolução, visa proteger o bem-estar dos indivíduos participantes em pesquisas realizadas no âmbito da Universidade. E, pelo fato da pesquisa incluir diferentes instituições de saúde, o projeto foi submetido e aprovado, em ordem sequencial, por três Comissões de Ética em Pesquisa distintas. A primeira, do Hospital Risoleta Tolentino Neves (ANEXO I). A segunda, da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (CEP-SMSA/PBH) (ANEXOS II e III) e a terceira do COEP/UFMG (ANEXO IV). Esta, só analisa os projetos após autorização das instituições envolvidas diretamente na pesquisa.

3.1.2 Demarcando o tipo de pesquisa

Este trabalho foi desenvolvido por meio de um estudo de caso no Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), Belo Horizonte/MG, adotando como estratégia a análise quantitativa e descritiva (ou dedutiva) dos dados, por meio de análise univariada. A análise é quantitativa e descritiva por descrever por meio de representação numérica as características apresentadas pelos usuários que utilizaram os serviços de urgência e emergência do HRTN, da maneira como elas são dadas. E, é univariada por não ter a intenção de estabelecer relações de causa e efeito entre as mesmas. Para o tratamento dos dados lançou-se mão de técnicas estatísticas simples, como cálculo de frequências absolutas e relativas, médias, desvio padrão e coeficientes de variação (Spiegel, 1993; Marconi e Lakatos, 2004). Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, abrangendo o período de agosto de 2009 a julho de 2010.

A opção pelo estudo de caso se deu em função desse método possibilitar analisar fenômenos contemporâneos – uma pessoa, grupo de pessoas ou uma comunidade - sob todos os seus aspectos, com maior nível de profundidade e detalhamento, utilizando de técnicas de coletas de dados variadas (Bruyne e Schoutheete, 1977; Yin, 2001, Laville e Dionne, 1999; Marconi e Lakatos, 2004).

⁵⁸ Pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais (Universidade Federal de Minas Gerais, 1996).

Segundo Laville e Dionne (1999, p. 156) a possibilidade de aprofundamento é a vantagem mais marcante do estudo de caso, pois todos os recursos se concentram no próprio caso. Além do mais, ao longo da pesquisa é possível ao pesquisador “adaptar seus instrumentos, modificar sua abordagem para explorar elementos imprevistos, precisar alguns detalhes e construir uma compreensão de que leve em conta tudo isso”, pois o pesquisador não está atrelado a um protocolo de pesquisa que deve permanecer o mais imutável possível.

Uma restrição atribuída ao estudo de caso é a sua limitação para generalização e para aplicação de seus achados a outros casos. Sobre esse aspecto, Laville e Dionne (1999) chamam a atenção para o fato de que se um caso é tomado por um pesquisador como típico de um conjunto mais amplo, do qual ele pode ser tomado como representante, ele poderá ajudar a melhor compreender uma situação ou um fenômeno complexo, que, em última análise, deve ser o objetivo da pesquisa científica (Laville e Dionne, 1999). Nessa mesma direção Spiegel (1993) afirma que se uma amostra é representativa de uma população, conclusões importantes sobre a população podem ser inferidas de sua análise.

3.1.3 Universo e amostra

O universo desta pesquisa foi o conjunto de atendimentos realizados no Pronto Socorro do Hospital Risoleta Tolentino Neves (PS/HRTN), referente às pessoas declaradas residentes no município de Belo Horizonte/MG, período de agosto de 2009 a julho de 2010, e que foram atendidas pelo Serviço de Triagem desse Hospital, recebendo a classificação de risco do Protocolo de Manchester.

Como amostra foram tomados os atendimentos identificados pelo processo de georreferenciamento como sendo de pessoas residentes em área adstrita ao Centro de Saúde de Venda Nova (CSVN). Portanto, trata-se de uma amostra do tipo não probabilística, uma vez que foi escolhida de forma intencional. Conforme Seltz *et al.* (1965) desde que se use de discernimento e de uma estratégia adequada, pode-se decidir os casos a serem incluídos na amostra. Como unidade de análise foram considerados os atendimentos classificados nas cores verde e azul, denominados, neste estudo, de atendimentos Não Urgente.

Para distinguir os atendimentos Não Urgentes dentre os atendimentos realizados no PS/HRTN, tomou-se como referência comparativa os atendimentos classificados como Urgente (vermelho, laranja e amarelo). E, para distinguir o atendimento no nível hospitalar,

tomou-se como contraponto os atendimentos realizados pela UPA/VN e pelos atendimentos realizados pelo serviço de acolhimento do CSVN (correspondente, teoricamente, a casos agudos), ambos pontos fixos de atenção à saúde na região do Distrito Sanitário de Venda Nova. Para isso buscou-se seguir os mesmos critérios de definição da amostra definida para o HRTN.

3.1.4 Fonte dos dados coletados e variáveis do estudo

Esta pesquisa foi realizada utilizando de fonte de dados secundários, por meio de informações disponibilizadas no *site* da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, do HRTN, IBGE e Datasus; em banco de dados gerados pelo DSVN, PRODABEL e CSVN para atender exclusivamente as finalidades desta pesquisa; e em informações geradas em relatórios administrativos.

Para obtenção dos dados de recursos humanos, materiais, de infraestrutura e funcionamento das Unidades de Saúde, foram realizadas consultas diretas aos gerentes da UPA/VN e CSVN. Também, foram realizadas consultas diretas com assessores de diretoria e profissionais ligados ao Setor de Tecnologia de Informação e do Pronto Socorro do HRTN, para obtenção de informações referentes ao Sistema de Triagem Manchester.

Informações também foram obtidas por meio de consulta a profissionais experientes em serviços de urgência e emergência, em acolhimento e em processos de triagem dos usuários por meio Protocolo de Manchester, de outras instituições de Saúde.

As variáveis definidas para este estudo foram baseadas no modelo comportamental de Aday e Andersen (1974), focando especificamente nos fatores de ordem individual que interferem na utilização dos serviços de saúde. Esses fatores foram reunidos por esses autores em 3 grupos: fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidade de saúde (percebida ou diagnosticada).

Nos fatores predisponentes os autores reuniram variáveis que descrevem a propensão dos indivíduos para usar os serviços de saúde e que são anteriores a qualquer episódio de adoecimento: idade, sexo, raça e religião. Além dessas variáveis que podem ser classificadas como de ordem objetiva, os autores incluíram nesse grupo as atitudes e opiniões dos indivíduos em relação a sua condição de saúde, e sua percepção sobre os serviços de saúde.

Em seu modelo teórico, Aday e Andersen (1974) consideram que embora os indivíduos possam ter predisposição para utilizar os serviços de saúde, alguns outros fatores devem estar presentes para que eles façam isso. A esses outros fatores os autores denominaram de fatores capacitantes.

Relacionados à capacidade de consumo dos serviços de saúde, os fatores capacitantes estão associados ao indivíduo, a sua família, e à oferta de serviços de saúde. Quanto aos fatores associados ao indivíduo e sua família estão a renda, cobertura de seguro de saúde, comunidade na qual o indivíduo está inserido e a região de moradia (rural ou urbano). E, em relação à oferta de serviços de saúde esta o fato de o indivíduo ter ou não uma fonte regular de recebimentos de cuidados a saúde e a acessibilidade a essa fonte regular (Aday e Andersen, 1974).

Em outras palavras, na perspectiva do modelo de Aday e Andersen (1974), para que a utilização dos serviços se realize “é preciso que existam instalações, equipamentos e profissionais de saúde, mas também que os indivíduos tenham os meios (renda, meio de locomoção, tempo) e as informações necessárias para chegar aos serviços, e deles fazer uso” (Travassos e Castro, 2008).

Dada a predisposição e a capacidade dos indivíduos para utilizarem os serviços de saúde, segundo Aday e Andersen (1974), os indivíduos, ou seus familiares, devem perceber uma doença ou a probabilidade dela acontecer para procurar por um serviço de saúde, ou ainda, ter um problema identificado por profissional de saúde. Assim, nesse grupo – das necessidades de saúde – os autores incluem tanto as necessidades percebidas, quanto as necessidades diagnósticas. Segundo esses autores, o componente necessidade refere a doença, e é a causa mais imediata do uso dos serviços de saúde.

Assim, neste trabalho, a partir do modelo proposto por Aday e Andersen (1974) foram analisadas as variáveis passíveis de serem levantadas por meio dos registros administrativos das unidades de saúde envolvidas neste estudo: Hospital Risoleta Tolentino Neves, Unidade de Pronto Atendimento de Venda Nova, e o Centro de Saúde Venda Nova.

Como fatores predisponentes foram considerados neste estudo as variáveis idade (organizadas por faixa etária), sexo e situação conjugal. Como fatores capacitantes a região de moradia do usuário e a oferta dos serviços de saúde disponíveis na região. E, como necessidade de saúde as variáveis sintoma e discriminador, como *proxy* de necessidade de

saúde diagnosticada⁵⁹. Entende-se neste estudo que o fato do usuário recorrer aos serviços de saúde implica em uma necessidade percebida, e o fato de ele ter chegado até ao hospital significa que ele conseguiu romper as primeiras barreiras de acesso, como exemplo: distância, recursos financeiros e meio de transporte (fatores capacitantes).

Também, foram incluídas nos estudo variáveis relacionadas ao atendimento: dia da semana, mês, ano, turno e horário do atendimento, e tipo de resultado (ou desfecho do atendimento).

Como este estudo envolveu unidades de saúde diferentes, na sequência deste item são apresentadas as especificidades a fonte de dados referentes a cada uma delas, bem como as variáveis disponibilizadas.

Hospital Risoleta Tolentino Neves

Os dados do HRTN foram fornecidos por meio de planilha eletrônica gerada pelo seu Setor de Tecnologia de Informação, contendo registros dos atendimentos realizados em seu Serviço de Pronto Socorro (PS), período de agosto de 2009 a julho de 2010, referente a pessoas declaradas residentes no município de Belo Horizonte. O uso de informações a partir do mês de agosto/2009 se justifica por ser o mês em que todos os registros referentes à classificação de risco do Protocolo de Manchester passaram a ser realizados no Alert®⁶⁰.

O banco de dados fornecido pelo HRTN contém as seguintes informações: 1) relativas aos usuários: código do paciente no hospital, sexo, estado civil, idade, data de nascimento e endereço (nome e número do logradouro, bairro e CEP); 2) relativos ao atendimento: mês e ano, código do atendimento, data do atendimento, hora do registro do atendimento, hora do atendimento médico, cor (classificação de risco), sintoma, discriminador, queixa, CID e Tipo

⁵⁹ Deve-se salientar que pela classificação de risco do Protocolo de Manchester pode-se dizer que, na realidade, os sintomas e sinais representam um problema de saúde identificado e não um diagnóstico. Por princípio o Protocolo de Manchester estabelece uma prioridade de atendimento. Uma melhor qualificação das necessidades de saúde diagnosticada poderia ser realizada por meio dos códigos da Classificação Internacional de Doenças. Mas, embora seja uma variável que consta no sistema de informação do HRTN, análises preliminares sugeriram problemas na consistência dessas informações.

⁶⁰ Ferramenta operacional para todos os ambientes de prestação de cuidados à saúde, utilizado para a realização de triagem por meio do Protocolo de Manchester, com consulta em tempo real aos dados dos usuários e interação entre as equipes dos profissionais da saúde. Disponível em: <http://www.hospitalar.com/imprensa/not2186.html>. Acesso em 08/12/09. Antes do Alert o sistema operacional adotado pelo HRTN era próprio. Então, para análise dos dados desde a implantação do Protocolo de Manchester era necessário unir os dois bancos. Em entendimentos com o Supervisor do Setor de Tecnologia de Informações do HRTN, chegou-se a conclusão que haveria certa dificuldade para realizar essa operação, em função das diferenças existentes entre os mesmos.

de Resultado⁶¹. Essas informações foram importadas de dois bancos de dados utilizados pelo HRTN: Alert® e MV-2000i (Sistema de Gestão Hospitalar).

Em sua forma original foram usadas como variáveis de análise neste estudo as seguintes informações: discriminador e sintomas (adotados como *proxy* de necessidade de saúde), sexo e tipo de resultado. A data do atendimento foi utilizada para gerar informação sobre o dia da semana e ano em que foi realizado o atendimento. Os endereços dos usuários foram utilizados para definição da população do estudo, por meio do processo de georreferenciamento, gerando informações sobre Centro de Saúde, Distrito Sanitário e Setor Censitário de referência. A partir do estado civil definiu-se a variável situação conjugal. A hora do registro do atendimento foi transformada em turno do atendimento e faixas de horário de atendimento. Idade em faixa etária quinquenal. E, cor (classificação de risco) e tipo do resultado, como será visto no item 3.2.1, foram associados para definir a classificação de referência deste estudo: Urgente (UR), Não Urgente Atendimento (NU/ATE) e Não Urgente Encaminhamento (NU/ENC).

Para sintetizar a apresentação e as análises dos resultados a variável tipo de resultado foi reagrupada de acordo com a paridade entre eles, recebendo nova nomenclatura, como mostra o QUADRO 3⁶². Esse critério foi adotado após identificar a inexistência de um critério único no uso dos códigos referentes ao tipo de resultado, pelos profissionais de saúde. Por exemplo, os tipos de resultados Alta pós consulta e Alta pós Medicação são utilizados quando

⁶¹ Código do paciente no hospital, data de nascimento, código do atendimento, hora do atendimento médico e CID não foram considerados neste estudo. A hora do atendimento, combinada com a hora do registro do atendimento clínico possibilitaria calcular o tempo de espera até o atendimento médico, fugindo ao escopo desse trabalho. Os CID registrados no sistema, conforme informação do próprio Setor de Tecnologia de Informação do HRTN, normalmente, não apresentam correlação com a queixa apresentada pelo paciente. A análise dos dados do banco ratificou essa informação. Do total dos 217 atendimentos correspondentes a *feridas*, cerca de 47% aparecem com CID 9999 (inexistente na tabela de CID-10); 8% com CID S-61 (Ferimento do punho e da mão); na sequência, com cerca de 6%, cada um, com CID T149 e T140, não presentes na tabela do CID-10. Nos casos de *indisposição no adulto*, cerca de 51% aparecem com CID 9999. Em segundo lugar, com 5%, I-64 (Acidente Vascular Cerebral, Não Especificado Como Hemorrágico ou Isquêmico). E, *problemas nos membros* 30% com CID 9999; 19%, M255 (não identificado) e, com 11%, M 25 (Outros Transtornos Articulares Não Classificados em Outra Parte).

⁶² Na dinâmica do hospital o tipo de resultado pode ser lançado no sistema logo após a triagem (como nos casos de encaminhamento a outras unidades de menor complexidade), após o atendimento clínico ou após identificar que o usuário desistiu do 1º. atendimento clínico ou de algum procedimento subsequente (como exemplos, desistiu de aguardar em observação ou aguardar para receber medicação).

o paciente recebe alta do Hospital em menos de 24 horas, independentemente do usuário ter recebido ou não medicação⁶³.

QUADRO 3

Reclassificação da variável tipo de resultado.

Tipo de Resultado Especificado no Banco de Dados o HRTN	Denominação Adotada por esta Tese	Atendimento Clínico
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta pós consulta e ▪ Alta Pós Medicação 	Alta após atendimento	HRTN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evasão ▪ Desistência ▪ Classificação Risco - Alta por Desistência 	Desistência ⁶⁴	HRTN (seria atendido)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transferido a Unidade de Internação ▪ Encaminhamento ao Centro Cirúrgico ▪ Transferido para Outro Hospital ▪ Internado Aguardando Leito 	Transf. p/ atendimento hospitalar	HRTN ou outra Unidade Hospitalar
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Classifica Risco - Alta com Encaminhamento 	Encaminhamento a outra Unid. de Saúde (de menor complexidade)	Unidades de Menor Complexidade

Fonte: elaboração própria.

Unidade de Pronto Atendimento (UPA/VN)

A Unidade de Pronto Atendimento de Venda Nova, a exemplo do HRTN, adota a classificação de risco do Protocolo de Manchester para triagem das pessoas que procuram por seu atendimento, mas não o sistema informatizado.

Para reunir o maior número de informações possíveis a respeito dos atendimentos da UPA/VN, para efeito de comparação com as informações do HRTN, foi necessário recorrer a

⁶³ Essa ocorrência ficou evidenciada ao se analisar os tipos de resultados referentes aos casos classificados como UR. Muitos foram os registros com Alta pós Consulta, sugerindo inconsistência de informação. Essa situação foi discutida com o Serviço de Triagem do HRTN, que informou sobre essa utilização do tipo de resultado Alta pós Consulta mesmo quando tenha sido ministrada medicação.

⁶⁴ Os tipos de resultado: Classif. Risco – Alta por Desistência, Desistência e Evasão foram mantidos no banco, pois indicam que as pessoas foram triadas pelo Serviço de Triagem do HRTN, receberam a classificação de risco do Protocolo de Manchester e foram orientadas para aguardar por atendimento clínico.

fontes de dados distintas: Serviço de Estatística da UPA/VN, Gerência de Epidemiologia e Informação do Distrito Sanitário de Venda Nova (GEREPI-VN/SMSA-BH) e a Prodabel.

Os dados fornecidos pela Prodabel foram obtidos a partir da Ficha de Atendimento ao usuário, utilizada pela UPA/VN. Essa ficha é gerada, por meio de sistema informatizado, quando o usuário chega à unidade. Contém as seguintes variáveis, por cada atendimento registrado: data do atendimento, horário do atendimento, data de nascimento, sexo, estado civil e centro de saúde de referência do usuário. Não constam informações sobre necessidades de saúde e sobre o Protocolo de Manchester.

Os dados fornecidos pelo Serviço de Estatística da UPA/VN foram obtidos por meio de relatórios consolidados por essa unidade de saúde, mês a mês, trazendo os quantitativos dos atendimentos segundo a classificação de risco Protocolo de Manchester e o Desfecho do Atendimento. Dessa forma foi possível aplicar a mesma classificação de referência adotada para análise do banco de dados do HRTN. Uma ressalva é que neste relatório são incluídos todos os atendimentos realizados pela UPA/VN, não sendo possível identificar o centro de saúde de referência do usuário.

Os dados fornecidos pela GEREPI-VN também foram apresentados de forma consolidada contendo as seguintes informações, por turno de atendimento (diurno ou noturno): classificação do atendimento segundo urgência (emergência, urgência, não urgência); distribuição por sexo; distribuição por faixa etária; desfecho do atendimento.

Centro de Saúde Venda Nova

Os dados dos atendimentos referentes ao CSVN foram fornecidos pela GEREPI-VN, de duas formas distintas. Na primeira foram listados, nominalmente, cada registro de acolhimento realizado pelo CSVN, no período de agosto de 2009 a julho de 2010, constando as seguintes informações: data do atendimento, nome do paciente e sexo. Dessas informações foi possível abstrair o número de atendimentos realizados por mês pelo CSVN, a distribuição dos mesmos pelos dias da semana e por sexo. Na segunda foram informados, de forma agregada, os seguintes totais: atendimentos realizados no período de agosto a dezembro de 2009 e total de atendimentos realizados no período janeiro a julho de 2010, por faixa etária; e atendimentos realizados no período de agosto a dezembro de 2009 e no período janeiro a julho de 2010, por sexo.

Procurou-se dar o mesmo tratamento dado as variáveis contidas no banco de dados do HRTN para as variáveis contidas nas informações passadas pela Prodabel, pelo Serviço de Estatística da UPA/VN e pela GEREPI-VN.

Apresentados os procedimentos metodológicos adotados neste trabalho, na sequência deste item é apresentada uma explanação sucinta sobre o Sistema de Triagem Manchester, pela sua importância na definição das situações de atendimento que foram tomados por esse estudo como de pouca ou não urgência de atendimento, enfatizando os procedimentos utilizados para se chegar à classificação de referência deste estudo. Posteriormente, serão apresentadas as características da oferta dos serviços de saúde no município de Belo Horizonte, com ênfase na organização dos pontos fixos de atenção às urgências e emergências situados na área de abrangência do DSVN; e as características demográficas e epidemiológicas de sua população, destacando as características do DSVN e do CSVN.

3.2 Classificação de risco: O Sistema de Triagem Manchester e a pactuação para atendimento de situações Urgentes e Não Urgentes.

A classificação de risco é um instrumento que possibilita acolher e organizar a demanda por serviços de saúde de urgência e emergência não pela ordem de chegada, mas pela identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento apresentados (Brasil, 2004; Minas Gerais, 2009b). Espera-se assim melhorar o atendimento nas portas de entrada de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre os objetivos da classificação de risco, pode se citar: humanizar e personalizar o atendimento; avaliar o usuário logo na sua chegada por profissional devidamente habilitado (extinção da triagem por porteiro ou funcionário não qualificado); identificar prontamente urgências e emergências - condições de risco de perder a vida (morte); garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; diminuir o risco de mortes evitáveis, por meio de priorização do atendimento de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada; organizar processo de trabalho e espaço físico do pronto socorro; informar o paciente (e/ou seus familiares) sobre possíveis riscos imediatos e tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado

horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários; diminuir a superlotação dos serviços de pronto atendimento; esclarecer à comunidade a forma de atendimento de urgências e emergências; e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (Brasil, 2004; Mafra *et al.*, 2005; Espírito Santo, 2008; Minas Gerais, 2009b).

A existência de um sistema de classificação de risco estruturado é indicador básico de qualidade da assistência, mas isoladamente, sem a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento não garante uma melhoria na qualidade da assistência (Espírito Santo, 2008).

Existem vários modelos de classificação de risco sendo adotados nos países do mundo⁶⁵. No Brasil e mais especificamente no Estado de Minas Gerais e em Belo Horizonte, o modelo que vem sendo mais difundido e utilizado pelos serviços públicos de atendimento à urgências e emergências, dentre eles, o Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), é o Sistema de Triagem Manchester (STM).

O Sistema de Triagem Manchester (ou Protocolo de Manchester) foi criado pelo Grupo de Triagem de Manchester, Inglaterra, em 1994, com o objetivo de estabelecer um consenso entre os médicos e enfermeiros de atendimento a emergências para o estabelecimento de um padrão de triagem dos usuários. Tem como pontos fundamentais o desenvolvimento de nomenclatura com definições comuns; uma metodologia de triagem potente; um pacote de treinamento e um guia para auditoria das triagens (Mackway-Jones *et al.*, 2006). Dessa forma, possibilita critérios uniformes de classificação de risco ao longo do tempo, por diferentes equipes de saúde; elimina a triagem sem fundamentação científica; pode ser aplicada por médicos ou enfermeiros; garante a segurança das pessoas usuárias e dos profissionais de saúde; pode ser aplicada em um tempo máximo de 3 minutos; e pode ser auditada (Mendes, 2009).

O Protocolo de Manchester possibilita organizar a porta de entrada dos serviços de urgência e emergência – nos hospitais, Pronto Atendimento (PA) ou Pronto Socorro (PS) –

⁶⁵ Os modelos mais difundidos são: o Australiano (*Australasian Triage Scale - ATS*): foi o pioneiro e usa tempos de espera de acordo com gravidade; Canadense (*Canadian Triage Acuity Scale - CTAS*): muito semelhante ao modelo australiano, é muito mais complexo e está em uso em grande parte do sistema canadense; Americano (*Emergency Severity Index - ESI*): trabalha com um único algoritmo que foca mais na necessidade de recursos para o atendimento. Não é usado em todo o país; Andorra (*Model Andorrà del Triage - MAT*): baseia-se em sintomas, discriminantes e algoritmos mas é de uso complexo e demorado. Manchester (*Manchester Triage System - MTS*): trabalha com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cor. Está sistematizado em vários países da Europa (Diogo, 2007; Mendes, 2009).

em função da gravidade do caso. Nesse sentido o conceito de urgência está atrelado ao risco eminente de vida, agravos à saúde ou grau de sofrimento (dores fortes, febre alta, desmaios etc). Traduz ainda um período de tempo que o usuário poderá aguardar para ser atendido por médico, realizar exames complementares de diagnóstico e terapêutica e/ou outros procedimentos, sem que isso represente prejuízo para o seu estado de saúde (Diogo, 2007).

Por meio do Protocolo de Manchester o estado de saúde do paciente é classificado, por profissionais devidamente habilitado – enfermeiro ou médico –, em 5 níveis distintos de risco, por meio de uma cor, um número e um nome, com definição do tempo limite que o paciente pode esperar até receber intervenção médica ou cuidados de enfermagem (QUADRO 4).

QUADRO 4

Escala de triagem do Sistema de Triagem Manchester.

Número	Nome	Cor	Tempo-Alvo em Minutos
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240

Fonte: Mackway-Jones *et al.* (2006); Mendes (2009).

A cor vermelha, por exemplo, significa emergência de atendimento, em tempo zero. Isso significa que o paciente apresenta risco eminente de vida.

Para a definição dos níveis de risco são levados em consideração os sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Para a definição dos sintomas o profissional que está realizando a triagem se baseia na queixa ou motivo da procura apresentado pelo usuário ou seu acompanhante. Esses sinais e sintomas são correlacionados a um fluxograma, escolhido dentre uma lista de 52 existentes (Diogo, 2007) e apresentados no QUADRO 5.

QUADRO 5

Fluxogramas do Sistema de Triage Manchester

1. Agressão	14. Diabetes	27. Dor torácica	40. Mordeduras e picadas
2. Asma	15. Diarreia	28. Embriagues aparente	41. Pais preocupados
3. Autoagressão	16. Dispneia	29. Erupções cutâneas	42. Problemas estomatológicos
4. Bebê que chora	17. Dispneia na criança	30. Estado de inconsciência	43. Problemas nasais
5. Catástrofe - Avaliação Primária	18. Doença hematológica	31. Exposição à químicos	44. Problemas nos membros
6. Catástrofe - Avaliação Secundária	19. Doença mental	32. Feridas	45. Problemas oftalmológicos
7. Cefaleia	20. Doença sexualmente transmissível	33. Grande traumatismo	46. Problemas ouvidos
8. Comportamento estranho	21. Dor abdominal	34. Gravidez	47. Problemas urinários
9. Convulsões	22. Dor abdominal na criança	35. Hemorragia gastrointestinal	48. Queda
10. Corpo estranho	23. Dor cervical	36. Hemorragia vaginal	49. Queimaduras profundas e superficiais
11. Criança com dificuldade de locomoção	24. Dor de garganta	37. Indisposição no adulto	50. Sobredosagem ou envenenamento
12. Criança Irritável	25. Dor lombar	38. Infecções locais e abscessos	51. TCE - Trauma crânio encefálico
13. Criança que não sente bem	26. Dor testicular	39. Lesão tora-abdominal	52. Vômitos

Fonte: Diogo (2009)

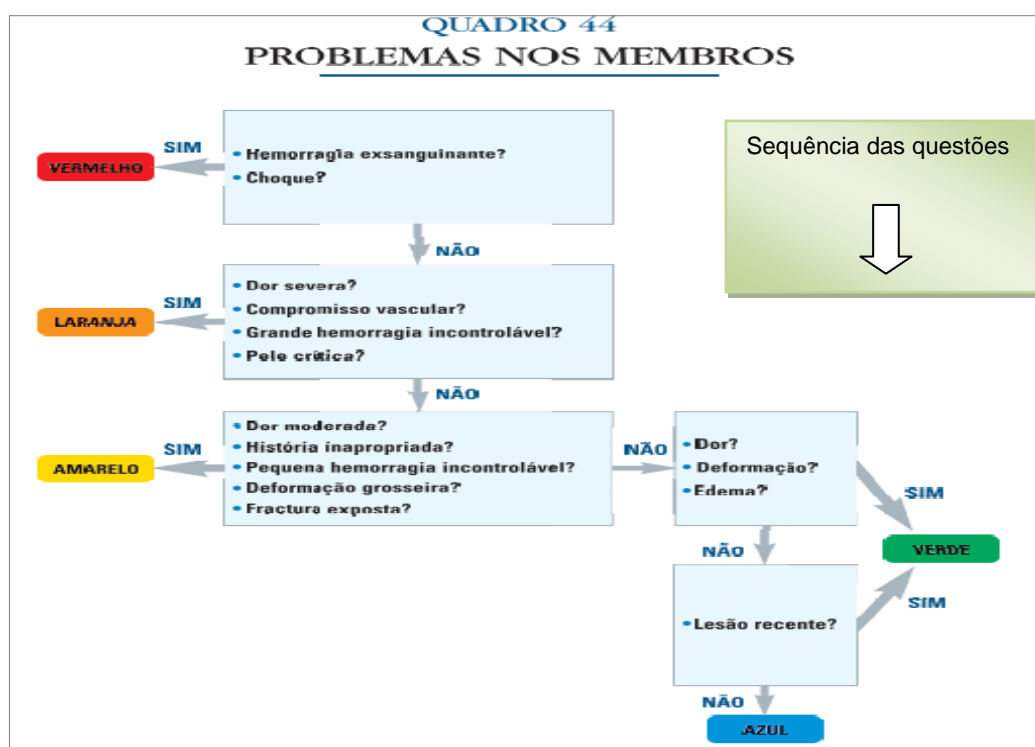
A cada fluxograma corresponde uma lista de discriminadores gerais apresentados em forma de questões, que guiam o trabalho do profissional. São exemplos de discriminadores gerais: hemorragia, grau do estado de consciência, ausência de pulso ou choque, comprometimento vias aéreas, temperatura, dor e agravamento da condição apresentada (Souza, 2009). Embora na perspectiva do paciente dor seja um fator determinante de prioridade (Mackway-Jones *et al.*, 2006), ele não aparece como discriminador na prioridade da cor vermelha. A dor por si só não representa risco de vida para o paciente. Também, a presença de dor elimina a possibilidade de classificação do usuário na cor azul.

É importante dizer que no Protocolo de Manchester dor é um discriminador que aparece em escalas diferentes, de acordo com a intensidade da mesma. A medida de sua intensidade é realizada por meio do auxílio de uma régua de dor. É considerado um discriminador subjetivo, pois é mensurado a partir da descrição/percepção do usuário, associado ao nível de comprometimento das atividades normais que ele apresentar. Assume a

classificação da dor em ordem crescente de importância como: dor - classificação verde; dor moderada – amarelo; e dor intensa ou severa – laranja (Mackway-Jones *et al.*, 2006).

No fluxograma as perguntas são posicionadas em ordem decrescente de prioridade. Assim, as primeiras questões correspondem a categorias de urgência mais elevadas, portanto a situações mais graves. A primeira resposta afirmativa a uma das questões define o nível de gravidade do estado de saúde do paciente (Diogo, 2007). Na FIG. 6 é apresentado um exemplo de fluxograma.

FIGURA 6
Exemplo de Fluxograma: Problemas nos Membros



Fonte: adaptado de apresentação do HRTN (junho 2008)⁶⁶.

Além dos discriminadores gerais existem, também, discriminadores específicos. Os discriminadores gerais se aplicam a todos os doentes independentemente da condição clínica

⁶⁶ Hospital Risoleta Tolentino Neves. **Triagem no serviço de urgência**. Apresentação Triagem de Manchester. HRTN. Belo Horizonte: 2008. *PowerPoint* cedido pela Assessoria de Planejamento e Gestão do Hospital.

apresentada, e os discriminadores específicos aplicam-se aos casos individuais. Como exemplo, dor severa é um discriminador geral. Dor cardíaca ou dor pleurídica são discriminadores específicos. Os discriminadores gerais surgem repetidas vezes ao longo dos fluxogramas e, em todos os casos, remetem à mesma prioridade clínica, ou seja, a mesma cor (Mackway-Jones *et al.*, 2006).

Na perspectiva de Diogo (2009) o fato do STM utilizar fluxogramas com questões pré-definidas pode favorecer a possibilidade de ele ser manipulado pelo *cidadão/utente* mais atento, principalmente, no caso de atendimento por profissionais pouco experientes. Ou ainda, induzir a sua própria manipulação pelo profissional triador. Nesse caso a autora levanta a seguinte questão: “estarão os enfermeiros triadores também eles predispostos a manipularem o STM, como resposta aos elevados tempos de espera?” (Diogo, 2009, p. 102).

No caso do *cidadão / utente* essa autora sugere que “após um número de episódios de urgência com a mesma queixa, os *cidadãos/ utentes* poderão vir, senão já ..., a conhecerem melhor o STM, no que respeita aos critérios que conferem categorias de urgência mais elevadas, utilizando-a em seu benefício” (Diogo, 2009, p. 102). No entanto, essa autora reconhece ser baixa essa possibilidade, a ponto de alterar significativamente o número de atendimentos de maior urgência, pois o conhecimento dos *cidadãos/ utentes* sobre o STM é limitativo, não permitindo manipulá-lo tão facilmente.

Pode-se dizer que na medida em que o Protocolo de Manchester define a prioridade que deve ser dada aos atendimentos, ele pode indicar, também, ao paciente e/ou seu responsável, sobre a dimensão da urgência de atendimento médico, possibilitando-lhe a decisão de permanecer aguardando pelo atendimento ou buscar alternativa de atendimento/tratamento, de acordo com suas possibilidades.

Embora o Protocolo de Manchester não tenha sido desenhado para definir a unidade de saúde adequada para atendimento do paciente, pela conformação do Sistema de Saúde Brasileiro, que distribui os serviços de assistência à saúde por níveis de complexidade, considera-se que os casos classificados nas cores vermelha, laranja e amarelo são característicos para atendimento nos serviços de urgência e emergência hospitalar. Os casos laranja, amarelo e verde para atendimento nas Unidades de Urgência e Emergência Não hospitalar, e os casos verdes e azuis para atendimento nas unidades básicas de saúde⁶⁷.

⁶⁷ Informação passada, por meio de texto impresso, pela Gerência de Urgência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Esse fato é materializado com pactuação realizada entre o HRTN, a UPA/VN e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH). Por meio dessa pactuação, a partir de janeiro de 2010, o PS/HRTN passou a concentrar seu atendimento nos usuários com condição de saúde classificada nas cores vermelha, laranja e amarelo e a encaminhar, para unidades básicas de saúde ou para unidades de pronto atendimento de referência do usuário, os casos classificados nas cores verde e azul⁶⁸. Esse encaminhamento, atrelado à capacidade – material e humana – de atendimento dessas Unidades, é verificada no dia-a-dia do trabalho por meio de troca de informações entre as Unidades de Saúde⁶⁹. Assim, situações cotidianas, podem fazer com que um determinado caso, que a princípio, pudesse ser encaminhado à outra unidade de saúde de menor complexidade, seja atendido pelo HRTN.

Dessa forma, sob a perspectiva técnica e normativa brasileira, pode-se dizer que os atendimentos classificados nas cores verde e azul não são adequados para o nível de atendimento hospitalar, por serem de pouca ou não urgência de atendimento.

Assim, associando a classificação de risco do Protocolo de Manchester à pactuação realizada entre o HRTN, a UPA/VN e a SMSA-BH chegou-se a classificação de referência desta tese, que é apresentada no próximo subitem.

3.2.1 Do Sistema de Triage Manchester a classificação de referência deste estudo

Como visto, o foco principal desta tese são os atendimentos realizados nos serviços de urgência e emergência hospitalar em situações, sob a perspectiva técnica e normativa, de pouca ou não urgência de atendimento. Para qualificação dessas situações adotou-se a classificação de risco do Protocolo de Manchester, associada à pactuação realizada entre o HRTN, a UPA/VN e a SMSA-BH.

À luz dessa pactuação, neste trabalho os casos classificados nas cores vermelha, laranja e amarelo foram considerados como compatíveis com o nível de complexidade

⁶⁸ De acordo com a assessoria da diretoria do HRTN, por meio de notas de e-mail, nas discussões com a Gerência de Urgência da Secretaria Municipal de Saúde de BH ficou definido o prazo de dezembro de 2009 para encaminhamento dos usuários classificados como verdes para as Unidades de Pronto Atendimento Norte, Venda Nova e Pampulha. No entanto, o fluxo rotineiro e mais uniforme desse procedimento ocorreu a partir de janeiro de 2010. Ainda, segundo a assessoria do HRTN, não há documento escrito oficializando tal pactuação.

⁶⁹ Como exemplo de situações que pode gerar atendimento pelo HRTN pode-se citar: falta de determinado profissional, greve de profissionais, equipamento inoperante, etc.

hospitalar e denominados como Urgentes (UR). Os casos classificados nas cores verde e azul, como Não Urgentes (NU). Portanto, não compatíveis com o nível de complexidade hospitalar.

Também como visto, na prática, nem todos os casos classificados nas cores verde e azul pelo Serviço de Triagem do HRTN são encaminhados a outras unidades de saúde de menor complexidade. Assim, optou-se por identificar e separar esses casos.

Para isso baseou-se na variável tipo de resultado (ou desfecho do atendimento) constante no banco de dados fornecido pelo HRTN⁷⁰. Para as análises cruzou-se as variáveis cor e o tipo de resultado especificado, como mostra a TAB. 3.

TABELA 3

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por tipo de resultado e classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

TIPO DE RESULTADO	VERMELHO		LARANJA		AMARELO		VERDE		AZUL		TOTAL	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
ALTA PÓS CONSULTA	2	10,5	88	30,2	454	50,0	287	29,6	1	5,0	832	37,7
ALTA PÓS MEDICAÇÃO	2	10,5	62	21,3	168	18,5	36	3,7	0	0,0	268	12,1
CLASSIF RISCO - ALTA COM ENCAMINHAMENTO	0	0,0	0	0,0	5	0,6	405	41,8	13	65,0	423	19,2
CLASSIF RISCO - ALTA POR DESISTENCIA	0	0,0	1	0,3	76	8,4	160	16,5	4	20,0	241	10,9
DESISTENCIA	0	0,0	3	1,0	8	0,9	8	0,8	0	0,0	19	0,9
EVASÃO	1	5,3	2	0,7	1	0,1	0	0,0	0	0,0	4	0,2
INTERNADO AGUARDANDO LEITO	0	0,0	3	1,0	3	0,3	0	0,0	0	0,0	6	0,3
ÓBITO	2	10,5	2	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,2
TRANSFERIDO PARA OUTRO HOSPITAL	1	5,3	1	0,3	2	0,2	0	0,0	0	0,0	4	0,2
TRASFERIDO A UNIDADE DE INTERNAÇÃO	10	52,6	118	40,5	158	17,4	17	1,8	2	10,0	305	13,8
NÃO REGISTRADO	1	5,3	11	3,8	33	3,6	56	5,8	0	0,0	101	4,6
Total geral	19	0,9	291	13,2	908	41,1	969	43,9	20	0,9	2.207	100

Fonte de dados básicos: Setor de Tecnologia de Informação/HRTN

Buscando a coerência entre a classificação de risco, tipo de resultado e à pactuação realizada entre o HRTN, a UPA/VN e a SMSA-BH, optou-se por excluir da amostra 5 casos classificados como amarelo e que apresentavam como resultado “Classif. Risco - Alta com Encaminhamento”; e 3 casos classificados como azul: um com resultado alta pós consulta, e

⁷⁰ Vide item 3.1.4

outros dois com resultado Transferido a Unidade de Internação⁷¹. Também foram excluídos da amostra 101 atendimentos que não constavam a informação sobre o tipo de resultado, por impossibilitar a reclassificação. Deve-se dizer que às análises foram realizadas considerando apenas os atendimentos referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova.

Partindo-se do pressuposto que os demais lançamentos estavam corretos, os registros de atendimento com classificação de risco nas cores verde e azul (denominados de Não Urgente) foram distribuídos em dois subgrupos: Não Urgente Atendimento (NU/ATE) e Não Urgente Encaminhamento (NU/ENC). Os atendimentos NU/ATE são aqueles - classificados nas cores verde e azul - que receberam atendimento clínico no HRTN; e NU/ENC são aqueles cujos usuários foram orientados para procurar atendimento clínico em outra unidade de saúde, de menor nível de complexidade. Em outras palavras, com base no critério adotado, o que diferencia o subgrupo NU/ATE do subgrupo NU/ENC é o tipo de resultado, já que em ambos a classificação pelo Protocolo de Manchester foi verde ou azul. Os casos classificados como vermelho, laranja e amarelo, continuaram sendo denominados de Urgente, independentemente do tipo de resultado aferido ao caso. Essa reclassificação é apresentada no QUADRO 6.

QUADRO 6

Classificação de referência desta Tese a partir da Classificação de Risco do Protocolo de Manchester e da Pactuação Realizada entre o HRTN, a UPA/VN e a SMSA-BH.

Classificação de Risco Segundo o Protocolo de Manchester	Pactuação entre HRTN, a UPA/VN e SMSA-BH		Classificação de Referência desta Tese	
	Situação acordada	Situação Praticada		
Vermelho Laranja Amarelo	Os atendimentos clínicos devem ser realizados no HRTN.	Os atendimentos clínicos são realizados no HRTN.	Urgente (UR)	
Verde Azul	Os usuários devem ser orientados a procurar por outra unidade de saúde de menor complexidade.	Usuários são orientados a procurar por outra unidade de saúde de menor complexidade.	Não Urgente (NU)	Encaminhamento (NU/ENC)
		Usuários recebem atendimento clínico no HRTN		Atendimento (NU/ATE)

Fonte: elaboração própria.

⁷¹ Com o objetivo de embasar a decisão pela exclusão, recorreu-se a queixa apresentada pelo usuário. Nos casos classificados como azul ficou evidente que todos os casos excluídos eram retorno de atendimento. Os casos laranja não ofereciam indicativo de que eram casos de encaminhamento. Também, teve-se a preocupação de avaliar os casos vermelho que resultaram em alta pós consulta e pós-medicação. Eles não apresentaram dados que sugerissem inconsistência de informação. Por isso, foram mantidos.

A partir da reclassificação dos atendimentos do PS/HRTN com base no critério de associação entre a classificação de risco do Protocolo de Manchester e o tipo de resultado (ou desfecho do atendimento), obteve-se uma amostra final de 2.098 casos referentes à população adstrita ao CSVN, distribuídos em: 24,4% de atendimentos classificados como Não Urgente Atendimento (NU/ATE); 19,9% como Não Urgente Encaminhamento (NU/ENC); e 55,7% como Urgentes (UR).

Sob essa análise pode-se dizer que cerca de 56% dos atendimentos triados pelo PS/HRTN estavam compatíveis com o nível de complexidade hospitalar.

3.3 O Município Belo Horizonte

Como visto, esta tese trata de um estudo de caso realizado no HRTN, localizado no município de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, região Sudeste do Brasil, tomando como referência a população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova (CSVN), pertencente ao Distrito Sanitário de Venda Nova (DSVN).

Neste item é apresentada uma breve explicação sobre a organização do sistema de saúde no município de Belo Horizonte, seguida da caracterização demográfica e epidemiológica de sua população. Para caracterizar a organização dos serviços de saúde apoiou-se na proposta das redes de atenção às urgências e emergências, com ênfase nos pontos fixos de atenção à saúde disponíveis na base territorial DSVN, nos quais a população pode realizar demanda espontânea.

Para caracterizar a população, assumindo a existência de diferenças intrarregionais, buscou-se caracterizar o perfil demográfico e epidemiológico da população do município de Belo Horizonte como um todo e da população adstrita ao DSVN e ao CSVN. No entanto, essa caracterização ficou limitada em função da não disponibilidade de dados. Quanto menor a escala espacial de análise menor foi essa disponibilidade.

3.3.1 A organização dos serviços de Saúde: os pontos fixos de atenção à urgência no DSVN

Belo Horizonte, centro regional e capital do Estado de Minas Gerais, uma das 13 macrorregiões assistenciais desse Estado⁷² – Macro Centro – (per)segue os mesmos princípios doutrinários e operativos do SUS, assumindo à atenção primária a saúde como eixo de estruturação dos serviços e como centro ordenador das redes de atenção à saúde, sob a égide da Estratégia Saúde da Família (ESF). Cerca de 75% de sua população (dados de 2008) é coberta por essa estratégia (Minas Gerais, 2009c; Belo Horizonte, 2011).

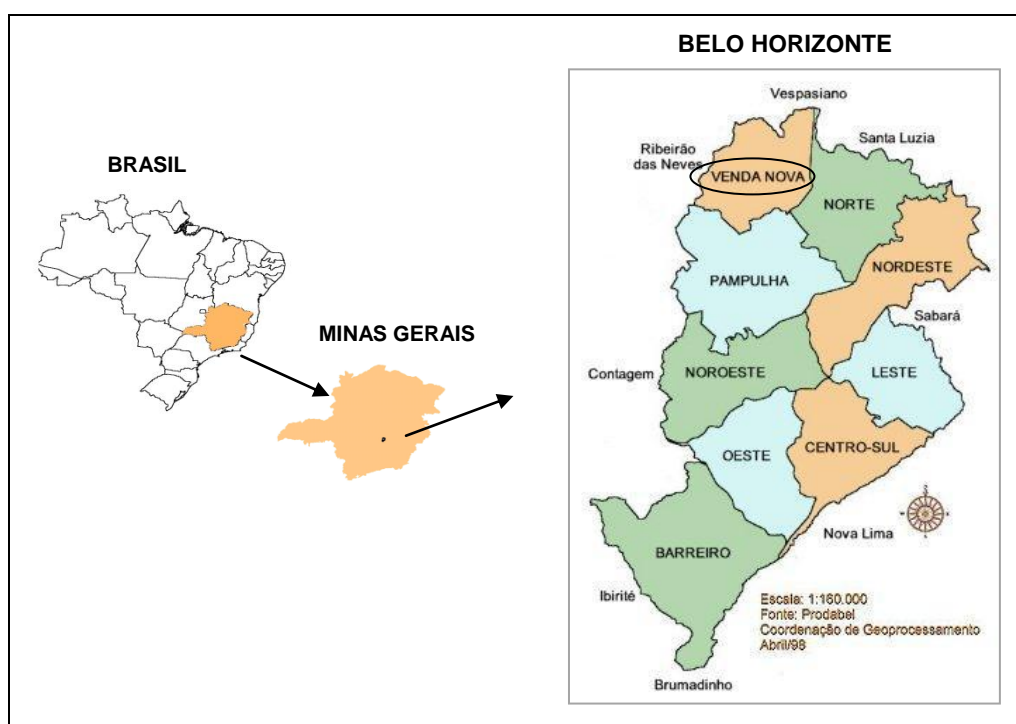
Desde 1983, o município de Belo Horizonte foi dividido em 9 grandes regiões administrativas (FIG. 7) para descentralizar vários serviços prestados pela Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) e facilitar assim a vida dos moradores de cada região. Dessa forma, cada regional ficou responsável pela administração de uma determinada área do município - espaço de abrangência geográfico, populacional e administrativo –, funcionando como miniprefeituras. Em relação aos serviços de saúde, esses foram organizados em 9 distritos sanitários de saúde. Cada Distrito Sanitário corresponde a uma Regional, de igual nome, contendo unidades de saúde de referência específicas, incluindo serviços contratos e conveniados, atendendo nos três níveis da assistência: primária, secundária e terciária. Configura assim um subsistema local de saúde (Minas Gerais, 2009d).

Assim, os distritos sanitários são responsáveis por viabilizar as políticas municipais voltadas para a área de saúde, adequando-as à realidade e necessidade de sua população adstrita.

⁷² As treze macrorregiões de Minas Gerais são: Sul, Centro Sul, Centro, Jequitinhonha, Oeste, Leste, Sudeste, Norte de Minas, Noroeste, Leste do Sul, Nordeste, Triângulo do Sul, Triângulo do Norte.

FIGURA 7

Mapa Referente às Regiões Administrativas de Belo Horizonte



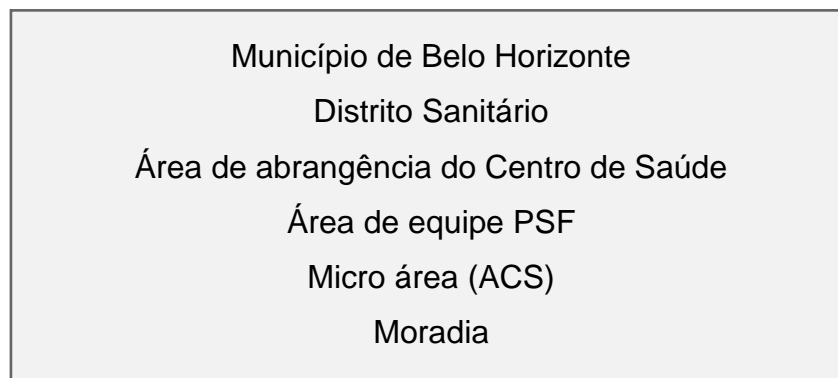
Fonte: adaptado de Moraes (2008).

Seguindo a mesma lógica de distribuição da população do município de Belo Horizonte, por Regionais, cada Distrito Sanitário é dividido em áreas de abrangência – centros de saúde –, composta por um conjunto de setores censitários, que ficam sob a sua responsabilidade⁷³. E os centros de saúde, por sua vez, são divididos em subáreas e micro áreas, que ficam sob a responsabilidade, respectivamente, das equipes de saúde da família e dos agentes comunitários de saúde. Esses, vinculados às equipes de saúde. A FIG. 8, a seguir, apresenta uma síntese dos denominados territórios de saúde do município de Belo Horizonte.

⁷³ As áreas de abrangência dos Distritos, dos centros de saúde e das equipes de saúde são desenhadas respeitando os limites dos setores censitários. Quanto às microáreas, o limite do setor censitário pode ser rompido e ou ultrapassado. Entretanto o conjunto de microáreas deve corresponder ao conjunto de setores censitários das respectivas equipes (Minas Gerais, 2009d).

FIGURA 8

Unidades Territoriais do Sistema de Saúde em Belo Horizonte



Fonte: adaptado de Minas Gerais (2009d).

Para a definição das subáreas em Belo Horizonte é levado em consideração à quantidade de habitantes e o índice de vulnerabilidade à saúde da área⁷⁴. Conhecido como Indicador de Risco, esse índice é dividido em quatro categorias de risco de adoecer e morrer da população do município: risco baixo (28% da população), risco médio (38% da população), risco elevado (27% da população) e risco muito elevado (7,0% da população) (Minas Gerais, 2009c)

As equipes do Programa Saúde da Família foram implantadas em Belo Horizonte, no ano de 2002, nos centros de saúde, na primeira versão do Programa BH Vida: Saúde Integral (inicialmente, denominado de Programa BH Vida). Nessa época esse Programa responsabilizava pela assistência à saúde das populações de maior risco. Em 2003, foi estabelecida uma nova versão programática para o município, formulando-se, então, o BH Vida: Saúde Integral, expandindo a cobertura da assistência à saúde. Atualmente, em Belo Horizonte, a Estratégia Saúde da Família cobre as populações de médio, elevado e muito elevado risco (Minas Gerais, 2009c).

Com relação aos pontos fixos de atenção as urgências nos quais os usuários podem realizar demanda espontânea, o SUS-BH conta com 147 unidades básicas de saúde (centros

⁷⁴ O Índice de Vulnerabilidade à Saúde associa indicadores de base populacional do IBGE, tais como moradia e renda, com indicadores de saúde como mortalidade infantil, relacionado diretamente à atenção materno-infantil. Seu valor final varia entre zero e um e é aplicado em cada setor censitário. Quanto maior o seu valor, pior a situação a situação da população naquele setor censitário, ou seja, maior é a vulnerabilidade da população para adoecer ou morrer (Minas Gerais, 2009c).

de saúde), sete prontos socorros de hospitais (atualmente, todos públicos), oito unidades de pronto atendimento (UPA) e uma unidade de atendimento a pequenas urgências da Zona Leste (UAPU Leste). Ao processo de atendimento a demanda espontânea da população pelos centros de saúde denomina-se de acolhimento.

Os 147 centros de saúde funcionam, em sua maioria, no horário de 07:00 às 19:00 horas. Ao todo, em Belo Horizonte são 524 Equipes de Saúde da Família (ESF). Atuando junto a essas, 236 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 58 Equipes de Saúde Mental (ESM) e 48 polos dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Teoricamente, essas unidades básicas funcionam como o Centro Ordenador do Sistema de Saúde local (Belo Horizonte, 2008c).

Na perspectiva do gestor público municipal (SMSA-BH), o acolhimento é considerado como uma política institucional implantada e exitosa em Belo Horizonte e deve ser visto “como uma garantia para a entrada da demanda espontânea dos usuários nas unidades, como forma de acolher o sofrimento e a doença, bem como a busca de ações para promoção à saúde” (Minas Gerais, 2010, p. 23). No entanto, reconhecidamente, os centros de saúde não têm conseguido executá-lo de forma sistematizada, representando um problema, no dia-a-dia das equipes (Minas Gerais, 2009c).

Embora seja considerado uma política institucional, atualmente coexistem inúmeros padrões de acolhimento na rede assistencial da PBH. De uma maneira geral cada equipe de saúde se responsabiliza pelo atendimento a demanda espontânea de sua população adstrita. Esse atendimento é realizado em dias e horários pré-fixados pelas equipes. Com enfoque multidisciplinar, o primeiro contato do usuário no acolhimento é realizado por meio da enfermeira da equipe que identifica as necessidades trazidas pelo usuário e direciona o seu atendimento a quem (ou serviço) de direito (Minas Gerais, 2010).

Quando seus usuários necessitam de atenção especializada e apoio diagnóstico e terapêutico, os centros de saúde cadastram a demanda no Sistema de Regulação (SISREG⁷⁵) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), que agenda a consulta. Como Serviços de Apoio Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, a SMSA-BH conta com seis

⁷⁵ O SISREG é um sistema de informações on-line, disponibilizado pelo DATASUS, para o gerenciamento e operação das Centrais de Regulação. É composto por dois módulos independentes: a Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH). Portanto, cobre da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos (Brasil, 2008b).

laboratórios de patologia clínica que realizam a maioria dos exames dos centros de saúde (Minas Gerais, 2009c).

Vale dizer ainda que a maioria dos centros de saúde está informatizado, no entanto, ainda são utilizados prontuários em papel (manual) para o registro das informações pertinentes aos usuários. Também, desde 2009, a Prefeitura de Belo Horizonte, sob a orientação da SES-MG, vem investindo na capacitação de todos os profissionais que atuam na atenção primária à saúde, por meio de Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. Busca assim, associar a qualificação técnica desses profissionais com a implementação de diretrizes que conduzam a organização harmônica do processo de trabalho nesse nível da atenção, o que inclui o acolhimento (Minas Gerais, 2009c). Dentre essas diretrizes está a adoção da classificação de risco do Protocolo de Manchester.

Dentre os hospitais que prestam serviços de urgência e emergência em BH encontra-se o Hospital Risoleta Tolentino Neves (também conhecido como Pronto-Socorro de Venda Nova), além do Hospital Municipal Odilon Behrens (Municipal); Hospital das Clínicas (Federal); e Hospital João XXIII, Hospital Júlia Kubistchek, Hospital Alberto Cavalcanti e Hospital João Paulo II, antes, Centro Geral de Pediatria (Estaduais).

As oito unidades de pronto atendimento estão localizadas estrategicamente nos Distritos Sanitários e buscam proceder com cobertura de atendimento pré-hospitalar na área de abrangência destes. Somente a Regional Noroeste, onde está localizado o Hospital Odilon Behrens, não possui UPA. Em todas essas unidades de urgência foi implantada a classificação de risco (Minas Gerais, 2009c).

É importante dizer que em Belo Horizonte os pontos de atenção às urgências e emergências ainda não operam em consonância com o modelo de redes de atenção à saúde proposto por Mendes (2009). Como visto, o processo de regionalização da atenção à saúde é de responsabilidade dos estados. E, em Minas Gerais, apenas na macrorregião Norte foi implantada a rede integrada de atenção às urgências e às emergências, a partir de um planejamento estratégico que definiu, em 2008, as redes temáticas a serem viabilizadas nesse Estado. Portanto, Belo Horizonte, Macrorregião Centro, ainda não possui rede integrada de atenção às urgências e emergências.

No entanto, deve-se dizer que já existe em Belo Horizonte a orientação para o que centros de saúde atuem de forma integrada com os demais serviços de urgências e emergências. Um dos dispositivos proposto para ser utilizado é a classificação de risco pelos centros de saúde, com o objetivo de identificar a gravidade dos casos atendidos por cada

unidade. Na perspectiva do gestor este dispositivo será fundamental para reorganização do processo de trabalho, contribuindo para identificar casos agudos e prestar atendimento com qualidade e agilidade necessárias ao usuário. Serão definidas, para cada nível de atenção, suas ações e responsabilidades nos atendimentos de urgência e quadros agudos. O eixo principal é a construção da rede assistencial, entendendo que a responsabilidade deverá ser compartilhada. As responsabilidades dos centros de saúde, e o conceito de rede assistencial, foram descritos no documento BH-Vida: Saúde Integral (Turci, 2008).

No Distrito Sanitário de Venda Nova (DSVN) os pontos fixos de atenção à saúde que atendem à demanda espontânea da população são: 16 centros de saúde⁷⁶, uma unidade de pronto atendimento (UPA/VN) e o Hospital Risoleta Tolentino Neves. Dentre os 16 centros de saúde destaca-se, nesta tese, o Centro de Saúde Venda Nova, por ser a unidade básica de saúde de referência da população escolhida para este estudo. Na sequência são apresentadas as principais características destes pontos de atenção.

Hospital Risoleta Tolentino Neves

O Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) é um hospital geral, público (esfera estadual) e universitário, inserido no Sistema Único de Saúde. Além de atender à demanda de internações, realiza atendimento ambulatorial, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT) e atendimento a urgência/emergência traumatológica e não traumatológica, com pronto socorro porta aberta para trauma e referência para urgências clínicas, funcionando 24 horas por dia. No nível ambulatorial presta serviços de atenção básica, de média e alta complexidade; e no nível hospitalar serviços de média e alta complexidade. Atende à demandas espontâneas e referenciada por outras unidades de saúde, prestando serviços assistência clínico-cirúrgica para adultos e crianças e atendimento materno-infantil para gestantes e recém-nascidos de risco habitual. No nível de atendimento hospitalar o HRTN conta com 322 leitos. Atende exclusivamente usuários do SUS (Brasil, 2011).

Está inserido na rede pública de saúde do Estado de Minas Gerais, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

⁷⁶ São eles: Andradas, Céu Azul, Copacabana, Jardim Comerciários, Jardim Europa, Jardim Leblon, Lagoa, Mantiqueira, Minas Caixa, Nova York, Piratininga, Rio Branco, Santa Mônica, Santo Antônio, Serra Verde, Venda Nova.

Foi inaugurado em setembro de 1998, com o nome de Hospital de Pronto Socorro de Venda Nova, sendo gerenciado, naquela época, pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), órgão, também, vinculado a SES-MG. Atualmente, é gerido de forma compartilhada por meio de Convênio celebrado, em maio de 2006, entre o Estado de Minas Gerais, representado pela Secretaria de Estado de Saúde⁷⁷; a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)⁷⁸; e a Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP)⁷⁹, com a intervenção da FHEMIG.

Ao assumir a gestão do HRTN, a UFMG/FUNDEP garantiu ao HRTN autonomia relativa à contratação de pessoal, escolha do modelo de gestão, negociação com a rede, garantia de integração ao SUS, ampliação de parcerias com a rede de assistência à saúde (rede básica, PSF, SAMU, etc.) e o cumprimento do cronograma de ativação plena do hospital (Ângelo *et al.*, 2008).

Com localização estrategicamente projetada, o HRTN está situado no eixo Norte de Belo Horizonte. Tem população de referência estimada em 1,1 milhões de pessoas, que são os residentes nos Distritos Sanitários de Venda Nova, Norte e Pampulha, em Belo Horizonte, e os residentes nos municípios de Ribeirão das Neves, Vespasiano, Santa Luzia, Pedro Leopoldo, Matozinhos, Confins, Esmeraldas, Jaboticatubas, Contagem e São José da Lapa. Essas áreas são caracterizadas por altos índices de risco social, direta ou indiretamente, ligados à violência urbana e suas consequências (Ângelo *et al.*, 2008). Cerca de 60% dos atendimentos dos serviços de urgência e emergência do HRTN são referentes a pessoas que se declaram residentes em Belo Horizonte.

Na época de sua inauguração, o então Hospital de Pronto Socorro de Venda Nova tinha por objetivo solucionar o grave problema dos atendimentos de urgência e emergência na região metropolitana de Belo Horizonte e atender as questões assistenciais básicas de saúde da região norte da capital, municípios vizinhos e outros do interior do estado de Minas Gerais. A intenção era possibilitar a regionalização do atendimento de urgência e emergência e a descentralização desses serviços criando uma rede integrada de cuidado⁸⁰.

⁷⁷ Responsável pela garantia de recursos financeiros e supervisão, em conjunto com a FHEMIG.

⁷⁸ Responsabiliza pelo desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão, além de acompanhar a execução das atividades assistenciais.

⁷⁹ Responsável pela gestão e aplicação dos recursos disponibilizados ou decorrentes do Convênio.

⁸⁰ Informação obtida por meio de documento impresso, fornecido pela Assessoria de Comunicação da FHEMIG.

Hoje, o Hospital Risoleta Tolentino Neves tem por missão

desenvolver com eficácia, eficiência e resolutividade a assistência nas situações de urgência e emergência traumatológica e não traumatológica, e, de forma articulada, as atividades de ensino e pesquisa com excelência técnica e relevância social atendendo exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (HRTN, 2010).

Para isso conta com uma equipe com cerca de 1.601 funcionários, 81 residentes médicos, 14 residentes multiprofissionais⁸¹.

Quanto ao modelo de atenção adotado pelo HRTN ele foi definido considerando-se tanto as necessidades de sua população de referência, quanto sua lógica de pronto atendimento.

Em novembro de 2008, o HRTN tornou-se unidade piloto do Projeto de Redes Assistenciais da SES/MG implantando a triagem com classificação de risco pelo Sistema de Triagem Manchester, observando-se uma ampliação significativa do acesso e reestruturação do Pronto Socorro de acordo com o perfil de gravidade dos usuários (UFMG, 2008).

Unidade de Pronto Atendimento Venda Nova

A Unidade de Pronto Atendimento Venda Nova (UPA/VN), como o próprio nome diz, é uma unidade de saúde de pronto atendimento, pública (esfera municipal), inserida no Sistema Único de Saúde. Atua, também, como unidade auxiliar de ensino. Está localizada no bairro de Venda Nova, Belo Horizonte (Brasil, 2011). Sua sede atual foi inaugurada em julho de 2008.

Presta serviço no nível ambulatorial, exercendo atividades de atenção básica e média complexidade; serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT); e atendimento a urgências (Brasil, 2011). Atende às demandas espontâneas e referenciadas por outras unidades de saúde, inclusive do HRTN.

Como toda unidade de urgência, funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana. Para a triagem de risco das demandas realizadas por seus serviços, da mesma forma que o HRTN, a UPA/VN adota o Sistema de Triagem Manchester, no entanto o processo ainda não é informatizado.

⁸¹ Informação passada pela Assessoria de Recursos Humanos do HRTN, por e-mail, em setembro de 2010.

Para atender a sua população adstrita (cerca de 250.000 habitantes, referente ao Distrito Sanitário de Venda Nova), conta com cerca de 288 funcionários (incluindo médicos). Conta, ainda, com 2 motoristas para atendimento nas 24 horas de funcionamento da UPA, cedido pelo SAMU e 28 profissionais terceirizados. Comparando o seu quadro de profissionais com a lista de profissionais sugeridos pela Política Nacional de Urgências para compor as equipes das Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências (Brasil, 2006b), constatou-se que a UPA/VN não possui em seu quadro de pessoal: odontologistas, ortopedistas e ginecologistas.

Comparando a sua área física com a estabelecida pelo Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Brasil, 2006a), nota-se que a UPA/VN não possui consultório odontológico, sala para atendimento psicológico e sala de gesso.

Por suas especificidades a UPA/VN é considerada uma unidade de pronto atendimento de Porte III (QUARO 1, item 2.5.2, desta tese).

Centro de Saúde Venda Nova⁸²

O Centro de Saúde de Venda Nova (CSVN) é uma unidade básica de saúde pública (esfera municipal) inserida no Sistema Único de Saúde. Atua, também, como unidade auxiliar de ensino. Está localizado no bairro Lagoinha, Distrito/Regional de Venda Nova, Belo Horizonte. Presta serviço no nível ambulatorial, exercendo atividades de atenção básica, com atendimento à demandas espontâneas (Brasil, 2011).

O CSVN funciona de segunda a sexta-feira, no horário de 07:00 às 19:00 horas, prestando os seguintes atendimentos a sua população adstrita: acolhimento, vacina, pré-natal, puericultura, consulta médica e de enfermagem, curativos, farmácia, visita domiciliar, grupos operativos (planejamento familiar, Diabéticos, Hipertensos, gestantes, nutrição e assistência social). Ainda, presta serviços a sua comunidade com orientações sobre como prevenir doenças em geral e, especificamente, para prevenção de doenças transmitidas por animais (Serviços de Zoonose).

O atendimento é dividido em saúde da criança (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento); saúde da mulher (planejamento familiar, pré-natal e puerpério, prevenção do câncer ginecológico e mamas, doenças sexualmente transmissíveis – DST - e Aids); saúde

⁸² Informações obtidas, principalmente, por meio de consulta pessoal ou e-mail, à Gerente do CSVN.

de adultos e idosos (diabéticos, hipertensos, hanseníase, tuberculose e saúde mental); saúde bucal e saúde mental.

Para isso conta com 6 equipes de Saúde da Família, todas com quadro de pessoal completo, incluindo médicos. Cada equipe é identificada no Centro de Saúde, e pela comunidade, por meio de cores. Reservam duas horas, diariamente, para o acolhimento.

O fato de todas as equipes possuírem um médico atuando, pode ser explicado, pelo menos em parte, pela política de remuneração da PBH⁸³. Aos médicos é paga uma gratificação associada ao local de trabalho.

A princípio, o acolhimento é organizado por ordem de chegada, mas na prática são priorizados os atendimentos dos casos agudos. O acolhimento pode ser realizado por aux. de enfermagem ou enfermeiro da equipe, que registra o nome do usuário e a queixa principal. Com base nessas informações são realizados os encaminhamentos aos respectivos serviços, o que inclui atendimento médico.

Como visto, as unidades básicas de saúde em Belo Horizonte ainda não adotam a classificação de risco dos casos de urgência. Portanto, pode-se dizer que a priorização dos atendimentos dos casos agudos é realizada com base na percepção e na experiência do profissional que realiza a triagem.

Para a realização de suas atividades o Centro de Saúde conta com cerca de 103 pessoas, incluindo profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família, Equipes de Apoio, Equipes de Saúde Mental (ESM), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Saúde Bucal

Como unidade auxiliar de ensino o CSVN recebe acadêmicos de nutrição (internato urbano); enfermagem e psiquiatria da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); de medicina da Universidade José do Rosário Vellano MG (UNIFENAS). Todos supervisionados por professores da escola de origem.

Quanto a sua estrutura física ela foi projetada e construída especificamente para receber esse Centro de Saúde que funcionava em outro local. Assim, pode-se dizer CSVN possui recursos físicos e de pessoal, pelo menos em termos quantitativos, para atendimento à casos agudos de baixa complexidade e estabilização de casos de média e alta complexidade. Com relação aos equipamentos e medicamentos sugeridos pela PNAU constatou-se que esse Centro de Saúde tem a maioria deles.

⁸³ Informações obtidas por meio de consulta à Gerente do CSVN.

Em sua grade de referência, para os casos de atendimento de urgência e emergência, o CSVN conta com a UPA/VN para procedimentos de média complexidade tecnológica, e com o HRTN para atendimento de média e alta complexidade, sendo a sua Maternidade referência para as gestantes; e com o Hospital Odilon Behrens para urgências odontológicas.

Apresentada a organização dos serviços de saúde do SUS-BH, na sequência será caracterizada a população de referência deste estudo, com relação ao perfil demográfico e epidemiológico.

3.3.2 O Perfil demográfico

Nesse item será apresentado o perfil demográfico do município de Belo Horizonte, seguido do perfil demográfico da população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova e da população adstrita ao Centro de Saúde de Venda Nova, demonstrando a semelhança existente entre as mesmas.

Deve-se salientar que para o município de Belo Horizonte e para o Distrito Sanitário de Venda Nova foi possível obter dados de 2010, tomando como referência os resultados preliminares do Censo IBGE-2010, disponibilizados no *site* da PBH. Para o CSVN, obtiveram-se apenas dados do Censo IBGE-2000, também, disponibilizados no *site* da PBH.

Município de Belo Horizonte:

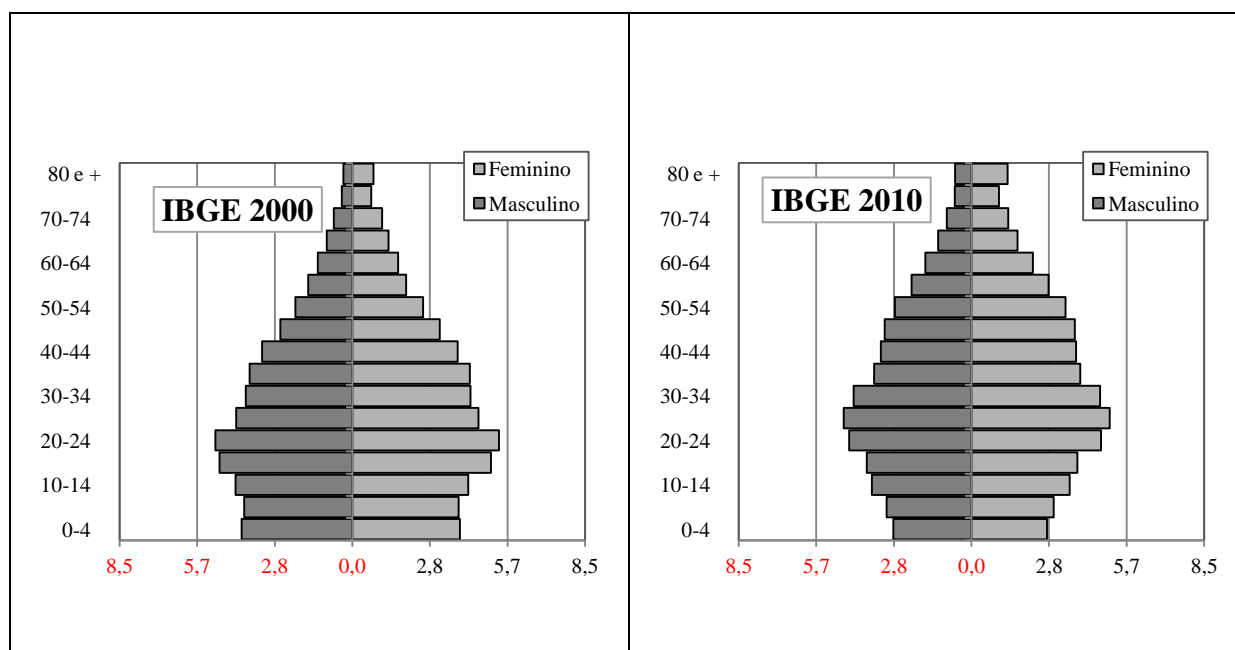
O município de Belo Horizonte possui uma população de 2,4 milhões de habitantes (Censo IBGE-2010), distribuída em uma área, essencialmente urbana, de 322 km², correspondendo a uma densidade demográfica de 7,4 hab./Km². A razão de sexo⁸⁴ na população é de 0,88. Nas faixas etárias entre 0 e 14 anos predominam pessoas do sexo masculino, diminuindo essa predominância a partir da faixa de 15 a 19 anos. Observa-se, ainda, que quanto maior a idade, menor a representatividade de pessoas do sexo masculino na população. Cerca de 56% das pessoas do sexo feminino estão nas faixas etárias entre 15 a 49 anos - período reprodutivo (Belo Horizonte, 2011).

⁸⁴ Quociente entre o número de homens e o número de mulheres na população.

Comparando-se os dados da população recenseada em 2010 com a de 2000 (GRÁF. 1), observa-se que nesse período o município de Belo Horizonte teve uma taxa de crescimento populacional de 0,59% ao ano⁸⁵ (Belo Horizonte, 2011).

GRÁFICO 1

População do Município de Belo Horizonte, por sexo e faixa etária (distribuição relativa). Censo Demográfico 2000 e 2010 (IBGE). Município de Belo Horizonte.



Fonte: Belo Horizonte (2011), a partir de IBGE, Censos Demográficos 2000 e 2010.

Observa-se, ainda, que em 2010 há diminuição da população menor de 4 anos, em termos absolutos e relativos, o que significa, até ter acesso aos resultados definitivos do IBGE, uma acentuação da tendência de queda de fecundidade. Há diminuição da proporção de pessoas menores de 15 anos (de 24,3% para 18,9%) e um aumento na proporção da população com 60 anos e mais (de 9,1 para 12,6%). Esses dados indicam que Belo Horizonte está passando pelo processo de transição demográfica, apontando para o envelhecimento de sua população. A idade média da população era de 30,7 em 2000, passando para 34,7 em 2010 (TAB.4). Observa-se, ainda, o aumento em números absolutos da coorte de 15 a 29 anos

⁸⁵ Refere-se à taxa média geométrica de crescimento anual, apresentada em percentual (%). Taxa calculada para o período 2000/2010, considerando a população recenseada em 2000 e 2010.

(que em 2000 estava com idade de 5 a 19 anos), significando, também, até acesso aos resultados definitivos do IBGE, alta migração para Belo Horizonte.

TABELA 4

População residente, por sexo e faixa etária. Censo Demográfico 2000 e 2010 (IBGE).
Município de Belo Horizonte.

Faixa Etária	2000			2010*		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
0 - 4 anos	90.540	87.808	178.348	67.689	65.522	133.211
5 a 9 anos	88.382	86.745	175.127	73.647	71.221	144.868
10 a 14 anos	95.460	94.588	190.048	86.338	85.153	171.491
15 a 19 anos	108.606	113.316	221.922	90.895	91.815	182.710
20 a 24 anos	112.037	119.905	231.942	106.240	112.538	218.778
25 a 29 anos	95.023	102.979	198.002	110.707	120.055	230.762
30 a 34 anos	87.162	96.647	183.809	102.211	111.603	213.814
35 a 39 anos	84.087	95.892	179.979	84.424	94.405	178.829
40 a 44 anos	73.736	86.183	159.919	78.564	90.757	169.321
45 a 49 anos	58.989	71.541	130.530	75.266	89.662	164.928
50 a 54 anos	46.642	57.745	104.387	66.370	81.578	147.948
55 a 59 anos	36.057	43.884	79.941	52.018	66.901	118.919
60 a 64 anos	28.171	37.300	65.471	39.958	53.230	93.188
65 a 69 anos	21.077	29.656	50.733	28.991	40.022	69.013
70 a 74 anos	15.099	24.230	39.329	21.442	31.962	53.404
75 a 79 anos	8.741	15.503	24.244	14.504	23.814	38.318
80 ou mais	7.455	17.342	24.797	14.249	31.400	45.649
Total	1.057.264	1.181.264	2.238.528	1.113.513	1.261.638	2.375.151

Fonte: Belo Horizonte (2011), a partir de IBGE, Censos Demográficos 2000 e 2010.

*Resultados preliminares do universo.

Distrito Sanitário de Venda Nova

O Distrito Sanitário de Venda Nova (DSVN) está localizado no vetor norte do município de Belo Horizonte, saída para Brasília, fazendo limite com os municípios de Ribeirão das Neves e Vespasiano (FIG. 7, item 3.3.1). Abrange as áreas de jurisdição da Administração Regional de Venda Nova, Norte e parte da Regional Pampulha, constituídas por mais de 100 bairros, distribuídos por oito Unidades de Planejamento⁸⁶.

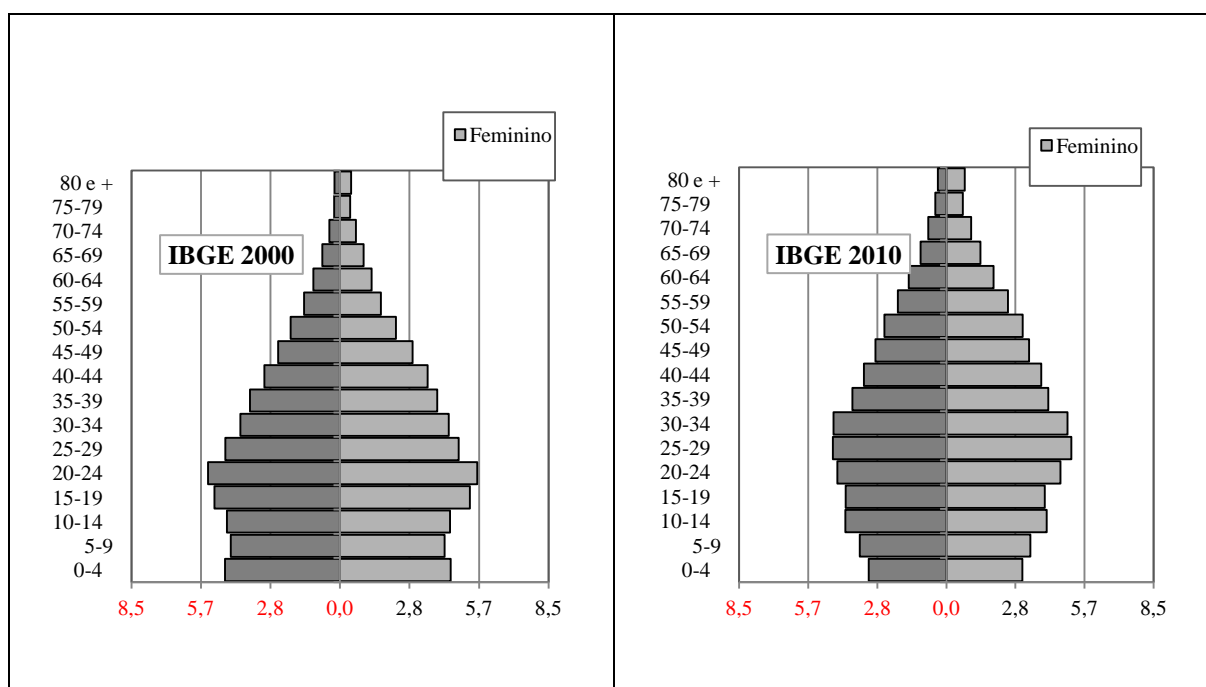
⁸⁶ Unidades de Planejamento: São João Batista, Venda Nova, Copacabana, Mantiqueira/ SESC, Céu Azul, Piratininga, Serra Verde e Jardim Europa (Belo Horizonte, 2011)

Possui uma população de 262.183 habitantes (Censo IBGE-2010) distribuída em uma área de 28,30 Km², caracterizando uma densidade demográfica de 9,3 hab./Km², acima da média observada para o município de Belo Horizonte (Belo Horizonte, 2011).

Analisando a sua estrutura etária, representada no GRÁF. 2, observa-se que cerca de 52% de sua população correspondente à pessoas do sexo feminino, sendo a razão de sexo na população de 0,91%. Nas faixas etárias entre 0 e 19 anos predominam pessoas do sexo masculino, diminuindo essa predominância a partir da faixa de 20 a 24 anos. A exemplo do município de Belo Horizonte, observa-se que a partir dessa faixa etária quanto maior a idade menor a representatividade de pessoas do sexo masculino na população. Cerca de 57,8% das pessoas do sexo feminino estão nas faixas etárias entre 15 a 49 anos (Belo Horizonte, 2011).

GRÁFICO 2

População adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova, por sexo e faixa etária (distribuição relativa). Censo Demográfico 2000 e 2010 (IBGE). Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.



Fonte: Belo Horizonte (2011), a partir de IBGE, Censos Demográficos 2000 e 2010.

Da mesma forma como observado para o município de Belo Horizonte, há uma diminuição, em termos absolutos e relativos, no quantitativo da faixa etária de 0 a 4 anos, indicando uma acentuada queda de fecundidade na população do DSVN. Também, há diminuição na proporção de pessoas menores de 15 anos (de 27,0% para 21,6%) e um aumento na proporção da população com 60 anos e mais (de 6,5 para 9,9%), apontando para o

envelhecimento populacional. Soma-se a esses dados o fato de que em 2000, a idade média de sua população era de 28,5 anos, passando para 32,7, em 2010 (QUADRO 7).

Observa-se, também, de forma semelhante ao município de Belo Horizonte como um todo, o aumento em números absolutos da coorte de 15 a 29 anos (que em 2000 estava com idade de 5 a 19 anos), significando, também, até acesso aos resultados definitivos do IBGE, migração para a região do DSVN. Realizando as análises pela TAB. 5, observa-se que no período entre 2000 e 2010 o DSVN teve uma taxa de crescimento populacional de 0,70% ao ano, superior ao crescimento observado para o município Belo Horizonte, no mesmo período. Ambas as populações cresceram menos de 1% ao ano.

TABELA 5
População residente, por sexo e faixa etária. Censo Demográfico 2000 e 2010 (IBGE).
Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

Faixa Etária	2000			2010		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
0 a 4 anos	11.450	11.023	22.473	8.351	8.171	16.522
5 a 9 anos	10.870	10.437	21.307	9.305	9.029	18.334
10 a 14 anos	11.263	10.980	22.243	10.854	10.804	21.658
15 a 19 anos	12.501	12.933	25.434	10.836	10.568	21.404
20 a 24 anos	13.156	13.680	26.836	11.723	12.259	23.982
25 a 29 anos	11.414	11.840	23.254	12.221	13.426	25.647
30 a 34 anos	9.920	10.845	20.765	12.139	13.023	25.162
35 a 39 anos	8.961	9.693	18.654	10.125	10.945	21.070
40 a 44 anos	7.534	8.734	16.268	8.881	10.189	19.070
45 a 49 anos	6.161	7.241	13.402	7.626	8.910	16.536
50 a 54 anos	4.906	5.575	10.481	6.658	8.206	14.864
55 a 59 anos	3.575	4.062	7.637	5.238	6.623	11.861
60 a 64 anos	2.665	3.138	5.803	4.038	5.090	9.128
65 a 69 anos	1.749	2.345	4.094	2.793	3.661	6.454
70 a 74 anos	1.051	1.582	2.633	1.952	2.675	4.627
75 a 79 anos	595	998	1.593	1.205	1.781	2.986
80 e + anos	550	1.103	1.653	902	1.976	2.878
Total	118.321	126.209	244.530	124.847	137.336	262.183

Fonte: Belo Horizonte (2011), a partir de IBGE, censos Demográficos 2000 e 2010

*Resultados preliminares do universo

Centro de Saúde Venda Nova

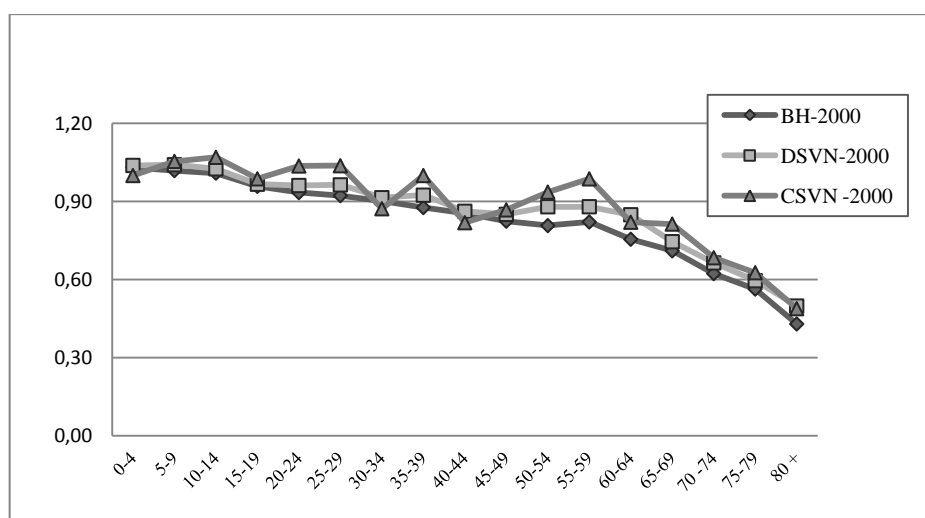
Tomando como referência o Censo do IBGE-2000, observa-se que a população adstrita ao CSVN possui um quantitativo estimado de 19.386 pessoas, distribuída em uma área com Índice de Vulnerabilidade de Risco de médio e elevado risco. Sua população corresponde a cerca de 8% da população do Distrito Sanitário de Venda Nova (DSVN).

Ainda com base no Censo do IBGE-2000, cerca de 51% de sua população correspondente à pessoas do sexo feminino, sendo a razão de sexo na população de 0,96%, superior a razão de sexo do DSVN. Diferente da população do DSVN e do município de Belo Horizonte, a razão de sexo ao longo da estrutura etária apresenta oscilações (GRÁF. 3), que pode ser originada pelos baixos valores absolutos⁸⁷.

GRÁFICO 3

Razão de sexo nas populações do Centro de Saúde Venda Nova, Distrito Sanitário de Venda Nova e Município de Belo Horizonte. Censo Demográfico 2000 (IBGE).

Município de Belo Horizonte.



Fonte: elaborado a partir de dados fornecidos pela GEREPI-VN/DSVN

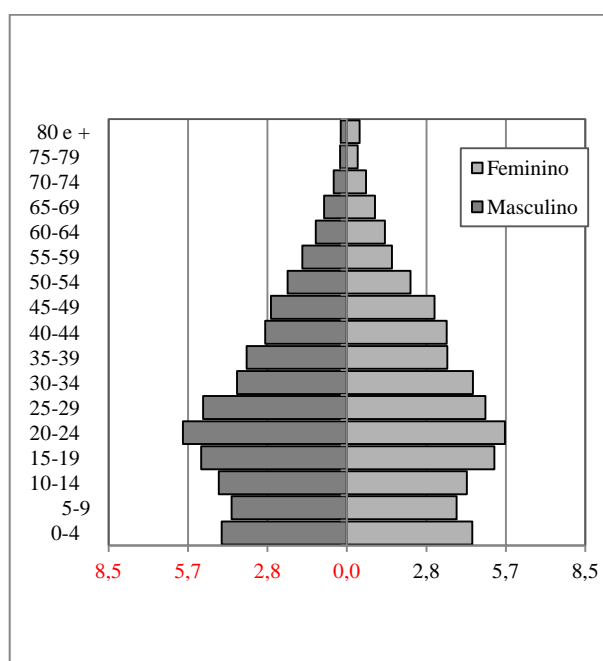
Cerca de 60% das pessoas do sexo feminino estão nas faixas etárias entre 15 a 49 anos. A proporção de pessoas na faixa etária de 0 a 4 anos é de 8,9%. Entre os menores de 15 anos é de 25,8% e a proporção de pessoas com 60 e mais de 6,7%, semelhante a estrutura do

⁸⁷ Considerando que, invariavelmente, a mortalidade entre os homens vis-à-vis a idade é maior do que entre as mulheres nas diversas populações, seria de se esperar um comportamento semelhante ao da população do DSVN e do município de Belo Horizonte.

DSVN em 2000. No GRÁF. 4 é apresentada a estrutura etária da população do CSVN no ano de 2000.

GRÁFICO 4

População adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova, por sexo e faixa etária (distribuição relativa). Censo Demográfico 2000 (IBGE). Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.



Fonte: Belo Horizonte (2011).

Belo Horizonte, DSVN e CSVN: análise comparativa das populações.

A análise conjunta do perfil demográfico das populações do município de Belo Horizonte (BH), do DSVN e do CSVN, segundo dados do IBGE-Censo de 2000, aponta que há semelhança entre o perfil demográfico das mesmas, principalmente, entre as populações do DSVN e do CSVN (GRÁF. 5). Com relação à distribuição por sexo observa-se que há ligeira prevalência de pessoas do sexo masculino nas populações do DSVN e CSVN, comparadas à BH. Em relação ao IBGE-Censo de 2010, observa-se que há semelhança entre o perfil demográfico das populações de BH e do DSVN.

Em relação à faixa etária, observa-se que o município de Belo Horizonte apresenta perfil de envelhecimento populacional mais acentuado que a população do DSVN. No entanto, quando se compara a proporção relativa de pessoas com 60 e + para as populações de

BH e do DSVN no ano de 2000, com as do ano de 2010, observa-se que o aumento proporcional da população do DSVN nessa faixa etária foi relativamente maior que ao de Belo Horizonte. Esses dados sugerem algum tipo de seletividade, entre os quais, a presença de migração na região desse Distrito (QUADRO 7).

QUADRO 7

Síntese comparativa do perfil demográfico das populações do Município de Belo Horizonte, Distrito Sanitário de Venda Nova e Centro de Saúde Venda Nova. Censo Demográfico 2000 e 2010 (IBGE).

Variável de Análise	2000			2010		
	BH	DSVN	CSVN	BH	DSVN	CSVN
População feminina (%)	52,8	51,6	51,0	53,1	52,4	ND
Razão Sexo (%)	0,90	0,94	0,96	0,88	0,91	ND
Pop. de 0 a 4anos (%)	8,0	9,2	8,9	5,6	6,3	ND
Pop. < 15 anos (%)	24,3	27,0	25,8	18,9	21,6	ND
Pop. 15 a 59 anos (%)	66,7	66,5	67,5	68,5	68,5	ND
Pop. 60 e + (%)	9,1	6,5	6,7	12,6	9,9	ND
Idade Média (anos)	30,8	28,5	28,9	34,9	32,7	ND
Mulheres idade reprodutiva (%)	58,1	59,4	60,0	56,3	57,8	ND

Fonte: elaboração própria, a partir de Belo Horizonte (2011).

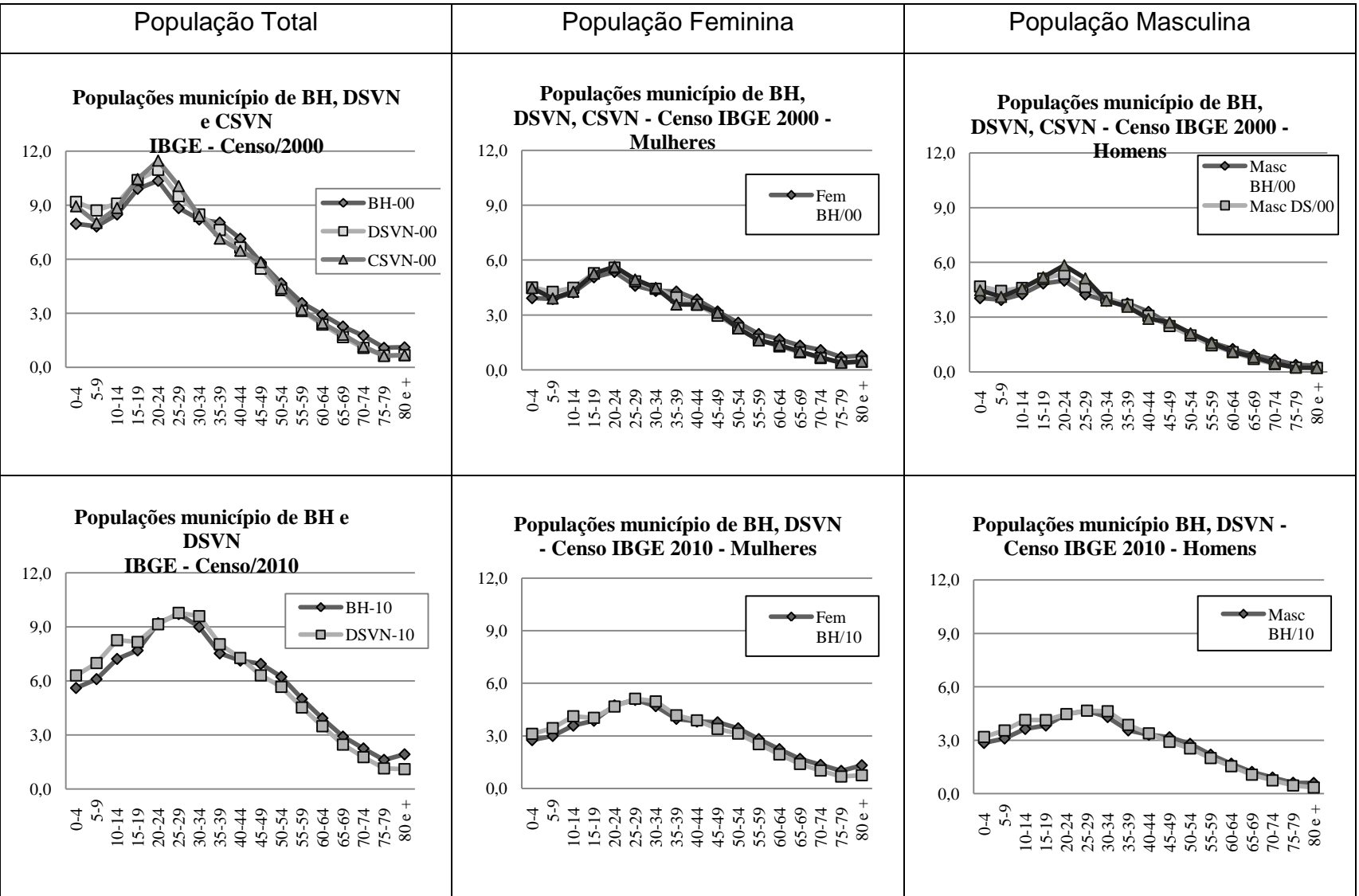
Legenda: ND - Dado não disponível

Quanto à faixa etária de 0 a 4 anos, ano de 2000, observa-se maior proporção relativa de pessoas nas populações do CSVN e do DSVN, quando comparadas à BH. Mesma situação se repete no ano de 2010, para as populações de BH e do DSVN. Esse fato pode ser explicado, pela maior proporção de mulheres em idade reprodutiva nas populações do DSVN e CSVN, com conseqüente maior número de nascimentos nessas populações.

Dada à semelhança nas estruturas etárias de BH, do DSVN e do CSVN, e a ausência de dados do IBGE-Censo 2010 para a população do CSVN, optou-se por tomar a estrutura etária da população do DSVN (distribuição relativa - %), como sendo a mesma da população adstrita ao CSVN, para o ano de 2010.

GRÁFICO 5

População total do Município de Belo Horizonte, população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova e ao Centro de Saúde Venda Nova, por sexo e faixa etária. Censo Demográfico 2000 (IBGE); e: população total do Município de Belo Horizonte e adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova, por sexo e faixa etária. Censo Demográfico 2010 (IBGE). Município de Belo Horizonte.



Fonte de dados básicos: Belo Horizonte (2011) – IBGE/Censos 2000 e 2010.

3.3.3 O Perfil Epidemiológico

A Epidemiologia aborda a análise da situação de saúde de populações utilizando principalmente dados de morbidade e mortalidade. Como observado por Giovanella *et al.* (2009), poucos indicadores de morbidade estão disponíveis para o Município de Belo Horizonte. Assim, para indicar dados de morbidade para o município de Belo Horizonte utilizou-se de taxas de internação, referente aos anos de 2008 e 2009, por grupos de causas (capítulos da CID-10). Para aferir dados de mortalidade: causas de morte por mortalidade proporcional; taxas de mortalidade específica por grupos de causas selecionados (capítulos da CID-10); e taxas de mortalidade de menores de 5 anos e menores de 1 ano (taxa de mortalidade infantil e seus componentes).

Para o DSVN foi possível obter dados de mortalidade proporcional por principais grupos de causa (Capítulos CID-10), período 2000 a 2008, e taxa de mortalidade infantil e seus componentes agregada para os períodos de 2000-2002, 2003-2005, 2006-2008. Para o CSVN não se obteve dados consolidados de mortalidade e morbidade.

Município de Belo Horizonte

No geral, percebe-se que o quadro de saúde do município de Belo Horizonte é semelhante a outros municípios das regiões brasileiras, no que diz respeito à discrepância nas condições de saúde. Aferindo pelo índice de vulnerabilidade à saúde (IVS) percebe-se que as diferenças no estado de saúde da população de Belo Horizonte são muito evidentes. Por exemplo, estratificando-se pelo IVS para o ano de 2000 a mortalidade proporcional (%), segundo grupos etários, identificou-se que 82% dos residentes nas regiões classificadas como de baixo risco morrem com idade acima de 50 anos. Nas áreas classificadas de risco muito elevado 52% por cento da população morre antes de atingir essa idade (Minas Gerais, 2009c).

Quanto às causas de morte, tomando como referência às taxas de mortalidade proporcional por principais grupos de causa, em 2008, como primeira causa, aparecem às doenças cardiovasculares (25,6%), seguida de neoplasias (18,9%), causas externas (12,9%) e respiratórias (9,2%). As causas mal definidas⁸⁸ (XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e

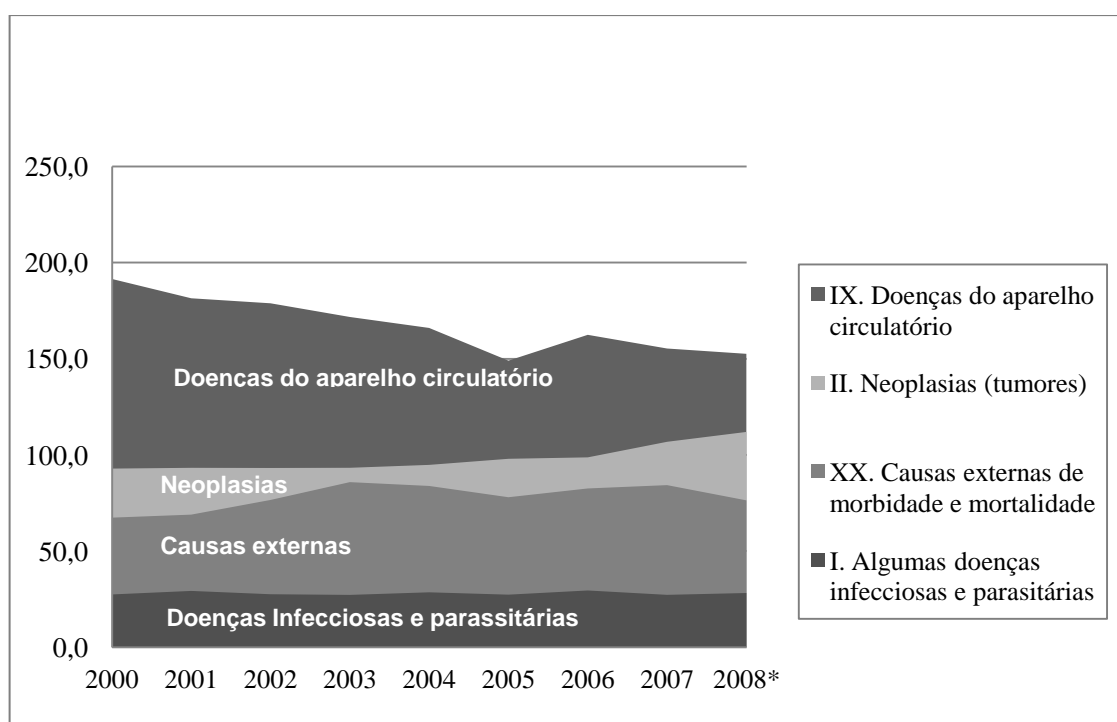
⁸⁸ O emprego dessa codificação pode indicar o grau da qualidade da informação sobre causas de morte, geralmente associado ao uso de expressões ou termos imprecisos; a disponibilidade de recursos médicos-assistenciais, inclusive para diagnóstico; bem como a capacitação profissional para preenchimento das declarações de óbito. Percentuais elevados sugerem deficiências na declaração das causas de morte UFRJ, (2007?); RIPSA (2009b).

laborat) aparecem em quinta posição (6,9%). As causas infecciosas e parasitárias não estão mais entre as principais causas de óbito, confirmando a presença da transição epidemiológica no município de Belo Horizonte (Minas Gerais, 2009c; Belo Horizonte, 2011).

Pela GRÁF. 6 observa-se pelas taxas específicas de mortalidade que neoplasias apresentam taxas de mortalidade menores do que às referentes à doenças do aparelho circulatório, mas, ao contrário dessas, como observado por Giovanella *et al.* (2009), com tendência crescente. Mortalidade por causas externas apresenta certa estabilidade a partir de 2003.

GRÁFICO 6

Taxa de mortalidade específica, por grupos de causas selecionados (capítulos da CID-10).
Período de 2000-2008. Município de Belo Horizonte.



Fonte: elaboração própria a partir de Belo Horizonte (2011), com base no SIM-MS/GEEPI/SMSA-PBH e IBGE 2000.

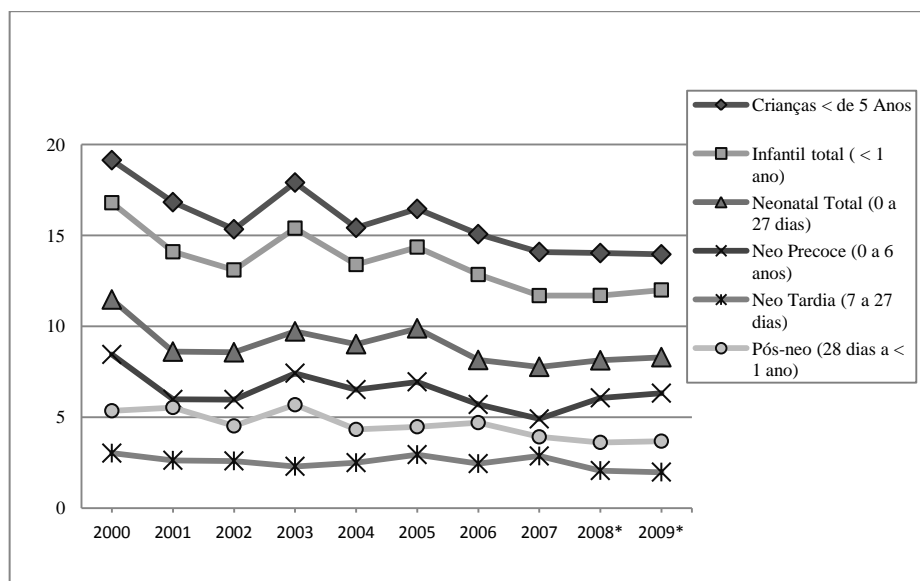
* Sujeito a alteração, de acordo com Belo Horizonte (2011).

Analisando as taxas de mortalidade das crianças residentes em Belo Horizonte, menores de 5 anos e menores de 1 ano (GRÁF. 7), observa-se redução nas taxa de mortalidade de menores de 5 anos, com tendência a estabilização, a partir de 2007. Já nas taxas de mortalidade infantil (< de 1 ano), embora também observe-se taxas decrescentes no

período de 2002 a 2009, ainda se observa certa instabilidade, principalmente influenciada pelas taxas de mortalidade neonatal precoce.

GRÁFICO 7

Taxas de mortalidade de crianças menores de 5 anos e mortalidade Infantil (menores de 1 ano) e seus componentes. Período 2000-2009. Município de Belo Horizonte.



Fonte: elaboração própria, a partir de Belo Horizonte (2011).

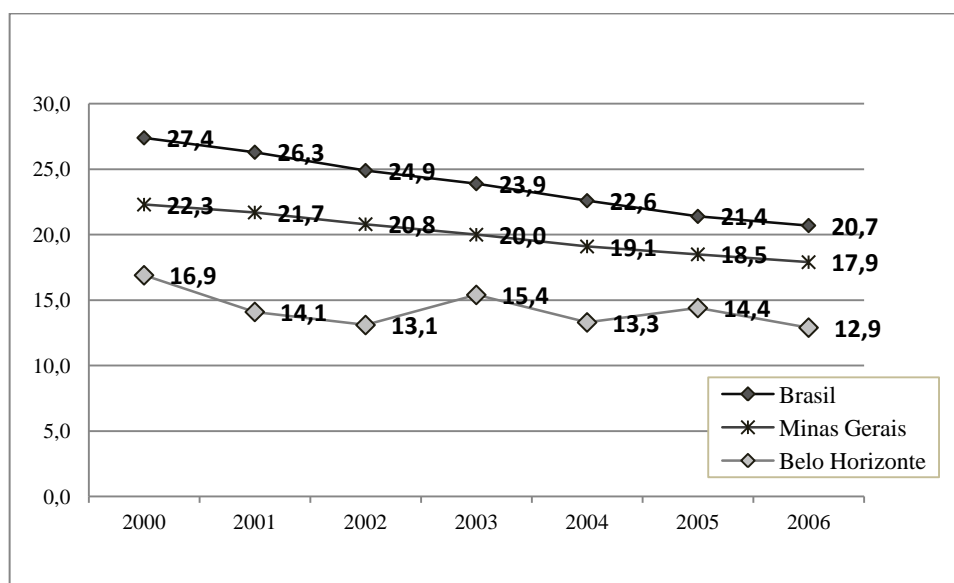
Os maiores riscos de mortalidade neonatal são geralmente associados à qualidade de atenção pré-natal, do atendimento ao parto e dos cuidados recebidos pelo recém-nascido. Dentre as principais causas de óbitos neonatais no Brasil, destaca-se a prematuridade, seguida das infecções, mal formação congênita e asfixia/hipóxia. Essas, a exceção de má formação congênita, são causas com maior potencial de prevenção, portanto, causas evitáveis (RIPSA, 2009a).

De acordo com dados de Belo Horizonte (2010), no município de Belo Horizonte o coeficiente de mortalidade neonatal apresentou queda no mesmo período em que houve melhorias na assistência à gestação e ao parto. E, a redução da mortalidade pós-neonatal (também observada pela FIG. 92) pode estar associada com o aumento da cobertura pela Estratégia Saúde da Família, que propiciou maior acesso às ações de acompanhamento do desenvolvimento da criança. Essa informação reforça a tese de que a mortalidade infantil pode ser evitável.

Comparando os coeficientes de mortalidade infantil do município de Belo Horizonte com os de Minas Gerais e do Brasil, (GRÁF.8), período de 2000-2006, observa-se que os coeficientes de Belo Horizonte se encontram em patamares inferiores (Belo Horizonte, 2010).

GRÁFICO 8

Coeficientes de mortalidade infantil. Período 2000-2006. Município de Belo Horizonte, Minas Gerais e Brasil.



Fonte: Belo Horizonte (2010)

Com relação às taxas de internação por grupos de causas (capítulos da CID-10), como indicador de morbidade, observa-se nas primeiras posições: gravidez, parto e puerpério (92,46%), doenças do aparelho circulatório (60,76%), Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas⁸⁹ (59,03%), doenças do aparelho respiratório (57,51%) (Belo Horizonte, 2011). Neoplasias aparece na 6^a. posição (32,04%) e algumas doenças infecciosas e parasitárias em 8^a. (27,53%). Causas externas de morbidade e mortalidade em 21^a. posição (0,30%). Internação por causas mal definidas aparece em 12^a posição (11,28%) (Belo Horizonte, 2011).

⁸⁹ Inclui nesse grupo traumatismo (ferimentos, fraturas, luxação, entorse, distensão, lesões amputação) de cabeça, pescoço, tórax, abdome, do dorso, da coluna lombar e da pelve, do ombro e do braço, do cotovelo e do antebraço, do punho e da mão, do quadril e da coxa, do joelho e da perna, do tornozelo e do pé, dentre outras regiões do corpo; queimaduras; geladuras; intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas; complicações de cuidados médicos e cirúrgicos.

Distrito Sanitário de Venda Nova

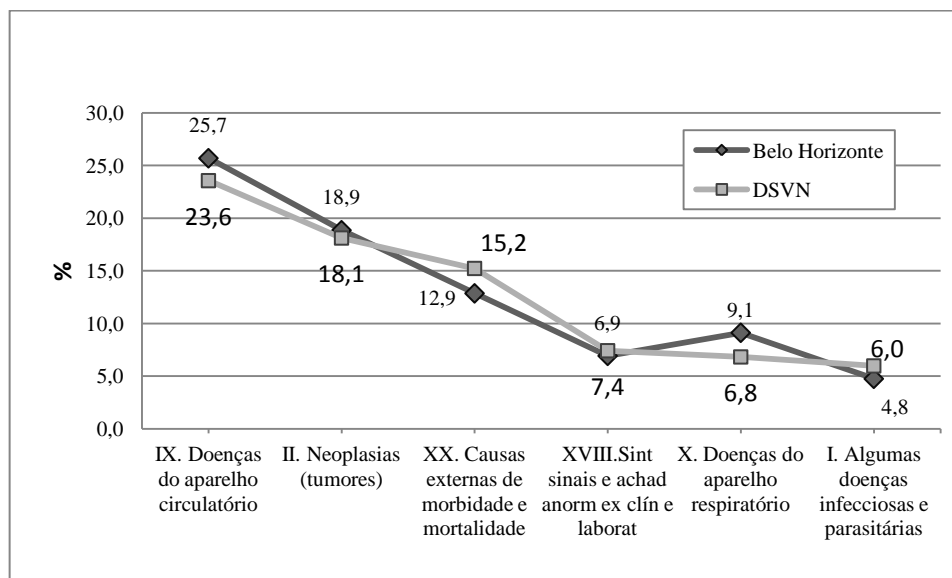
Para o Distrito Sanitário de Venda Nova foi possível obter dados de mortalidade proporcional por principais grupos de causa (Capítulos CID 10), período 2000 a 2008, e taxa de mortalidade infantil e seus componentes agregada para os períodos de 2000-2002, 2003-2005, 2006-2008.

Analisando as taxas de mortalidade proporcional por principais grupos de causa, em 2008, observa-se como primeira causa às doenças cardiovasculares (23,6%), seguida de neoplasias (18,1%) e causas externas (15,2%), semelhante à situação observada para o município de Belo Horizonte, no mesmo período. Também, a exemplo do município de Belo Horizonte, as causas por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) não estão mais entre as principais causas de óbito, confirmando a presença da transição epidemiológica na Região de Venda Nova/BH (Belo Horizonte, 2011). No entanto, fazendo-se uma analogia entre os dados para o Município de Belo Horizonte e do DSVN (GRÁF. 9), observa-se que nesse Distrito as taxa relativa a DIP são mais elevadas, apontando para uma situação de desvantagem das condições de saúde de sua população, em relação a média do município. As DIP, como se sabe, são mais facilmente evitáveis ou passíveis de prevenção, e estão frequentemente relacionadas à condições precárias de habitação, renda, educação, saneamento básico, higiene e acesso a serviços de saúde⁹⁰.

⁹⁰ Sobre o tema, vide PAES, NEIR Antunes; SILVA, Lenine Ângelo A. Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil: uma década de transição. Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health (PAHO);6(2):99-109. Agosto: 1999.

GRÁFICO 9

Mortalidade proporcional, por grupos de causas selecionados (capítulos da CID-10). Ano de 2008. Distrito Sanitário de Venda Nova e Município de Belo Horizonte.



Fonte: elaborado própria, a partir de dados de Belo Horizonte (2011).

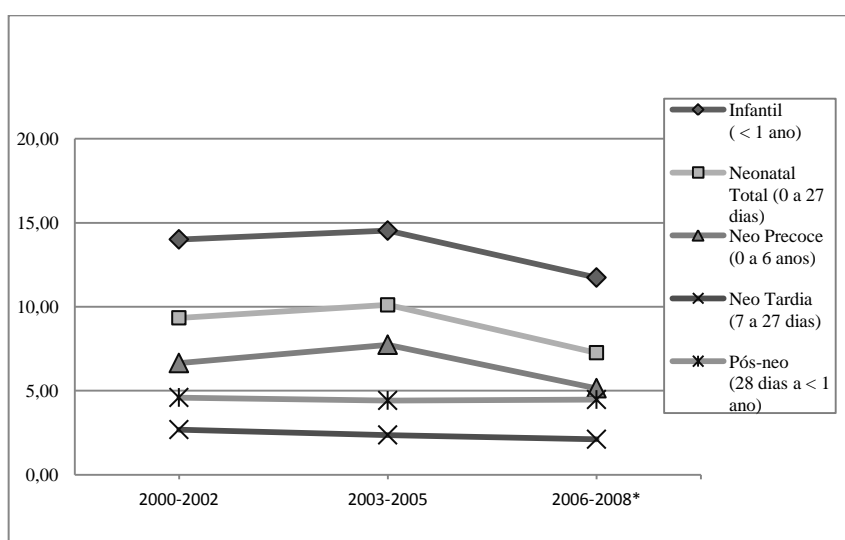
Chama a atenção o fato de morte por causas externas apresentar maiores taxas no DSVN do que a média do município de Belo Horizonte, sugerindo maiores índices de violência urbana na Região de Venda Nova. Também, a presença de maior taxa de causas mal definidas no DSVN – 4ª posição – enquanto que em Belo Horizonte está em 5ª posição. Esse dado sugere que a qualidade dos dados gerados no DSVN é mais precária que a média das regiões de Belo Horizonte, podendo refletir, como visto, uso de expressões ou termos imprecisos; indisponibilidade de recursos médicos-assistenciais, inclusive para diagnóstico, na Região; bem como a menor capacitação profissional para preenchimento das declarações de óbito. Um ponto que parece favorável ao DSVN é a menor taxa de doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho circulatório. Doenças respiratórias normalmente estão associadas ao nível de poluição atmosférica e doenças do aparelho circulatório a estilo de vida⁹¹.

⁹¹ De um modo geral, são o conjunto de doenças que afetam o aparelho cardiovascular, designadamente o coração e os vasos sanguíneos, tendo como fatores de risco o tabagismo, sedentarismo, diabetes mellitus e obesidade, maus hábitos alimentares, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, stress excessivo. É possível reduzir o risco de doenças cardiovasculares através da adoção de um estilo de vida mais saudável. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/doencascardiovasculares.htm>. Acesso em 25/07/2011.

Quanto à taxa de mortalidade infantil e seus componentes (GRÁF. 10), observa-se nos períodos analisados, redução nas taxas de mortalidade infantil total e na taxa de mortalidade neonatal total. Essa influenciada, principalmente, pela redução nas taxa de mortalidade neo precoce. No caso da mortalidade neo-tardia e pós-neonatal as alterações são menos expressivas. Comparando os dados do DSVN, período de 2006-2008, com os dados do município de Belo Horizonte, em 2008, observa-se situação mais favorável para a população do DSVN na taxa de mortalidade neonatal total e neo precoce, apontando para melhorias na assistência à gestação e ao parto na Região de Venda Nova. Na taxa de mortalidade infantil há equivalência na taxa do município de Belo Horizonte e do DSVN.

GRÁFICO 10

Taxas de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e seus componentes. Períodos 2000-2002, 2003-2005, 2006-2008. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.



Fonte: elaborado própria, a partir de dados de Belo Horizonte (2011).

Caracterizada a organização dos serviços dos serviços de saúde no município de Belo Horizonte e em seu Distrito Sanitário de Saúde, bem como o perfil demográfico e epidemiológico, no próximo capítulo serão apresentados os resultados encontrados por esta pesquisa.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Com base nos dados coletados e sendo o objetivo principal desta tese verificar a possibilidade de identificar fatores capazes de distinguir, em um serviço de urgência e emergência hospitalar, as situações de pouca ou não urgência de atendimento das situações de urgência e emergência, relativas a uma dada população, sob a perspectiva das redes de atenção às urgências e emergências, esse capítulo foi desenvolvido seguindo a seguinte estrutura: num primeiro item são apresentados os resultados encontrados para o hospital pesquisado – Hospital Risoleta Tolentino Neves. Respeitadas às limitações dos dados obtidos, nos itens subsequentes são apresentados os resultados referentes aos atendimentos realizados pela UPA/VN e pelo CSVN, procurando seguir a mesma lógica de apresentação dos resultados do HRTN.

4.1 Hospital Risoleta Tolentino Neves - HRTN

Recapitulando, dentre os atendimentos realizados no PS/HRTN, período de agosto/09 a julho/10, obteve-se uma amostra final de 2.098 registros de atendimento relativos à população adstrita ao Centro de Saúde de Venda Nova (CSVN). Desses, 24,4% correspondem a atendimentos classificados neste estudo como NU/ATE; 19,9% como NU/ENC e 55,7% como UR, denominados de grupo de referência⁹².

Por esses dados, pouco mais da metade dos atendimentos analisados referem-se a atendimentos, considerados por este estudo, compatíveis com o nível de atendimento hospitalar às urgências. Idealmente, a compatibilidade encontrada deveria tender a 100%.

Distribuindo-se os dados da amostra pelos grupos de referência e mês/ano do atendimento, observa-se que em todos os meses, a exceção de setembro e novembro de 2009, a proporção de casos UR é superior aos demais grupos. Observa-se, ainda, que o maior

⁹² Ainda recapitulando, o grupo NU corresponde aos casos classificados segundo o Protocolo de Manchester nas cores verde e azul, sendo: os NU/ATE aqueles que receberam (ou receberiam) atendimento clínico no HRTN; e os NU/ENC aqueles encaminhados para atendimento por outras unidades de assistência à saúde. E os UR, representam os atendimentos classificados nas cores vermelho, laranja e amarelo e que receberam (ou receberiam) atendimento clínico no HRTN (Vide item 3.2.1, desta Tese).

número de atendimentos registrados no HRTN corresponde ao mês de novembro/2009 e ao período de março a maio de 2010. Esse maior volume no período de março a maio pode ser explicado pela incidência de casos de dengue, na Região de Venda Nova. O menor número de atendimentos foi no mês de junho/2010 (TAB. 6).

TABELA 6

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por mês/ano do atendimento e grupos de referência. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

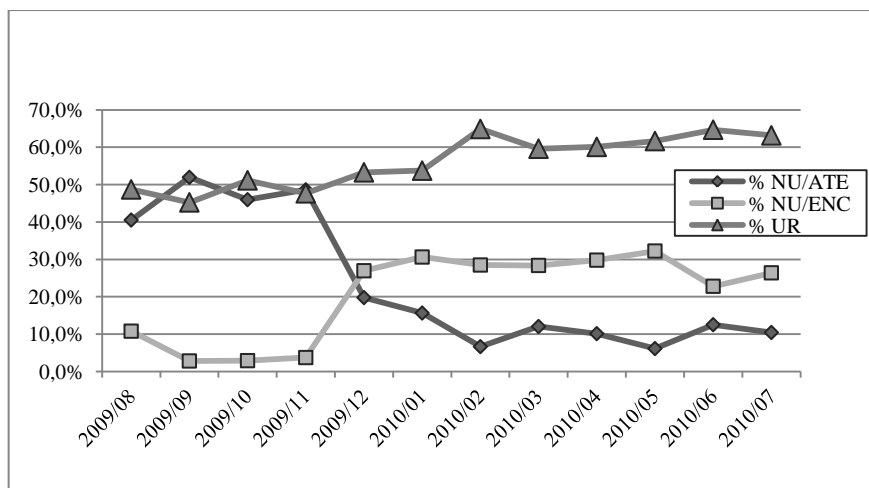
ANO / MÊS	CLASSIFICAÇÃO DE REFERÊNCIA									
	Não Urgente					Urgente		Total geral		
	NU/ATE	%	NU/ENC	%	NU	%	UR	%	Quant.	%
2009/08	79	40,5	21	10,8	100	51,3	95	48,7	195	100
2009/09	93	52,0	5	2,8	98	54,7	81	45,3	179	100
2009/10	80	46,0	5	2,9	85	48,9	89	51,1	174	100
2009/11	105	48,6	8	3,7	113	52,3	103	47,7	216	100
2009/12	33	19,8	45	26,9	78	46,7	89	53,3	167	100
2010/01	25	15,6	49	30,6	74	46,3	86	53,8	160	100
2010/02	10	6,6	43	28,5	53	35,1	98	64,9	151	100
2010/03	25	12,0	59	28,4	84	40,4	124	59,6	208	100
2010/04	19	10,1	56	29,8	75	39,9	113	60,1	188	100
2010/05	11	6,1	58	32,2	69	38,3	111	61,7	180	100
2010/06	17	12,5	31	22,8	48	35,3	88	64,7	136	100
2010/07	15	10,4	38	26,4	53	36,8	91	63,2	144	100
Total geral	512	24,4	418	19,9	930	44,3	1168	55,7	2.098	100
Média (M)	42,7		34,8		143,1		97,3		174,8	
Desvio Padrão (DP)	35,6		20,6		237,2		12,9		24,7	
Coef. de Variação (DP/M)	0,83		0,59		1,66		0,13		0,14	
Total - 2o. Semestre/2009	390		84		474		457		931	
Total - 1o. Semestre/2010	122		334		456		711		1.167	
MÉDIA MENSAL	NU/ATE		NU/ENC		NU		UR		Total Geral	
2009 (5 meses)	78		17		95		91		186	
2010 (7 meses)	17		48		65		102		167	
Média 2010 / Média 2009	0,22		2,84		0,69		1,11		0,9	

Fonte dos dados básicos: Banco de dados Setor de Tecnologia de Informação /HRTN

Entre o período de agosto a novembro de 2009, a proporção do grupo NU/ATE é superior ao grupo NU/ENC e equipara, em média, aos atendimentos referentes aos casos UR. A partir de dezembro de 2009 observa-se uma inversão dessa situação (TAB. 6 e GRÁF. 11). Esse quadro era de se esperar em função da pactuação realizada entre o HRTN, a UPA/VN e a SMSA-BH para referenciamento dos casos classificados como azul e verde, respectivamente, para as unidades básicas de saúde de origem do usuário e para às unidades de pronto atendimento. Dessa forma, pode-se dizer que essa inversão no número de registros dos casos NU reflete o resultado da referida pactuação.

GRÁFICO 11

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupos de referência, por mês e ano do atendimento. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

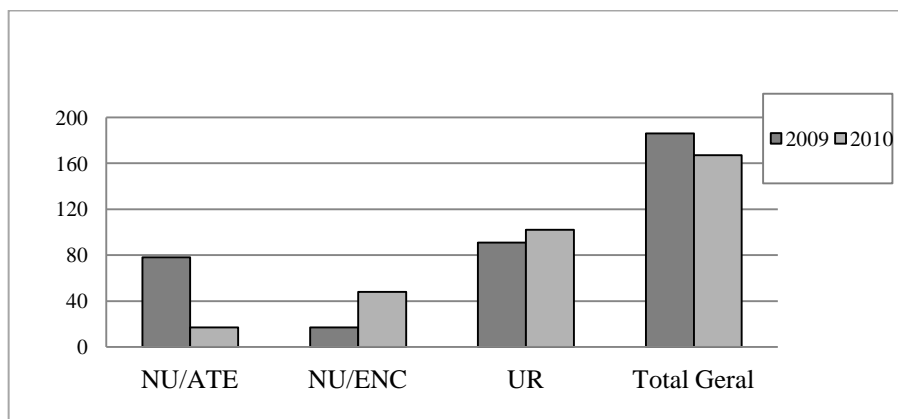


Fonte: elaboração própria, a partir da TABELA 6, desta tese.

Comparando os dados referentes ao período anterior e posterior a pactuação (TAB. 6 e GRÁF. 12), observa-se que, em média, houve redução no número total de atendimentos realizados pelo PS/HRTN. Observa-se que essa redução ocorreu em função da redução dos casos NU. Nos casos UR foi observado um aumento.

GRÁFICO 12

Média dos atendimentos realizados no PS/HRTN – referente à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova, grupos de referência, por semestre/ano. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.



Fonte: elaboração própria, a partir da TABELA 6, desta tese.

Sob o aspecto na redução da média dos casos NU, pode-se inferir que a população respondeu positivamente às mudanças na política da Secretaria Municipal de Saúde, deixando de procurar por esse hospital após a pactuação. No caso do aumento, também em média, no número de casos UR, pelo menos duas hipóteses podem ser levantadas. Uma, que seria mais favorável sob a perspectiva das redes de atenção às urgências e emergências, é que por passar a concentrar seu atendimento nos casos de seu nível de complexidade, o HRTN estaria oferecendo maior retaguarda às outras unidades de saúde no atendimento as urgências e emergências de maior nível de complexidade tecnológica. Uma segunda, desfavorável, seria que pessoas que, teoricamente, preferem recorrer aos serviços de emergência dos hospitais, sabendo que os casos de menor urgência não são atendidos no HRTN, estariam procurando por atendimento só quando sentissem que estavam com algum problema de saúde em estado agravado. Essa hipótese seria válida partindo do princípio de que as pessoas de certa forma sabem diferenciar uma urgência de uma não urgência de atendimento.

Focando-se as análises sobre os fatores predisponentes (sexo, faixa etária e situação conjugal) observa-se que no total dos atendimentos realizados pelo PS/HRTN prevalecem pessoas do sexo masculino, situação que coincide com os achados de Furtado *et al.* (2004) e Simon (2008). Como visto, na população adstrita ao DSVN, Censo 2010 (DSVN/2010),⁹³ há ligeira prevalência de pessoas do sexo feminino.

Esse dado sugere que os homens apresentam mais problemas de saúde nessa população, ou, considerando a existência de outros pontos de atenção às urgências na Região de Venda Nova, eles demandam mais pelo nível de assistência hospitalar, comparados as mulheres. Chama a atenção o fato da diferença na proporção entre homens e mulheres ser menor nos casos classificados como Urgente. Realizando as análises segundo faixa etária observa-se que, embora no conjunto dos atendimentos prevaleçam pessoas do sexo masculino, entre as faixas de 60 ou mais prevalecem pessoas do sexo feminino.

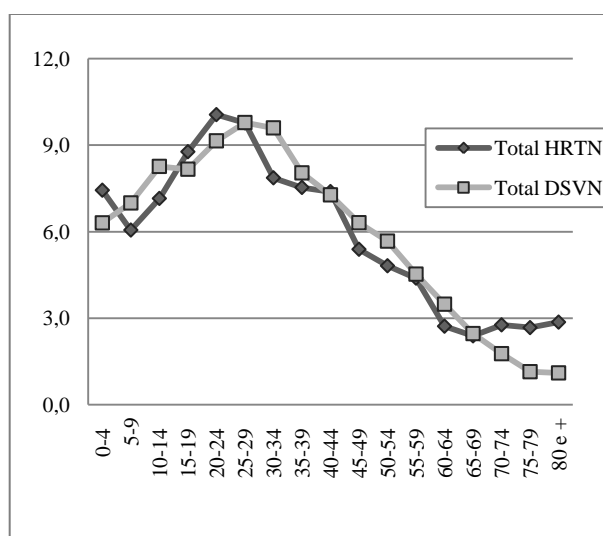
Comparando a estrutura etária dos atendimentos realizados no PS/HRTN com a estrutura etária da população do DSVN/2010, GRÁF. 13, observa-se semelhança entre elas. No entanto, nas faixas etárias de 0 a 4 anos, de 15 a 24 anos e 70 e +, a proporção dos atendimentos do PS/HRTN é maior que a proporção de pessoas dessas faixas etárias na

⁹³ Lembrando-se que, como visto no item 3.3.2, dada a semelhança nas características demográficas da população do DSVN e do CSVN para o ano de 2000, e a não existência de dados disponíveis para a população do CSVN para o ano de 2010, neste estudo está sendo tomada como referência de análise da população do CSVN a estrutura etária da população do DSVN/ 2010 (distribuição relativa).

população do DSVN/2010, mostrando maior presença desses grupos no hospital, sugerindo piores condições de saúde entre eles.

GRÁFICO 13

Atendimentos realizados pelo PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova – por faixa etária; e população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova. Período Ago./2009 a Jul./2010. Município de Belo Horizonte.

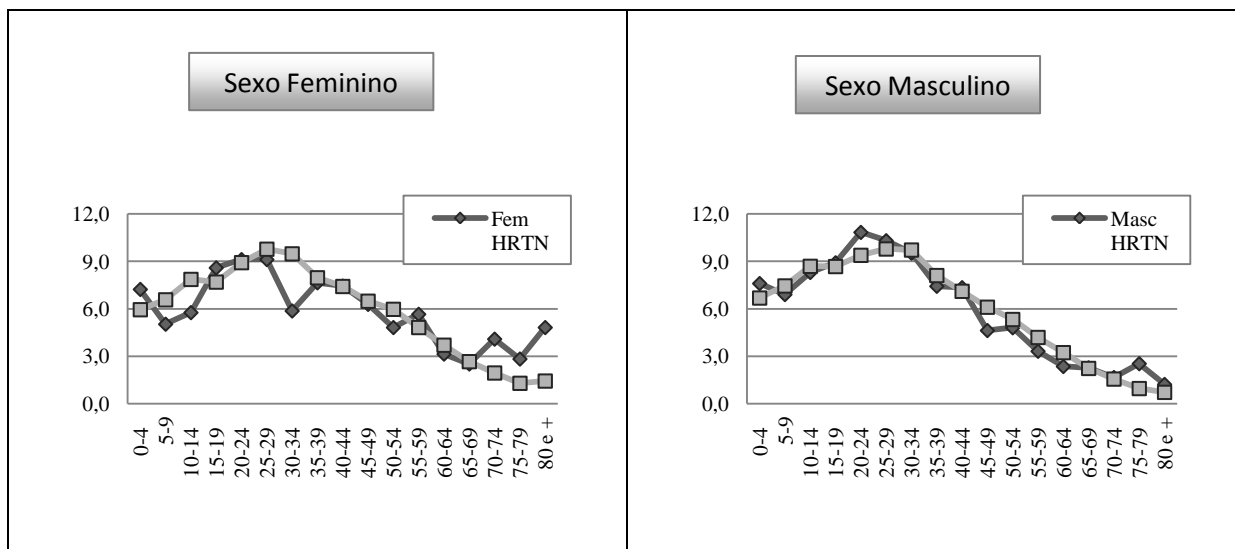


Fonte de dados básicos: Belo Horizonte (2011), IBGE-Censo 2010, e banco de dados Setor de Tecnologia da Informação/HRTN.

Realizando essas análises segundo sexo (GRÁF. 14), observa-se que a maior presença de atendimentos entre as pessoas de 70 e mais é influenciada, principalmente, pelas pessoas do sexo feminino. Na faixa de 15 a 24, por mulheres na faixa de 15 a 19 anos e por homens, na faixa de 20 a 24 anos.

GRÁFICO 14

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por sexo e faixa etária; e população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova. Período Ago./2009 a Jul./2010. Município de Belo Horizonte.



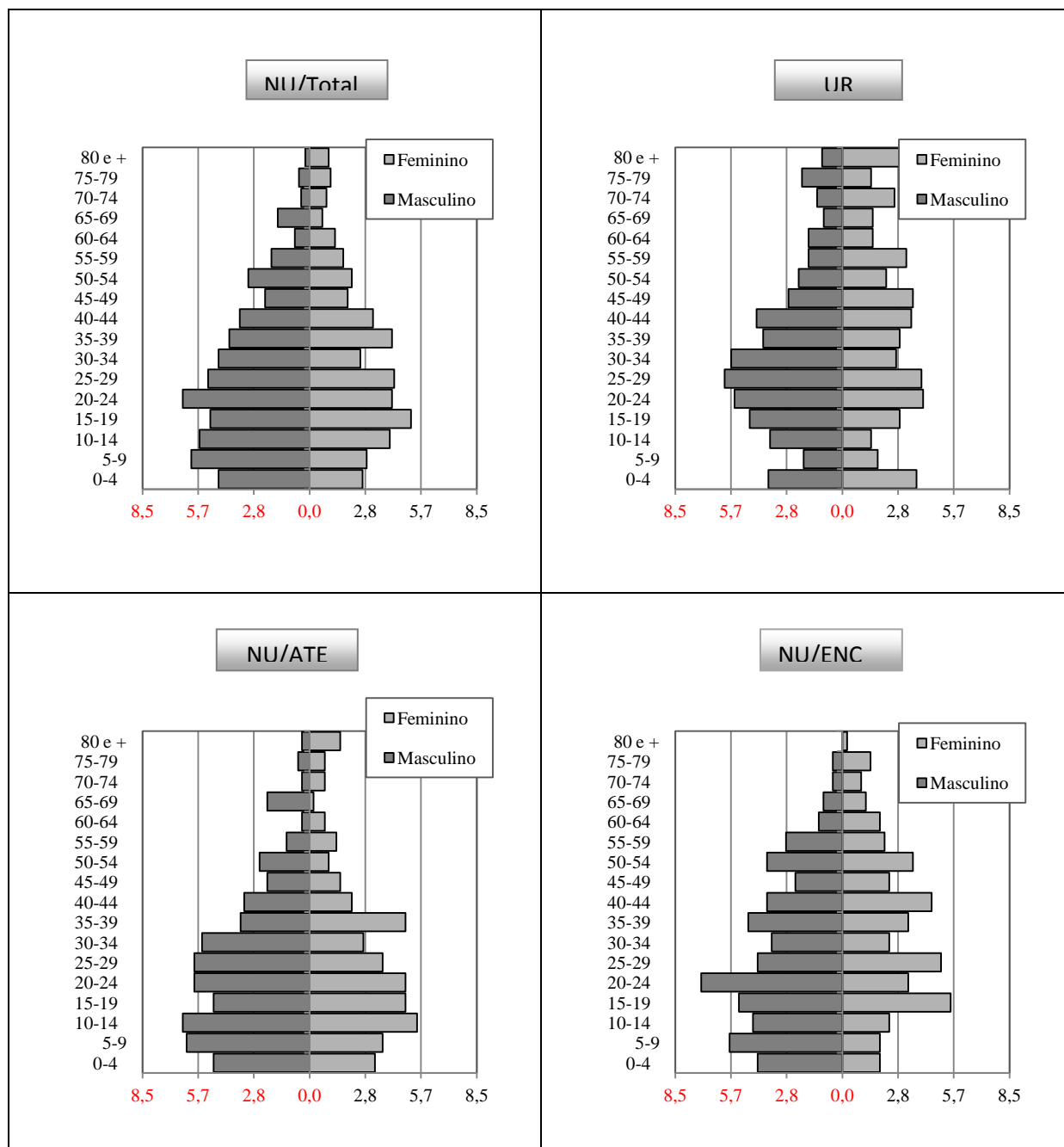
Fonte de dados básicos: Belo Horizonte (2011), IBGE-Censo 2010, e banco de dados Setor de Tecnologia da Informação/HRTN.

Análise segundo grupos de referência

Analisando os dados de atendimento do PS/HRTN, segundo grupos de referência, pode-se observar pelo GRÁF. 15, que em todos eles prevalecem pessoas do sexo masculino.

GRÁFICO 15

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupos de referência, por sexo e faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.



Fonte de dados básicos: Belo Horizonte (2011), IBGE-Censo 2010, e banco de dados Setor de Tecnologia da Informação/HRTN.

No grupo NU/ATE há maior concentração de usuários nas faixas etárias de 0 a 34 anos, diminuindo o número de atendimentos na medida em que as idades aumentam. Realizando essas análises por sexo, observa-se, maior concentração de pessoas do sexo

masculino nas faixas de 0 a 59 anos, com ligeira inversão dessa situação nas faixas etárias acima de 60 anos.

No grupo NU/ENC há maior concentração de usuários na faixa etária de 15 a 54 anos, sendo o mesmo comportamento observado para ambos os sexos. No entanto, nas faixas de 0 a 14 anos prevalecem pessoas do sexo masculino e nas faixas de 60 e mais, pessoas do sexo feminino. Comparando-se os grupos NU/ATE e NU/ENC, observa-se maior concentração de casos NU/ATE nas faixas etárias de 0-14 anos.

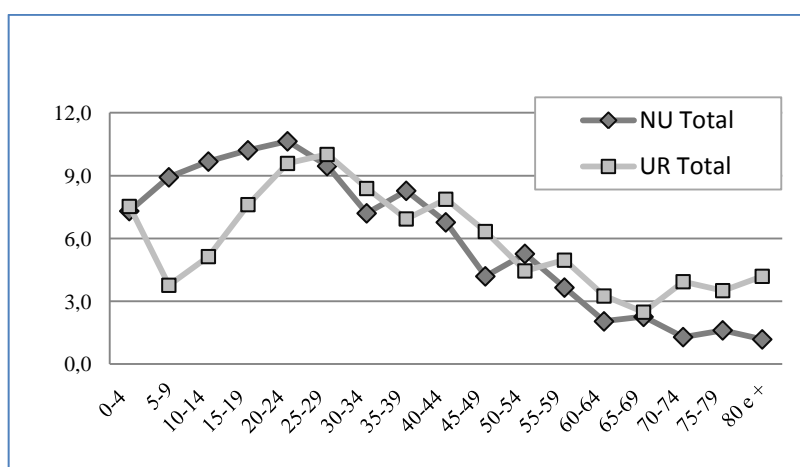
Assim, o grupo de atendimentos NU é caracterizado pela maior prevalência de atendimentos nas faixas etárias de 0 a 44 anos. Até as faixas de até 59 anos, prevalecem pessoas do sexo masculino. A partir dos 60 anos, pessoas do sexo feminino.

No grupo UR observa-se maior concentração de atendimentos nas faixas etárias de 0 a 4 anos e nas faixas de 15 a 49 anos. Nas faixas de 5 a 44 anos prevalecem pessoas do sexo masculino. Nas faixas de 55 e mais prevalecem pessoas do sexo feminino.

Comparando os atendimentos NU, com os UR, GRÁF. 16, observa-se maior concentração de casos NU, nas faixas de 5 a 39 anos. A maior concentração de casos urgentes está nas faixas de 40 e mais, sendo a diferença entre os grupos, nessas faixas, mais acentuada a partir dos 70 anos.

GRÁFICO 16

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupos de referência NU total e UR, por faixa etária (distribuição relativa).
Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

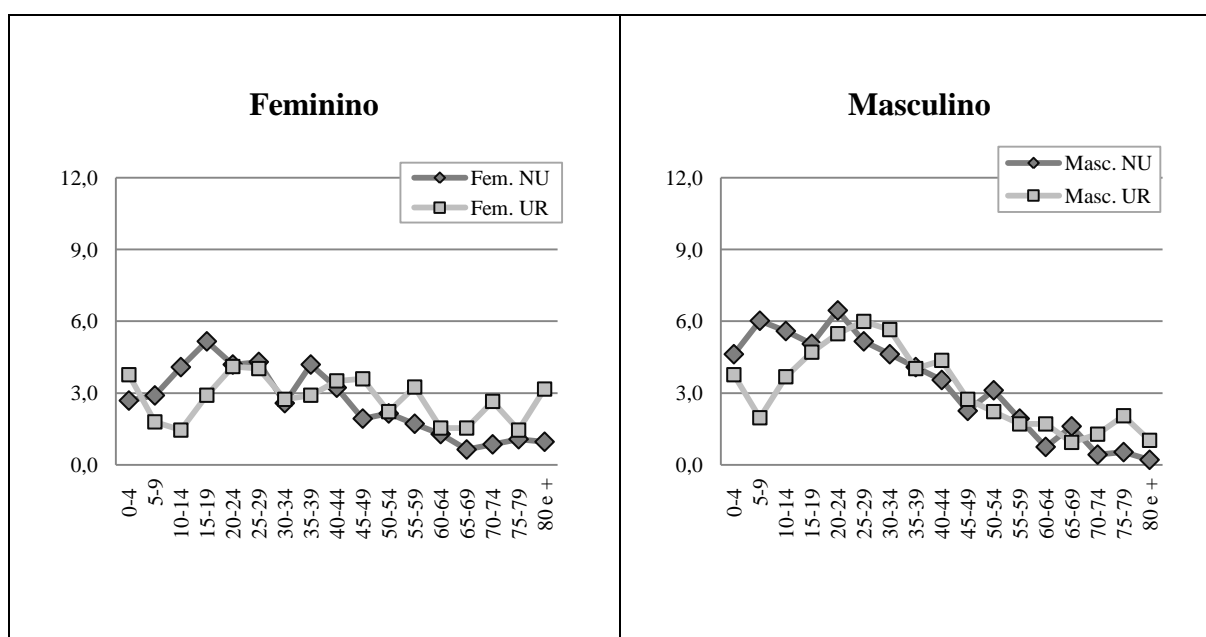


Fonte de dados básicos: Belo Horizonte (2011), IBGE-Censo 2010; banco de dados Setor de Tecnologia da Informação/HRTN.

Realizando essas análises segundo sexo (GRÁF. 17), observa-se que entre as mulheres prevalecem atendimentos UR na faixa de 0 a 4 anos e nas faixas de 40 e mais. Entre as pessoas do sexo masculino prevalecem os casos UR nas faixas de 25 a 49 anos e 70 e mais.

GRÁFICO 17

Atendimentos realizados no PS/HRTN, – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupos de referência NU total e UR, por sexo e faixa etária (distribuição relativa). Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

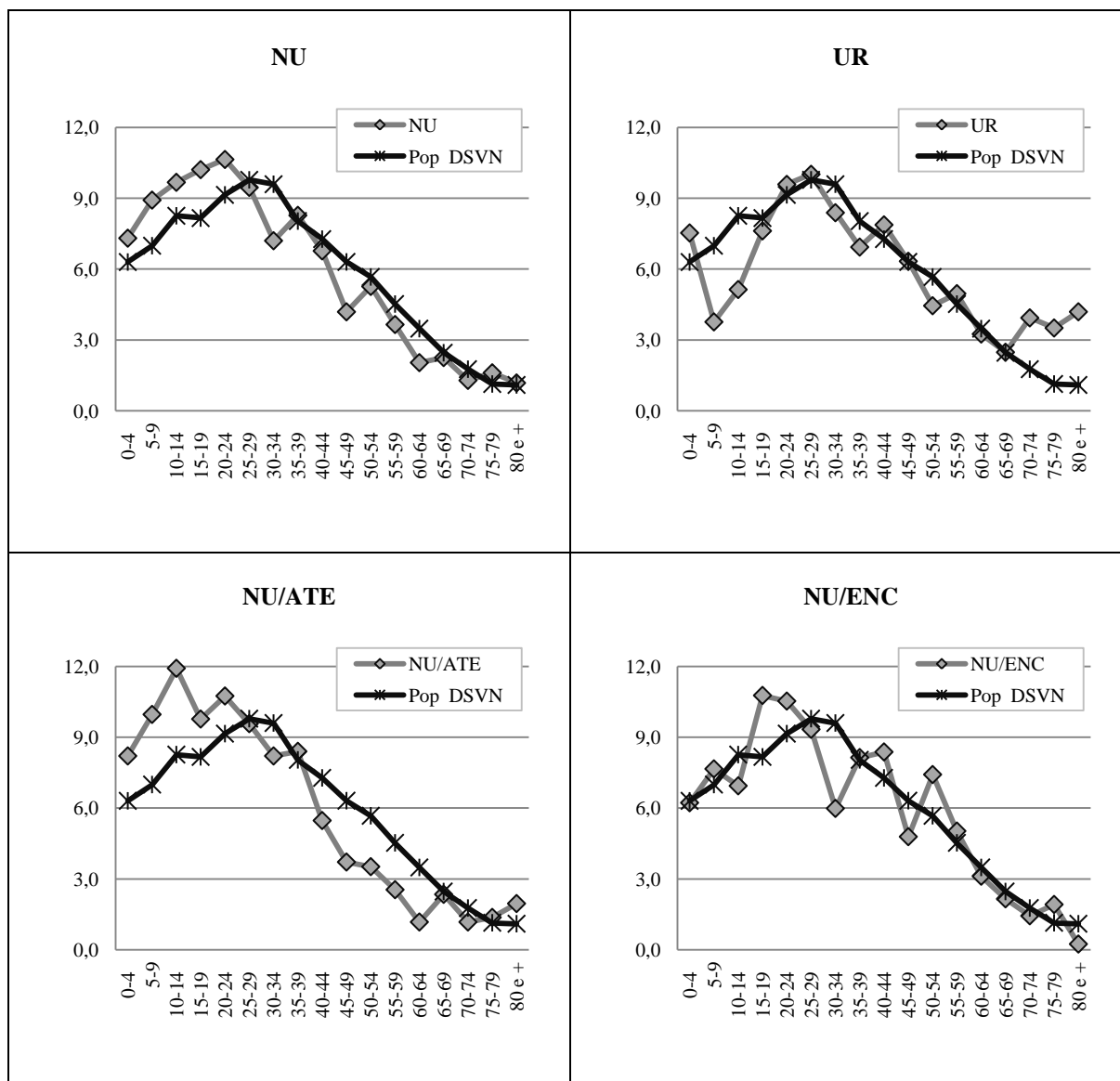


Fonte de dados básicos: Belo Horizonte (2011), IBGE-Censo 2010, e banco de dados Setor de Tecnologia da Informação/HRTN.

Comparando os atendimentos do PS/HRTN, segundo grupos de referência, e a população adstrita ao DSVN/2010 (GRÁF. 18), observa-se que no grupo NU a proporção dos atendimentos é maior que a proporção de pessoas na população do DSVN/2010, nas faixas etárias de 0 a 24 anos. Nas faixas de 0 a 14 anos observa-se que prevalece o grupo de referência NU/ATE. No grupo UR, nas faixas de 0-4 anos e 70 e mais. Chama atenção à proporção de casos nas faixas de 0 a 4 anos e 70 e mais, realçando a maior vulnerabilidade desses grupos para adoecer. Nos casos de 0 a 4 anos sugere que as políticas públicas que vêm sendo aplicada ao longo do tempo à atenção materno-infantil, conduzidos principalmente pela atenção básica, como poderia se esperar uma vez que depende de ações conjuntas de outros setores, ainda não têm sido suficientes para reduzir às más condições de saúde desse grupo, na população do CSVN.

GRÁFICO 18

Atendimentos realizados no PS/HRTN, – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupos de referência NU e UR, por faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.



Fonte de dados básicos: Belo Horizonte (2011), IBGE-Censo 2010, e banco de dados Setor de Tecnologia da Informação/HRTN.

Passando as análises para a situação conjugal das pessoas que buscam pelo PS/HRTN, idade de 15 anos e mais, observa-se que em todos os grupos de referência, mais de 79% dos atendimentos, correspondem a pessoas sem companheiro, proporção essa que pode ser considerada elevada. Carret *et al.* (2007 a e b) encontraram que cerca de 55% das pessoas que utilizam os serviços de urgência e emergência hospitalar eram casadas, ou tinham companheiro, e Souza *et al.* (2009), 68%.

No entanto, a análise dos dados obtidos neste estudo (TAB. 7) aponta para consistência entre os mesmos. Dentre as pessoas com companheiro, a despeito do tamanho da amostra, observa-se que a maioria das pessoas com companheiro encontra-se nas faixas etárias de 30 a 59 anos, em todos os grupos de referência, para ambos os sexos. Nas faixas de 60 e mais, há menor volume de pessoas do sexo feminino, com companheiro. Esse quadro é o esperado em função de maior mortalidade entre as pessoas do sexo masculino.

Assim, os dados podem estar subestimando a presença de pessoas com companheiro, mas o padrão por idade parece consistente.

TABELA 7

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, situação conjugal: com companheiro, por grupos de referência, faixa etária e sexo (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

Grupos de Referência	Faixa Etária	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
NU/ATE		17,5%	23,2%	20,7%
	15 a 29	2,9	1,2	1,9
	30 a 44	36,0	27,0	31,0
	45 a 59	20,0	56,7	42,0
	60 ou mais	19,0	55,0	36,6
NU/ENC		10,1	18,0	14,2
	15 a 29	5,2	5,7	5,5
	30 a 44	11,6	27,5	20,2
	45 a 59	17,6	21,1	19,4
	60 ou mais	8,3	38,5	18,9
UR		16,4	15,8	16,1
	15 a 29	3,9	3,7	3,8
	30 a 44	21,5	19,5	20,3
	45 a 59	27,4	28,2	27,7
	60 ou mais	15,7	24,4	19,2
Total com companheiro (%)		15,3	17,9	16,7
Total com companheiro (Quant.)		120	158	278
TOTAL GERAL (Quant.)		782	883	1665

Fonte dos dados básicos: Banco de dados Setor de Tecnologia de Informação /HRTN

Focalizando as análises nos fatores associados às características da demanda pelo PS/HRTN, e distribuindo os atendimentos pelos dias da semana, no total, observa-se, relativamente, pouca variação na distribuição dos mesmos (TAB. 8).

TABELA 8

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por dia da semana, grupos de referência e sexo (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

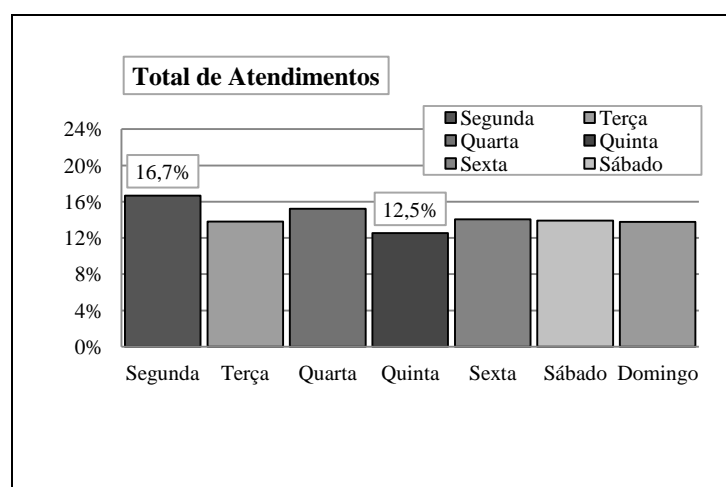
Dia da Semana	Não Urgente						Urgente (%)			Total geral	
	NU/ATE (%)			NU/ENC (%)			NU/Total (%)	Feminino	Masculino		Total
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total					
Segunda	22,8	16,3	19,1	17,3	19,3	18,4	18,8	15,8	14,3	15,0	16,7
Terça	15,2	16,3	15,8	14,6	14,2	14,4	15,2	15,4	10,4	12,8	13,8
Quarta	17,0	16,0	16,4	14,6	17,6	16,3	16,3	15,8	13,0	14,3	15,2
Quinta	11,6	13,9	12,9	14,6	11,6	12,9	12,9	11,6	12,8	12,2	12,5
Sexta	12,5	17,7	15,4	11,4	17,6	14,8	15,2	11,6	14,6	13,2	14,1
Sábado	9,4	10,4	10,0	15,1	14,6	14,8	12,2	13,6	16,9	15,3	13,9
Domingo	11,6	9,4	10,4	12,4	5,2	8,4	9,5	16,3	18,0	17,2	13,8
Total geral	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total geral	224	288	512	185	233	418	930	545	623	1.168	2.098

Fonte dos dados básicos: Banco de dados Setor de Tecnologia de Informação /HRTN

Os maiores registros aconteceram nas segundas-feiras, semelhante aos estudos de Castro *et al.* 2002, Yamada *et al.* (2002), Jacobs e Matos (2005) e Furtado *et al.* (2004), seguidas das quartas-feiras. Os menores registros observados correspondem às quintas-feiras (TAB.8 e GRÁF. 19),

GRÁFICO 19

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por dia da semana. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.



Fonte: elaboração própria, a partir da TABELA 8, desta Tese.

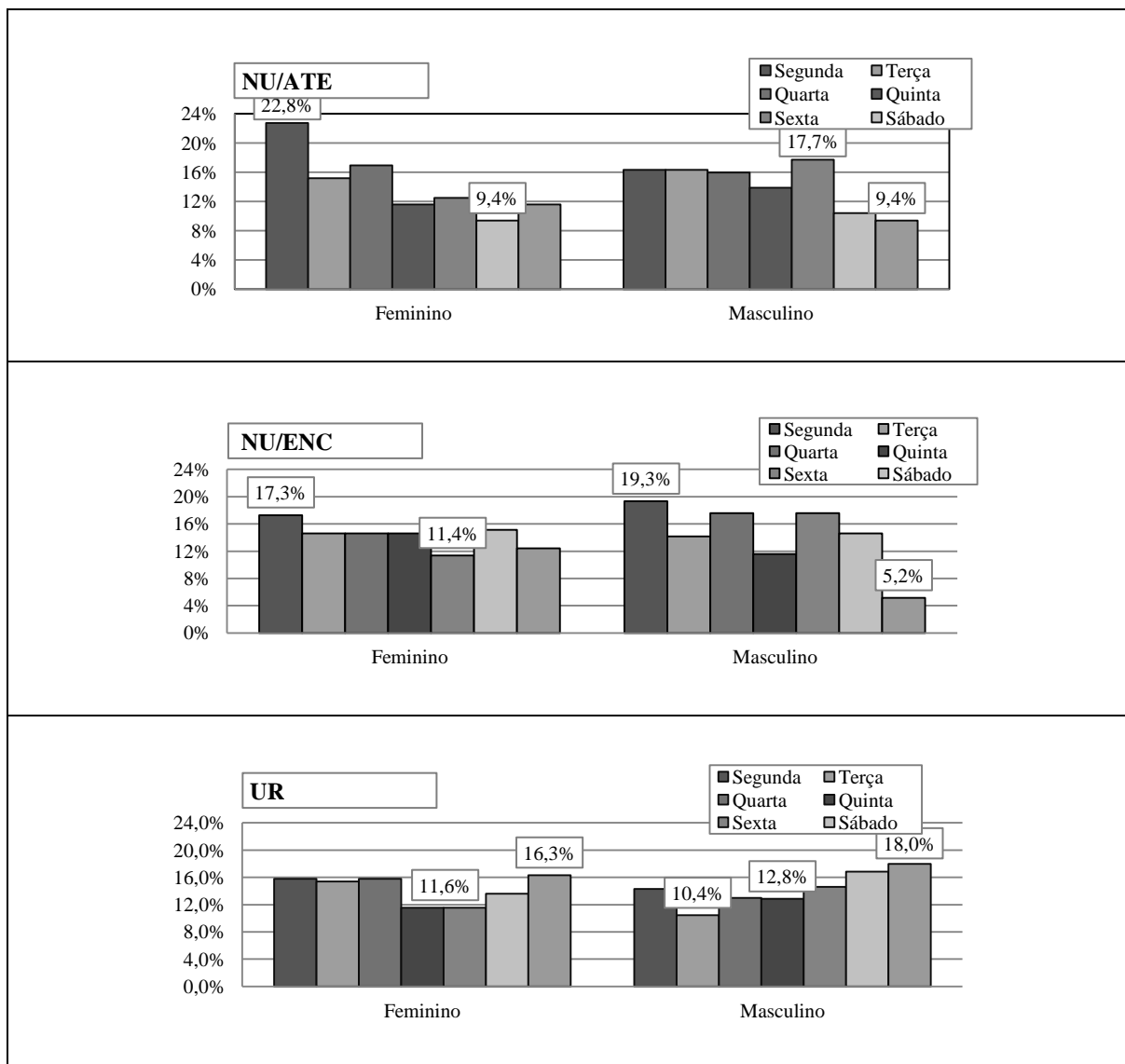
Fazendo as análises segundo grupos de referência, observa-se que os maiores registros no grupo NU/ATE (TAB. 8 e GRÁF. 20) acontecem nas segundas-feiras, e os menores, nos sábados e domingos (final de semana). Considerando os dias de funcionamento das unidades básicas de saúde, seria de se esperar uma situação diferente da observada, com maior número de registros NU/ATE nos finais de semana.

As maiores variações nos dias da semana demandado no grupo NU/ATE estão associadas a pessoas do sexo feminino. Essas demandaram pelo PS/HRTN, principalmente, nas segundas-feiras, seguidas das quartas-feiras, e menos nos finais de semana. Já entre as pessoas do sexo masculino, a maior demanda registrada foi nas sextas-feiras e as menores, nos finais de semana. Chama a atenção, dentre as pessoas do sexo masculino, o comportamento da demanda durante o período de 2^a a 6^a feira, quando a demanda se apresenta mais homogênea. No entanto, há menor demanda pelos serviços do PS/HRTN nas quintas-feiras, e no dia seguinte, sexta-feira, uma demanda superior à média dos outros dias, transmitindo uma ideia de compensação de demanda.

A análise do grupo NU aponta que mesmo em dia de não funcionamento da atenção básica, sábados e domingos, pessoas deixaram de ser atendidas pelo PS/HRTN.

GRÁFICO 20

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupos de referência, por sexo e dia da semana. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.



Fonte: elaboração própria, a partir da TABELA 8, desta tese.

Ao contrário do grupo NU/ATE, no grupo NU/ENC (ainda, pela TAB. 8 GRÁF. 20), a maior variação na demanda observada, corresponde ao grupo das pessoas do sexo masculino, com maior demanda na segunda-feira, e menor nos domingos. No caso das pessoas do sexo feminino, a maior demanda observada foi, também, nas segundas-feiras e a menor, na sextas-feiras, seguidas do domingo. No grupo UR, dentre as pessoas do sexo feminino, a maior demanda registrada foi aos domingos e as menores nas quintas e sextas. Observa-se que no

período de domingo a quarta-feira não há variação expressiva no número de atendimentos para esse grupo de referência. Dentre as pessoas do sexo masculino, a maior demanda observada foi no domingo, e a menor na terça-feira. Observa-se que de quinta-feira a domingo, o número de registros UR é crescente.

Distribuindo-se os registros de atendimento por turno (TAB. 9), observa-se que em todos os grupos de referência, para ambos os sexos, prevalecem registros no turno do dia, 07:00 / 19:00 horas, horário em que funciona o CSVN. Nos grupos NU/ATE e NU/ENC, a quantidade de atendimentos, nesse turno, representa cerca de 3/4 dos atendimentos, e no grupo UR, cerca de 60%.

Observa-se ainda, que no diurno, no geral, pouco mais da metade dos atendimentos aconteceram nos horários entre 13:00 às 19:00h. Nos casos classificados como NU/ATE não se observa distinção no horário do atendimento, manhã ou tarde, dentre as pessoas do sexo masculino. Dentre as pessoas do sexo feminino observa-se ligeira prevalência de atendimentos nos horários de 13:00 / 19:00h.

No grupo NU/ENC, para ambos os sexos, prevalece, ligeiramente, o horário de 13:00 / 19:00 horas. Nos casos UR prevalece o horário de 13:00 / 19:00 horas, para as pessoas do sexo masculino. Entre as pessoas do sexo feminino, não há diferença expressiva.

TABELA 9

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por turno do atendimento, grupos de referência e sexo (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

TURNOS	Não Urgente (%)							Urgente (%)			Total geral (%)
	NU/ATE			NU/ENC			Total	Feminino	Masculino	Total	
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total					
Diurno	73,2	75,0	74,2	77,3	83,7	80,9	77,2	61,8	58,3	59,9	67,6
Noturno	26,8	25,0	25,8	22,7	16,3	19,1	22,8	38,2	41,7	40,1	32,4
Total geral	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total geral	224	288	512	185	233	418	930	545	623	1.168	2.098
TURNO DIURNO											
07:00 às 12:59 h.	43,9	50,5	47,6	46,9	42,6	44,4	46,1	51,3	44,6	47,9	47,0
13:00 às 19:00 h.	56,1	49,5	52,4	53,1	57,4	55,6	53,9	48,7	55,4	52,1	53,0
Total geral	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total geral	164	216	380	143	195	338	718	337	363	700	1.418

Fonte dos dados básicos: Banco de dados Setor de Tecnologia de Informação /HRTN

Com base na informação de maior concentração de atendimentos no diurno, nova análise da distribuição dos atendimentos, por dia da semana, foi realizada (TAB. 10).

TABELA 10

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, turno diurno, por dia da semana, grupos de referência e sexo (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

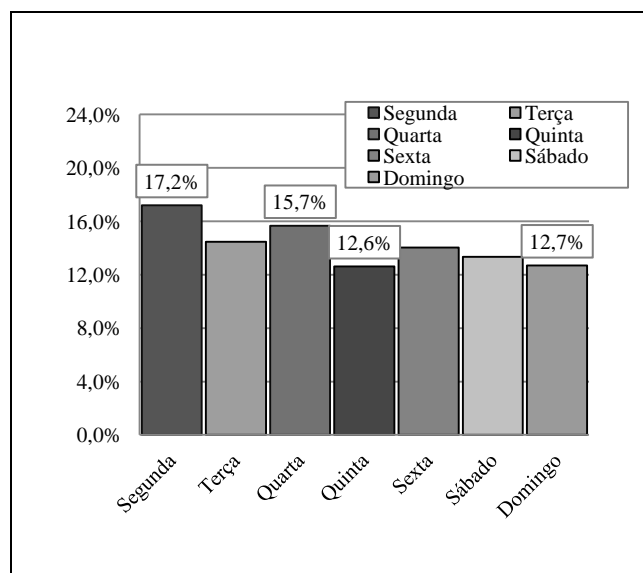
Dia da Semana	Não Urgente (%)							Urgente (%)			Total geral (%)
	NU/ATE			NU/ENC			Total	Feminino	Masculino	Total	
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total					
Segunda	23,2	19,0	20,8	14,7	19,5	17,5	19,2	14,2	16,0	15,1	17,2
Terça	14,6	15,7	15,3	16,8	12,3	14,2	14,8	18,7	9,9	14,1	14,5
Quarta	15,2	17,1	16,3	14,7	19,0	17,2	16,7	15,1	14,0	14,6	15,7
Quinta	12,2	13,0	12,6	14,0	12,3	13,0	12,8	11,9	12,9	12,4	12,6
Sexta	13,4	17,6	15,8	10,5	17,9	14,8	15,3	11,9	13,5	12,7	14,0
Sábado	9,8	7,4	8,4	16,8	14,9	15,7	11,8	13,4	16,3	14,9	13,3
Domingo	11,6	10,2	10,8	12,6	4,1	7,7	9,3	14,8	17,4	16,1	12,7
Total geral (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total geral	164	216	380	143	195	338	718	337	363	700	1.418

Fonte dos dados básicos: Banco de dados Setor de Tecnologia de Informação /HRTN

No total de registros de atendimentos realizados no turno diurno, observa-se que os maiores registros aconteceram nas segundas-feiras, seguidas das quartas (TAB. 10 e GRÁF. 21). Na terça-feira, e no período entre quinta a domingo, não se observa diferenças expressivas entre o número de atendimentos, embora nas quintas, seguidas dos domingos, registrem os menores atendimentos.

GRÁFICO 21

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, turno diurno, por dia da semana. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

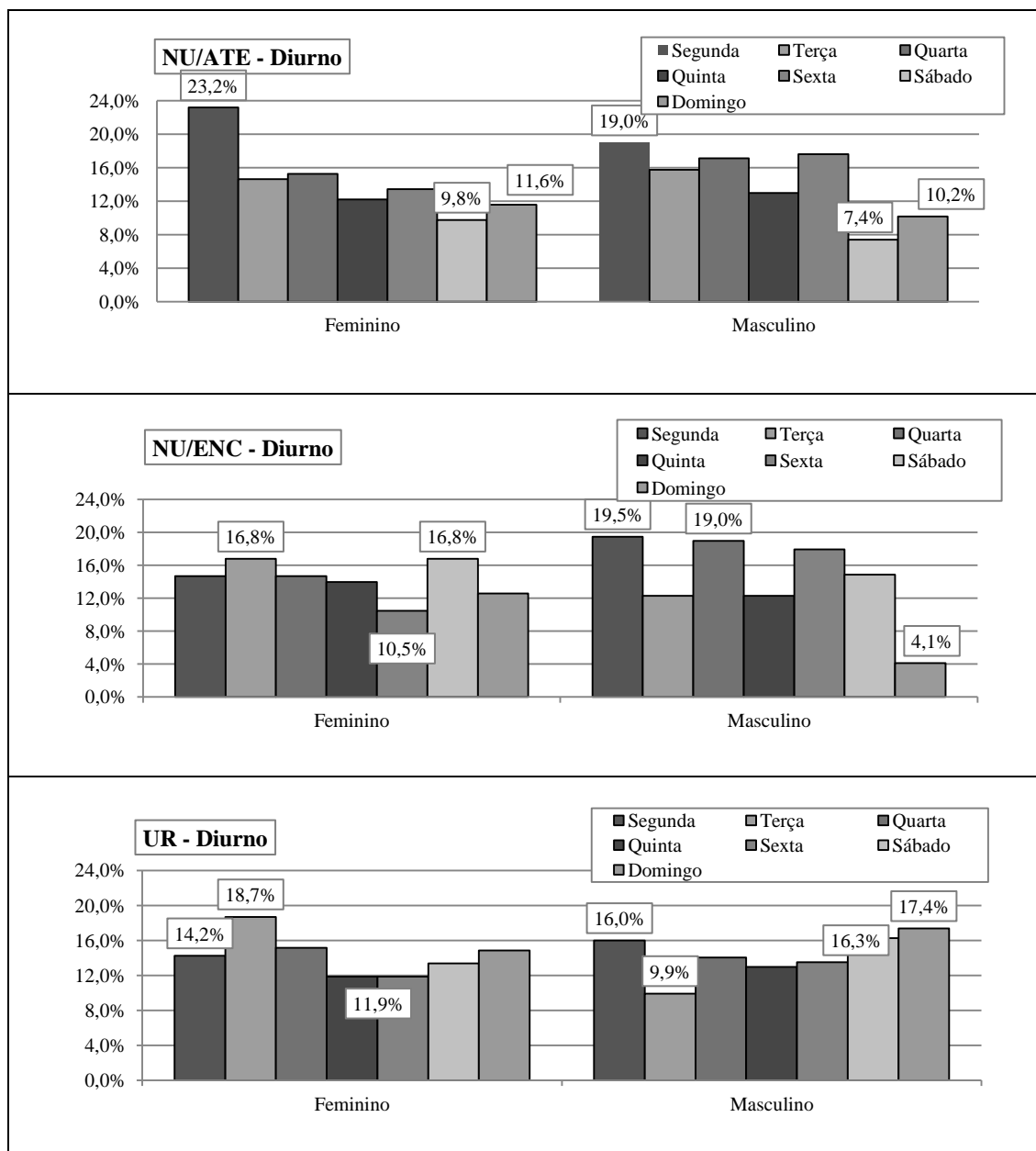


Fonte: elaboração própria, a partir da TABELA 9, desta Tese.

Analisando-se essas informações por grupo de referência, no grupo NU/ATE, ao todo, observa-se maior número de atendimentos nas segundas-feiras e menor, nos sábados, seguidos dos domingos. Esse comportamento é observado para ambos os sexos, embora em proporções diferenciadas (GRÁF. 22)

GRÁFICO 22

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, turno diurno, grupos de referência, por sexo e dia da semana. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.



Fonte: elaboração própria, a partir da TABELA 9, desta Tese.

No grupo NU/ENC, observa-se maior demanda nas segundas e quartas-feiras, e menor no domingo, seguido das quintas-feiras. Distribuindo-se os atendimentos desse grupo por sexo, observa-se maior demanda nas segundas e quartas-feiras, para as pessoas do sexo masculino, e menor demanda nos domingos. No caso das pessoas do sexo feminino, as maiores demandas registradas foram nas terças e sábados, e as menores nas sextas.

No grupo UR, observa-se maior número de atendimentos nos domingos e segundas-feiras. Dentre as pessoas do sexo feminino, o maior número de atendimentos aconteceu nas terças, e o menor nas quintas e sextas-feiras. Já dentre as pessoas do sexo masculino, o maior número de atendimentos aconteceu no domingo, seguido do sábado e segunda-feira. O menor número de atendimentos aconteceu nas terças-feiras.

O fato das pessoas demandarem pelo PS/HRTN, principalmente, no turno diurno; no período de 2ª a 6ª feira, mais especificamente, na segunda-feira; e, sobretudo, nas situações classificadas como NU, parece fragilizar a ideia de que as pessoas buscam pelos serviços de urgência hospitalar em função do não funcionamento da atenção básica, como sugerem, por exemplo, Furtado *et al.* (2004). Assim, pelo menos duas hipóteses podem ser levantadas. Uma, é que as pessoas tendem a priorizar as atividades próprias dos dias ditos de folga, deixando as questões de saúde para serem tratadas nos, também ditos, dias úteis, salvo em situações de maior urgência. Essa hipótese carrega, implicitamente, que as pessoas sabem distinguir uma urgência de atendimento, de uma não urgência. Uma segunda, é que as atividades dos finais de semana podem levar a problemas de saúde, manifestados, principalmente, na segunda-feira.

Passando-se as análises para o grupo das necessidades de saúde, terceiro grupo dos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde (Aday e Andersen, 1974), e tomando-se como referência a variável sintoma como *proxy* de necessidade diagnosticada, observa-se pela TAB. 11, que cerca de 80% do total dos atendimentos realizados no PS/HRTN⁹⁴, correspondem aos sintomas: *problemas nos membros, indisposição no adulto, feridas, grande traumatismo, dor abdominal, quedas, dor torácica, dor lombar, cefaleia e criança irritável*⁹⁵. Observa-se, no entanto, grande diferença no volume desses atendimentos. *Problemas nos membros*, por exemplo, que apresenta o maior volume do total de atendimentos analisados, concentra cerca de 31% dos atendimentos. *Cefaleia*, com menor volume, cerca de 2%. A média desses atendimentos - *problemas nos membros, indisposição no adulto, feridas, grande*

⁹⁴ A opção por focar nos 80% da concentração dos atendimentos foi baseada no Princípio de Pareto, ou Análise de Pareto, desenvolvido no final do século passado (1.897). A análise de Pareto, comumente utilizada em engenharia de produção, é uma abordagem estatística que permite a identificação de aspectos relevantes relacionados à qualidade dos processos de produção. Baseia-se na regra de que 20% das ocorrências causam/resolvem 80% dos problemas. Assim, em uma análise de solução de problemas deve-se priorizar os 20% das ocorrências que apresentam maior frequência de casos. Fonte: http://engenhariadeproducaoindustrial.blogspot.com/2009_04_01_archive.html. Acesso em: 12/04/2011. Neste estudo, primeiramente, foram considerados os 20% dos sintomas diagnosticados que juntos correspondem a maior frequência de atendimentos no PS/HRTN.

⁹⁵ *Cefaleia, dor torácica, e indisposição no adulto* são sintomas comumente presentes em um indivíduo com sintomas gripais (Souza, 2009).

traumatismo, dor abdominal, quedas, dor torácica, dor lombar, cefaleia e criança irritável – representa 8,2% de todos os atendimentos. Assim, optou-se neste trabalho por concentrar as análises seguintes sobre aqueles atendimentos com volume acima dessa média apurada: *problemas nos membros* (653 casos), *indisposição no adulto* (294 casos) e *feridas* (217 casos), perfazendo um total de 1.164 atendimentos⁹⁶. A esses sintomas deu-se o nome de sintomas principais.

⁹⁶ Ao se fazer a análise dos sintomas, identificou-se que em três atendimentos havia incompatibilidade entre o sintoma e a faixa etária (indisposição em adulto na faixa etária de menor de 14 anos). Assim optou-se por excluí-los das análises.

TABELA 11 A

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por fluxogramas do Protocolo de Manchester, grupos de referência e sexo (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

(Continua)

Sintomas identificados	Não Urgente (NU) (%)							Urgente (UR) (%)			Total geral	
	NU/ATE			NU/ENC			NU Total	F	M	UR Total	Quant.	%
	F	M	ATE Total	F	M	ENC Total						
PROBLEMAS NOS MEMBROS	44,8	49,0	47,2	27,9	30,5	29,3	39,2	24,2	25,4	24,8	653	31,2
INDISPOSIÇÃO NO ADULTO	10,3	7,3	8,6	25,7	22,3	23,8	15,4	16,9	9,5	12,9	294	14,0
FERIDAS	10,3	17,4	14,3	15,3	18,5	17,1	15,5	4,6	7,7	6,3	217	10,4
GRANDE TRAUMATISMO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,7	15,6	11,0	128	6,1
DOR ABDOMINAL	5,4	3,5	4,3	5,5	3,4	4,3	4,3	6,1	5,5	5,7	107	5,1
QUEDAS	0,9	2,8	2,0	1,1	0,9	1,0	1,5	5,3	7,1	6,3	87	4,2
DOR TORÁCICA	1,8	1,4	1,6	1,6	0,9	1,2	1,4	6,4	5,1	5,7	80	3,8
DOR LOMBAR	2,2	0,7	1,4	3,8	3,0	3,4	2,3	5,3	2,2	3,7	64	3,1
CEFALÉIA	3,6	0,7	2,0	3,8	1,3	2,4	2,2	2,8	1,4	2,1	44	2,1
CRIANÇA IRRITÁVEL	3,6	1,7	2,5	0,5	2,6	1,7	2,2	1,5	1,8	1,6	39	1,9
AGRESSÃO	4,0	1,4	2,5	0,0	0,9	0,5	1,6	1,3	2,4	1,9	37	1,8
T.C.E.	1,3	1,7	1,6	1,6	1,7	1,7	1,6	1,7	2,1	1,9	37	1,8
PAIS PREOCUPADOS	1,3	2,1	1,8	2,2	2,6	2,4	2,0	0,7	0,8	0,8	28	1,3
SOBREDOSAGEM OU ENVENENAMENTO	0,0	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	2,6	1,1	1,8	22	1,1
PROBLEMAS URINÁRIOS	2,2	0,3	1,2	1,1	0,9	1,0	1,1	1,1	1,0	1,0	22	1,1
DIABETES	0,4	0,0	0,2	0,0	0,4	0,2	0,2	2,0	1,3	1,6	21	1,0
CORPO ESTRANHO	1,8	1,7	1,8	0,0	1,3	0,7	1,3	0,4	1,0	0,7	20	1,0
INFECÇÕES LOCAIS E ABCESSOS	0,4	2,1	1,4	0,5	1,7	1,2	1,3	0,2	0,6	0,4	17	0,8
CONVULSÕES	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	1,3	1,4	16	0,8
DOR CERVICAL	1,3	0,7	1,0	0,0	0,4	0,2	0,6	0,9	0,3	0,6	13	0,6
ERUPÇÕES CUTÂNEAS	0,4	0,3	0,4	2,2	0,9	1,4	0,9	0,9	0,0	0,4	13	0,6
VÔMITOS	0,9	0,3	0,6	1,1	0,4	0,7	0,6	0,7	0,3	0,5	12	0,6
QUEIMADURAS PROFUNDAS E SUPERFICIAIS	0,0	0,7	0,4	1,1	0,4	0,7	0,5	0,6	0,6	0,6	12	0,6
LESÃO TORACO-ABDOMINAL	0,4	1,0	0,8	1,1	0,9	1,0	0,9	0,0	0,5	0,3	11	0,5

Fonte de dados básicos: Setor de Tecnologia da Informação do HRTN.

Nota: distribuição relativa obtida a partir do quociente entre o número de atendimentos encontrados para cada fluxograma e o total dos atendimentos (segundo o grupo de referência e sexo).

TABELA 11 B

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por fluxogramas do Protocolo de Manchester, grupos de referência e sexo (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

(Fim)

Sintomas identificados	Não Urgente (NU)							Urgente (UR)			Total geral	
	NU/ATE			NU/ENC			NU Total	F	M	UR Total	Quant.	%
	F	M	ATE Total	F	M	ENC Total						
DISPNÉIA	0,0	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	1,1	0,5	0,8	10	0,5
PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS	0,4	0,7	0,6	1,1	0,4	0,7	0,6	0,4	0,0	0,2	8	0,4
HEMORRAGIA GI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,8	0,7	8	0,4
PROBLEMAS NASAIS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,2	0,4	0,6	0,5	8	0,4
DOR DE GARGANTA	0,9	0,0	0,4	0,5	1,3	1,0	0,6	0,0	0,2	0,1	7	0,3
EMBRIAGUEZ APARENTE	0,0	0,3	0,2	0,5	0,0	0,2	0,2	0,2	0,6	0,4	7	0,3
DOR TESTICULAR	0,0	0,3	0,2	0,0	0,4	0,2	0,2	0,0	0,6	0,3	6	0,3
DIARRÉIA	0,0	0,0	0,0	0,5	0,9	0,7	0,3	0,4	0,2	0,3	6	0,3
DOR ABDOMINAL NA CRIANÇA	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,2	0,3	4	0,2
ASMA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,2	0,3	4	0,2
DOENÇA HEMATOLÓGICA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,2	0,3	4	0,2
MORDEDURAS E PICADAS	0,0	1,0	0,6	0,5	0,0	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	4	0,2
DISPNÉIA NA CRIANÇA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,3	3	0,1
EXPOSIÇÃO À QUÍMICOS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	0,3	3	0,1
COMPORTAMENTO ESTRANHO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	2	0,1
PROBLEMAS ESTOMATOLÓGICOS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	2	0,1
PROBLEMAS OUVIDOS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	2	0,1
HEMORRAGIA VAGINAL	0,4	0,0	0,2	0,5	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	2	0,1
BEBÊ QUE CHORA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	1	0,0
GRAVIDEZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	1	0,0
CRIANÇA QUE NÃO SE SENTE BEM	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	1	0,0
Total geral (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2.095	100
Total geral (valor absoluto)	223	288	511	183	233	416	927	545	623	1.168	2.095	

Fonte de dados básicos: Setor de Tecnologia da Informação do HRTN.

Nota: distribuição relativa obtida a partir do quociente entre o número de atendimentos encontrados para cada fluxograma e o total dos atendimentos (segundo o grupo de referência e sexo).

Deve-se salientar que, sob esse critério, grande traumatismo não foi incluído nas análises, mesmo sendo uma das principais referências de atendimento do HRTN, para a região de Venda Nova. Nota-se, que apesar de grande traumatismo ser referência desse Hospital, o volume de atendimentos referente a esse sintoma, realmente, é menor que a média dos atendimentos focados e, ainda, está concentrado, unicamente, no grupo UR, fugindo ao foco principal deste trabalho, que são os casos considerados como de pouca ou não urgência de atendimento (grupo dos Não Urgentes: atendimento e encaminhamento).

Identificado que, o maior volume de atendimentos realizados nos Serviço de Triagem do PS/HRTN estava concentrado em três sintomas, aqui denominados, de sintoma principais: *problemas nos membros, indisposição no adulto*⁹⁷ e *feridas*, a partir desse ponto do trabalho novas análises foram realizadas, tomando como referência esses sintomas. Vale ressaltar que todos eles estão presentes nos grupos de referência deste estudo, em ambos os sexos. Esse quadro poderia ser esperado em função dos procedimentos adotados pelo Protocolo de Manchester que, a partir da escolha de um sintoma (fluxograma) é que o estado de saúde do usuário é classificado, de acordo com o risco eminente de vida, agravos à saúde ou grau de sofrimento apresentado.

Análise dos sintomas principais, segundo grupos de referência

Analisando os sintomas principais, segundo grupos de referência (TAB. 12), observa-se que no grupo NU/ATE prevalece, com proporção expressiva, o sintoma *problemas nos membros*, seguido de *feridas* e *indisposição no adulto*. Analisando esses dados segundo sexo, observa-se esse mesmo comportamento entre as pessoas do sexo masculino. Entre as pessoas do sexo feminino há, também, maior concentração de casos com *problemas nos membros*, mas equivalência na proporção de casos com sintoma *indisposição no adulto*, e *feridas*. Nos

⁹⁷ Um especialista em urgências e emergências hospitalar, e na aplicação do Protocolo de Manchester, estranhou que *indisposição no adulto* aparecesse no *ranking* dos sintomas apresentados pelas pessoas que demandam pelo PS/HRTN, em 2ª. posição, por ser esse sintoma muito genérico. Segundo ele, a tendência dos profissionais é escolher um fluxograma mais específico. No entanto, de acordo com uma informação passada por uma profissional, também, com experiência na aplicação do Protocolo de Manchester, na UPA/VN, normalmente, o sintoma *indisposição no adulto* tem sido utilizado para qualificar casos de gripe ou dengue, em Belo Horizonte. Nesta tese, a análise da distribuição dos atendimentos referentes a *indisposição no adulto* identificou maior concentração de casos no período de março a maio de 2010, coincidindo com o período de maior incidência de casos de dengue na Região de Venda Nova. Esse dado reforça a informação de que o sintoma *indisposição no adulto* está sendo aplicado nos casos de dengue. Estudo realizado por Diogo (2007) identificou associação de *indisposição no adulto* com *Síndrome Gripal* com ou sem “muita febre”, Constipações em cidadãos/utentes com doença *crônica* e/ ou com terapêutica específica; além de desmaio e dor; agudização de doença *crônica* (Arritmias); e Acidente Vascular Cerebral.

grupos NU/ENC e UR prevalece, também, em primeiro lugar *problemas nos membros*, mas seguido de *indisposição no adulto* e depois *feridas*, para ambos os sexos. Chama a atenção, no caso de pessoas do sexo feminino, grupo UR, a proporção de casos com sintoma *indisposição no adulto*, quando comparado a *feridas*.

TABELA 12

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por sintomas principais, grupos de referência e sexo (distribuição relativa, em relação ao total de atendimentos por grupo de referência). Período Ago./2009 a Jul./2010.
Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

Sintomas Principais	Não Urgente (NU) (%)							Urgente (UR) (%)			Total geral (%)
	NU/ATE			NU/ENC			NU Total	F	M	UR Total	
	F	M	ATE Total	F	M	ENC Total					
PROBLEMAS NOS MEMBROS	68,5	66,5	67,3	40,5	42,8	41,8	55,8	53,0	59,6	56,4	56,1
INDISPOSIÇÃO NO ADULTO	15,8	9,9	12,3	37,3	31,3	33,9	22,0	36,9	22,3	29,4	25,3
FERIDAS	15,8	23,6	20,4	22,2	25,9	24,3	22,2	10,0	18,1	14,2	18,6
Total geral (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total geral	146	212	358	126	166	292	650	249	265	514	1.164

Fonte dos dados básicos: Banco de dados Setor de Tecnologia de Informação /HRTN

Focando-se as análises sobre os sintomas principais (TAB. 13), observa-se que *problemas nos membros* foi mais frequente no grupo NU, sendo a maioria classificada como NU/ATE. Em todos os grupos, prevalecem pessoas do sexo masculino. *Feridas*, também, é mais frequente no grupo de referência NU, mas se observa equivalência na proporção de casos classificados como NU/ATE e NU/ENC. A exemplo de *problemas nos membros*, em todos os grupos, é maior a proporção de pessoas do sexo masculino. Nos casos referentes à *indisposição no adulto*, observa-se equivalência na distribuição dos atendimentos entre o grupo NU e UR. No grupo NU, há maior proporção de casos no subgrupo NU/ENC. Em ambos os subgrupos a proporção de pessoas do sexo masculino e feminino, se equivalem. No grupo UR, é maior a proporção de pessoas do sexo feminino.

TABELA 13

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por sintomas principais, grupos de referência e sexo (distribuição relativa, em relação ao total de atendimentos por sintoma principal). Período Ago./2009 a Jul./2010.
Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

Sintomas Principais	Não Urgente (%)							Urgente (%)			Total geral (%)
	NU/ATE			NU/ENC			NU Total	F	M	UR Total	
	F	M	ATE Total	F	M	ENC Total					
PROBLEMAS NOS MEMBROS	15,3	21,6	36,9	7,8	10,9	18,7	55,6	20,2	24,2	44,4	100,0
INDISPOSIÇÃO NO ADULTO	7,8	7,1	15,0	16,0	17,7	33,7	48,6	31,3	20,1	51,4	100,0
FERIDAS	10,6	23,0	33,6	12,9	19,8	32,7	66,4	11,5	22,1	33,6	100,0
Total geral	12,5	18,2	30,8	10,8	14,3	25,1	55,8	21,4	22,8	44,2	100,0
Total geral	146	212	358	126	166	292	650	249	265	514	1.164

Fonte dos dados básicos: Banco de dados Setor de Tecnologia de Informação /HRTN

Por esses dados se conclui que cerca de 81% dos atendimentos referentes a *problemas nos membros*, 66% a *indisposição no adulto* e cerca de 67% referentes a *feridas*, foram considerados como situações de saúde para atendimento clínico pelo HRTN (NU/ATE + UR). Deve-se lembrar que no grupo NU o atendimento pelo hospital não está atrelado ao nível de urgência de atendimento e sim a oferta dos serviços de saúde na região.

No caso de *problemas nos membros* essa situação poderia ser explicada, a princípio, pelo fato do HRTN ser referência em ortopedia na região e a UPA/VN não possuir ortopedistas. Mas, uma análise no banco de dados fornecidos pelo HRTN indicou que problema nos membros, também, aparece como sintoma principal na população adstrita ao Distrito Sanitário Norte. Esse Distrito possui ortopedista, sendo, inclusive, referência para a UPA/VN nessa especialidade⁹⁸.

Analisando os sintomas principais por grupos de referência e discriminadores, TAB. 14, no grupo NU/ATE, em *problemas nos membros* o discriminador dor representa 95% dos casos analisados. Em *indisposição no adulto* o discriminador dor somado a *problema recente* representam 100% dos casos e, em *feridas*, dor somado a traumatismo recente e inflamação local, 99% dos casos.

⁹⁸ Informação verbal, obtida na gerência da UPA/VN.

TABELA 14

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por sintomas principais, discriminadores, grupos de referência e sexo (distribuição relativa, em relação ao total de atendimentos por grupo de referência). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

Sintomas principais e Discriminadores	Não Urgente (%)							Urgente (%)			Total geral (%)
	NU/ATE			NU/ENC			Total	Urgente (%)			
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total		Fem.	Masc.	Total	
PROBLEMAS NOS MEMBROS											
Dor	93,0	96,5	95,0	96,1	98,6	97,5	95,9	0,0	0,0	0,0	53,3
Dor moderada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	95,5	93,7	94,5	42,0
Edema	6,0	2,1	3,7	2,0	1,4	1,6	3,0	0,0	0,0	0,0	1,7
História inapropriada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	2,5	2,8	1,2
Lesão recente	1,0	1,4	1,2	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,5
Deformação grosseira	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	1,0	0,5
Outros	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,8	0,3	1,5	1,9	1,7	0,9
Total geral (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total geral	100	141	241	51	71	122	363	132	158	290	653
INDISPOSIÇÃO NO ADULTO											
Dor	87,0	90,5	88,6	76,6	78,8	77,8	81,1	0,0	0,0	0,0	39,5
Início súbito	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	40,2	52,5	45,0	23,1
Dor moderada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	32,6	18,6	27,2	13,9
Problema recente	13,0	9,5	11,4	17,0	9,6	13,1	12,6	0,0	0,0	0,0	6,1
Pulso anormal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,0	11,9	11,9	6,1
Alteração do estado de consciência	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,6	6,8	7,3	3,7
Outros	0,0	0,0	0,0	6,4	11,5	9,1	6,3	7,6	10,2	8,6	7,5
Total geral (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total geral	23	21	44	47	52	99	143	92	59	151	294
FERIDAS											
Dor	91,3	78,0	82,2	92,9	86,0	88,7	85,4	0,0	0,0	0,0	56,7
Dor moderada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	64,0	79,2	74,0	24,9
Traumatismo recente	4,3	14,0	11,0	0,0	14,0	8,5	9,7	0,0	0,0	0,0	6,5
Pequena hemorragia incontrolável	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	14,6	16,4	5,5
Inflamação local	4,3	6,0	5,5	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	1,8
História inapropriada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,0	2,1	5,5	1,8
Outros	0,0	2,0	1,4	7,1	0,0	2,8	2,1	4,0	4,2	4,1	2,8
Total geral (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total geral	23	50	73	28	43	71	144	25	48	73	217

Fonte dos dados básicos: Banco de dados Setor de Tecnologia de Informação /HRTN

No grupo NU/ENC, em *problemas nos membros*, dor representa cerca 98% dos casos. Em *indisposição no adulto*, dor (78%) e problema recente representam cerca de 91% dos casos e, em *feridas*, dor (89%) e traumatismo recente, 97%.

No grupo UR, problema nos membros apresenta como principal discriminador dor moderada, com cerca de 95% dos casos. Em *indisposição no adulto*, juntos, início súbito (45%), dor moderada (27%), pulso anormal e alteração do estado de consciência representam cerca de 91% dos casos. E em *feridas*, dor moderada (74%) e pequena hemorragia incontrolável (16%) representam cerca de 90% dos casos.

Comparando o grupo NU/ENC e o grupo NU/ATE não se identifica características nos sintomas/discriminadores apresentados pelos usuários, que os distingua. Esse fato reforça a tese de que o que diferencia esses dois subgrupos é a oferta dos serviços de saúde na região, identificada na “gestão do dia-a-dia”. E, o que distingue o grupo NU do grupo UR, nos casos de *problemas nos membros* e *feridas*, é a intensidade da dor. Nos casos de *indisposição no adulto*, grupo NU, nota-se maior concentração de casos no sintoma/discriminador dor, ao passo que no grupo UR a distribuição está menos concentrada.

No caso de *problemas nos membros*, fratura exposta é um discriminador que caracteriza concretamente a necessidade de atendimento no nível hospitalar, por requerer procedimento cirúrgico⁹⁹. Na amostra analisada, apenas em 0,7% dos casos classificados como UR aparece esse discriminador. No entanto, é importante frisar que no fluxograma de *problemas nos membros* (item 3.2) a presença de dor moderada, como visto, cerca de 95% dos casos UR, já qualifica a urgência do caso, eliminando a necessidade de verificação dos outros discriminadores, daí, talvez, o baixo número de casos com discriminador fratura exposta.

Analisando os sintomas principais segundo grupos de referência e tipo de resultado (desfecho do atendimento), TAB. 15, tem-se que todos os atendimentos referentes ao grupo NU/ENC, por definição deste estudo, tiveram como desfecho Alta após Atendimento.

⁹⁹ Informação obtida em conversas realizadas com profissionais médicos e enfermeiros.

TABELA 15

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por grupos de referência, desfecho do atendimento, sintomas principais e sexo (distribuição relativa, em relação ao total de atendimentos por grupo de referência). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

Sintomas Principais x Grupo de Referência e Desfecho do Atendimento	PROBLEMAS NOS MEMBROS			FERIDAS			INDISPOSIÇÃO NO ADULTO			Total geral
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	
NU/ATE										
Alta após atendimento	71,0	78,7	75,5	65,2	62,0	63,0	21,7	33,3	27,3	67,0
Desistência	26,0	19,9	22,4	34,8	34,0	34,2	60,9	61,9	61,4	29,6
Transf. p/ atendimento hospitalar	3,0	1,4	2,1	0,0	4,0	2,7	17,4	4,8	11,4	3,4
Total geral (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total geral	100	141	241	23	50	73	23	21	44	358
NU/ENC										
Encaminhado a outra Unid. de Saúde	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total geral (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total geral	51	71	122	47	52	99	28	43	71	292
UR										
Alta após atendimento	81,1	79,1	80,0	42,4	40,7	41,7	92,0	83,3	86,3	69,6
Desistência	3,8	7,0	5,5	15,2	10,2	13,2	4,0	6,3	5,5	7,8
Óbito	0,8	0,0	0,3	1,1	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,4
Transf. p/ atendimento hospitalar	14,4	13,9	14,1	41,3	49,2	44,4	4,0	10,4	8,2	22,2
Total geral (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total geral	132	158	290	92	59	151	25	48	73	514

Fonte dos dados básicos: Banco de dados Setor de Tecnologia de Informação /HRTN

Nos casos NU/ATE, em *problemas nos membros*, observa-se que a maioria dos registros de atendimento teve como desfecho Alta após Atendimento, em ambos os sexos. Nota-se que cerca de ¼ das pessoas desistiram do atendimento, sendo a maioria delas do sexo feminino. Poucos casos foram transferidos para atendimento no nível hospitalar. Essa situação de transferência é possível em casos classificados como NU, pois, como já dito, o Protocolo de Manchester indica o tempo necessário para a intervenção no caso, e não o diagnóstico da situação de saúde que é o que em última instância pode definir o tipo de tratamento necessário.

Nos casos referentes à *indisposição no adulto*, chama a atenção o alto índice de desistência do atendimento clínico (cerca de 60%, para ambos os sexos), representando mais que o dobro da proporção de pessoas que esperaram por atendimento e foram liberadas após atendimento. E, também, a proporção de casos transferidos para atendimento no nível

hospitalar, principalmente, dentre as pessoas do sexo feminino, quando comparado com os sintomas *problemas nos membros e feridas*.

No sintoma *feridas* a maioria dos atendimentos do grupo NU/ATE também teve como resultado Alta após Atendimento. Observa-se que cerca de um terço das pessoas com esse sintoma desistiu do atendimento, em ambos os sexos. Alguns casos de pessoas do sexo masculino foram transferidos para atendimento no nível hospitalar.

Quanto ao grupo UR, *problemas nos membros*, a maioria das pessoas (cerca de 80% dos casos), recebeu Alta após Atendimento. Cerca de 14% foram transferidas para atendimento no nível hospitalar e poucas desistiram do atendimento. No sintoma *indisposição no adulto* cerca de 41% dos atendimentos resultaram em Alta após Atendimento e cerca de 44%, em Transf. para Atendimento Hospitalar, nesses casos, principalmente, pessoas do sexo masculino. No sintoma *feridas* cerca de 86% dos atendimentos correspondeu a Alta após Atendimento, principalmente, nos casos relativos a pessoas do sexo feminino. Menor número de pessoas desistiu do atendimento ou foi transf. para atendimento hospitalar. Esses dados sugerem que embora os atendimentos classificados como UR exigissem urgência no tempo para se prestar a assistência, não exigiam procedimentos de alta complexidade para o tratamento, pelo menos quanto a materiais e equipamentos¹⁰⁰. Portanto, apontam que, a princípio, eles poderiam ser atendidos em unidades de saúde de menor complexidade.

O que se abstrai dessas últimas análises é que, considerando apenas o total de atendimentos referentes ao grupo NU e ao grupo UR, cerca de 75% dos atendimentos referentes a *problemas nos membros*, e cerca de 75% dos referentes a *feridas* referem a procedimentos de menor complexidade. Poderiam, portanto, em condições devidas de oferta dos serviços de saúde, como é a proposta da PNAU para organização das redes de atenção à saúde, ser atendidos em unidades de saúde de menor nível de complexidade.

Distribuindo os sintomas principais por faixa etária e sexo (GRÁF. 23), e comparando essas informações com a estrutura de idade da população do DSVN/2010, dentre os atendimentos referentes a *problemas nos membros*, observa-se maior volume de atendimentos entre as pessoas do sexo masculino, principalmente, nas faixas de 5 a 44 anos. Nessas faixas, a proporção dos atendimentos referentes a essas pessoas é maior que a proporção delas na população do DSVN/2010. Nas faixas etárias de 50 e mais, a proporção dos atendimentos

¹⁰⁰ Não significando, contudo, que não exigiam alta complexidade teórica e/ou profundo conhecimento empírico.

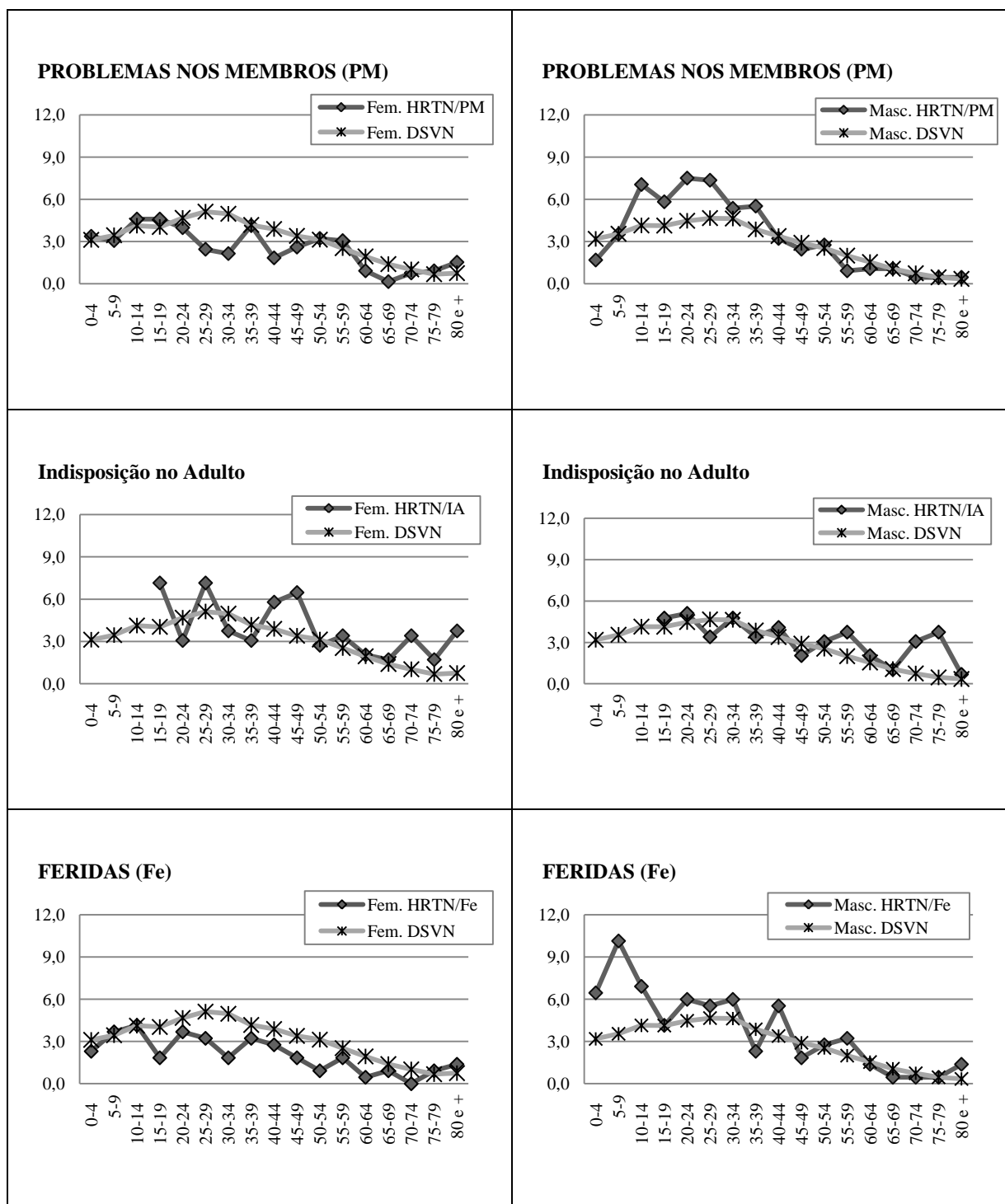
referentes às pessoas do sexo feminino tende a ser maior, que das pessoas do sexo masculino, mas proporcional a esse grupo na população.

Nos atendimentos relativos à *indisposição no adulto*, observa-se maior volume de atendimentos referentes às pessoas do sexo feminino, concentrados nas faixas de 15 a 49 anos, tendendo a ser superior a esse grupo na população do DSVN/2010 ao longo de toda a estrutura etária. No caso das pessoas do sexo masculino, observa-se uma distribuição mais homogênea dos atendimentos ao longo da estrutura etária, semelhante à proporção de pessoas na população, salvo nas faixas de 55 e mais. Nessas faixas a proporção dos atendimentos tende a ser maior que a proporção das pessoas do sexo masculino, na população.

Nos casos referentes a *feridas*, observa-se maior presença de pessoas do sexo masculino, principalmente, entre os menores de 60 anos, com maior concentração de casos nas faixas de 0 a 14 anos. Comparando esses dados com a distribuição da população do DSVN/2010, observa-se que a proporção desses atendimentos tende a ser superior à proporção dessas pessoas, na população. No caso das pessoas do sexo feminino, observa-se que, a estrutura etária dos atendimentos assemelha-se a estrutura etária desse grupo na população, com a proporção dos atendimentos tendendo a ser menor que, a proporção dessas pessoas, na população.

GRÁFICO 23

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, sintomas principais, por sexo e faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.



Fonte de dados básicos: Banco de dados Setor de Tecnologia/HRTN

Síntese dos Resultados Encontrados

Sintetizando as características observadas dos atendimentos realizados pelo PS/HRTN, TAB. 16, pode-se dizer que o grupo de referência NU/ATE é caracterizado por maior presença de pessoas do sexo masculino, com maior concentração de pessoas nas faixas etárias de 0 a 19 anos. A maioria das pessoas (79%) se declarou sem companheiro. As pessoas nesse grupo demandaram pelo PS/HRTN, principalmente, nas segundas e quartas-feiras, e menos nos finais de semana; no turno diurno – 07:00 às 19:00h –, com tendência aos horários entre 13:00 às 19:00 horas. Com relação às necessidades de saúde, os principais sintomas identificados, segundo o Protocolo de Manchester, foram *problemas nos membros, feridas e indisposição no adulto*. Dentre esses sintomas, o principal discriminador identificado foi dor. Com relação ao desfecho do atendimento (tipo de resultado), cerca de 67% dos atendimentos resultaram em alta após atendimentos, e cerca de 30% das pessoas desistiram do atendimento.

No grupo NU/ENC, também, foi observado maior presença de pessoas do sexo masculino, com concentração de atendimentos nas faixas etárias de 20 a 39 anos. A maioria das pessoas desse grupo se declarou sem companheiro (85,8%). As pessoas desse grupo de referência demandaram pelo PS/HRTN, principalmente, na segunda e quarta-feira, e menos nos domingos e quintas-feiras; no turno diurno, principalmente, no intervalo de 13:00 às 19:00h. Com relação às necessidades de saúde, os principais sintomas observados foram *problemas nos membros, indisposição no adulto e feridas*. No conjunto desses sintomas o principal discriminador identificado foi dor. Quanto ao desfecho do atendimento, todos os registros, por definição deste estudo, referem a usuários que foram encaminhados a unidades de saúde de menor complexidade, ou seja, foram atendidos pelo Serviço de Triagem do PS/HRTN, mas não receberam o atendimento clínico nesse Hospital.

TABELA 16

Síntese das características observadas nas análises dos atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, segundo variáveis de análise e grupos de referência. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

Variáveis de Análise	Não Urgente (NU)			Urgente (UR)	Total geral
	NU/ATE	NU/ENC	TOTAL		
Quantitativo					
Número de Casos	512	418	930	1.168	2.098
Frequência relativa (%)	24,4	19,9	44,3	55,7	100
Média 2o. Sem./2009 (5 meses)	78	17	95	91	186
Média 1o. Sem./2010 (7 meses)	17	48	65	102	167
Sexo (%)					
Feminino	43,8	44,3	44,0	46,7	45,5
Masculino	56,3	55,7	56,0	53,3	54,5
Faixa Etária (%)					
< 19 anos	39,8	31,6	36,1	24,1	29,4
20 a 39	36,9	34,0	35,6	34,9	35,2
40 a 59	15,2	25,6	19,9	23,6	22,0
60 ou mais	8,0	8,9	8,4	17,4	13,4
Situação Conjugal (*) (%)					
Com companheiro	20,7	14,2	17,6	16,1	16,7
Sem companheiro	79,3	85,8	82,4	83,9	83,3
Dia da Semana					
> Concentração de Atendimentos	2ª e 4ª	2ª e 4ª	2ª e 4ª	Dom. e Sáb.	2ª e 4ª
< Concentração de Atendimentos	Sáb. e Dom.	Dom. e 5a.	Dom. e Sáb.	5a. e 3a.	5a. e Dom.
Turno Geral (%)					
Diurno	74,2	80,9	77,2	59,9	67,6
Noturno	25,8	19,1	22,8	40,1	32,4
Turno Diurno (%)					
07:00 às 12:59 h.	47,6	44,4	46,1	47,9	47,0
13:00 às 19:00 h.	52,4	55,6	53,9	52,1	53,0
Sintomas Principais (%)					
Problemas nos membros	47,1	29,2	39,0	24,8	31,1
Indisposição no adulto	8,8	24,2	15,7	12,9	14,2
Feridas	14,3	17,0	15,5	6,3	10,3
Discriminador (**) (%)					
Dor	91,6	88,8	90,4	-	50,6
Dor moderada	-	-	-	71,8	31,6
Início súbito	-	-	-	13,2	5,8
Desfecho do atendimento (**)					
Alta após atendimento	66,9	-	36,8	69,6	51,2
Encaminhado a outra Unid. de Saúde	-	100,0	45,0	-	25,2
Desistência	29,8	-	16,4	7,8	12,6
Transf. p/ atendimento hospitalar	3,3	-	1,8	22,2	10,8
Óbito	-	-	0,0	0,4	0,2

Fonte: elaboração própria, a partir de resultados da pesquisa.

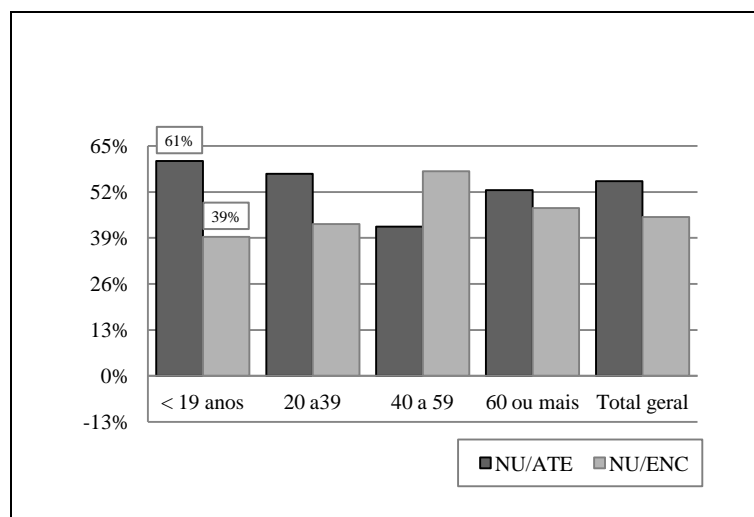
(*) - Incluído idades de 15 e mais anos

(**) - Considerando os sintomas principais, de forma conjunta.

Assim, comparando as características dos grupos de referência NU/ATE e NU/ENC não se observa diferenças expressivas entre eles, exceto no tipo de resultado, que foi o marcador utilizado para diferenciar esse dois grupos. O que se pode destacar é que as pessoas nas faixas etárias entre 0 a 19 tendem, a ser atendidas pelo PS/HRTN, como aponta o GRÁF. 24.

GRÁFICO 24

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupo de referência NU, por faixa etária. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.



Fonte: elaboração própria, a partir de resultados da pesquisa.

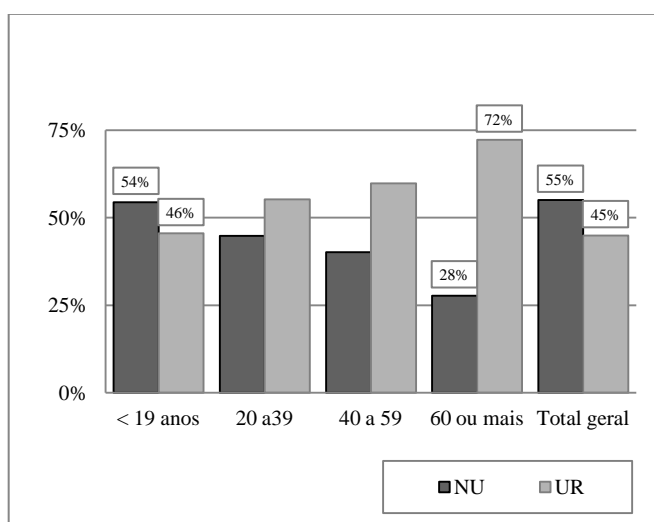
Quanto ao grupo UR, a exemplo dos grupos NU, ele é caracterizado por maior volume de pessoas do sexo masculino, predominantemente, por pessoas sem companheiro. Com relação à faixa etária, a maior concentração de casos está nas faixas de 20 a 39 anos. As pessoas classificadas nesse grupo demandam pelo PS/HRTN, principalmente, nos domingos e sábados, e menos nas quintas e terças-feiras; prioritariamente, no turno diurno, com tendência aos horários entre 13:00 às 19:00 horas. Com relação às necessidades de saúde, os principais sintomas identificados segundo o Protocolo de Manchester, também foram *problemas nos membros, indisposição no adulto e feridas*. O principal discriminador no conjunto desses sintomas foi dor moderada, seguida de início súbito. Quanto ao desfecho do atendimento à maioria dos atendimentos resultaram em alta após atendimento, seguido por transferidas para atendimento hospitalar. Poucas pessoas desistiram do atendimento.

Comparando o grupo de referência UR, com o grupo NU, fatores predisponentes, não se observa diferenças expressivas entre esses grupos nas variáveis sexo e situação conjugal. Com relação às faixas etárias (GRÁF. 25), observa-se que quanto maior a idade dos indivíduos, maior tende a ser a concentração de atendimentos no grupo UR. Esse é um dado importante, principalmente, considerando um contexto caracterizado pelo acelerado envelhecimento populacional, como observado na população do DSVN. Nesse sentido,

políticas públicas voltadas para a saúde dos idosos, tornam-se fundamentais. Dentre essas políticas, incluem-se: políticas de prevenção, como exemplo, de doenças crônicas; formação de recursos humanos para serviços geriátricos e gerontológicos, nos diversos níveis da atenção; desenvolvimento de programas específicos para atendimento à população idosa, e estabelecimento de redes sociais, visando o atendimento às pessoas idosas (Wong *et al.*, 2009).

GRÁFICO 25

Atendimentos realizados no PS/HRTN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupos de referência NU total e UR, por faixa etária. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.



Fonte de dados básicos: Banco de dados Setor de Tecnologia da Informação/HRTN.

Com relação às características do dia e turno de atendimento demandado, observa-se que os atendimentos UR foram mais frequentes nos finais de semana, ao passo que os NU, mais frequentes nas 2ª feiras. Considerando que, os atendimentos UR são apropriados para atendimento pelo nível de complexidade da urgência e emergência hospitalar, e que os casos NU são apropriados para atendimento nos centros de saúde (além das UPA, que funcionam 24h/dia), não se percebe conflito entre os dias e horários de funcionamento da atenção básica, e a maior demanda pelo PS/HRTN. Em outras palavras o horário de funcionamento das UBS não parece ser um fator preponderante para a demanda de usuários pelos serviços de urgência hospitalar, como sugere, por exemplo, o estudo de Furtado *et al.* (2004)

Quanto às necessidades de saúde, causa mais imediata do uso dos serviços de saúde segundo Aday e Andersen (1974), para os três grupos de referência, o maior volume de atendimentos referem ao sintoma *problemas nos membros*, seguido de *indisposição no adulto e feridas*. No conjunto desses sintomas, e em todos os grupos, o principal discriminador identificado foi dor. Com relação a esse discriminador, o que difere o grupo NU do grupo UR, é a intensidade da dor. Essa diferença seria de se esperar, em função das definições do Protocolo de Manchester. No grupo UR a dor é considerada como severa (ou intensa) – classificação laranja, ou moderada – classificação amarela.

Como um último fator de análise, na variável desfecho do atendimento, observa-se que, cerca de 70% dos atendimentos classificados como UR tiveram como resultado alta após atendimento, correspondente ao percentual encontrado para o grupo NU/ATE¹⁰¹.

Assim pode-se dizer que tomando como referência as variáveis propostas pelo modelo comportamental de Aday e Andersen (1974), e a classificação de risco do Protocolo de Manchester, não é possível traçar um perfil objetivo que diferencie de forma expressiva a demanda pelos serviços de urgência e emergência do PS/HRTN, em situações de pouca ou não urgência de atendimento, das situações de urgência (grupo de referência NU e UR, respectivamente).

Na sequência deste item, para contrapor as características observadas para a utilização dos serviços de urgência e emergência do HRTN, são apresentadas as características da utilização dos serviços da UPA/VN e do CSVN¹⁰² (nesse caso, especificamente o serviço de acolhimento, que ainda não utiliza classificação de risco na triagem) que são dois outros pontos fixos de atenção à saúde, na região do DSVN.

4.2 Unidade de Pronto Atendimento Venda Nova

Como visto, a UPA/VN, a exemplo do HRTN, adota o Sistema de Triagem Manchester para classificação do estado de saúde das pessoas que procuram por seu

¹⁰¹ Ressalta-se que, considerando o grupo NU como um todo, esse percentual é de cerca de 37%. Mas, esse percentual está influenciado pela proporção de casos NU-ENC, no qual 100% dos casos referem a encaminhamentos à outras unidades de saúde, de menor complexidade.

¹⁰² Para o CSVN foram considerados apenas os atendimentos referentes ao Serv. de Acolhimento, que ainda não utiliza nenhum sistema de classificação de risco.

atendimento, mas o sistema não é informatizado. Assim, a fim de se obter informações que permitissem uma análise comparativa com os resultados encontrados para o HRTN, fez-se necessário recorrer a fontes de dados distintas: Serviço de Estatística da UPA/VN, Prodabel e Gerência de Epidemiologia e Informação do DSVN (GEREPI-VN).

É importante esclarecer que embora os dados levantados em cada instituição correspondam a um mesmo período de referência – agosto/2009 a julho/2010 -, não se encontrou correspondência nos quantitativos informados por essas instituições, como mostra o QUADRO 8.

QUADRO 8

Demonstrativo das fontes dos dados referentes aos atendimentos realizados na UPA/VN.

Instituição	Prodabel	Serviço de Estatística da UPA/VN	GEREPI-VN
Formato dos dados fornecidos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Por atendimento/usuário 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consolidado por mês e ano do atendimento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consolidado por turno de atendimento (diurno, noturno) e mês e ano de atendimento.
Variáveis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Data do atendimento; ▪ horário do atendimento; ▪ data de nascimento; ▪ sexo; ▪ estado civil; ▪ CS de ref. do usuário. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester (Cor); ▪ desfecho do Atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Classificação de risco (emergência, urgência, não urgência); ▪ distribuição por sexo; ▪ distribuição por faixa etária; ▪ Desfecho do atendimento.
Universo/Amostra	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pop. adstrita ao CSVN. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos os atendimentos realizados pela UPA/VN. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos os atendimentos realizados pela UPA/VN.
Quantidade de registros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CSVN: 4.774 ▪ DSVN: 51.928 ▪ Belo Horizonte: 69.376 ▪ Todos atendimentos: 94.765 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos atendimentos: 116.872 ▪ Atendimentos com especificação da classificação de risco: 111.748 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Classificação de risco: 89.685. ▪ Distribuição por sexo: 89.090. ▪ Distribuição por faixa etária: 93.281. ▪ Desfecho do atendimento: 90.082

Fonte: elaboração própria.

Assim, na sequência deste item, os resultados encontrados para os atendimentos da UPA/VN, são apresentados segundo a fonte de origem.

Perfil da utilização, segundo dados da Prodabel

Ao todo o banco de dados fornecidos pela Prodabel contém 94.765 atendimentos. Desses, 73% são referentes a pessoas declaradas como residentes em Belo Horizonte e 24% a pessoas residentes em outros municípios.

Dos atendimentos referentes aos residentes em Belo Horizonte, constatou-se que cerca de 75% referem-se a usuários residentes no DSVN, seguido de 15% do Distrito Sanitário Norte e 4% do Distrito Pampulha. Lembrando, cada Distrito Sanitário de Saúde em Belo Horizonte, a exceção do Distrito Noroeste, possui uma UPA de referência para atendimento a sua população adstrita. Portanto, é de se esperar que a UPA/VN atenda principalmente à população adstrita ao DSVN.

Distribuindo os atendimentos referentes ao DSVN pelos respectivos centros de saúde, verifica-se pela TAB. 17, que dos 51.928 atendimentos, perto de 10% corresponde à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova (CSVN), seguida do CS Mantiqueira e Minas Caixa. No entanto, não existe diferenças expressivas nas frequências relativas aos 8 primeiros centros de saúde listados.

TABELA 17

Atendimentos realizados na UPA/VN, distribuídos por centro de saúde de residência (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

Centro de Saúde	Quant.	%
C.S. Venda Nova	4.774	9,2
C.S. Mantiqueira	4.619	8,9
C.S. Minas Caixa	4.273	8,2
C.S. Santa Mônica	3.729	7,2
C.S. Andradas	3.602	6,9
C.S. Visconde do Rio Branco	3.559	6,9
C.S. Lagoa	3.556	6,8
C.S. Jardim Europa	3.509	6,8
C.S. Nova York	3.033	5,8
C.S. Jardim Comerciário	2.865	5,5
C.S. Piratininga	2.841	5,5
C.S. Jardim Leblon	2.806	5,4
C.S. Céu Azul	2.618	5,0
C.S. Santo Antônio	2.527	4,9
C.S. Serra Verde	2.041	3,9
C.S. Copacabana	1.576	3,0
Total geral	51.928	100

Fonte dos dados básicos: Prodabel - Projeto Gestão Saúde em Rede

Focando as análises nos 4.774 atendimentos referentes ao CSVN (TAB. 18), observa-se que os maiores registros referem ao período de março a maio de 2010. Esse dado pode ser explicado pela incidência de dengue na Região de Venda Nova. O mês que registrou menor número de atendimentos foi o mês de agosto, seguido do mês de dezembro.

Comparando os períodos que antecedem a pactuação entre a SMSA-BH, a UPA/VN e o HRTN, no 2º. Semestre de 2009, observa-se maior concentração de casos no mês de

novembro/2009. Observa-se ainda, que desde agosto/2009 o número de atendimentos da UPA/VN foi crescente ao longo do tempo, exceção a dezembro/2010. A partir de janeiro de 2010 o aumento aconteceu de forma mais acentuada, até o mês de maio/2010. Observa-se que a média dos atendimentos referente ao ano de 2010, influenciada pelos atendimentos de março a maio/2010, representa mais que o dobro da média dos atendimentos referentes ao ano de 2009 (523 e 223, respectivamente). Pode-se dizer que esse aumento no número de atendimentos está refletindo à referida pactuação. Ou seja, os dados sugerem que as pessoas, a partir da referida pactuação, passaram a buscar mais pelos serviços da UPA/VN.

TABELA 18

Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por mês/ano do atendimento. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

Mês de Referência	Quant.	%
Agosto/2009	79	1,65
Setembro/2009	210	4,40
Outubro/2009	266	5,57
Novembro/2009	373	7,81
Dezembro/2009	187	3,92
Janeiro/2010	392	8,21
Fevereiro/2010	382	8,00
Março/2010	603	12,63
Abril/2010	646	13,53
Maió/2010	669	14,01
Junho/2010	469	9,82
Julho/2010	498	10,43
Total geral	4.774	100
Média (M)	398	
Desvio Padrão (DP)	189	
Coef. de Variação (DP/M)	0,47	
Total - 2o. Semestre/2009	1.115	
Total - 1o. Semestre/2010	3.659	
MÉDIA MENSAL	NU/ATE	
2009	223	
2010	523	
2010 / 2009	2,34	

Fonte dos dados básicos: Prodabel - Projeto Gestão Saúde em Rede

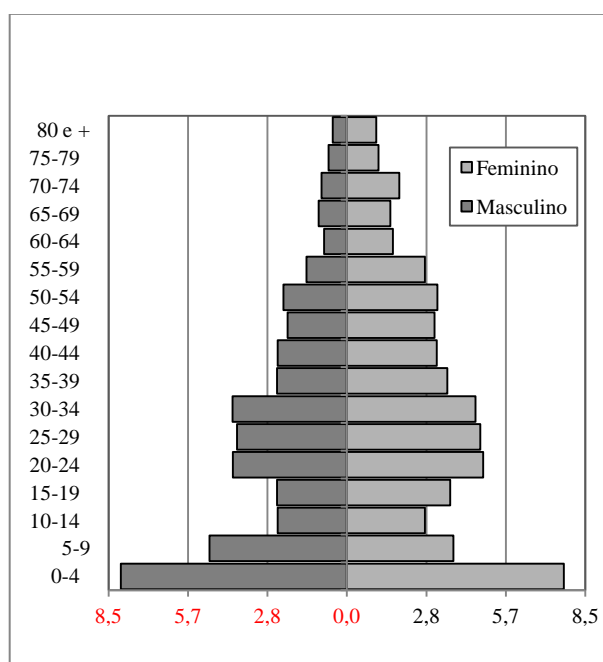
Focando as análises sobre os fatores predisponentes, e distribuindo os atendimentos por sexo e faixa etária (GRÁF. 26), observa-se que no total dos atendimentos prevalecem pessoas do sexo feminino, a exemplo da população adstrita ao DSVN/2010. No entanto,

analisado os dados por faixa etária, observa-se que nas faixas de 0 a 14 anos prevalecem pessoas do sexo masculino, também semelhante à população adstrita ao DSVN/2010.

A maior prevalência de pessoas do sexo feminino nos atendimentos da UPA/VN parece fragilizar a hipótese levantada no item 4.1 de que os homens na população do CSVN apresentam mais problemas de saúde, que as mulheres. Por outro lado, parece fortalecer a hipótese que eles demandam mais pelo atendimento no nível hospitalar, que as mulheres.

GRÁFICO 26

Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por sexo e faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

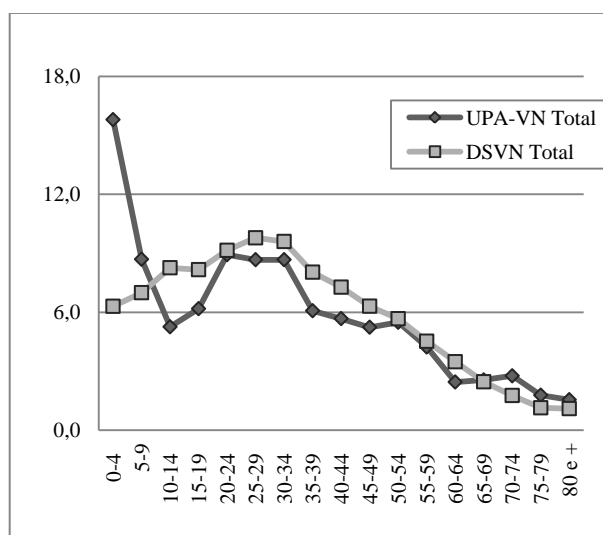


Fonte dos dados básicos: Prodabel - Projeto Gestão Saúde em Rede.

Comparando a distribuição relativa da população do DSVN/2010, com a distribuição relativa dos atendimentos realizados pela UPA/VN (GRÁF. 27), observa-se semelhança entre as mesmas. No entanto a proporção dos atendimentos é superior na faixa de 0 a 9 anos, para ambos os sexos, e ligeiramente, nas idades de 70 e mais, influenciado, principalmente, pelas pessoas do sexo masculino. Esses dados sugerem piores condições de saúde para esses grupos da população.

GRÁFICO 27

Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010; e população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova/2010. Município de Belo Horizonte.



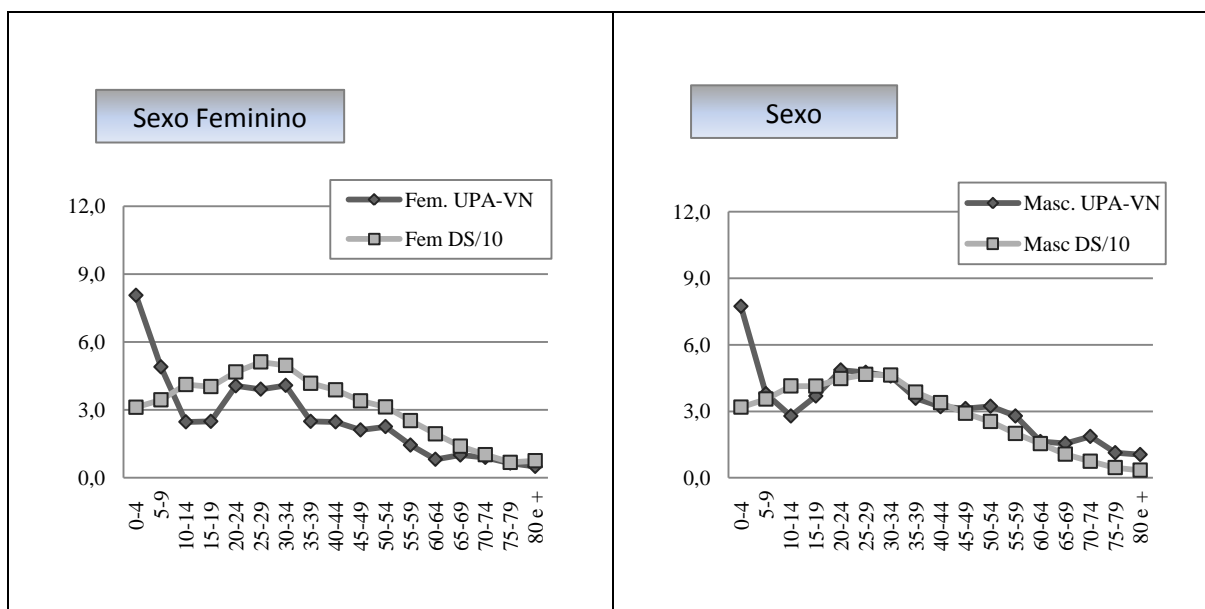
Fonte dos dados básicos: Prodabel - Projeto Gestão Saúde em Rede.

Realizando essas análises, segundo sexo, GRÁF. 28, verifica-se que, dentre as pessoas do sexo feminino, a proporção de atendimentos é relativamente menor que a proporção de mulheres na população, exceto nas faixas etárias de 0 a 9 anos, onde é superior. Nas idades de 65 e mais, as proporções praticamente se equivalem.

Entre as pessoas do sexo masculino nas faixas de 15 a 69 anos a proporção de atendimentos e pessoas na população, se equivalem. Nas faixas de 0 a 4 anos, a proporção de atendimentos é superior à proporção de pessoas na população, bem como, nas faixas de 65 e mais.

GRÁFICO 28

Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por sexo e faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010; e população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova/2010. Município de Belo Horizonte.



Fonte dos dados básicos: Prodabel - Projeto Gestão Saúde em Rede.

Analisando a situação conjugal das pessoas que demandaram pela UPA/VN no período analisado, considerando-se apenas as pessoas com idade de 15 anos e mais (3.354 atendimentos), verificou-se que em cerca da metade dos atendimentos (53%) não consta essa informação.

Dos 1.607 registros que constam a situação conjugal (TAB. 19), cerca de 42% dos casos, referem-se a pessoas que declararam viver com companheiro. Desses, a maioria é de pessoas do sexo feminino.

Observa-se que a maioria das pessoas encontra-se nas faixas etárias de 30 a 59 anos, em ambos os sexos. Nas faixas de 60 e mais, há menor volume de pessoas do sexo feminino, com companheiro. Esse quadro é o esperado em função de maior mortalidade entre as pessoas do sexo masculino.

TABELA 19

Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, situação Conjugal: com companheiro, por sexo e faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

Faixa Etária	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
15 a 29	21,2	5,1	13,5
30 a 44	59,1	53,1	56,6
45 a 59	64,8	65,6	65,1
60 ou mais	41,0	81,3	53,0
Quantidade Total	425	256	681

Fonte dos dados básicos: Prodabel - Projeto Gestão Saúde em Rede

Focando as análises sobre os fatores associados às características da demanda pela UPA/VN (TAB. 20 e GRÁF. 29), no geral, observa-se maior número de atendimentos nas segundas-feiras, e menor nos domingos, seguido das sextas-feiras. Esse mesmo comportamento é observado entre as pessoas do sexo masculino. No caso das pessoas do sexo feminino, o maior número de atendimentos observados é na quarta-feira, e o menor na quinta, seguida do domingo. O que se pode observar para ambos os sexos é que há maior concentração de atendimentos no período de 2ª a 4ª feira.

TABELA 20

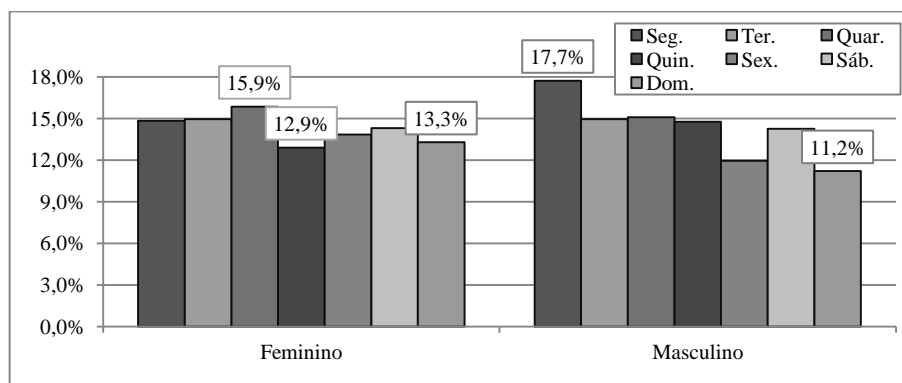
Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por dia da semana e sexo (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

Dia da Semana	Feminino (%)	Masculino (%)	Total geral (%)
Seg.	14,8	17,7	16,1
Ter.	15,0	15,0	15,0
Quar.	15,9	15,1	15,5
Quin.	12,9	14,8	13,7
Sex.	13,9	12,0	13,0
Sáb.	14,3	14,3	14,3
Dom.	13,3	11,2	12,4
Quantidade Total	2.642	2.132	4.774
Média (M)	14,3%	14,3%	14,3%
Desvio Padrão (DP)	1,0%	2,2%	1,4%
Coef. de Variação (DP/M)	0,1	0,2	0,1

Fonte dos dados básicos: Prodabel - Projeto Gestão Saúde em Rede

GRÁFICO 29

Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por sexo e dia da semana (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.



Fonte dos dados básicos: Prodabel - Projeto Gestão Saúde em Rede

Distribuindo os atendimentos por turno, observa-se que cerca de $\frac{3}{4}$ dos atendimentos aconteceram no turno do dia, ou seja, no intervalo entre 07:00 às 19:00h, em ambos os sexos. Neste intervalo, observa-se maior prevalência de atendimentos no horário 07:00 às 12:59 (54,5%), principalmente, dentre as pessoas do sexo masculino (TAB. 21).

TABELA 21

Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, turno diurno, por faixa de horário. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

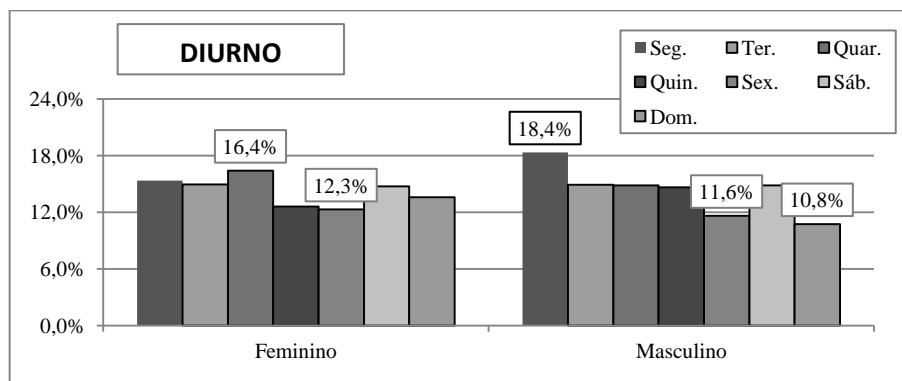
Faixa de Horário	Feminino		Masculino		Total geral
	Quant.	%	Quant.	%	
07:00 às 12:59 h.	1.064	53,9	879	55,3	1.943
13:00 às 19:00 h.	909	46,1	711	44,7	1.620
Total geral	1.973	100,0	1.590	100,0	3.563

Fonte dos dados básicos: Prodabel - Projeto Gestão Saúde em Rede

Distribuindo os atendimentos pelo turno diurno, e dia da semana, no geral, prevalece maior número de atendimentos nas segundas-feiras, e menor nas sextas-feiras, seguidas dos domingos. Observando-se por sexo (GRÁF. 30), nota-se que as mulheres demandaram mais pelos serviços da UPA/VN na quarta-feira, e menos na sexta, seguida do domingo. No caso das pessoas do sexo masculino, prevalece maior volume de atendimentos na segunda, e menor no domingo.

GRÁFICO 30

Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, turno diurno, por sexo e dia da semana (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.



Fonte dos dados básicos: Prodabel - Projeto Gestão Saúde em Rede

Concluída a apresentação dos resultados referentes aos dados fornecidos pela Prodabel, na sequência serão apresentados os resultados dos dados fornecidos pelo Serviço de Estatística da UPA/VN.

Perfil da utilização, segundo dados do Serviço de Estatística da UPA/VN.

Os dados provenientes do Serviço de Estatística da UPA/VN foram fornecidos em formato de tabela, contendo dados consolidados dos atendimentos realizados por seu serviço de triagem, segundo classificação de risco e desfecho do atendimento (atendidos, encaminhados, desistências) por mês e ano. Isso é, não se teve acesso aos microdados. Por meio desse relatório foi possível reclassificar os atendimentos associando à classificação de risco do Protocolo de Manchester, com o desfecho dos atendimentos, de forma semelhante aos critérios adotados para reclassificação dos atendimentos do PS/HRTN.

De um total de 116.872 atendimentos, período de agosto/2009 a julho de 2010, 95,7% refere à classificação de risco do Protocolo de Manchester, sendo: 64,5%, de atendimentos classificados na cor verde; 28,5%, na cor amarelo; 5,5% na cor laranja; 1,3% na cor azul; e 0,2%, na cor vermelha, 0,1 na cor branca e 4,3% sem a especificação da classificação. Dado os objetivos desta tese, e a perspectiva de comparar os atendimentos da UPA/VN com os do PS/HRTN, só foram considerados neste estudo os atendimentos referentes à classificação de risco do Protocolo de Manchester.

Deve-se salientar que esses dados incluem todos os atendimentos realizados pela UPA/VN, ou seja, atendimentos de pessoas residentes em Belo Horizonte (todos os Distritos) e em outros municípios, não sendo possível restringir às análises aos atendimentos relativos a população adstrita ao CSVN.

Analisando os dados referentes à classificação de risco do Protocolo de Manchester (111.748 registros), segundo desfecho do atendimento (TAB. 22) verificou-se que cerca de 76% dos casos foram atendidos pela UPA/VN, 13% foram encaminhados a outras unidades de saúde, e cerca de 11% desistiram de atendimento.

TABELA 22

Total de atendimentos realizados na UPA/VN, por desfecho do atendimento e classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

Cor	Desfecho do Atendimento							
	Encaminhados a outros serviços		Desistência		Atendidos		Total	
	Quat.	%	Quat.	%	Quat.	%	Quat.	%
Amarelo	566	1,8	665	2,1	30.562	96,1	31.793	100,0
Azul	1.383	92,1	89	5,9	30	2,0	1.502	100,0
Laranjas	40	0,6	17	0,3	6.123	99,1	6.180	100,0
Verdes	12.929	17,9	10.943	15,2	48.225	66,9	72.097	100,0
Vermelhos	3	1,7	1	0,6	172	97,7	176	100,0
Total	14.921	13,4	11.715	10,5	85.112	76,2	111.748	100,0

Fonte dos dados básicos: Serviço de Estatística da UPA/VN.

Observa-se que a maioria dos atendimentos encaminhados a outras unidades de saúde referem-se aos casos classificados na cor azul, e 18% classificados na cor verde. Como visto, os casos verdes são pontos de convergência entre as UPA e os centros de saúde. Ou seja, pela PNAU esses casos podem ser atendidos por uma ou outra dessas duas unidades.

Mais de 96% dos casos classificados na cor amarelo, laranja e vermelho foram atendidos pela UPA/VN. Deve-se lembrar, que diferentemente do HRTN, a UPA/VN pode encaminhar esses casos para outras unidades de saúde, quando o atendimento clínico necessário não for compatível com o seu nível de complexidade. Nessas situações, como previsto na PNAU, os casos devem ser estabilizados e, posteriormente, encaminhados à unidade de saúde de complexidade compatível. Com relação às desistências, observa-se que a maioria corresponde a atendimentos classificados na cor verde.

Assim, cruzando os dados da classificação de risco do Protocolo de Manchester com o tipo de resultado, foi possível reclassificar os atendimentos em: Não Urgente Atendimento (NU/ATE), Não Urgente Encaminhamento (NU/ENC), Urgente Atendimento (UR/ATE) e Urgente Encaminhamento (UR/ENC). É importante dizer que, seguindo os mesmos critérios adotados para o HRTN, os casos de desistência foram somados aos casos NU/ATE, pois, a princípio, essas pessoas receberiam atendimento clínico na UPA/VN caso não tivessem desistido. A distribuição dos atendimentos realizados pela UPA/VN, período de agosto de 2009 a julho de 2010, segundo mês de atendimento e classificação de referência deste estudo, está representada na TAB. 23.

Como pode ser observado pela TAB. 23 do total dos atendimentos analisados cerca de 66% correspondem aos casos classificados como NU, sendo 12,8% correspondente ao grupo NU/ENC e 53,1% a NU/ATE; e cerca de 34% atendimentos classificados como UR, sendo 0,5% UR/ENC e 33,6% UR/ATE. Assim, pode-se concluir que, cerca de 87% das pessoas que demandaram pela UPA/VN receberam (ou receberiam, se não tivessem desistido) atendimento clínico nessa unidade de saúde. Idealmente, considerando que apenas os casos classificados como azul e vermelho não são de seu nível de complexidade, a UPA teria que ter atendido cerca de 98% da demanda.

Pode-se observar, também, que os maiores registros correspondem ao período de março a maio de 2010. Como visto, esse dado pode ser explicado pela incidência de dengue na Região de Venda Nova. O mês que registrou menor número de atendimentos foi o mês de setembro/2009, seguido do mês de outubro/2009.

TABELA 23

Total de atendimentos realizados na UPA/VN, por mês/ano do atendimento e grupos de referência. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

Mês / Ano	Não Urgente						Urgente						Total Geral	
	NU/ENC		NU/ATE		Total		UR/ENC		UR/ATE		Total			
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Agosto/09	1.788	20,9	3.397	39,6	5.185	7,0	31	0,4	3.359	39,2	3.390	8,9	8.575	100
Setembro/09	1.247	21,3	2.246	38,3	3.493	4,7	42	0,7	2.330	39,7	2.372	6,2	5.865	100
Outubro/09	577	9,0	3.473	54,1	4.050	5,5	20	0,3	2.349	36,6	2.369	6,2	6.419	100
Novembro/09	874	11,3	4.031	52,2	4.905	6,7	36	0,5	2.780	36,0	2.816	7,4	7.721	100
Dezembro/09	954	11,4	4.588	54,7	5.542	7,5	34	0,4	2.817	33,6	2.851	7,5	8.393	100
Janeiro/10	1.717	17,7	4.787	49,5	6.504	8,8	117	1,2	3.055	31,6	3.172	8,3	9.676	100
Fevereiro/10	743	8,5	4.939	56,6	5.682	7,7	64	0,7	2.984	34,2	3.048	8,0	8.730	100
Março/10	1.409	12,0	6.417	54,4	7.826	10,6	68	0,6	3.893	33,0	3.961	10,4	11.787	100
Abril/10	1.682	13,5	6.947	56,0	8.629	11,7	66	0,5	3.721	30,0	3.787	9,9	12.416	100
Mai/10	1.285	10,8	6.768	56,8	8.053	10,9	42	0,4	3.815	32,0	3.857	10,1	11.910	100
Junho/10	939	9,6	5.520	56,4	6.459	8,8	31	0,3	3.298	33,7	3.329	8,7	9.788	100
Julho/10	1097	10,5	6174	59,0	7.271	9,9	58	0,6	3139	30,0	3.197	8,4	10468	100
Total geral	14.312	12,8	59.287	53,1	73.599	65,9	609	0,5	37.540	33,6	38.149	34,1	111.748	100
Média (M)	1.193		4.941		6.133		51		3.128		3.179		9.312	
Desvio Padrão (DP)	398		1.482		1.612		26		520		528		2.104	
Coef. de Variação (DP/M)	0,33		0,30		0,26		0,52		0,17		0,17		0,23	
Total - 2o. Semestre/2009	5.440		17.735		23.175		163		13.635		13.798		36.973	
Total - 1o. Semestre/2010	8.872		41.552		50.424		446		23.905		24.351		74.775	
MÉDIA (MENSAL)	NU/ENC		NU/ATE		Total NU		UR/ENC		UR/ATE		Total UR		Total	
2009 (5 meses)	1.088		3.547		4.635		33		2.727		2.760		7.395	
2010 (7 meses)	1.267		5.936		7.203		64		3.415		3.479		10.682	
Média 2010 / 2009	16,49%		67,35%		55,41%		95,44%		25,23%		26,06%		44,46%	

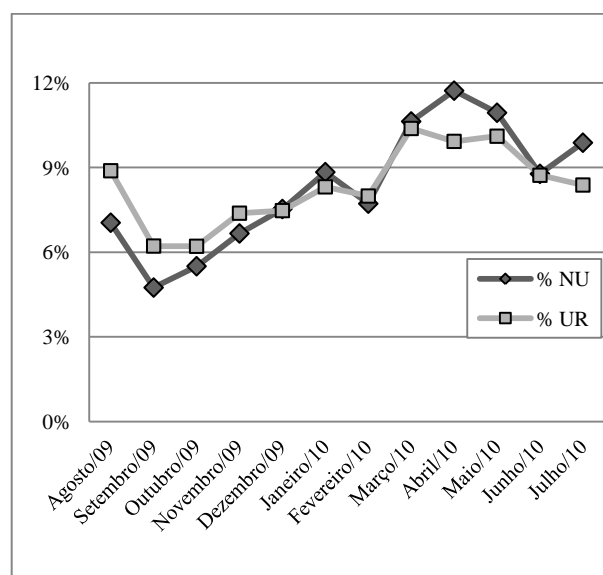
Fonte dos dados básicos: Serviço de Estatística da UPA/VN

Comparando os dados referentes ao período anterior e posterior à pactuação realizada entre a SMSA-BH, a UPA/VN e o HRTN (TAB. 23), no 2º. semestre de 2009, observa-se maior concentração de casos nos meses de agosto/2009 e dezembro/2009. A partir de setembro/2009 o número de atendimentos foi crescente ao longo do período. No 1º semestre de 2010, período posterior a pactuação, o mês de abril foi o que apresentou maior número de registros, e o mês de fevereiro, o menor. A média dos atendimentos do ano de 2010, influenciada pelos atendimentos de março a maio/2010, é maior que a média dos atendimentos referentes ao ano de 2009.

Comparando os casos NU com os UR, GRÁF. 31, observa-se maior proporção de atendimentos classificados como UR no período de agosto a novembro de 2009 e, no período de abril a julho, maior proporção de casos NU.

GRÁFICO 31

Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, grupo de referência UR e NU, por mês e ano do atendimento (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.



Fonte: elaboração própria a partir da TABELA 23, desta Tese.

Observa-se, ainda, pela TAB. 23, que, em média, em todos os grupos de referência houve aumento no número de registros. O maior aumento observado refere-se ao grupo UR/ENC, seguido do NU/ATE. No caso do grupo UR/ENC é importante salientar o baixo

número absoluto de casos, fazendo com que a inclusão de um caso tenha um peso mais significativo na proporção dos atendimentos. Cruzando esses dados com o aumento no número de atendimentos UR do PS/HRTN, no mesmo período, pode-se inferir que o HRTN está oferecendo maior retaguarda a UPA/VN, nesses casos UR. Quanto ao aumento, na média dos casos NU/ATE, pode-se dizer que esse dado está refletindo o resultado da pactuação realizada entre a SMSA-BH, a UPA/VN e o HRTN, estando a UPA/VN absorvendo os casos NU/ENC do PS/HRTN.

Dessas análises, uma questão que fica é, considerando que tanto o HRTN, quanto a UPA/VN, encaminham casos NU para outras unidades de saúde, esses constituídos, principalmente, por atendimentos classificados na cor verde; e que a maioria dos casos de desistência referem a essa classificação, qual alternativa os usuários, classificados no grupo NU, estão lançando mão para obter assistência a sua saúde? Buscar resposta a essa questão, parece fundamental. Na visão de uma profissional com experiência em serviços de urgência e emergência, na prática, “os verdes não têm dono”.

Na sequência, é apresentada a análise dos dados fornecidos pela Gerência de Epidemiologia e Informação, do DSVN (GEREPI-VN).

Perfil da utilização, segundo dados da Gerência de Epidemiologia e Informação (GEREPI-VN).

A exemplo dos dados fornecidos pelo Serviço de Estatística da UPA/VN, os dados fornecidos pela Gerência de Epidemiologia e Informação da SMSA/DSVN vieram em formato de tabela, de forma consolidada, contendo as informações especificadas no QUADRO 8.

A distribuição dos atendimentos por sexo aponta que, de um total de 89.090 casos, cerca de 53% corresponde a pessoas do sexo feminino, semelhante a proporção dessas pessoas na população do DSVN/2010. Com relação à distribuição por faixa etária (TAB. 24), observa-se que a maioria dos atendimentos está concentrada na faixa etária de 20 a 39 anos, seguida da faixa etária de 40 a 59 anos.

TABELA 24

Total de atendimentos realizados na UPA/VN. Período Ago./2009 a Jul./2010; e população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova, Censo Demográfico 2010 (IBGE), por faixa etária. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

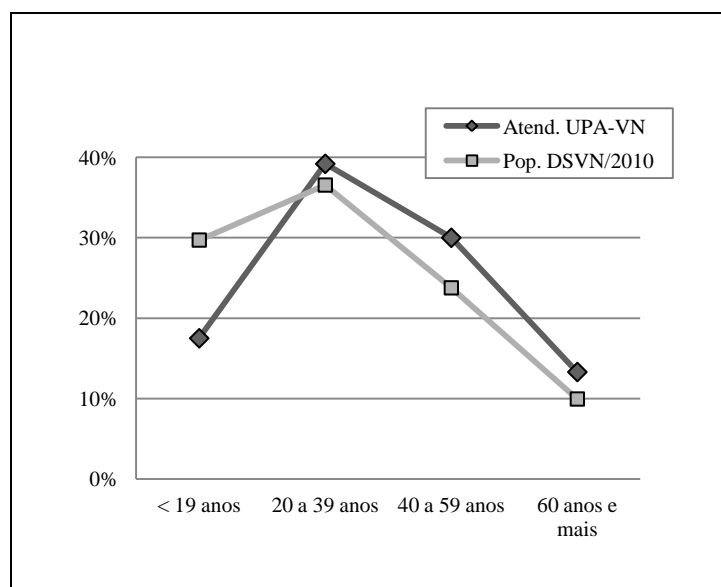
Faixa Etária	Atendimentos		Pop. DSVN/2010	
	Quant.	%	Quant.	%
=< 19 anos	16.334	17,50	77.918	29,7
20 a 39 anos	36.594	39,20	95.861	36,6
40 a 59 anos	27.954	30,00	62.331	23,8
60 anos e mais	12.399	13,30	26.073	9,9
Total	93.281	100,00	262.183	100,0

Fonte de dados básicos: GEREPI/DSVN

Comparando esses dados com a distribuição relativa da população do DSVN/2010, observa-se que na faixa etária de 0 a 19 anos, a proporção dos atendimentos é inferior à proporção da população nesse mesmo grupo etário. Nas demais faixas etárias é superior (GRÁF. 32).

GRÁFICO 32

Atendimentos realizados na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –, por faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010; e população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova/2010. Município de Belo Horizonte.



Fonte: elaboração própria, a partir da TABELA 24, desta Tese.

Quanto a classificação de risco, de um total de 89.685 registros, cerca de 58% foram classificados como de Não Urgência (classificação verde e azul), 42% de urgência (classificação laranja e amarelo) e 0,2% de Emergência (vermelha).

Com relação ao tipo de resultado, de um total de 90.082 atendimentos registrados, 94% receberam alta. Os demais tiveram como desfecho: óbito (0,2%); referência para internação (3,1%); referência para outra unidade (2,6%) e referência p/ centro de saúde (0,3%). Por esses dados pode-se dizer que, independentemente do grupo de classificação de risco dos atendimentos, a maioria resultou em Alta após Atendimento. Em outras palavras, sugere que não demandavam atendimento no nível de complexidade hospitalar.

Pela análise dos totais de atendimentos observados por sexo, faixa etária e classificação de risco, verificou-se que cerca de 60% dos atendimentos aconteceram no turno diurno.

Como pode ser observado, há divergência entre os quantitativos de atendimentos apresentados pelo relatório fornecido pela GEREPI-VN e, também, entre esse relatório e as demais fontes (QUADRO 8). Isso pode ser explicado, pelo menos em parte, por preenchimento incompleto de prontuários, que são a origem dos relatórios gerados pelo Serviço de Estatística de UPA/VN e, conseqüentemente, dos dados consolidados fornecidos pela GEREPI-VN. Assim, pode-se dizer que os dados analisados para a UPA/VN apontam para uma provável característica dos atendimentos, sem contudo expressar o que se poderia chamar de “realidade dos fatos”.

Consolidando as análises sobre os atendimentos realizados pelo Serv. de Triage da UPA/VN, período de agosto de 2009 a julho de 2010, apesar das divergências nos quantitativos, observa-se que, tanto os dados fornecidos pela Prodabel, quanto os fornecidos pela GEREPI-VN, apontam que a maioria dos atendimentos referem à pessoas do sexo feminino.

Com relação à faixa etária, os dados da GEREPI-VN apontaram para maior concentração de atendimentos nas faixas etária de 20 a 39 anos (39,20%) seguida da faixa etária de 40 a 59 anos (30,0%). Já os dados da Prodabel apontam que a maior concentração de atendimentos está nas faixas de 0 a 19 anos, reduzindo essa concentração na medida em que as idades aumentam.

Pelos dados da GEREPI-VN, 94% dos atendimentos, incluindo os casos UR, tiveram como desfecho alto após atendimento apontando para a não necessidade de atendimento no nível hospitalar.

Tomando-se como referência os dados fornecidos pela Prodabel, tem-se que a maioria das pessoas vivem com companheiro (cerca de 53%), principalmente, nas faixas de 45 a 59 anos, seguida da faixa de 30 a 44 anos. Ainda, que a maior demanda acontece nas segundas-feiras, e as menores, nos domingos, no horário diurno (74,6%) e, mais especificamente, no intervalo de 07:00 às 12:59h (54,5%).

4.3 Centro de Saúde Venda Nova: uma referência

Os dados de acolhimento referente ao CSVN foram fornecidos pela GEREPI-VN/DSVN, em dois formatos distintos¹⁰³.

No primeiro foram listados, individualmente, cada registro de acolhimento realizado pelo CSVN, no período de agosto de 2009 a julho de 2010, constando as seguintes informações: data do atendimento, nome do paciente e sexo. Dessas informações foi possível abstrair o número de atendimentos realizados por mês, e a distribuição dos mesmos pelos dias da semana e por sexo.

No segundo formato foram informados, de forma agregada, em tabelas distintas, os seguintes totais: atendimentos realizados no período de agosto a dezembro de 2009, e no período janeiro a julho de 2010, por faixa etária; e atendimentos realizados no período de agosto a dezembro de 2009 e no período janeiro a julho de 2010, por sexo.

Como poderá ser observado, os totais de registros apresentados em cada planilha são diferentes, embora a fonte geradora das informações seja a mesma¹⁰⁴. Apesar dessas limitações, os dados foram analisados com o entendimento que eles podem estar incompletos, mas representam atendimentos efetivamente realizados pelo CSVN.

¹⁰³ Vale dizer que a Prodabel, também, conseguiu gerar dados referentes aos atendimentos realizados pelo Serviço de Acolhimento do CSVN, seguindo o mesmo padrão dos dados fornecidos para a UPA/VN. Isso possibilitaria qualificar os atendimentos do CSVN. Contudo, foi observado muito discrepância com os dados fornecidos pela GEREPI-VN, o que não deveria acontecer em função dos relatórios serem gerados a partir da mesma base de dados. Como a origem do problema não foi identificada pela Prodabel, optou-se por trabalhar apenas com os dados fornecidos pela GEREPI-VN, que de acordo com o técnico da Prodabel, seriam mais confiáveis.

¹⁰⁴ Diferente da situação dos dados da UPA/VN, que foram obtidos a partir de base de dados distinta.

Primeiro conjunto de dados: informações por registro de atendimento

Analisando-se os registros de atendimento referentes aos serviços de acolhimento prestados pelo CSVN (TAB. 25), período de agosto de 2009 a julho de 2010, obteve-se um total de 10.690 atendimentos. Observa-se que o mês com maior número de atendimentos foi o mês de agosto de 2009, e o menor o de dezembro 2009¹⁰⁵. Observa-se, também, uma maior concentração de atendimentos no período de março a maio/2010, que pode ser explicado, a exemplo dos dados da UPA/VN e do HRTN, pela alta incidência de dengue na região de Venda Nova.

Comparando-se as médias de atendimentos realizados no ano de 2009 e 2010, períodos anteriores e posteriores a pactuação realizada entre a SMSA/BH, a UPA/VN e o HRTN, não se observa diferenças expressivas entre as mesmas, sugerindo que essa pactuação não interferiu na rotina de atendimento do CSVN. Isso pode ser explicado, a princípio, pelo menor número de atendimentos classificados como azul no HRTN e na UPA/VN. Esses atendimentos são os específicos para atendimento pelos centros de saúde. Todavia, deve-se lembrar que os casos verdes, conforme informações passadas pela Gerência de Urgência da SMSA-BH, também, são para atendimento pelos centros de saúde.

¹⁰⁵ Deve-se salientar que o mês de dezembro tem feriados de natal e de final de ano. Isso pode estar influenciando nesse número de atendimentos. Tradicionalmente os Centros de Saúde não funcionam aos sábados, domingos e feriados.

TABELA 25

Total de atendimentos realizados no Serviço de Acolhimento do CSVN, por mês/ano do atendimento. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

Mês / Ano	Total de Atendimentos	
	Quant.	%
2009/08	1.103	10,3
2009/09	951	8,9
2009/10	862	8,1
2009/11	870	8,1
2009/12	655	6,1
2010/01	827	7,7
2010/02	756	7,1
2010/03	1.022	9,6
2010/04	933	8,7
2010/05	1.012	9,5
2010/06	882	8,3
2010/07	817	7,6
Total	10.690	100
Média (M)	891	
Desvio Padrão (DP)	123	
Coef. de Variação (DP/M)	0,14	
Total - 2o. Semestre/2009	4.441	(5 meses)
Total - 1o. Semestre/2010	6.249	(7 meses)
MÉDIA	Acolhimento	Δ%
2009	888	
2010	893	0,51

Sistema Gerador de Listagens - ListaSQL - GEEPI/SMSA-BH - PRODABEL

Distribuindo os registros de atendimento, por sexo e dia da semana (TAB. 26 e GRÁF. 33), identificou-se que cerca de 2/3 dos atendimentos referem a pessoas do sexo feminino. Para ambos os sexos, observa-se maior concentração de registros nas 2^a e 3^a feiras, decrescendo o volume de casos até chegar na sexta-feira, menor dia demandado.

É importante lembrar que os centros de saúde em Belo Horizonte funcionam de 2^a a 6^a feira, de 07:00h às 19:00h. O acolhimento é realizado diariamente, em horários pré-fixados pelas equipes. No caso do CSVN, cada equipe reserva duas horas por dia, para esse serviço. Dado a essa característica, poderia se esperar uma distribuição mais equitativa dos atendimentos pelos dias da semana, o que não foi observado. Essa situação parece, também, fragilizar a concepção de que as pessoas demandam mais pelos serviços hospitalares nas 2^a feiras, devido ao não funcionamento da atenção básica no final de semana.

TABELA 26

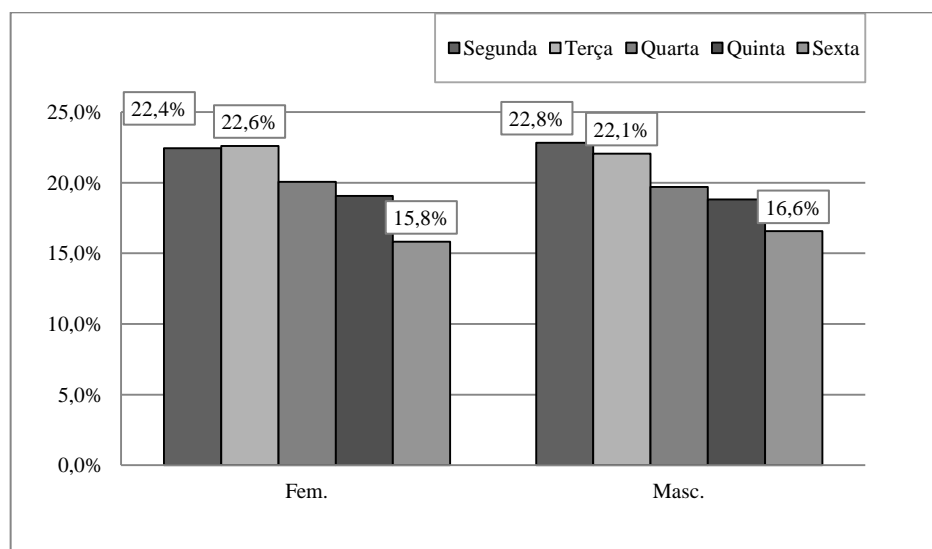
Total de atendimentos realizados no Serviço de Acolhimento do CSVN, por dia da semana e sexo. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

Dia da Semana	Feminino		Masculino		Total	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Segunda	1.584	22,4	830	22,8	2.414	22,6
Terça	1.595	22,6	802	22,1	2.397	22,4
Quarta	1.416	20,1	716	19,7	2.132	19,9
Quinta	1.345	19,1	684	18,8	2.029	19,0
Sexta	1.116	15,8	602	16,6	1.718	16,1
Total geral	7.056	100	3.634	100	10.690	100
%	66,0%		34,0%		100,0%	

Fonte: GEREPI/DSVN - A partir do Sistema Gerador de Listagens - ListaSQL - GEEPI/SMSA-BH - PRODABEL

GRÁFICO 33

Atendimentos realizados no CSVN: acolhimento, por sexo e dia da semana (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da TABELA. 26, desta tese.

Segundo conjunto de dados: dados consolidados

Na TAB. 27 é apresentada a distribuição dos atendimentos por ano de atendimento e por faixa etária.

TABELA 27

Total de atendimentos realizados no Serviço de Acolhimento do CSVN, por ano de atendimento e faixa etária. Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário Venda Nova, Município de Belo Horizonte.

Faixa Etária	Total de Atendimentos		
	2009	2010	Total
< 1(*)		38	38
1 a 4	238	335	573
5 a 9	229	286	515
10 a 14	208	250	458
15 a 19	194	245	439
20 a 49	1.203	1.671	2.874
50 e mais	934	1.109	2.043
Total	3.006	3.934	6.940
Média de Registros	601	557(**)	0,93

Fonte: Sistema Saúde em Rede/DSVN/GEEPI/SMSA-BH.

Nota: (*) a não existência de registros no ano de 2009 e o baixo número de registros referentes ao ano de 2010 sugerem sub-registro de atendimentos. (**) excluído < 1 ano, para efeito de comparação com o ano de 2009.

Obstante não ter informações de menores de 1 ano em 2009 e, também, a distribuição das idades pelas faixas etárias não ser uniforme, os dados sugerem maior concentração de atendimentos nas faixas etárias entre 0 a 19 anos. Nessas faixas, observa-se maior concentração de atendimentos nas idades de 1 a 4 anos.

Pelos dados da TAB. 27, observa-se que houve ligeiro decréscimo no número médio de atendimentos relativos ao ano de 2010, comparado ao ano de 2009. Esses dados, também, apontam que, a pactuação entre a SMSA-BH, a UPA/VN e o HRTN, não influenciaram na demanda pelo serviço de acolhimento do CSVN.

Dos 3.006 registros referentes ao ano de 2009 e dos 3.934 registros referentes ao ano de 2010, cerca de 65% e cerca de 63%, respectivamente, correspondem a pessoas do sexo feminino.

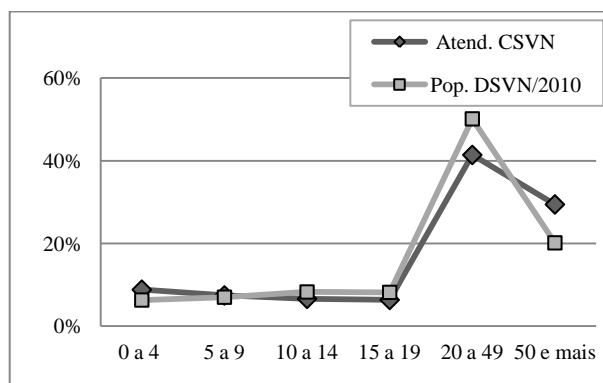
A maior presença de pessoas do sexo feminino pode ser explicada, pelo menos em parte, pelas características dos programas do SUS, que, tradicionalmente, são mais direcionados para a saúde materno-infantil e reprodutiva, conduzidos pela atenção básica. Esse fato pode favorecer o maior vínculo das pessoas do sexo feminino com o Centro de Saúde.

Incluindo nas análises a estrutura etária da população do DSVN/2010, GRÁF. 34, observa-se que a proporção dos atendimentos do CSVN nas faixas etárias de 50 e mais é

superior a proporção da população do DSVN/2010 nessas faixas, sugerindo maiores problemas de saúde nesse grupo populacional.

GRÁFICO 34

Atendimentos realizados no CSVN: acolhimento, por faixa etária (distribuição relativa).
Período Ago./2009 a Jul./2010; e população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova/2010. Município de Belo Horizonte.



Fonte de dados básicos: Belo Horizonte (2011) – IBGE/Censo 2010 – e Gerência de Epidemiologia do DSVN.

Consolidando as análises sobre os atendimentos realizados pelo Serviço de Acolhimento do CSVN, período de agosto de 2009 a julho de 2010, observa-se que a maioria dos atendimentos referem à pessoas do sexo feminino. A maior parte dos atendimentos acontece nas segundas e terças-feiras, e a menor nas sextas-feiras. Quanto ao turno de atendimento, deve-se lembrar de que os centros de saúde no município de Belo Horizonte funcionam apenas no horário diurno, com o horário de atendimento direcionado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. No caso do CSVN das 6 equipes existentes, 4 realizam o acolhimento no intervalo de 07:00 às 12:59 e 2 no intervalo de 13:00 às 19:00h.

Deve-se observar que da mesma forma que ocorreu com os dados da UPA/VN, não há coincidência no quantitativo dos dados fornecidos pela GEREPIN-VN.

4.4 Análise Conjunta dos Resultados Encontrados

Neste item é apresentada uma análise conjunta dos resultados encontrados a partir da análise dos atendimentos realizados pelo PS/HRTN, pela UPA/VN (fornecido pela Prodabel) e pelo Serviço de Acolhimento do CSVN (QUADRO 9), pontos fixos da rede de atenção às urgências e emergências na região do Distrito Sanitário de Venda Nova.

Como não foi possível classificar os dados da UPA/VN (relativos à população adstrita ao CSVN, relatório da Prodabel) e do CSVN por grupos de referência, optou-se por apresentar neste item os dados de atendimento do HRTN agrupados apenas em dois grupos: NU e UR.

Somando-se os quantitativos dos atendimentos realizados pelos três pontos de atenção à saúde acima referidos obtém-se um total de 17.562 registros, correspondentes a pessoas residentes na área adstrita ao CSVN e que procuraram pelos serviços de urgência e emergência. Desses, cerca de 61% das pessoas recorreram aos serviços de acolhimento do CSVN, 27% da UPA/VN e 12% do PS/HRTN.

Por essas proporções há indicativo de que o nível hospitalar da assistência não atua como a principal referência da população adstrita ao CSVN na demanda por atendimentos de urgência e sim, a unidade básica de saúde. Esse é o quadro esperado pelos sistemas de saúde que organizam seus serviços de saúde em redes atenção à saúde, que vem sendo adotado no Estado de Minas Gerais. E, também, pode-se concluir que a UPA/VN já ocupa um espaço importante de referência para os casos de urgência e emergência para a população adstrita ao CSVN, como esperado pela PNAU.

Embora essas informações sejam relevantes, elas devem ser tomadas com cautela, pois não foi possível qualificar os atendimentos realizados pelo acolhimento do CSVN, e nem tão pouco identificar nominalmente (ou por meio do número do cartão SUS), quem recorreu a cada ponto da atenção¹⁰⁶. Isso é importante, pois as pessoas recorrem aos serviços de acolhimento por motivos distintos – não obrigatoriamente, uma urgência médica – ou ainda, uma mesma pessoa, em situações de saúde diferentes, pode recorrer a pontos de saúde diferentes. Por exemplo, lançando mão de um possível imaginário popular, a pessoa em um caso de febre pode recorrer ao Centro de Saúde, mas em um caso de *problemas nos membros*,

¹⁰⁶ Essa possibilidade chegou a ser pensada, cruzando os bancos de dados da Prodabel com o do HRTN. Mas, por questões de ordem operacional e de tempo, optou-se por não realizá-la.

recorrer direto ao hospital ou a UPA. Ou seja, ela não teria um vínculo estabelecido com a UBS, para qualquer condição do estado de saúde. Outra questão, na direção de ter cautela na análise dos dados, é que, como visto, do total de atendimentos contidos no banco de dados do HRTN, apenas 56% deles foram considerados como válidos para os fins desta tese.

Mas, se se considera, hipoteticamente, que 63% dos atendimentos realizados pelo PS deste Hospital (59.498 atendimentos, desconsiderando do total os correspondentes às consultas eletivas), no período analisado, referem à população adstrita ao DSVN (TAB. 1) e que desses, 10,1% (TAB. 2) à população adstrita ao CSVN, chegar-se-ia a um total de 3.785 atendimentos realizados pelo PS/HRTN, referente à população adstrita ao CSVN. Então, mesmo nessa situação hipotética, o PS/HRTN teria realizado menor número de atendimentos, quando comparado com os dados da UPA e do CSVN.

Ainda pelo QUADRO 9, observa-se que durante o período analisado, a UPA/VN foi a unidade de saúde que apresentou maior acréscimo no volume de atendimentos, principalmente, no 1º semestre de 2010. O PS/HRTN, por outro lado, apontou redução no número total de atendimentos, influenciado, principalmente, pela redução nos casos classificados como NU. Nesse Hospital, nos casos UR observou-se ligeiro acréscimo, sugerindo ser em função da absorção de casos UR encaminhados pela UPA/VN. Nos dados do CSVN não se observa alteração no quantitativo de atendimentos. Esses dados indicam que as mudanças promovidas pela pactuação realizada entre o HRTN, UPA-VN e a SMSA-BH, a UPA/VN e o HRTN estão impactando no atendimento do PS/HRTN (reduzindo) e da UPA/VN (aumentando), mas não nos atendimentos de acolhimento no CSVN.

Deve-se lembrar de que os dados referentes aos atendimentos do PS/HRTN, do CSVN e da UPA/VN, nesta, os fornecidos pela Prodabel, referem à população adstrita ao CSVN. Os dados da UPA fornecidos pelo seu Serviço de Estatística e pelo GEREPI são mais abrangentes, incluindo atendimentos de pessoas residentes no município de Belo Horizonte e em outros municípios.

Focando as análises sobre os fatores predisponentes, em relação a variável sexo, observa-se que enquanto no PS/HRTN há maior concentração de pessoas do sexo masculino, na UPA/VN e no CSVN, neste, principalmente, há maior concentração de pessoas do sexo feminino. Esses dados fragilizam uma das hipóteses levantadas no item 4.1 deste relatório de que os homens na Região de Venda Nova poderiam apresentar mais problemas de saúde que as mulheres. Portanto, aponta para a possibilidade dos homens ainda reconhecerem a unidade hospitalar como principal referência para atendimentos de urgência e emergência.

A maior presença de pessoas do sexo feminino nos atendimentos do CSVN pode ser uma consequência de políticas públicas que tradicionalmente privilegiam a atenção materna infantil, prestadas, principalmente, nas unidades básicas de saúde, favorecendo o vínculo das mulheres com os centros de saúde. E, quanto a maior frequência de pessoas do sexo masculino na unidade hospitalar, alguns profissionais de saúde levantaram a hipótese de que esse fato poderia ser, em parte, explicado pelo fornecimento de atestado médico pelos hospitais, o que não acontece, normalmente, nas unidades básicas de saúde. Portanto, novos estudos similares ao desta Tese poderiam caminhar nessa linha de investigação.

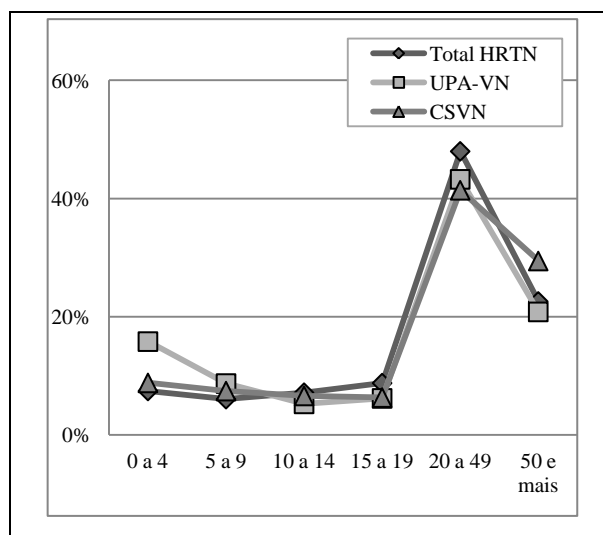
Quanto a variável situação conjugal tanto na UPA/VN quanto no HRTN prevalece pessoas sem companheiro (considerando apenas pessoas com idade superior a 15 anos). Para o CSVN esse dado não foi obtido.

Com relação a variável idade, neste subitem, os dados do HRTN e da UPA/VN (fornecidos pela Prodabel), foram reagrupados, de forma a possibilitar a comparação com os dados obtidos para CSVN.

Observa-se pelo GRÁF. 35, que há semelhança na estrutura etária dos atendimentos realizados pelos três pontos fixos da rede de atenção as urgências e emergências. No entanto, há maior proporção de atendimentos realizados pela UPA/VN na faixa etária de 0 a 4 anos, e de pessoas na faixa etária de 50 e mais, no CSVN.

GRÁFICO 35

Atendimentos realizados no PS/HRTN e na UPA/VN – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova – e no CSVN: acolhimento, por faixa etária (distribuição relativa). Período Ago./2009 a Jul./2010. Distrito Sanitário de Venda Nova, Município de Belo Horizonte.



Fonte de dados básicos: Banco de dados Setor de Tecnologia/HRTN, Prodabel e Gerência de Epidemiologia do DSVN.

Comparando a estrutura de idade do total de atendimentos realizados por cada ponto da atenção, com a estrutura etária da população adstrita ao DSNV/2010, observa-se que a estrutura de idade dos atendimentos realizados no PS/HRTN e a estrutura etária da população do DSVN-VN (GRÁF. 36 – c), se equivalem. Nos atendimentos referentes a UPA/VN (GRÁF. 36 – d) observa-se que a proporção de atendimentos é superior a da população nas faixas etárias de 0 a 4 anos. E no CSVN (GRÁF. 36 – e), a proporção de atendimentos é superior na faixa etária de 50 e mais.

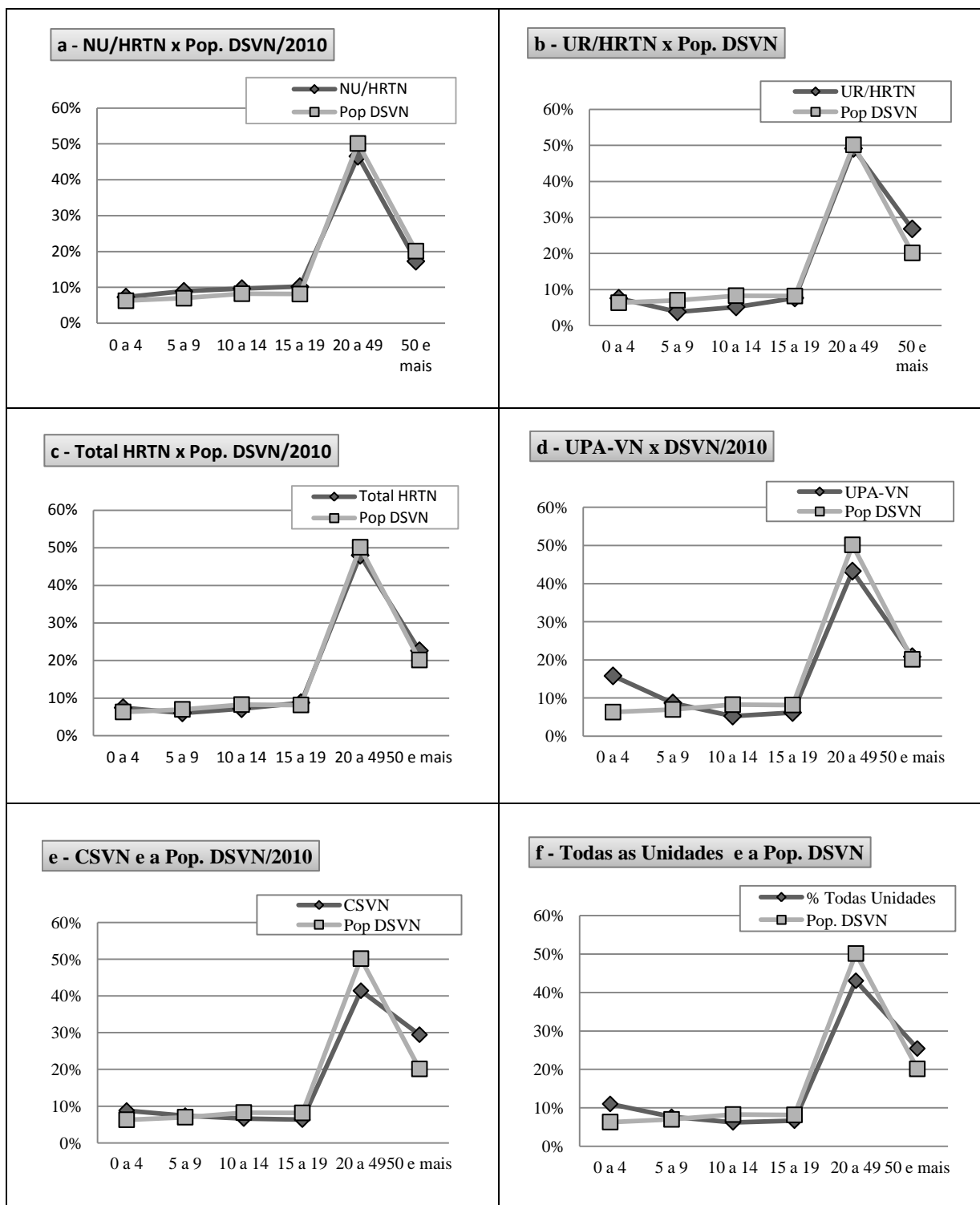
Somando os atendimentos realizados pelos três pontos de atenção às urgências e emergências – PS/HRTN, UPA/VN e CSVN - e comparando com a estrutura de idade da população adstrita ao DSNV/2010 (GRÁF. 36 – f), observa-se que a estrutura de idade do total dos atendimentos é semelhante a estrutura da população. No entanto, nas faixas etárias de 0 a 4 anos e 50 e mais, observa-se maior proporção de atendimentos, sugerindo ser esses os grupos que apresentam maior vulnerabilidade às condições de saúde, na área adstrita ao CSVN.

Quanto ao grupo de 50 e mais, ao mesmo tempo que é o grupo da população que mais demanda pelos serviços do CSVN, é o grupo com maior proporção de casos classificados como UR no PS/HRTN (GRÁF. 36 – b). Como visto, pelos dados obtidos, não foi possível identificar se as pessoas que demandam mais pelo CSVN, são as mesmas que demandam mais pelo PS/HRTN.

GRÁFICO 36

Atendimentos realizados no PS/HRTN (por grupo de referência e total) e na UPA/VN (total) – referentes à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova –; no CSVN: acolhimento (total); e por todos os pontos da rede de urgência e emergência (total) (distribuição relativa).

Período Ago./2009 a Jul./2010; e população adstrita ao Distrito Sanitário de Venda Nova/2010. Município de Belo Horizonte.



Fonte de dados básicos: Belo Horizonte (2011) – IBGE/Censo 2010; Banco de dados Setor de Tecnologia/HRTN; Prodabel e Gerência de Epidemiologia do DSVN.

Voltando às análises para as características da demanda pelos serviços de saúde, observa-se que tanto nos casos NU do PS/HRTN, quanto nos casos referentes a UPA/VN e ao CSVN, há maior concentração de atendimentos na segunda-feira, e menor nos finais de semana. No CSVN, que funciona de 2^a a 6^a, horário diurno, observa-se que a maior concentração de atendimentos acontece no período de 2^a a 4^a feira. No PS/HRTN, e na UPA/VN, a maior frequência de atendimentos acontece no turno diurno. No caso do PS/HRTN, no diurno, a maior frequência é no intervalo de 13:00 às 19:00 horas e na UPA/VN, no intervalo de 07:00 às 12:59h. Deve-se ressaltar que das 6 equipes da ESF que atuam no CSVN, 4 oferecem horário de acolhimento no intervalo de 07:00 às 12:59h e 2 no intervalo de 13:00 às 19:00 horas.

Com relação às necessidades de saúde, não se obteve informações que pudessem balizar a comparação entre os três pontos de atenção à saúde. No entanto, tomando como parâmetro o desfecho dos atendimentos, observou-se que tanto no PS/HRTN, quanto na UPA/VN, a maioria dos atendimentos resultou em alta após atendimento clínico. Esses dados sugerem que esses atendimentos não exigiam atendimento de nível de complexidade hospitalar.

Por essas análises comparativas, pode-se abstrair que, tomando como referência os fatores predisponentes, e as características da demanda pelos serviços do PS/HRTN, o que distingue a demanda espontânea pelo PS/HRTN dos demais pontos de atenção às urgências e emergências, de uma forma geral, é a maior proporção de pessoas do sexo masculino.

QUADRO 9

Comparativo entre os atendimentos realizados no PS/HRTN, UPA/VN e CSVN. Período Ago./2009 a Jul./2010.

UNIDADE DE SAÚDE =>	PS/HRTN			UPA/VN			CSVN
	Setor de Tecnologia de Informação/HRTN			Prodabel	Serv. Estatística UPA/VN	GEREPI/VN	GEREPI/VN (*)
População de Referência	CSVN			CSVN	Belo Horizonte e Outros Municípios		CSVN
Grupos de Referência	Não Urgente	Urgente	Total	-	-	-	-
Amostra							
Número de casos	930	1168	2098	4.774	111.748	80.090	10.690
Frequência relativa (%)	44%	56%	100%	100%	100%	100%	100%
Atendimentos							
Maior concentração	Nov./2009	Mar./2010	Nov./2009	Mai./2010	Abr./2010	Mai./2010	Ago./2010
Menor concentração	Jun./2010	Set./2009	Jun./2010	Ago./2009	Set./2010	Set./2009	Dez./2010
Média 2o. Semestre 2009	95	91	186	223	7.395	5.926	888
Média 1o. Semestre 2010	65	102	167	523	10.682	8495	893
Quociente 2010/2009	0,68	1,12	0,9	2,35	1,44	1,43	1,01
FATORES PREDISPOENTES: SEXO, FAIXA ETÁRIA E SITUAÇÃO CONJUGAL (COM COMPANHEIRO)							
Sexo							
Feminino	44,00%	46,70%	45,50%	55,30%	-	53,00%	66,00%
Masculino	56,00%	53,30%	54,50%	44,70%	-	47,00%	34,00%
Faixa Etária							
< 19 anos	36,10%	24,10%	29,40%	35,90%	-	17,50%	-
20 a39	35,60%	34,90%	35,20%	32,30%	-	39,20%	-
40 a 59	19,90%	23,60%	22,00%	20,60%	-	30,00%	-
60 ou mais	8,40%	17,40%	13,40%	11,10%	-	13,30%	-
Situação Conjugal							
15 a29	3,5%	3,8%	3,7%	13,5%	-	-	-
30 a 44	26,1%	20,3%	22,8%	56,6%	-	-	-
45 a 59	28,7%	27,7%	28,1%	65,1%	-	-	-
60 ou mais	28,2%	19,2%	21,7%	53,0%	-	-	-
Total	17,6%	16,1%	16,7%	42,4%	-	-	-
CARACTERÍSTICAS DA DEMANDA: DIA DA SEMANA E TURNO							
Dia da Semana							
Maior Demanda	Segunda	Domingo e Sábado	Segunda	Segunda	-	-	Segunda
Menor Demanda	Domingo e Sábado	Terça	Quinta	Domingo	-	-	Sexta
Turno Geral de Atendimento							
Diurno	77,20%	59,93%	67,59%	74,60%	-	60%	-
Noturno	22,80%	40,07%	32,41%	25,40%	-	40%	-
Turno Diurno							
07:00 às 12:59 h.	46,10%	47,86%	46,97%	54,50%	-	-	-
13:00 às 19:00 h.	53,90%	52,14%	53,03%	45,50%	-	-	-

Fonte: elaboração pela autora desta tese a partir dos resultados da pesquisa

(*) Referente aos dados do item 4.3: Primeiro conjunto de dados: informações por registro de atendimento

(**) Referente às idades de 15 e mais

5 CONCLUSÃO

Esta tese buscou identificar fatores capazes de distinguir, em um serviço de urgência e emergência hospitalar, as situações de pouca ou não urgência de atendimento das situações de urgência e emergência, relativas a uma dada população. No contexto do Sistema de Saúde Brasileiro, as situações de pouca ou não urgência de atendimento são mais compatíveis para o nível de assistência das unidades básicas de saúde (UBS) ou de unidades de pronto atendimento (UPA). As situações de urgência e emergência para o nível de assistência hospitalar. Para o estudo, elegeu-se o Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), adotando-se como referência os atendimentos relativos à população adstrita ao Centro de Saúde Venda Nova, ambos localizados no Distrito Sanitário de Venda Nova (DSVN), em Belo Horizonte (BH), capital de Minas Gerais (MG).

A fim de subsidiar as análises, optou-se por basear o estudo na proposta de organização dos serviços de saúde em redes de atenção à saúde, mais especificamente às redes de atenção às urgências e emergências. Assim, também foram incluídos no estudo outros dois pontos fixos de atenção às urgências e às emergências, localizados, também, no DSVN: a Unidade de Pronto Atendimento de Venda Nova (UPA/VN) e o Centro de Saúde Venda Nova (CSVN). Neste foram considerados apenas os atendimentos relativos ao serviço de acolhimento.

Tomando-se como referência o Protocolo de Manchester, adotado pelo HRTN e pela UPA/VN, e a pactuação realizada entre a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), o HRTN e a UPA/VN, considerou-se os casos classificados como verde e azul como situações de pouca ou não urgência de atendimento, denominados por este trabalho de Não Urgente (NU). Os casos classificados nas cores vermelha, laranja e amarela, como urgentes (UR). Pela referida pactuação estes casos devem ser atendidos pelo nível de assistência hospitalar e os primeiros, por unidades de pronto atendimento ou unidades básicas de saúde. Contudo, por questões da oferta de serviços nas unidades de saúde de menor complexidade, ficou definido ainda, que alguns casos verdes deveriam continuar sendo atendidos pelo HRTN.

Assim, os casos NU foram divididos em dois subgrupos: NU Atendimento (NU/ATE) e NU Encaminhamento (NU/ENC). O primeiro representando atendimentos definidos para receber atendimento no HRTN, embora, a princípio, não fossem compatíveis com esse nível

de complexidade e o segundo, representando atendimentos encaminhados para outras unidades de saúde de menor complexidade.

Para a definição dos fatores a serem incluídos nas análises, tomou-se como referência o modelo comportamental proposto por Aday e Andersen (1974). Como visto, esses autores elegem 3 grupos de fatores de ordem pessoal que definem a utilização por serviços de saúde: fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidades de saúde (percebida ou diagnosticada). Segundo Aday e Andersen (1974), o componente necessidade refere-se à doença e é a causa mais imediata do uso dos serviços de saúde.

De acordo com a disponibilidade de dados, incluiu-se no estudo como fatores predisponentes as variáveis sexo, idade e situação conjugal; como fatores capacitantes a oferta de serviços de saúde na região; e como necessidades de saúde, a variável sintoma, como *proxy* de necessidade identificada. Entende-se, neste estudo, que a demanda do usuário pelos serviços de saúde caracteriza a necessidade percebida e, o fato de o usuário ter chegado até ao hospital, que ele conseguiu romper as (primeiras) barreiras de acesso, como exemplo, distância, recursos financeiros e meio de transporte.

Como resultado da pesquisa, no grupo dos fatores predisponentes verificou-se, considerando a análise conjunta dos pontos de atenção à saúde – PS/HRTN, UPA/VN e CSVN –, que foram as pessoas do sexo masculino que mais demandaram pelos serviços do pronto socorro do HRTN (PS/HRTN), sem distinção entre os grupos NU e UR. Nos dois outros pontos da atenção prevaleceram pessoas do sexo feminino. Na análise da variável idade, observou-se maior concentração de casos NU nas faixas de 0 a 39 anos, principalmente, no grupo NU/ATE. Nos casos UR observou-se maior concentração nas faixas de 20 a 39 anos. Com relação à situação conjugal, não houve diferença expressiva entre os grupos de referência do estudo. Em ambos, prevalecem pessoas que vivem sem companheiro.

Quanto aos fatores capacitantes, focando-se especificamente na oferta de serviços de saúde, também como visto, toda a população de Venda Nova é coberta por centros de saúde que atuam sob a égide da Estratégia Saúde da Família. Conta, ainda, com atenção à saúde nos demais níveis da assistência (secundário e terciário). Para os serviços não oferecidos na própria região de Venda Nova, existe uma grade de referência para encaminhamento dos casos para outros pontos de atenção da Rede SUS-BH, conforme a necessidade. Esses encaminhamentos são previamente agendados pelos centros de saúde, por meio do Sistema de Regulação (SISREG). É sabido, no entanto, que a quantidade de equipamentos de saúde, de

leitos e de profissionais de saúde oferecidos pela Rede SUS-BH, não é suficiente para atendimento de toda a demanda. Por ser uma macrorregião do Estado de Minas Gerais, os serviços de saúde do município de Belo Horizonte devem atender não só a sua população, mas também a residente em outros municípios do Estado de Minas Gerais. Exemplificando a oferta insuficiente de serviços de saúde em BH, é reconhecido como significativo o número de usuários do SUS que esperam por cirurgia eletiva, destacando-se as especialidades de otorrinolaringologia e ortopedia.

No grupo necessidades de saúde, tomando como referência a variável sintoma como *proxy* de necessidade diagnosticada, também não se identificou diferenças expressivas, comparando os atendimentos NU com os UR. Em ambos prevalecem como sintomas principais: *problemas nos membros, indisposição no adulto e feridas*. Nesses casos, o que diferencia o grupo NU do grupo UR são os chamados discriminadores específicos. No grupo NU prevalece o discriminador dor (leve intensidade). No UR prevalece o discriminador dor moderada (indicando maior intensidade de dor). Nesse grupo, também, aparecem, embora com baixa frequência, pulso anormal, alteração no estado de consciência e pequena hemorragia incontrolável, que não aparecem no grupo NU.

Quanto às características da demanda, nos casos NU há maior concentração de atendimentos na segunda-feira e menor, nos finais de semana. Nos casos UR a maior concentração de atendimentos tende a ser nos finais de semana. Analisando-se nos outros pontos de atenção à saúde os atendimentos equivalentes aos casos NU do HRTN, observa-se, também, maior concentração na segunda-feira e menor, próximo ao final de semana. Assim, entende-se neste estudo que o fato de as pessoas recorrerem aos pontos de saúde com maior frequência, no turno diurno e no período de 2^a a 6^a feira, em situações de NU, não deve ser visto como um problema, mas sim como um indicativo de que o horário de funcionamento das unidades básicas de saúde como um todo, não é fator preponderante para as escolhas dos usuários.

Dado o exposto, concluiu-se, tomando como referência o modelo comportamental proposto por Aday e Andersen (1974) e os dados gerados a partir do processo de triagem do HRTN, que não existem fatores objetivos e evidentes capazes de distinguir, no PS/HRTN, as situações de pouca ou não urgência de atendimento (NU) das situações de urgência e emergência (UR). O que distinguiu esses casos foi a intensidade da dor, que é considerada como um fator de ordem subjetiva, pois não poder ser mensurada, mas definida a partir da queixa do usuário e/ou da observação do profissional de saúde, no momento da triagem.

A partir deste estudo, outras análises foram possíveis de ser realizadas, levando a outras conclusões, como apresentado na sequência deste item.

Tomando-se unicamente como base de análise o Protocolo de Manchester e a pactuação realizada entre o HRTN, a UPA/VN e a SMSA-BH, verificou-se que cerca de 56% dos atendimentos realizados pelo PS/HRTN eram compatíveis com o seu nível de complexidade. No entanto, focando as análises sobre as necessidades de saúde mais frequentes, como *problemas nos membros e feridas*, que, comparados à *indisposição no adulto* tendem a ser de identificação mais objetiva, observou-se que cerca de 75% desses casos poderiam, a princípio, exigir atendimento por profissionais especializados, mas não o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico de alta complexidade. Portanto, seriam passíveis de atendimento nas unidades básicas de saúde ou unidades de pronto atendimento, desde que essas estivessem adequadamente estruturadas, em termos de recursos humanos, medicamentos, equipamentos e estrutura física, como sugere a Política Nacional de Atenção às urgências (PNAU).

Apesar disso, observou-se que o PA/HRTN não representa a principal referência da população adstrita ao CSVN, para atendimento aos casos de agudização do estado de saúde. Os dados apontaram que nesses atendimentos a maioria da população recorre aos serviços de acolhimento do CSVN, seguido da UPA/VN. Juntas essas unidades de saúde absorveram cerca 88% da demanda pelos serviços de urgência e emergência, no período analisado, ou seja, esses dados sugerem que o HRTN não está atuando como a principal porta de entrada para o Sistema de Saúde nos serviços de urgência e emergência, para a população estudada. No entanto, esses dados devem ser analisados com cautela, uma vez que não foi possível qualificar os atendimentos do serviço de acolhimento do CSVN, que, sozinho, representou cerca de 61% dos atendimentos. Novos estudos devem ser realizados, tomando-se como referência populações adstritas a outros centros de saúde, a fim de se verificar se esse mesmo fenômeno será observado.

Se esse ponto é favorável à atenção primária, por outro lado, considerando-se que as unidades básicas de saúde devem ser capazes de atender aos casos classificados como verde e azul, não se pode deixar de ressaltar que a pactuação entre a SMSA-BH, o HRTN e a UPA/VN, a princípio, não impactou nos atendimentos de acolhimento do CSVN. Isso pode sugerir limitações da atenção primária para ampliar o seu vínculo com sua população. Além de se observar maior presença de pessoas do sexo masculino no PS/HRTN, enquanto há maior presença de pessoas do sexo feminino no acolhimento do CSVN, observou-se, também,

que não houve alteração na quantidade de atendimentos realizados por este CS, no período analisado.

Outra questão é que pela pactuação entre a SMSA-BH, o HRTN e a UPA/VN, o PS/HRTN só deve atender casos NU quando existe limitação de recursos (humanos e/ou materiais) nas outras unidades de saúde de menor complexidade da região. Assim, os dados analisados sugerem que a UPA/VN e o CSVN não têm recursos humanos e tecnológicos suficientes para atendimento dos casos relacionados a *problemas nos membros e feridas*. Parte desses atendimentos foi classificada como Não Urgente, e mesmo assim foi atendida pelo HRTN (NU/ATE). Essa falta de recurso fica evidenciada, por exemplo, ao se constatar que a UPA/VN não conta com médico especialista em ortopedia em seu quadro de pessoal, enquanto o sintoma problemas nos membros aparece como um dos sintomas de maior frequência no atendimento do PS/HRTN.

Isso é importante salientar, pois, como bem citam e criticam O'Dwyer *et al.* (2008) e Oliveira (2009), existe uma tendência na literatura em rotular os usuários que recorrem aos serviços de urgência e emergência hospitalares em casos de não urgência, como inapropriados ou indesejáveis nesses serviços. Portanto, neste caso em estudo, essa rotulação fica ainda mais indevida, haja vista que o próprio Sistema Municipal de Saúde de Belo Horizonte não tem definido de forma clara, quais casos devem ser efetivamente atendidos pelas UPA e quais devem ser pelo HRTN.

E se, como afirmam Oliveira *et al.* (2009), as pessoas fazem suas escolhas por um ou outro ponto de saúde de acordo com suas próprias experiências e, também, pelas experiências referidas por outros usuários, no caso estudado, essas referências ficam comprometidas. Um determinado episódio de problema de saúde que em dado dia pode ser atendido pelo PS/HRTN, no outro, pode não ser.

Ainda na direção de não responsabilizar somente o usuário pela utilização indevida dos serviços de urgência hospitalar nos casos de pouca ou não urgência de atendimento, salienta-se que para a aplicação da classificação do Protocolo de Manchester (definir a prioridade do atendimento, em função da necessidade imediata de tratamento) os profissionais de saúde, já com formação formal apropriada, necessitam fazer uma formação especial para definir com mais segurança o nível de risco à vida, apresentado pelo usuário. Então, não se deve esperar que o usuário, ou seu acompanhante, tenha discernimento sobre a gravidade que o seu problema de saúde oferece, ou mesmo o nível de complexidade, para a partir daí definir qual ponto de saúde deverá procurar.

Voltando às conclusões para o aumento observado na média do número de atendimentos classificados como UR no PS/HRTN, e confrontando os dados desse Hospital com os dados da UPA/VN, pode-se abstrair que esse aumento está relacionado à absorção, por parte desse hospital, dos atendimentos UR encaminhados pela UPA/VN. Como visto o PS/HRTN é referência dessa UPA, no nível hospitalar.

Mas, é importante dizer, que estudo realizado por Souza *et al.* (2011) apontou que o Protocolo de Manchester tende a ser mais inclusivo quando comparado a outros sistemas de triagem. Dessa forma, neste estudo, a presença de muitos casos de *alta após atendimento* nos casos classificados como UR, pode sinalizar para a possibilidade do Protocolo de Manchester aumentar o nível de prioridade dos atendimentos, sugerindo maior segurança na classificação dos atendimentos. Poderia, ainda, sugerir, como sinaliza estudo realizado por Diogo (2009), que os usuários, de certa forma, estariam exacerbando um determinado sintoma, como exemplo, dor, na expectativa de serem classificados em uma cor que possibilitasse um atendimento mais rápido (com base em experiências anteriores). No entanto, ainda de acordo com Diogo (2009), essa possibilidade existe, mas é pouco significativa, em função do baixo conhecimento dos cidadãos sobre o Sistema de Triagem Manchester. Essa autora levanta ainda a hipótese, não comprovada em seu estudo, dos próprios profissionais de saúde aumentarem o nível da classificação de risco do problema apresentado pelo usuário, como forma de acelerar o tempo para a realização dos atendimentos clínicos. Entende-se, neste estudo, que a apuração dessas questões pode ser realizada por meio do processo de auditoria, previsto na proposta do Protocolo de Manchester.

Um ponto que também ficou evidenciado por este estudo é que a população responde de forma positiva às mudanças na política. Isso fica evidenciado na redução no número total de atendimentos realizados pelo PS/HRTN, a partir da pactuação entre a SMSA-BH, o HRTN e a UPA/VN, influenciada pela redução na demanda dos casos NU. Paralelo à redução nos casos NU do PS/HRTN, observou-se aumento na demanda desses casos pelos serviços da UPA/VN. Não se quer dizer, com isso, que a população esteja satisfeita com tal pactuação, ou que ela esteja tendo suas necessidades devidamente resolvidas.

E se a população responde, de forma positiva, às mudanças na política, há que se investir mais em informações para o usuário. Se se espera que ele contribua para a lógica de funcionamento do sistema de saúde, tem que avisá-lo em qual ponto de assistência à saúde ele deve e pode recorrer, de acordo com as suas necessidades de saúde. Como disse um

profissional de saúde em um centro de saúde visitado, “mudaram a lógica do sistema, mas se esqueceram de avisar ao usuário”.

Dado o exposto, pode-se dizer que para reduzir a pressão pelo Serviço de Urgência e Emergência do HRTN, as medidas necessárias estão muito mais no nível das competências do gestor público do que no comportamento ou nas preferências dos usuários por uma ou outra unidade de saúde. Como muitos estudos apontam, dentre eles o de Cecílio (1997), o usuário busca aquela unidade que ele entende que irá resolver o seu problema. Isso fica patente quando ele deixa de recorrer ao PS/HRTN e passa a buscar pela UPA/VN, após a implantação da pactuação entre a SMSA-BH e essas unidades.

A princípio, uma medida que poderia atenuar a demanda pelo PS/HRTN seria investir em recursos materiais, humanos (em termos quantitativos e de desenvolvimento profissional) e de infraestrutura nas unidades básicas de saúde e de pronto atendimento do Distrito Sanitário de Venda Nova, para a realização dos procedimentos pertinentes a *problemas nos membros e feridas*. Os casos de *problemas nos membros e feridas*, identificados por este estudo no PS/HRTN, mostraram ser casos que demandam menor aparato de nível hospitalar.

Outra medida seria os centros de saúde ampliar o horário de acolhimento das equipes de saúde, incluindo o atendimento dos médicos, para o seu horário integral de funcionamento: 07 horas às 19 horas. Esse mostrou ser o turno de maior demanda pelo PS/HRTN e pela UPA/VN.

Ainda pautado nas análises deste estudo, três outras considerações merecem ser realizadas: o uso de processos de georreferenciamento dos endereços dos usuários; a qualidade dos dados informatizados; e a utilização do sistema de registro dos atendimentos do PS/HRTN de forma mais ampliada.

O processo de georreferenciamento dos endereços dos usuários possibilita identificar o distrito sanitário de referência do usuário que procura pelos serviços de saúde, bem como o seu centro de saúde de referência e setor censitário. Isso quer dizer que, por meio desse processo, é possível se identificar a equipe de saúde diretamente responsável pela atenção à saúde do usuário demandante pelos serviços de atenção às urgências e emergências. E isso é muito significativo para um sistema de saúde que se propõe operar, pautado nos princípios da integralidade e continuidade da atenção à saúde, focado em área de adstrição territorial de menor escala geográfica.

Desse modo, seria pertinente que, nos cadastros informatizados de usuários das diversas unidades de saúde de Belo Horizonte, fossem incluídas as informações do vínculo de

referência dos usuários com o sistema de saúde (Centro de Saúde e Equipe). Essa poderia ser uma maneira rápida e simples de manter os Centros de Saúde informados sobre os atendimentos realizados à sua população, por outras unidades de saúde. Preferencialmente, por meio de sistemas informatizados unificados, as informações, organizadas por setor censitário e nome do usuário, poderiam ficar disponíveis para acesso dos centros de saúde. Com base nessas informações os centros de saúde poderiam realizar busca ativa dos usuários de sua área de adstrição, favorecendo a continuidade do tratamento (se fosse o caso) por meio de um acolhimento apropriado ao indivíduo. Isso favoreceria, ainda, o vínculo do usuário com o seu centro de saúde. Tomando como referência a amostra dos atendimentos realizados pelo PS/HRTN, referentes à população adstrita ao CSVN, pode-se dizer que, em média, cada equipe desse Centro de Saúde teria que realizar uma busca ativa, por dia.

Mas, essa questão remete a outra observada por este estudo: a qualidade das informações geradas pelos sistemas informatizados da SMSA-BH e também pelo próprio HRTN. Nesse, muitas foram as informações incompletas encontradas em seu banco de dados. Exemplificando, de um total de 61.994 registros, 12,3% (7.650) dos casos, não constava a classificação de risco correspondente (cor). Esse número representa mais de 3 vezes o número de casos identificados como referentes ao CSVN. Desse mesmo total, em cerca de 33% dos atendimentos do PS/HRTN não foi possível identificar o centro de saúde de referência dos usuário, por meio dos endereços cadastrados em seu sistema informatizado. Essa situação pode ser decorrente de endereço indevido no cadastro de usuários do HRTN e/ou problemas no cadastro de logradouro da PBH, utilizado no processo de georreferenciamento¹⁰⁷ das informações deste estudo. Para esse processo ser eficaz, tem que haver compatibilidade entre os endereços cadastrados pelas unidades de saúde e o cadastro de logradouros da PBH. Esse, por sua vez, tem que ser constantemente atualizado com base nas mudanças nas áreas de adstrição dos centros de saúde.

Com relação aos dados fornecidos pelas unidades da PBH – Distrito Sanitário de Saúde e Prodabel – observou-se que, mesmo sendo relatórios gerados a partir de uma mesma base de dados, não houve consistência nos quantitativos das informações geradas. Além do mais, apesar da PBH oferecer um sistema de informação com diversidade de dados, os Distritos Sanitários têm restrição para gerar informações a partir deles.

¹⁰⁷ De forma sucinta, pode-se dizer que o processo de georreferenciamento compara os dados de dois ou mais banco de dados, retornando, de acordo com o objetivo e critérios pré-estabelecidos, um valor se for verdadeiro e outro se for falso.

Também, apesar dos centros de saúde gerarem muitas informações de morbidades, inclusive por meio de notificações de doença, não se conseguiu acesso a uma lista organizada de morbidades e causas de mortalidade para a população adstrita ao CSVN. A inexistência dessas informações para os centros de saúde sugere que essas unidades básicas operam com base em demandas, e não com base no perfil de necessidades da região. Como visto, é esperado que as equipes de saúde da família sejam capacitadas para conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, e para identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta¹⁰⁸.

Essa falta de informações de nível local limita a realização de estudos focados em bases de menor escala espacial, como sugere a literatura, por meio do uso de fonte de dados secundários.

É importante dizer que, tão importante quanto informatizar, é importante formar os profissionais de saúde não só para coletar dados e registrá-los nos sistemas, mas, também, para eles saberem criticar esses dados e transformá-los em informações úteis para o aprimoramento da gestão do sistema de saúde.

Sobre a utilização do Protocolo de Manchester como indicador do nível de complexidade dos procedimentos a serem adotados no atendimento aos usuários, ele se mostrou frágil. Isso já era de se esperar, por não ser essa a sua proposta. Por outro lado, considerando que os estudos epidemiológicos laçam mão de informações referentes à Classificação Internacional de Doenças (CID) para caracterizar o perfil de morbidade das populações, a junção entre o Alert@ e o MV-2000i (sistemas utilizados pelo HRTN) se mostrou útil para apontar esse perfil de morbidades, em níveis regionais de menor escala geográfica, pelo menos nas demandas referentes a casos de agudização do estado de saúde. Isso pode favorecer a adequação de políticas públicas, no nível local. Esse fato é importante, principalmente, quando se detecta que há limitação do gestor municipal para levantar esses dados. Mas, para isso, é necessário fazer uso do processo de georreferenciamento dos dados e, também, que os códigos da CID sejam devidamente lançados nos sistemas.

Finalmente, parece incoerente que um sistema de saúde que pauta suas políticas segundo os princípios de humanização da atenção, atue sob a perspectiva do não atendimento

¹⁰⁸ Observou-se durante a pesquisa que os agentes comunitários de saúde possuem conhecimento e registros próprios contendo os principais problemas de saúde e as situações de risco de sua área de abrangência. No entanto, o Centro de Saúde não se apropria dessas informações, de forma sistematizada e organizada.

a usuários que demandam por atendimento em unidades de saúde de nível de complexidade, teoricamente, “superior” as suas necessidades, como observado no PS/HRTN. Reportando ao “Fluxo de eventos entre necessidades de saúde e obtenção de cuidados” – FIG. 4 desta Tese – proposto por Júlio Frenk (1992), pode-se dizer que esse comportamento representa uma ruptura no processo de obtenção de cuidados à saúde pelo usuário. Reiterando o ponto de vista de Cecílio (2001) e Oliveira *et al.* (2009), o sistema deve estar plenamente aberto ao acolhimento às necessidades do usuário, seja em que nível ou em que tipo de serviço for.

No entanto, reconhecendo as atuais limitações da oferta de serviços de saúde em Belo Horizonte, influenciada, inclusive, pela deficiência dos sistemas de serviços de saúde de outros municípios, há que se investir, como visto, na informação para o usuário sobre o funcionamento do sistema de saúde local. O usuário deve conhecer (e poder acreditar) as alternativas que o sistema oferece, além dos Hospitais, para atendimento aos casos de urgência e emergência. Acredita-se que a confiabilidade do usuário em relação aos outros níveis de atenção irá acontecer na medida em que ele recorrer às outras unidades de saúde e tiver seu problema resolvido.

Com os resultados encontrados por este estudo, ficou evidenciada a necessidade de estudos que aprofundem na qualificação dos atendimentos classificados pelo Protocolo de Manchester, principalmente, na cor verde. Nessa direção, é de suma importância identificar qual a trajetória dos usuários classificados nessa cor, após serem encaminhados a outras unidades de saúde, investigando os recursos que eles lançam mão para obter cuidados à saúde. Também, deve-se verificar se os usuários que frequentam as urgências e emergência dos hospitais possuem ou já possuíram algum vínculo estabelecido com o seu Centro de Saúde de referência. Isso é importante para qualificar a relação desses usuários com os centros de saúde. A partir dessa qualificação o gestor poderá investir, se necessário, em ações que favoreçam o vínculo entre o usuário e seu centro de saúde.

Ainda, como esse estudo adotou por estratégia a análise quantitativa e descritiva dos dados, por meio de análise univariada, de uma amostra do tipo não probabilística, não foram realizados testes estatísticos. Assim, para novos estudos semelhantes a este, sugere-se a adoção de amostra do tipo probabilística, possibilitando a realização de testes estatísticos, podendo assim, generalizar os resultados para um universo maior.

Por fim, sob o contexto dos aspectos demográficos, é importante que o gestor público esteja atento ao rápido processo de envelhecimento pelo qual está passando a população do município de Belo Horizonte. Como visto, a proporção e o volume de pessoas nas idades de

60 anos e mais está aumentando consideravelmente na população, e, como observado, a proporção dessas pessoas que recorrem aos serviços de urgência e emergência, considerando os três pontos fixos da rede de atenção às urgências e emergências, já é superior à proporção desse grupo na população. Inclusive, no PS/HRTN, a maior proporção dessas pessoas, corresponde ao grupo UR. Portanto, é evidente a necessidade de se investir em políticas públicas que não só garantam recursos – humanos, materiais e financeiros – à população que já se encontra nesse grupo populacional, como também, há necessidade de se investir em medidas de prevenção e promoção da saúde que levem a minimizar a presença de doenças provocadas por causas externas e/ou por hábitos alimentares e estilo de vida, dos demais grupos populacionais.

E, se há a expectativa no aumento da proporção de pessoas idosas na população, e conseqüentemente, e da necessidade do aumento de recursos para atender a esse grupo, por outro lado, há um decréscimo na proporção e volume de pessoas menores de 4 anos, provocado pela redução no número de nascimentos. Esse grupo, também, aparece em maior proporção de casos de atendimento a urgência e emergência, quando comparado a sua proporção na população. Então, esse momento deve ser visto, também, como uma oportunidade para aprimorar a atenção à saúde para esse grupo populacional, por meio de um planejamento adequado, e da otimização dos atuais recursos disponíveis.

REFERÊNCIAS

ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, Ann Arbor, v. 9, n. 3, p. 208-220, Fall 1974.

AMORIM, Márcio Figueiras de. **Conceitos básicos de saúde pública**. 2001. Disponível em: <http://www.usinadeletras.com.br/exibelotexto.phtml?cod=1190&cat=Artigos>. Acesso em: 17 jan. 2003.

ANDRADE, L. O. M. de. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec, 2001. 279 p.

ÂNGELO, M., A.; RIBEIRO, M. L. B.; BARBOSA, A. C. Q. A parceria Universidade-Estado na gestão hospitalar: a experiência do Hospital Risoleta Tolentino Neves no período 2006-2007. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 13, 2008, Diamantina. **Anais**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2008.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. **A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001**. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 630-36, out. 2004.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação. Epidemiologia **Relatório de Gestão de 1998**. Belo Horizonte, 1999.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Gerência Regional de Informações Técnicas. **Perfil da Região Administrativa Norte: características gerais**. 2008a. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=19638&chPlc=19638&termos=Perfil>. Acesso em: 7 jul. 2008.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Gerência Regional de Informações Técnicas. **Perfil da Região Administrativa Venda Nova: características gerais**. 2008b. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticas&tax=11992&lang=pt_BR&pg=5922&taxp=0&. Acesso em: 07 jul. 2008.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Saúde: urgência/emergência**. Belo Horizonte, [2011]. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=15383&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0>. Acesso em: 07 jul.2008c.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Relatório de gestão 2009**:. perfil de saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=relatorio_gestao_cap-03.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2011.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Portal PBH. **Estatísticas e indicadores**. [2011?]. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticaseindicadores&lang=pt_BR&pg=7742>. Acesso em: 2 abr. 2011.

BOTEGA, Laura de Almeida. **Distribuição espacial das internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2002**: deslocamentos populacionais e tipos de procedimentos. 2005. Dissertação (Mestrado em Demografia) – CEDEPLAR/FACE/UFMG – Belo Horizonte.

BRAGA, Fernando Gomes. **Migração Interna e urbanização no Brasil contemporâneo**: um estudo da rede de localidades centrais do Brasil (1980/2000). ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15, 2006. **Anais...** [Campinas]: ABEP, 2006.

BRAGA NETO, F. C., *et al.* Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 665-704.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 setembro 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dezembro 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, DF, 1990c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.203**, de 06 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. 1996. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 17 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999. Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF de 16 abril de 1999. Seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 545/93, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. In: **Fiscolex: informação com conhecimento**. [200-?]. Disponível em http://www.fiscolex.com.br/doc_5234_PORTARIA_N_545_DE_20_DE_MAIIO_DE_1993.aspx. Acesso em: 17 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01. Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar. Brasília, DF, 2001. (Série A. Normas e manuais técnicos, 116)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. (Série B. Textos Básicos de saúde). Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos**. Síntese dos principais 2.ed. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. In: _____. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. aum. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. (Série E. Legislação de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. In: _____. Política nacional de atenção às urgências. 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. (Série E. Legislação de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da PNAU – o SAMU. In: _____. Política nacional de atenção às urgências. 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c. (Série E. Legislação de saúde)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, 2006d.

BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília, DF, 2006f (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual do cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde/ CNES: Versão 2-Atualização.i**. Brasília, 2006g. (Série A. Normas e manuais técnicos) Disponível em: <<http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/cnes/Manual%20SCNES.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 2.922, de 2 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências" da Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 235, 3 dez. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. SISREG. **Manual do operador solicitante. SISREG III:** solicitação e agendamento de consultas e procedimentos. Brasília, DF, 2008b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Diretoria de Programa. **QualiSUS Rede:** manual operacional do projeto de investimento para a qualificação do sistema único de saúde. Brasília, DF, 2009a. (Série C: Projetos, programas e relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z:** garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf>. Acesso em: 17/04/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica:** saúde da família. Brasília, DF, 2009c. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/index.php>>. Acesso em: [2009](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Atenção à Saúde. Datasus. **Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde - CNESNet.** [2011]. Disponível em: <<HTTP://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

BRITO, Fausto. **A transição demográfica no Brasil:** as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007. (Texto para discussão, 318).

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais:** os pólos da prática metodológica. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis:** revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 77-93, jan./abr. 2007

CAMARGO JR, K. R. de. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

CARRET, Maria L. V. *et al.* Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. n: CARRET, Maria L. V. **Demanda do serviço de saúde de emergência:** características e fatores de risco para o uso inadequado. 2007. 231 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2007a. p. 74-101.

CARRET, Maria L V; FASSA, Anacláudia G.; KAWACHI, Ichiro. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. In: CARRET, Maria L. V. **Demanda do serviço de saúde de emergência:** características e fatores de risco para o uso inadequado. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2007b. p. 103-129.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, maio/jun. 2003.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marília Sá. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 277-284, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24053.pdf> >. Acesso em: 23 jun. 2009.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-78, jul./set. 1997.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Mudar modelos de gestão para mudar o hospital:** cadeia de apostas e engenharia de consensos. Londrina: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva 2000 Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/pensandonovosmodelos.htm>>. Acesso em: 29 abr.2011.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 113-126.

CESSE, E. **Epidemiologia e determinantes sociais das DCNT no Brasil**. 2007. 296 f. Tese (Doutorado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (Brasil). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda Lima. O envelhecimento populacional e suas repercussões para a saúde pública. In. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA À SAÚDE. **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

COSTA, R. C. R. **Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990**. *Revista Sociologia e Política*, Curitiba, n.18, p. 49-71, jun. 2002.

DACHS, J. Norberto W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 641-657, 2002.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata: saúde para todos no ano 2000. Documento apresentado na Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Alma-Ata, Casaquistão, 1978. Disponível em <http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm>. Acesso em 7 jul. 09

DESLANDES, Suely Ferreira; MINAYO, Maria Cecília de Souza; LIMA, Maria Luiza Carvalho de. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 24, n. 6, dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008001200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24/10/09.

DIOGO, Carla Silva. **Impacto da relação cidadão: sistema de triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS**. 2007. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde) - Instituto Superior das Ciências do Trabalho e das Empresas/Escola de Gestão, Lisboa. Disponível em: <<http://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/993/1/IRC-Sistema%20Triagem%20Manchester%20na%20requalifica%C3%A7%C3%A3o%20das%20urg%C3%Aancias%20do%20SNS.pdf>>. Acesso em 15 de jul. 2011.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Rede de atenção à urgência e emergência: oficina 1: alinhamento conceitual**. Macrorregião Centro. 2008. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/1_Alinhamento_Conceitual_Rede_UE_08_1.ppt#2>. Acesso em: 02/12/2010.

FAHEL, M. C. X. **Desigualdades em saúde no Brasil: uma análise do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais**. 2007. Trabalho apresentado no 13º Congresso Brasileiro de Sociologia. Disponível em: <http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com_docman&task=search_result&Itemid=171>. Acesso: 17 jan. 2009.

FERREIRA, Renato César. **Algumas considerações sobre o tema a promoção de saúde e espaço geográfico**. 2009. Trabalho apresentado ao 4º Seminário de atenção primária à saúde: perspectivas e desafios para o século XXI. Mostra saúde da família.: um olhar para a atenção primária. Belo Horizonte, 2009. Disponível em <http://www.amep.org.br/docs/apresenta_seminario_aten_prim/agora.pdf>. Acesso em: 8 de jun.2009.

FRENK, J *et al.* **La transición epidemiológica en América Latina**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, v. 111, n. 6, p. 485-496, dic. 1991.

FURTADO, B. M. A. S. M; ARAÚDO JR., J. L. C; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 279-289, set. 2004.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 575-626.

GIOVANELLA, Lígia (Coord.) *et al.* **Estudos de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em quatro grandes centros urbanos**: relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: ENSP/DAPS/NUPES, 2009.

HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES. **Missão visão e valores**. Disponível em: http://www.hrtn.fundep.ufmg.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=6&Itemid=86. Acesso em: 11 de ago. 2010.

JACOBS, P. C.; MATOS, E. P.. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador – Bahia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 6: p. 348-53, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n6/27537.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2009.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

LOVALHO A. F. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 160-171, abr./jun. 2007.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, Janet; WINDLE, Jill. **Emergency triage: Manchester Triage Group**. 2. ed. Malden: Blackwell Publishing, 2006.

MAFRA, A. A.*et al.*. **Acolhimento com classificação de risco nas portas de entrada de urgências e emergências do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2005. Disponível em: http://www.gbacr.com.br/images/stories/Documentos/protocolo_de_acolhimento.pdf. Acesso em 14/10/2010.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas., 2004.

MÉDICI, André Cezar. **Da Atenção Primária às Redes de Saúde: Futuros Caminhos para a Regionalização do SUS: parte 1**. 2010a.. Disponível em: <<http://monitordesaude.blogspot.com/2010/05/da-atencao-primaria-as-redes-de-saude.html>>. Acesso em: 6 set. 2010.

MÉDICI, André Cezar. **Da atenção primária às redes de saúde: novos caminhos para a regionalização do SUS: (FINAL)**. 2010b. Disponível em: http://monitordesaude.blogspot.com/2010_06_01_archive.html. Acesso em: 6 set. 2010. 20

MENDES, E. Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. Vilaça. Garantia e ampliação do acesso dos serviços de saúde: integração e regionalização: o caso de Minas Gerais. In: Seminário internacional sobre inovações na gestão de saúde. São Paulo, 28 a 30 de novembro de 2007. Powerpoint, Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/30-11-2007%20-%20Seminario/Mesa_8_Garantia%20e%20ampliacao%20do%20acesso%20dos%20servicos%20de%20saude%20integracao%20e%20regionalizacao/Eugenio_Vilaca_Mendes.pdf>. Acesso em: 24 out. 2010.

MENDES, E. Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. S 4, 2008.

MENDES, E. Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte**: oficina 2. Redes de atenção à saúde e regulação assistencial. Belo Horizonte: 2009a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado. Escola de Saúde Pública. **Oficina 5: acolhimento e classificação de risco. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Uberaba: 2009b. Apresentação. Disponível em <http://www.docstoc.com/docs/88575126/PDAPS_Oficina-5-Acolhimento-e-classificacao-de-risco_Uberaba_15out2009>. Acesso em: 13 out. 2010.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte**: oficina 1. Análise da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte, 2009c.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte**: oficina 3. Territorialização e diagnóstico local. Belo Horizonte, 2009d.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte**: oficina 4. A organização da demanda espontânea. Belo Horizonte, 2010.

MORAIS, Maria Helena Franco. **Uso de ferramentas espaciais no direcionamento de ações de vigilância e controle da leishmaniose visceral (LV) em Belo Horizonte-MG**. Porto Alegre: Secretaria de Municipal de Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/CC_23_09_Tarde_PDF/Maria%20Helena%20Moraes.pdf>. Acesso em: 17 jun./2011.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de, MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 435-472.

O'DWYER G, OLIVEIRA SP, DE SETA MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa Qualisus. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, set./out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/27.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2009.

OLIVEIRA, L.H. *et al.* Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, nov./dez. 2009.

OMRAN, A. R. **The epidemiologic transition:** a theory of the epidemiology of of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, New York, v. 49, n. 4, Part 1, p. 509-538, Oct. 1971.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil: Sistema Único de Saúde: setores de atenção. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 547-573.

PESSOTO, Umberto Catarino *et al.* Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 351-362, abr. 2007 .

PINHEIRO, Rejane Sobrino.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-496, jul./set. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0487.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2008.

PINHEIRO, Rejane Sobrino *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002 .

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado á saúde** . 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CESP, 2006. v. 1.

RATI, Rose Meire Silva. **Criança não pode esperar:** a demanda de mães e SUS crianças em condições não urgentes em ambulatório pediátrico de urgência e emergência. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA À SAÚDE. **Demografia e saúde:** contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009a.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA À SAÚDE. **Mortalidade proporcional por causas mal definidas – C.5.** 2009b. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/ripsa/?lang=pt&_charset_=iso-8859-1&q=Mortalidade+proporcional+por+causas+mal+definidas&index=&where=>>. Acesso em: 22 jul. 2011.

RIBEIRO, M. C. S. A. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1.011-1.022, out./dez. 2006.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 4, p. 757-76, 2002.

SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897 - 908, out./dez. 2004.

SELLTZ, C. *et al.* **Métodos de pesquisa das relações sociais.** São Paulo: Herder, 1965.

SIMONS, Dione Alencar. **Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família.** 2008. 160 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

SOUZA, Cristiane Chaves de. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos.** Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SPIEGEL, M. R. **Estatística.** 3. ed.. São Paulo: Makron Books, 1993.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: CADERNO da 11ª Conferência Nacional de Saúde. [S. l.: s. n.], [200-?]. p. 260-281. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11confcad.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2010.

TRAVASSOS, Cláudia.; CASTRO, M. S. M. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde**. In: GIOVANELLA, L. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 215-246.

TRAVASSOS, Cláudia *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS Cláudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2.

TRAVASSOS Claudia; VIAÇAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais. Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p.2490-2502, out, 2007.

TURCI, Maria Aparecida (Org.). **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte/A946**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; HMP Comunicação, 2008. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/pag-ppsp_arquivos/Miolo_Final_Livro_BH.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2011.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa, *et. al.* Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar, 2008.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. **Relatório**: estudo do perfil da demanda do serviço de pronto socorro do hospital geral de Itaim Paulista. São Paulo, 2002. Projeto Avaliação das Organizações Sociais de Saúde OSS/São Paulo. Subprojeto Análise da demanda.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. **Relatório**: estudo do perfil da demanda do serviço de pronto socorro do hospital geral de Itaquaquecetuba. São Paulo, 2002. Projeto Avaliação das Organizações Sociais de Saúde OSS/São Paulo. Subprojeto Análise da demanda.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Comissão de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 1996. Disponível em http://www.ufmg.br/bioetica/coep/index.php?option=com_content&task=view&id=17&Itemid=29>. Acesso em: 24 ago. 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Relatório de gestão 2008**. Disponível em: http://www.ufmg.br/proplan/relatorios_gestao/relatorio_gestao_2008/index.htm. Acesso em: 11 ago. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Centro de Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina. **Indicadores de saúde I** (2007?). Disciplina de Epidemiologia Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cursos/epigrad/aulasteoricas/AT4%20IndicSaude%20I.pdf> >. Acesso em 23 mar. 2011.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, 2005. Suplemento.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A.. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

WONG, L. R.; CARVALHO, J. A. M.; PERPÉTUO, I. H. O. A estrutura etária da população brasileira no curto e médio prazos: evidências sobre o panorama demográfico com referência às políticas sociais, particularmente as de saúde. In: REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**, 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXOS

ANEXO I



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
RISOLETA TOLENTINO NEVES

Núcleo de Ensino e Pesquisa

Belo Horizonte, 12 de Fevereiro de 2010

Processo Nº. 02/10

TÍTULO: Utilização dos serviços de urgência e emergência hospitalar: determinantes da demanda em situações consideradas, sob a ótica da biomédica, de não urgência de atendimento.

Pesquisadora: Jacqueline Saldanha Mendes da Costa

O projeto acima referenciado tem como proposta identificar fatores determinantes da demanda pelos serviços de urgência e emergência em um hospital de referência da rede pública de Belo Horizonte, em situações consideradas, sob a ótica da biomédica, como de pouca urgência de atendimento.

Parecer:

Após a leitura e análise do projeto em questão, esta Comissão de Pesquisa considera ser este trabalho de suma importância e relevância para o HRTN, visto que possibilita uma identificação da situação real do público atendido no Hospital em referência ao Protocolo de Manchester, adotado na Instituição.

Através do consenso dos membros da Comissão ficou estabelecido a necessidade de inserir no Projeto o formulário modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser aplicado ao grupo pesquisado, assim como, o esclarecimento do seu uso.

A determinação desta Comissão é favorável à liberação do Projeto de Pesquisa em questão, porém, o parecer final deverá contemplar também a autorização do COEP.

Solicitamos que as mudanças propostas sejam efetivadas, assim como, o envio do Projeto reformulado à aprovação pelo COEP.

Mediante informação acima, aguardamos um retorno para que a pesquisa seja iniciada.

Atenciosamente,

ALEXANDRE DE SOUSA BASTOS
NUTRICIONISTA
CRM 99100-4458

Alexandre de Sousa Bastos
Membro do Colegiado do Núcleo de Ensino e Pesquisa

ANEXO II

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0056.0.410.410-09A

Pesquisador responsável: Laura Lídia Rodrigues Wong

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 24 de fevereiro de 2010, após solução de pendências, o projeto de pesquisa intitulado “Utilização dos serviços de urgência e emergência hospitalar: determinantes da demanda em situações consideradas, sob a ótica da biomédica, de não urgência de atendimento”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Dr. Celeste de Souza Rodrigues

Coordenadora do CEP/SMSA/BH

Celeste de Souza Rodrigues - CRM: 37315-1
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - SMSA/BH

ANEXO III



Prefeitura Municipal de
Belo Horizonte



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)**

Parecer nº 0056.0.410.410-09AdA

CAAE: 0056.0.410.410-09

Projeto: “Utilização dos serviços de urgência e emergência hospitalar: determinantes da demanda em situações consideradas, sob a ótica da biomédica, de não urgência de atendimento”.

Pesquisadora responsável: Laura Lídia Rodrigues Wong

Instituição Responsável pela Pesquisadora nesta Pesquisa: Universidade Federal de Minas Gerais / Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional – UFMG / CEDEPLAR

Avaliação de solicitação de adendo.

A pesquisadora solicita a inclusão da UPA-VN como campo de pesquisa, esclarecendo que o universo passa a ser o conjunto de indivíduos residentes em Belo Horizonte que demandam espontaneamente o serviço de urgência e emergência do HRTN ou desta unidade de pronto atendimento e que sejam classificados na Triagem Manchester, nas cores verde ou azul.

As referências quanto aos riscos e benefícios da pesquisa e quanto aos termos e aplicação do TCLE passam a contemplar também estes indivíduos.

Parecer

O adendo projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/PBH tendo sido aprovado.

Salienta-se a necessidade de envio a este CEP de relatórios parciais a cada ano e relatório final quando da conclusão da pesquisa. Qualquer modificação no projeto deverá ser apresentada ao CEP-SMSA, na forma de adendo, para apreciação.

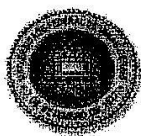
Celeste de Souza Rodrigues

Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Celeste de Souza Rodrigues - BM: 37316-1

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - SMSA/BH

Belo Horizonte, 20 de setembro de 2010.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0056.0.410.203-09

Interessado(a): **Profa. Laura Lídia Rodriguez Wong**
Departamento de Demografia
Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 28 de junho de 2010, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Utilização dos serviços de urgência e emergência hospitalar: determinantes da demanda em situações consideradas, sob a ótica da biomédica, de não urgência de atendimento"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG