

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**PROCURA POR ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM PRONTO
ATENDIMENTO DE UMA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE**

Pâmela Braga Alves

Belo Horizonte
2014

Pâmela Braga Alves

**PROCURA POR ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM PRONTO
ATENDIMENTO DE UMA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Organização e gestão de serviços de saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marília Alves

Belo Horizonte
2014

Alves, Pâmela Braga.
A474p Procura por assistência à saúde em pronto atendimento de uma região ampliada de saúde [manuscrito]. / Pâmela Braga Alves. - - Belo Horizonte: 2014.
81f.: il.
Orientadora: Marília Alves.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Serviços Médicos de Emergência. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Hospitais. 5. Estudos de Casos. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Alves, Marília. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 154



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Dissertação intitulada “Procura por assistência à saúde em Pronto Atendimento de uma região ampliada de saúde” de autoria da mestranda Pâmela Braga Alves, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof^ª. Dr^ª. Marília Alves – EE/UFMG – Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Isabela Silva Câncio Veloso – EE/UFMG

Prof^ª. Dr^ª. Kênia Lara Silva – EE/UFMG

Prof^ª. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem – EE/UFMG

Belo Horizonte, 14 de abril de 2014.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família,
meu maior amor e minha maior inspiração:
mãe, pai, meu irmão Alysson e meu marido Múcio.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de vida e inspiração, que me deu saúde, força, ânimo, perseverança e determinação para alcançar este objetivo. Obrigada por me manter firme em meio às dificuldades encontradas e por colocar tantas pessoas boas, verdadeiros anjos, em meu caminho. Agradeço pela proteção diária e por guiar minhas rotineiras viagens.

Ao meu pai e minha mãe, pela presença constante e amor incondicional em todos os momentos da minha vida! Obrigada pelo grande incentivo para iniciar e concluir esta jornada, pelas orações, boas energias, pelo amor acima de tudo, por existirem. Sem vocês nada disso seria possível. Vocês são exemplos de seres humanos e pais, são a minha vida! Amor eterno.

Ao meu irmão Alysson, que apesar da distância física, se faz presente sempre. Obrigada por estar sempre ao meu lado, por sentir tanto orgulho de mim, pelo amor, incentivo e torcida sempre! Obrigada por vibrar com as minhas vitórias como se fossem suas!

Ao meu marido Múcio, meu maior companheiro, meu amor, por viver esta fase comigo como se fosse sua. Agradeço de coração por ser meu grande incentivador, mesmo quando tudo parecia não dar certo. Você é exemplo de dedicação, esforço e competência. Obrigada pelo companheirismo, amor, paciência e por tudo que você representa em minha vida!

A minha orientadora, Profa. Marília Alves, pela acolhida nesta instituição, desde o início. Você foi muito mais que uma orientadora, mestre e exemplo a ser seguido, foi uma amiga e conselheira! Em todos os momentos de desespero e angústia, transmitia tranquilidade e segurança! Obrigada pelos ensinamentos, orientações, mesmo que à distância, exemplo de competência e profissionalismo, confiança e amizade construída.

À banca, pela disponibilidade e valiosas colaborações para o meu trabalho.

Aos Professores da Escola de Enfermagem da UFMG, por todos os ensinamentos e momentos vividos!

Ao Celso, Naná, Lorena e Celsinho, pela acolhida carinhosa e familiar na casa de vocês em BH. Obrigada pela receptividade, carinho, por tornarem a minha estada aí mais familiar do que nunca. Vocês foram essenciais para dar leveza e familiaridade a esta jornada cansativa de longas viagens.

À enfermeira Álida, coordenadora do Pronto Atendimento Santa Isabel, pela atenção e carinho. Em meio a uma rotina atribulada comum a todo PA, você me recebia de forma solícita e solidária. Obrigada pela ajuda fundamental na coleta de dados e em outros momentos tão importantes.

À Santa Casa de Caridade de Diamantina (SCCD), por abrir as portas para a realização desta pesquisa e por acreditar no quão importante seria o meu trabalho para a instituição.

À psicóloga Lilianny, membro do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) da SCCD, pela disponibilidade e acolhida.

Aos colegas do mestrado, que tornaram a caminhada mais fácil, por todos os momentos vividos!

Às amigas do mestrado, Lane e Carol, pela amizade sincera, pelo companheirismo em todas as fases, pelos momentos especiais que passamos juntas. Vocês deram um brilho especial a esta jornada. Sentirei falta de todos os encontros, regados a boas conversas, risadas e confissões. Muito obrigada!

Aos meus sogros, à Dani, Maguinho, e os meus pequenos Sam e Natan, pela convivência amorosa e familiar, por dar leveza a dias tão estressantes.

A Nilvânea, que com sua discrição e simplicidade, se tornou meu anjo da guarda, inclusive neste momento. Obrigada por cuidar da minha casa como se fosse sua, facilitando a minha vida tão corrida.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, pela importante colaboração para a conclusão desta etapa.

A Dani, pela amizade e incentivo para iniciar esta jornada. Quando eu parecia tão perdida, você me ajudou a ter foco e enxergar o que eu queria.

A Vaninha, grande amiga e conselheira. Obrigada pelo incentivo constante, por acreditar tanto no meu potencial, pela torcida.

A minha sempre amiga Fabi pela amizade sincera, pelo incentivo, palavras de conforto, pela troca de experiências.

A minha amiga Laurinha, à pequena Luísa e Elza, pela amizade e momentos de alegria, em meio à correria das viagens.

À Raína, pela amizade e incentivo constantes.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão desta etapa.

*Quanto mais apagamos e redesenhamos,
mais perfeitos vão se tornando
os nosso traços ...
e as marcas que ficam,
nada mais são do
que um sinal deste aprendizado!*

Red Rose

RESUMO

ALVES, P. B. **Procura por assistência à saúde em Pronto Atendimento de uma região ampliada de saúde**. 2014. 81f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

Na rede de atenção à saúde, a área de urgência e emergência tem passado por grandes transformações nos últimos anos, principalmente pela demanda por atendimentos que poderiam ser realizados em outros pontos da rede. No estado de Minas Gerais, outros agravantes são a vasta extensão territorial, possuir 853 municípios e diferenças regionais em relação à densidade demográfica e características socioeconômicas. Na região Jequitinhonha/Mucuri, as condições socioeconômicas desfavoráveis e baixa densidade demográfica influenciam o acesso aos serviços de saúde. O município de Diamantina é polo da região ampliada de saúde Jequitinhonha e da região de saúde Diamantina. Apesar de ser polo, apresenta algumas particularidades: atenção primária com somente 10 equipes de Saúde da Família (ESF), 4 Programas de Agentes Comunitários (PACS) e 75 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e apenas dois hospitais. O único estabelecimento de saúde que atende urgências e emergências é o Pronto Atendimento (PA) Santa Isabel, vinculado à Santa Casa de Caridade de Diamantina (SCCD), referência para o atendimento de urgência e emergência da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, composta por 23 municípios. Além disso, áreas rurais de alguns municípios não possuem UBS, ESF ou PACS; ou possuem com atendimento médico semanal ou quinzenal. Assim, o PA é a única unidade de saúde que funciona 24 horas, atendendo os casos mais graves do município e da região. Este estudo tem como objetivo analisar os motivos da procura por assistência à saúde no PA Santa Isabel em Diamantina/MG, no período de janeiro a outubro de 2013. Trata-se de um Estudo de Caso descritivo, utilizando dados secundários coletados do Software ALERT ADW nos primeiros dez meses de implantação. Foram coletados dados sóciodemográficos; Fluxograma (a partir da queixa do usuário), Diagnóstico e Classificação de Risco. Os dados foram organizados em gráficos e tabelas, com distribuição de frequência. Os resultados mostram que os meses de maior procura foram junho (11,36%), julho (11,33%) e fevereiro (10,58%). O PA foi procurado por adultos, idosos e adolescentes, com 59,87%; 18,01%; 12,18% respectivamente e houve predominância do sexo feminino (52,81%) e de usuários do SUS. A maioria dos usuários recebeu alta para o exterior (53,62%). Em relação aos diagnósticos destacam-se os capítulos da CID 10: XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (17,19%); X - Doenças do aparelho respiratório (9,8%); XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (9,7%). Em relação aos Fluxogramas destacam-se na categoria PA, pacientes que devem ser atendidos no Pronto Atendimento por apresentarem cores vermelho, laranja ou amarelo: Mal estar em adulto (6,20%), Dor abdominal em adulto (5,25%), Cefaleia (3,77%) e Dor torácica (3,65%). Na categoria AP, pacientes classificados nas cores verde e azul que poderiam ser atendidos na APS, sobressaíram os fluxogramas: Mal estar em adulto (5,01%), Dor de garganta (2,07%), Feridas (2%) e Problemas em extremidades (1,73%). Portanto, o PA de Diamantina, atende à demanda espontânea de urgência e emergência, mas também usuários que poderiam ser atendidos em outro ponto da rede, onerando o sistema de saúde regional e provocando superlotação do serviço, uma característica dos PA em diferentes regiões e municípios.

Descritores: Hospitais, Serviços Médicos de Emergência, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

ALVES, P. B. **Search for health care assistance in emergency care of a wider health care region.** 2014. 81f Dissertation (MSc in Health and Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

In the health care system, the area of emergency care has undergone enormous changes in recent years, mainly as a result of the demand for care that could otherwise be supplied by other parts of the healthcare system. Other challenges exist in the state of Minas Gerais, including the vast size of the state, which has 853 municipal districts and significant regional differences in terms of demographic density and socioeconomic characteristics. In the Jequitinhonha/Mucuri region, challenging socioeconomic conditions and low demographic density affect access to health care services. The municipality of Diamantina is the healthcare hub for the health region of Diamantina and the wider health region of Jequitinhonha. Despite being a hub, it has some specific problems: primary care with only ten Family Health Care teams (FHC), four Community Health Agent Programs (CHAP) and Basic Health Units (BHU) and only two hospitals. The only health center that provides accident and emergency care is the Santa Isabel Emergency Room (ER), linked to the Santa Casa de Caridade de Diamantina (SCCD) (“Diamantina Santa Casa Charity”), a referral center for accident and emergency care in the Jequitinhonha wider health care region, which comprises 23 municipalities. Additionally, rural areas in some regions do not possess BHU, FHC or CHAP; or have only weekly or fortnightly health care. In such cases, the Emergency Room is the only health care unit that operates for 24 hours, treating more serious cases in the municipality and the region. The aim of this study is to analyze the reasons why health care treatment is sought in the Santa Isabel Emergency Room in Diamantina/MG, between January and October 2013, in the form of a descriptive Case Study, using secondary data collected from the ALERT ADW software program during the first ten months of the implementation. Sociodemographic; Flowchart (from the user’s medical complaint), Diagnostic and Classification of Risk data was analyzed. The data was organized in graphs and tables, together with frequency distribution. The results show that there was higher demand in June (11.36%), July (11.33%) and February (10.58%). The ER was used by adults, the elderly and adolescents, who represented 59.87%, 18.01%, and 12.18% of users respectively, and the majority of users were female (52.81%) and from the national public health system (83.99%). The majority of users were released from hospital (53.62%). Many diagnoses were found in the chapters of ICD10: XIX - Injury, poisoning and certain other consequences of external causes (17.19%); X - Respiratory diseases (9.8%); XVIII - Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified (9.7%). In the ER category patients classified as flowchart colors red, orange or yellow, the complaints of feeling unwell among adults (6.20%), abdominal pain among adults (5.25%), headache (3.77%) and chest pain (3.65%) stood out. In the category patients classified as green and blue that can be treated in the ER the flowcharts feeling unwell among adults (5.01%), throat pain (2.07%), wounds (2%) and discomfort in the extremities (1.73%) were worthy of note. Therefore, the Diamantina ER meets the urgent demand for emergency care, but also the needs of users that could be met elsewhere in the health network, burdening the system and causing overcrowding of the service, a characteristic of Emergency Rooms in a number of regions and municipalities.

Key-words: Hospital, Emergency Medical Service, Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Representação do fluxo de atendimento de média e alta complexidade em uma Região Ampliada de Saúde	30
FIGURA 2. Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais	37
FIGURA 3. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha	37
FIGURA 4. Região de Saúde Diamantina	38
FIGURA 5. Região de Saúde tripolar Minas Novas/Turmalina/Capelinha	38
FIGURA 6. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel por mês	43
FIGURA 7. Diagnósticos confirmados realizados no PA Santa Isabel de janeiro a outubro de 2013	51
FIGURA 8. Subgrupos de diagnósticos do Capítulo XIX da CID 10 - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, realizados no PA Santa Isabel de janeiro a outubro de 2013	55

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Atenção Primária à Saúde na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha. Diamantina 2014	19
TABELA 2. Hospitais da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha. Diamantina 2014 ..	20
TABELA 3. Descrição do que é previsto por tipologia de hospital. Diamantina 2014	22
TABELA 4. Variáveis	42
TABELA 5. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel de janeiro a outubro de 2013 por faixa etária	45
TABELA 6. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel de janeiro a outubro de 2013 por sexo	45
TABELA 7. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel de janeiro a outubro de 2013 por plano de saúde privado e SUS	46
TABELA 8. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel de janeiro a outubro de 2013 por tipo de alta	47
TABELA 9. Diagnósticos confirmados no PA Santa Isabel de janeiro a outubro de 2013	52
TABELA 10. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel de janeiro a outubro de 2013 por fluxograma	57
TABELA 11 Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel de janeiro a março de 2013 por fluxograma	59
TABELA 12. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel de abril a julho de 2013 por fluxograma	61
TABELA 13. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel de agosto a outubro de 2013 por fluxograma	63
TABELA 14. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel de janeiro a outubro de 2013 por classificação de risco	64

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ADW - Alert Data Warehouse

AP - Atenção Primária

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPESESP - Caixa de Previdência e Assistência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde

CASSI - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

CASU - Caixa de Assistência à Saúde da Universidade

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

COEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CTI - Centro de Terapia Intensiva

DML - Depósito de Material de Limpeza

EEUFMG - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

ENA - Enfermagem Aplicada

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GEAP - Fundação de Seguridade Social

HNSS - Hospital de Nossa Senhora da Saúde

HU - Hospital Universitário

IML - Instituto Médico Legal

IPSEMG - Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais

IPSM - Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais

NA - Não Aplicável

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pronto Atendimento

PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde

PDI - Plano Diretor de Investimento

PDR/MG - Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais

PPI - Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde

PREVIMINAS - Fundação Libertas de Seguridade Social

REDS - Registro de Eventos de Defesa Social

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCCD - Santa Casa de Caridade de Diamantina

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SRS - Superintendência Regional de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UER - Unidade de Emergência Referenciada

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UFVJM - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

UNIMED - Confederação Nacional das Cooperativas Médicas

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	25
3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	26
3.1 O Sistema Único de Saúde e o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de Minas Gerais	26
3.2 Atenção às Urgências e Emergências	30
4 MÉTODO	34
4.1 Tipo de estudo	34
4.2 Cenário do estudo	34
4.3 Coleta de dados	39
4.4 Questões éticas	40
4.5 Organização e Análise dos dados	40
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	43
5.1 Perfil do atendimento e dos usuários no Pronto Atendimento Santa Isabel	43
5.2 Diagnósticos confirmados realizados no Pronto Atendimento Santa Isabel	49
5.3 Fluxogramas	56
5.4 Classificação de Risco	64
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
7 CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS	73
ANEXOS	77

1 INTRODUÇÃO

A área de urgência e emergência tem passado, nos últimos anos, por constantes transformações, tornando-se uma das áreas mais complexas do Sistema de Saúde (BRASIL, 2002). Dentre as causas das mudanças que tem ocorrido nesta área, destaca-se o aumento da demanda com a procura por atendimentos que, em muitas situações, poderiam ser realizados em outros pontos da rede de serviços de saúde, em decorrência, principalmente, da organização da rede de saúde e pela baixa resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS), que nem sempre consegue atender às necessidades da população sob sua responsabilidade por motivos diversos, como escassez e inadequação de recursos materiais e humanos, tecnologias, infraestrutura e capacitação de profissionais, dentre outros.

Na maioria das cidades, a assistência às urgências acontece em tradicionais Prontos Atendimentos, equipados ou não, que funcionam 24 horas, o que faz com que se tornem “porta de entrada” para situações que poderiam ser solucionadas na APS. Desta forma, diversos perfis de pacientes são atendidos nessas unidades: os de urgência/emergência, aqueles que não têm vínculo com a atenção primária e as urgências sociais, culminado com um atendimento quase universal e que nem sempre corresponde ao preconizado para os serviços de urgência. Assim, os serviços de Pronto Atendimento (PA) ficam superlotados, prejudicando a qualidade e a resolutividade da assistência (BRASIL, 2002).

No entanto, há vasta legislação regulamentando o atendimento e a organização dos serviços de urgência no país, embora nem sempre seja cumprida como preconizado. A Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, preconiza que as urgências sejam atendidas em todos os níveis de atenção e aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, considerando que esta área é um importante componente da assistência à saúde e tem havido um crescimento considerável de busca por estes serviços e consequente sobrecarga dos mesmos, decorrente do aumento do número de acidentes, da violência urbana e pouca estruturação da rede de assistência (BRASIL, 2002).

Este Regulamento, de âmbito nacional, institui os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços, que devem ser utilizados pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em todas as etapas: implantação, avaliação, habilitação e cadastramento de serviços em todas as modalidades assistenciais (BRASIL, 2002).

De forma complementar, a Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, que deve ser implantada em todos os Estados e no

Distrito Federal, considerando as atribuições das três esferas do governo. Esta Política foi estabelecida por meio de alguns elementos fundamentais, como a promoção da qualidade de vida e organização de redes regionais de atenção integral às urgências, por meio de diversos componentes: componente Pré-Hospitalar Fixo (unidades básicas de saúde e de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências), componente Pré-Hospitalar Móvel (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e os serviços associados de salvamento e resgate), componente Hospitalar (hospitais de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III), componente Pós-Hospitalar nas modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral; instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências; capacitação e educação continuada das equipes de saúde e orientações de acordo com os princípios de humanização da assistência à saúde (BRASIL, 2003).

Em 07 de julho de 2011, a Portaria nº 1.600 foi aprovada para reformular a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituir a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como finalidade a articulação e integração de todos os equipamentos de saúde, para promover um acesso humanizado, integral e ágil aos usuários em situação de urgência e emergência. As diretrizes devem ser implantadas de forma gradativa em todo o território nacional, com enfoque no acolhimento com classificação do risco, na qualidade e resolutividade em todos os pontos de atenção à saúde. Tem como prioridade o cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológico. A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

1. A **Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde** objetiva estimular ações de saúde e educação permanente direcionadas à vigilância e prevenção das violências, acidentes e doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais com envolvimento da sociedade visando à promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.
2. A **Atenção Básica em Saúde** tem como objetivo a acessibilidade, o vínculo e responsabilização. O primeiro cuidado às urgências/emergências em local adequado até a transferência/encaminhamento a outro ponto da rede, se necessário.
3. O **SAMU e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências** objetivam fazer com que a chegada precoce à vítima que sofreu um agravamento de qualquer natureza que gere

sofrimento, sequelas ou mesmo a morte, como forma de garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de assistência à saúde que esteja hierarquizado e integrado ao SUS. O atendimento é considerado primário quando o pedido de socorro foi procedente de um cidadão. E o atendimento secundário acontece quando a solicitação é originária de um serviço de saúde que realizou o primeiro atendimento para estabilizar o quadro, entretanto, é necessária a transferência para um serviço de maior complexidade para continuidade do tratamento.

4. A **Sala de Estabilização** como local de estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir assistência nas 24 horas. É vinculada a um ponto da rede de atenção à saúde que está interligada aos outros níveis de atenção, para encaminhamento futuro por meio da central de regulação das urgências. Este componente não é um novo serviço de saúde para atendimento à demanda espontânea, mas apenas para estabilização dos casos graves.
5. A **Força Nacional de Saúde do SUS** que tem como objetivo garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações vulneráveis e/ou em regiões de difícil acesso.
6. As **Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas** são os estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária, nível secundário, entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS)/ Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Rede Hospitalar. As UPA 24 horas e o conjunto de Serviços de Urgência 24 horas não hospitalares necessitam prestar atendimento resolutivo e qualificado aos casos agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos cirúrgicos ou traumáticos, estabilizando, realizando investigação diagnóstica inicial e encaminhando para serviços hospitalares de maior complexidade, quando necessário.
7. O **Componente Hospitalar** constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, enfermarias de retaguarda, leitos de cuidados intensivos, serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritários.

8. A **Atenção Domiciliar** como o conjunto integrado e articulado de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação realizadas no domicílio (BRASIL, 2011).

Apesar de toda a legislação existente para regulamentar a área de urgência e emergência no País, na prática, a situação ainda não acontece como prevista. Monteiro, Silva e Cabral (2008) afirmam que as unidades de Atenção Primária, Pronto-socorros, Serviços de Emergências Hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento funcionam como “porta de entrada” na rede de assistência à saúde. No entanto, as UPA e as emergências hospitalares deveriam ter como foco principal de atendimento a urgência e/ou emergência, apesar de não ser esta a realidade.

Puccini e Cornetta (2008) descrevem algumas causas da procura por atendimento em um Pronto-Socorro: o receio em relação à assistência oferecida na UBS, busca por exames ou medicamentos, medo acentuado em relação aos sintomas, ausência de médicos e dificuldade para obter vaga e agendar consulta na atenção primária. Neste sentido, Broska Júnior *et al* (2011) reafirmam que a procura das unidades de saúde que funcionam 24 horas acontece por desconhecimento do funcionamento dos níveis de complexidade e o comodismo do atendimento por funcionar no período noturno. Estes motivos também podem ser interpretados como uma possibilidade de acesso mais adequada à vida cotidiana das pessoas, em suas múltiplas responsabilidades pessoais e profissionais e, ainda, por uma percepção de recursos tecnológicos apropriados à solução de seus problemas de saúde.

No estado de Minas Gerais, além desta situação crítica da área de urgência, outro agravante é a questão territorial. O Estado possui vasta extensão territorial, 853 municípios e regiões que apresentam características muito diferentes em relação à distribuição populacional, densidade demográfica e características socioeconômicas. Entre as regiões que apresentam condições socioeconômicas desfavoráveis, destaca-se a região Jequitinhonha/Mucuri que, além disso, apresenta baixa densidade demográfica. A baixa densidade demográfica influencia diretamente no fluxo populacional em busca de assistência à saúde, uma vez que as distâncias constituem um fator dificultador no acesso aos serviços. A distância associada à condição socioeconômica resulta, muitas vezes, no acesso a serviços inadequados ou dificuldades de acesso aos serviços de saúde (MINAS GERAIS, 2010a).

Outra situação importante a ser salientada é a centralização de serviços, equipamentos e recursos humanos especializados nas regiões centrais e sul do Estado, onde estão localizados a capital Belo Horizonte e outros grandes centros que, na maioria das vezes,

constituem polo microrregional e da macrorregião. Este fato dificulta o acesso da população de regiões mais distantes, como a região Jequitinhonha/Mucuri. (MINAS GERAIS, 2010a).

Ressalta-se que, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001, Região de Saúde é definida como:

Base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela SES, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais. (BRASIL, 2001).

Os termos microrregião e macrorregião foram denominações adotadas pelo estado de Minas Gerais até 2012, quando em 21 de agosto a Deliberação CIB-SUS nº 1.219 entrou em vigor. Essa terminologia foi, então, substituída por termos correspondentes: Região de Saúde e Região Ampliada de Saúde, respectivamente (MINAS GERAIS, 2012).

De acordo com a Deliberação, Região de Saúde é o espaço geográfico contínuo composto pelo agrupamento de municípios limítrofes, em que são compartilhadas identidades culturais, econômicas e sociais, redes de comunicação e infraestrutura de transportes, com o objetivo de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. As regiões de saúde devem possuir, no mínimo, ações e serviços da atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada, hospitalar e vigilância em saúde (MINAS GERAIS, 2012).

Na região do Vale do Jequitinhonha, destaca-se o município de Diamantina, que apesar de ter um número de habitantes reduzido em relação a outros polos das regiões ampliadas de saúde, é cidade polo da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha e da Região de Saúde Diamantina. Além disso, há uma grande discrepância entre a população de abrangência prevista para uma Região Ampliada de Saúde (1.500.000 habitantes) e a população da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha (296.334 habitantes) (MINAS GERAIS, 2010a). Esta situação acontece devido aos vazios demográficos existentes nesta região do Estado, ou seja, a região possui ampla extensão territorial e número de habitantes reduzido, o que faz com que a sua densidade demográfica seja baixa.

Em relação à atenção primária, de acordo com informações fornecidas pela Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Diamantina, a Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, possui, em seus 23 municípios, 91 ESF completas, compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde,

além de uma ESF incompleta, na qual está faltando um profissional, seja ele o médico, o enfermeiro ou o técnico/auxiliar de enfermagem. As 92 equipes de Estratégias de Saúde da Família tem um total de 640 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além disso, a Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha possui também 05 (cinco) Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), quatro em Diamantina e um em Itamarandiba, com um total de 48 ACS; 06 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 316 Serviços de Saúde, incluindo todos os serviços ambulatoriais básicos públicos e privados, conforme TAB.1.

TABELA 1. Atenção Primária à Saúde da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha. Diamantina 2014

Município	ESF completas	ESF incompletas	Total de ACS das ESF	NASF	Serviços de Saúde
Alvorada de Minas	1		9		6
Aricanduva	2		13		3
Capelinha	9		72	1	46
Carbonita	4		24		16
Chapada do Norte	6		39		8
Coluna	2		24		5
Congonhas do Norte	2		14		5
Couto de Magalhães de Minas	2		10		5
Datas	2		13		8
Diamantina	10		63		75
Felício dos Santos	2		14		1
Gouveia	5		30	1	17
Itamarandiba	8		57		44
José Gonçalves de Minas	2		17	1	2
Leme do Prado	2		13		7
Minas Novas	9		76	1	22
Presidente Kubitschek	1		7		2
Santo Antônio do Itambé	2		14		2
São Gonçalo do Rio Preto	1		8		3
Senador Modestino Gonçalves	2		15		1
Serro	8	1	47	1	21
Turmalina	7		46	1	13
Veredinha	2		15		4
TOTAL	91	1	640	6	316

Fonte: Dados fornecidos pela Coordenação da Atenção Básica da Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Diamantina/MG

Conforme descrito na TAB.2, em relação à atenção terciária à saúde, a Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha possui 12 hospitais (todos de média complexidade e apenas dois também de alta complexidade), totalizando 574 leitos do SUS.

TABELA 2. Hospitais da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha. Diamantina 2014

Município	Hospital	Nível de complexidade	Nº de leitos SUS
Capelinha	Fundação Hospitalar São Vicente de Paulo de Capelinha	Média	58
Carbonita	Hospital São Vicente de Paulo de Carbonita	Média	22
Coluna	Hospital Municipal Agostinha Alcântara Aguiar de Coluna	Média	38
Datas	Hospital São Vicente de Paulo de Datas	Média	21
Diamantina	Santa Casa de Caridade de Diamantina	Média e Alta	66
Diamantina	Hospital de Nossa Senhora da Saúde	Média e Alta	63
Gouveia	Hospital e Maternidade Dr. Aureliano Brandão de Gouveia	Média	49
Itamarandiba	Hospital Municipal Geraldo Ferreira Gandra de Itamarandiba	Média	60
Itamarandiba	Hospital de Itamarandiba	Média	42
MinasNovas	Fundação Minas Novas Hospital Dr. Badaró Júnior	Média	67
Serro	Casa de Caridade Santa Tereza de Serro	Média	37
Turmalina	Hospital São Vicente de Paulo de Turmalina	Média	51
TOTAL			574

Fonte: Dados fornecidos pela Coordenação da Assistência à Saúde da Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Diamantina/MG.

Apesar de ser polo regional e da Região Ampliada de Saúde, a situação de Diamantina, como município do interior do Estado, tem algumas particularidades: atenção primária com somente 14 UBS (10 ESF e 4 PACS) e 8 Postos de Saúde (BRASIL, 2014), distribuídos em uma área rural extensa, além de apenas duas unidades hospitalares. Atualmente, o único estabelecimento de saúde de atendimento às urgências e emergências na cidade é o PA Santa Isabel, que é um setor da Santa Casa de Caridade de Diamantina (SCCD) e referência no atendimento de urgência e emergência de alta complexidade da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha. E, ainda, os dois hospitais que atendem alta complexidade estão localizados no município de Diamantina, tendo em vista que os outros dez hospitais da região só atendem média complexidade.

A Resolução da Secretaria Estadual de Saúde (SES) nº 2.607, de 07 de dezembro de 2010, aprova as normas gerais para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais. No Artigo 4º da Resolução, é definido que os Hospitais que participam da Rede de Resposta Hospitalar às Urgências e Emergências serão definidos de acordo com a classificação e função na rede, considerando as tipologias e o detalhamento (MINAS GERAIS, 2010b).

Após avaliação pela Coordenação de Urgência e Emergência da SES, a SCCD foi enquadrada como Hospital Geral de Urgência Nível II e Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares Nível I. Desta forma, de acordo com a Resolução 2607/2010, o Hospital

Geral de Urgência Nível II é um Hospital Microrregional de referência populacional acima de 200.000 habitantes, o que significa que a SCCD ainda necessita ampliar os recursos humanos e tecnológicos para se tornar Hospital Geral de Urgência Nível I (Hospital Macrorregional), uma vez que é polo de Região Ampliada de Saúde.

A descrição destes dados de caracterização do cenário do estudo na introdução é importante como parte da problematização da organização, acesso e motivos de procura por atendimento em um PA localizado em uma região tão ampla e com características tão peculiares. Um PA de um grande centro urbano, também apresenta problemas, principalmente relacionados à integração da rede de serviços de saúde, mas tem a possibilidade de compartilhar o atendimento com outros serviços de urgência ou hospitais.

No dia a dia dos serviços de saúde de Diamantina, ainda se encontra situações em que os pacientes são encaminhados para a cidade de Curvelo, principalmente para realização de alguns exames. Esta situação tende a ser resolvida com a ampliação dos serviços na Região Ampliada de Saúde que passará a encaminhar somente pacientes com casos que não sejam possíveis resolver no município.

A TAB. 3 apresenta a descrição dos Recursos Humanos presenciais 24 horas e alcançáveis e também os Recursos Tecnológicos necessários na SCCD, considerando a sua tipologia e também o que existe na instituição. Recursos humanos alcançáveis é o termo utilizado para designar os profissionais que ficam de sobre aviso e podem ser chamados a qualquer momento.

TABELA 3. Descrição do que é previsto por tipologia do Hospital. Diamantina, 2014

Hospital Geral de Urgência Nível II		SCCD
Plantão presencial 24 horas	Médicos clínicos	1 - 24 horas 2 - 7 às 22 horas
	Pediatra	HNSS
	Cirurgião geral	1
	Traumato-ortopedista	HNSS
	Gineco-obstetra	HNSS
	Anestesista	1
	Enfermeiro	1 - 24 horas 2 - 10 às 22 horas
	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	4 - Plantão diurno 3 - Plantão noturno
Plantão médico alcançável	Cirurgião vascular	1
	Neurologista	1
Recursos tecnológicos	Análises clínicas laboratoriais	Possui
	Endoscopia digestiva	Possui
	Eletrocardiografia	Possui
	Radiologia convencional	Possui
	Agência transfusional	Assistência hemoterápica
	Sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia	Não possui
	Tomografia computadorizada	Possui
	Sala cirúrgica disponível para o Pronto-Socorro	Possui 2
Terapia Intensiva Geral	Possui	
Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares Nível I		
Plantão presencial 24 horas	Médico clínico	1 - 24 horas 2 - 7 às 22 horas
	Cardiologista	1
	Enfermeiro	1 - 24 horas 2 - 10 às 22 horas
	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	4 - Plantão diurno 3 - Plantão noturno
	Plantão médico alcançável	Médico Hemodiamicista
	Anestesista	1 - Plantão 24 horas
	Cirurgião Cardiovascular	Não possui
Recursos tecnológicos	Análises clínicas laboratoriais	Possui
	Endoscopia digestiva	Possui
	Eletrocardiografia	Possui
	Radiologia convencional	Possui
	Agência transfusional	Assistência hemoterápica
	Sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia	Não possui
	Tomografia computadorizada	Possui

Continua ...

TABELA 3, continuação

Sala cirúrgica de grande porte disponível para o Pronto-Socorro nas 24 horas	Possui 2
Terapia Intensiva Geral	Possui
Unidade Coronariana	Não possui
Ecocardiografia	Possui
Hemodinâmica	Não possui

Fonte: Dados da Resolução SES nº 2.607 e de dados fornecidos pela Coordenação do PA Santa Isabel

Torna-se importante ressaltar que os únicos hospitais da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha que realizam atendimento de alta complexidade, são os dois hospitais da cidade de Diamantina. Esta situação, aliada aos fatores relacionados à atenção primária e suas deficiências em termos de organização e cobertura, e também à ampla região demográfica de cobertura da cidade polo Diamantina, responsável pela Região de Saúde do município e Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, composta por 23 municípios, contribuem para a sobrecarga de atendimento no PA Santa Isabel. A população está dispersa em uma grande área geográfica, mas apresenta problemas de saúde que exigem atendimento de alta complexidade e a cobertura é deficiente, sendo frequentes encaminhamentos para a capital ou outras cidades que possuem aparato tecnológico compatível com os problemas de saúde, principalmente relacionados a exames complementares, cirurgias especializadas e outros.

Além disso, é necessário enfatizar que muitos locais, como áreas rurais de alguns municípios, não possuem UBS, ESF ou PACS, ou possuem, mas o atendimento médico é semanal ou até mesmo quinzenal. Desta forma, a única solução para a população resolver os problemas de saúde é alguma unidade de saúde 24 horas do município ou em casos mais graves o PA Santa Isabel em Diamantina, que funciona 24 horas.

Portanto, a escassez de serviços de atendimento à saúde 24 horas na área rural e na sede de Diamantina e municípios provoca grande movimentação de pacientes que chegam ao PA por demanda espontânea (pois há na região grande contingente de pessoas proveniente do meio rural, sem acompanhamento sistemático de sua situação de saúde por profissionais de saúde), por encaminhamento dos serviços de atenção primária ou da rede hospitalar dos municípios e também por encaminhamento dos serviços pré-hospitalares móveis (SAMU). Assim, a superlotação do PA por motivos diversos e heterogêneos, influencia diretamente na gestão de recursos humanos, materiais e físicos do estabelecimento de saúde, além da definição de ações e políticas que possibilitem a resolução dos problemas de saúde de quem o procura.

Desta forma, questiona-se qual é o perfil dos usuários que chegam ao Pronto Atendimento Santa Isabel na cidade de Diamantina; quais são os motivos de busca por assistência à saúde no PA, considerando que Diamantina é cidade polo regional e da Região Ampliada de Saúde e que situações poderiam ser solucionadas na Atenção Primária segundo os registros.

Neste estudo busca-se focalizar os motivos de busca por atendimento, tendo como base as queixas dos usuários, porque nem sempre é possível fazer o diagnóstico na primeira abordagem no PA, o que exige exames, diagnóstico diferencial, inter consultas, entre outras ações.

Assim, parte-se do pressuposto de que o PA de Diamantina, que tem como foco principal de sua assistência a demanda espontânea em casos de urgência e emergência, recebe muitos usuários que apresentam casos de complicação de sua saúde que não se enquadram nesse tipo de atendimento, mas é o único serviço “porta aberta” para o usuário, ou seja, o acesso possível para resolver seu problema de saúde.

É de conhecimento geral também que o atendimento nos serviços de urgência e emergência deve ser realizado de forma dinâmica e rápida, pois, na maioria das vezes, a demanda é grande e o número de funcionários reduzido. E, apesar dos serviços de urgência e emergência serem reestruturados física e gerencialmente, não há diminuição da demanda (ROCHA, 2005).

Portanto, o conhecimento dos principais motivos de procura por assistência à saúde em um PA, localizado em um município polo da Região Ampliada de Saúde, é de grande importância, uma vez que pode oferecer subsídios para os gestores da área de urgência em relação à estrutura física, recursos tecnológicos, materiais e humanos.

Além disso, será de grande contribuição para as ações cotidianas e planejamento dos gestores municipais e estaduais, no que concerne à organização da assistência de acordo com a demanda e composição das equipes de saúde em quantidade e qualidade, tornando possível oferecer uma assistência mais efetiva e eficaz e, portanto, de maior qualidade. Os resultados encontrados também poderão contribuir para a organização da rede e planejamento de ações, visando cumprir o proposto nas políticas públicas, que terão como objetivo diminuir a superlotação das unidades de urgência e emergência. Desta forma, os pacientes serão direcionados de acordo com suas necessidades, uma vez que o atendimento em um serviço de urgência e emergência, quando inadequado, pode onerar desnecessariamente o sistema de saúde regional.

2 OBJETIVOS

- Analisar os motivos da procura por assistência à saúde no Pronto Atendimento Santa Isabel, localizado na cidade de Diamantina, Minas Gerais, no período de janeiro a outubro de 2013.
- Caracterizar o perfil dos usuários (Idade, Sexo, Tipo de convênio; Tipo de alta).
- Identificar as situações que poderiam ser solucionadas na Atenção Primária à Saúde segundo o Fluxograma e a Classificação de Risco.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

3.1 O Sistema Único de Saúde e o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de Minas Gerais

Previamente à discussão sobre os conceitos do SUS, faz-se necessário apresentar alguns conceitos de saúde. No Brasil, após longas discussões no processo denominado de Reforma Sanitária, chegou-se a um conceito ampliado de saúde na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). A saúde foi definida como o resultado de diversas condições como alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. O Direito à Saúde foi definido como “a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis” (BRASIL, 1986, p. 4).

O Sistema Único de Saúde tem os princípios norteadores, descritos na Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080/90, divididos entre doutrinários e organizativos (BRASIL, 1990a). Para a discussão da rede de atenção a saúde, será dado enfoque aos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e regionalização/ hierarquização. Esse aprofundamento será realizado uma vez que são termos relacionados diretamente à discussão sobre os motivos de procura por assistência à saúde.

O SUS, como o projeto de saúde brasileiro, assume e consagra os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde de toda a população brasileira.

Segundo a Lei 8.080/90 a **universalidade** de acesso é o direito do usuário de ter acesso a todos os níveis de assistência em saúde: atenção primária, secundária e terciária. (BRASIL, 1990a). De acordo com a Constituição Federal, em seu Artigo 196, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A universalidade está intimamente relacionada ao termo acesso, entendido como a disponibilidade do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Travassos e Martins (2004) afirmam que o conceito de acesso é complexo, tem divergência entre os autores, sofre mudança ao longo do tempo e

depende do contexto. Lima *et al.* (2007) ressaltam que, para tornar os serviços de saúde mais acessíveis, é necessário que as políticas públicas e os programas de saúde sejam reformulados.

O termo **equidade** tem várias dimensões conceituais. Segundo Campos (2006), o significado de equidade deve ser analisado individualmente na sua constituição ontológica e também na sua relação com outros conceitos e contextos. Comte-Sponville citado por Campos (2006, p. 24), afirma que

O conceito de equidade tem sido utilizado em dois sentidos, um geral e outro específico. No sentido mais vago o termo se confunde com o próprio significado da palavra justiça. Os termos se equivaleriam, seriam sinônimos, e indicariam a preocupação em se estabelecer regras justas para a organização social.

Campos (2006), em suas reflexões sobre o conceito de equidade em saúde, aborda também o termo no seu sentido mais específico. Para ele, nesta acepção, para se obter a equidade é necessário o reconhecimento das singularidades e abordagem das diferenças de acordo com suas especificidades, sem deixar de considerar as normas genéricas.

A equidade é a segurança da disponibilidade de ações e serviços de todos os níveis, considerando a complexidade que cada caso demanda, independente do local de moradia da pessoa, sem preconceitos ou privilégios de qualquer tipo (BRASIL, 1990b).

O princípio doutrinário **integralidade** pressupõe a articulação contínua das ações e serviços de prevenção e assistenciais, no âmbito individual e coletivo, considerando o contexto no qual a pessoa está inserida, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990a). É o reconhecimento prático de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde são partes integrantes de um todo, complementares, e que não podem ser compartimentalizadas; e que as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, também formam um todo indivisível, sendo, portanto, um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 1990b).

Mattos (2004) aborda os diversos conceitos de integralidade. O autor afirma que, além da integralidade ser um dos princípios doutrinários do SUS, é também um indicativo de características e práticas desejáveis do sistema de saúde, em contradição ao que realmente acontece na prática. Em seu trabalho, discute a Lei 8.080/90 e afirma que para efetivação da integralidade é importante que todos os níveis estejam focados nas ações de prevenção e assistência igualmente.

As diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontam “como” deve ser construído o “sistema”, constituem os princípios organizacionais/operacionais do SUS. Tais princípios são a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social.

A **descentralização** político-administrativa é a redistribuição das responsabilidades das ações e serviços de saúde entre os níveis de governo, considerando que se a decisão for tomada mais perto do fato, há maior possibilidade de acerto. Desta forma, há uma reorganização das atribuições dos vários níveis de governo (municipal, estadual e federal), com ênfase para a municipalização da saúde, ou seja, a responsabilidade do município sobre a promoção das ações de saúde relacionadas diretamente aos seus cidadãos (BRASIL, 1990b).

A **regionalização e hierarquização** prevêem que os serviços de saúde sejam organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, em uma área geográfica delimitada e com população definida de atendimento. Desta forma, o acesso da população à rede deve acontecer por meio do nível primário de atenção, que deve estar qualificado para o atendimento e a resolução dos principais problemas que chegam aos serviços de saúde. As demais demandas, ou seja, aquelas que a atenção primária não tem condições de solucionar devem ser referenciadas para os serviços de maior complexidade tecnológica (BRASIL, 1990b).

Assim, a rede de serviços de saúde hierarquizada e regionalizada possibilita que os problemas de saúde da população da área delimitada sejam amplamente conhecidos, o que permite o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde e também a efetivação de ações ambulatoriais e hospitalares em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990b).

Os instrumentos fundamentais para planejar a regionalização são: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) (BRASIL, 1990b).

O PDR é a identificação final das regiões de saúde nos Estados e no Distrito Federal, com o objetivo de garantir a acessibilidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a racionalização de gastos e otimização de recursos.

O PDI contempla os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional, este deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. O referido plano deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o PPI e o PDR.

A PPI é instituída no âmbito do SUS e por meio dela são definidas e quantificadas as ações de saúde para população de cada território, além da efetivação dos pactos intergestores com o objetivo de garantir o acesso da população aos serviços de saúde. O seu objetivo é a

organização da rede de atenção à saúde, através de transparência dos fluxos, definição dos limites financeiros para a população residente e não residente no município.

Resolutividade é a capacidade de resolução dos problemas de saúde pelos serviços em todos os níveis de assistência. Turrini, Lebrão e Cesar (2008) enfatizam que a resolutividade abarca diversos aspectos relacionados à demanda, à satisfação do usuário, às tecnologias disponíveis nos serviços, à existência de referência, à acessibilidade, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde dos usuários, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela.

Em Minas Gerais, o PDR foi aprovado no ano 2000 e readaptado a partir de 2003, sendo sua reavaliação realizada sempre que necessária. Ele foi elaborado com a finalidade de organizar as redes de atenção à saúde, por meio da “divisão” do Estado em setenta e cinco microrregiões (atualmente Regiões de Saúde), que compõem as treze macrorregiões de saúde (atualmente Regiões Ampliadas de Saúde). Essas Regiões de Saúde e os seus respectivos municípios polo foram definidos de acordo com o fluxo, acesso, disponibilidade atual e futura de serviços de saúde, profissionais especializados e aspecto socioeconômico (MINAS GERAIS, 2010a).

O PDR/MG estabelece níveis de regionalização com o objetivo de organizar, descentralizar e articular os serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Desta forma, o PDR define, em primeiro nível, o município como o responsável pela atenção primária à saúde.

Em um segundo nível, está a microrregião de saúde (Região de Saúde), que tem como função planejar a atenção secundária à saúde, ou seja, a média complexidade e, em alguns casos, a alta complexidade, no âmbito ambulatorial e/ou hospitalar. Os municípios que compõem uma microrregião (Região de Saúde) devem possuir uma população total de aproximadamente 150.000 habitantes.

No terceiro nível, está a macrorregião de saúde (Região Ampliada de Saúde), que contempla a atenção terciária e abrange as microrregiões (Regiões de Saúde) e seus municípios, sendo referência para os serviços de saúde de alta e média complexidade especial, ambulatoriais e hospitalares. A população de abrangência de uma macrorregião (Região Ampliada de Saúde) é de aproximadamente 1.500.000 habitantes.

A figura 1 ilustra o fluxo entre os municípios, a micro (Região de Saúde) e macrorregião de Saúde (Região Ampliada de Saúde).

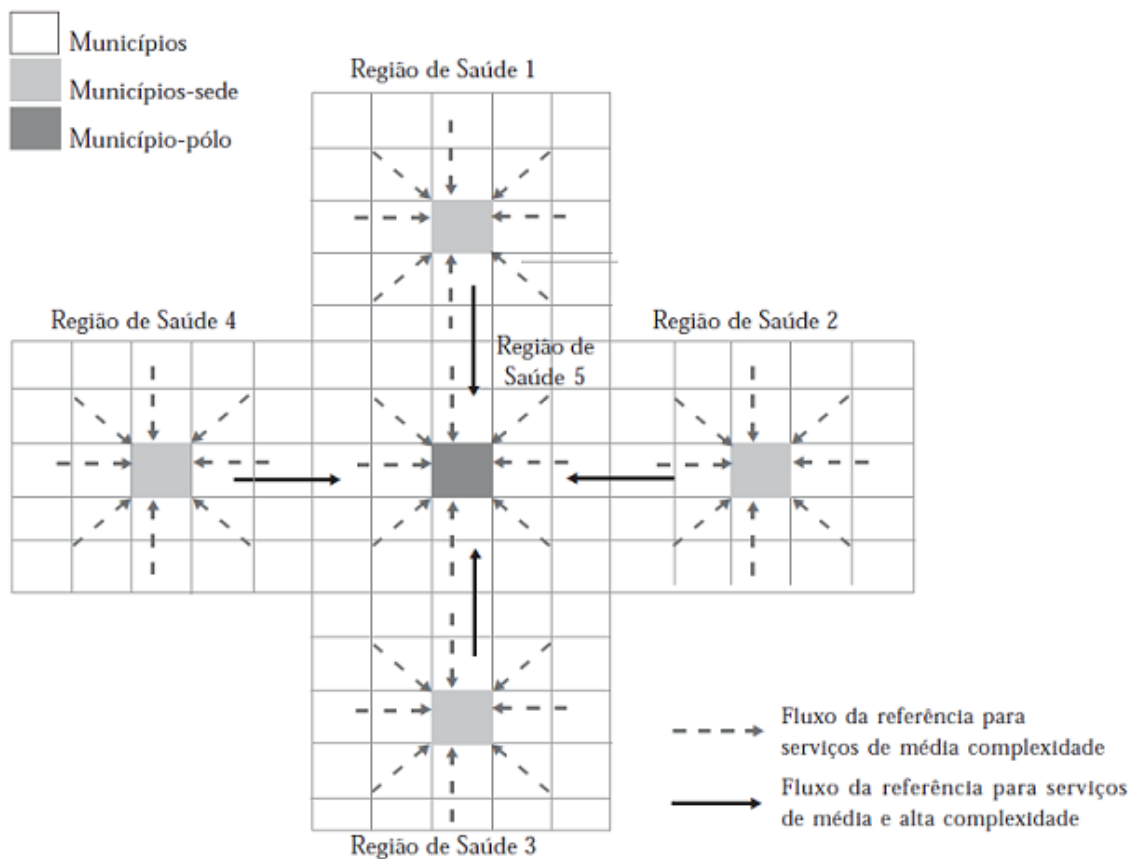


FIGURA 1. Representação do fluxo de atendimento de média e alta complexidade em uma Região Ampliada de Saúde.

Fonte: Vieira (2009)

Na microrregião (Região de Saúde) o município polo deve ser o de maior população, além de organizar e oferecer os serviços de Média Complexidade Hospitalar 1 e 2. Na macrorregião (Região Ampliada de Saúde), o município polo deve oferecer os serviços de Alta Complexidade/Média Complexidade Especial (MINAS GERAIS, 2010a).

3.2 Atenção às Urgências e Emergências

O Conselho Federal de Medicina (1995) diferencia urgência e emergência. Define urgência como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. A emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Apesar dos conceitos de urgência e emergência serem bem definidos pelo Conselho Federal de Medicina, frequentemente há certa confusão dos significados dos termos, tanto por usuários quanto por profissionais de saúde.

Em estudo realizado por Rocha (2005) para definir os determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, os resultados mostraram um grande número de pessoas que procura as UPA para atendimentos que são considerados simples, em contradição ao fluxo hierarquizado do atual modelo de assistência à saúde. Essa configuração da assistência não é positiva para o sistema de saúde, pois desvincula o usuário da atenção primária e aumenta os custos dos atendimentos.

Assim, a procura por serviços de urgência e emergência em nível assistencial ou serviço diferente do preconizado provoca desequilíbrio no sistema e sobrecarga de serviços de urgência. As responsabilidades das unidades de urgência e de atenção primária à saúde são definidas teoricamente, mas nem sempre funcionam na prática. Esta situação deve-se ao limite tênue entre as funções, devido a diversos fatores: dúvidas ou desconhecimento dos profissionais sobre o que deve ser realizado com a tecnologia disponível na APS, falta de treinamento para o atendimento de urgência em todos os níveis, serviços de atenção primária não funcionam 24 horas, desconhecimento da população sobre a real função de cada unidade de atenção à saúde. A atenção primária à saúde é responsável pelos pacientes da sua área de cobertura que apresentam casos agudos ou crônicos agudizados, desde que o caso seja compatível com a complexidade deste nível da assistência (BRASIL, 2002).

Em estudo sobre a articulação da atenção primária com as Unidades de Pronto Atendimento, Van Randow *et al* (2011) identificaram desafios para a efetivação da rede de atenção à saúde, relacionados ao acesso dos usuários à atenção primária à saúde. Os autores identificaram que essa procura por serviços de urgência deve-se ao fato dos usuários perceberem a UPA como a chance para resolução da sua situação de saúde, mesmo que não sejam de urgência ou emergência.

Reafirmando os resultados anteriores, Furtado, Araújo Jr. e Cavalcanti (2004), também encontraram causas semelhantes da superlotação dos serviços de emergência por atendimentos chamados de inadequados: maior acessibilidade em relação à atenção primária; entendimento dos usuários de que o médico tem mais experiência; desconhecimento da população acerca da função das instituições de emergência; negação de consultas na atenção primária, dentre outras. Ressaltam em seu estudo que, apenas 25,5% do total de atendimentos

realizados em um Hospital Geral do Recife, foram considerados adequados para serem atendidos na urgência.

Avanzi e Silva (2005) também encontraram resultado semelhante em estudo realizado em um hospital universitário, demonstrando que apenas 30% dos pacientes que buscavam assistência de emergência, realmente precisavam deste tipo de atendimento.

Estudo realizado por Kassouf (2005), sobre acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil, detectou que a proporção de pessoas que buscou algum serviço ou profissional de saúde na área urbana foi de 17%, em comparação a 12,4% no meio rural. Afirma, também, que essa diferença se justifica devido à maior oferta de serviços de saúde, com mais qualidade e melhor acesso na área urbana. O autor também identificou que uma melhoria no estado de saúde diminui a busca por serviços, enfatizando a importância da prevenção e qualidade de vida.

Neste contexto complexo, o Ministério da Saúde aponta outra causa da superlotação das unidades de pronto-atendimento: o fato das instituições formadoras não darem o enfoque necessário ao tema “urgências”, fazendo com que os profissionais de saúde sintam-se despreparados, encaminhando os pacientes para um nível de maior complexidade sem realizar uma avaliação detalhada (BRASIL, 2002).

Em contrapartida, a melhoria e aumento da disponibilidade dos serviços de saúde têm como consequência a melhora significativa dos dados estatísticos em saúde. Entretanto, apesar desse avanço na área da saúde ter acontecido tanto nos países desenvolvidos como nos menos desenvolvidos, o processo não acontece de maneira igualitária, sendo mais moroso e com muitas disparidades nos menos desenvolvidos (KASSOUF, 2005).

Dal Pai e Lautert (2011) reafirmam que, apesar das melhorias obtidas com a reorganização do modelo assistencial, uma solução rápida para o acesso da população à saúde ainda é o pronto-socorro, devido à insuficiência e ineficácia da atenção primária. Araújo et. al. (2011) enfatizam que uma das causas da sobrecarga de atendimentos nas UPA, em um grande centro urbano, é a melhoria no acesso da população aos serviços de urgência e emergência, facilitada muitas vezes pelo SAMU. Os autores ressaltam também outros motivos da superlotação nas unidades de urgência: pacientes desvinculados das UBS, falta de profissionais na APS, desarticulação do processo de trabalho, precária estrutura física, escassez de exames diagnósticos e problemas relacionados à referência e contra-referência.

Apesar do aumento da oferta de serviços de saúde e a consequente melhoria no acesso da população, ainda existem dificuldades relacionadas à qualidade e ao campo do atendimento das necessidades de saúde (REHEM; CIOSAK; EGRY, 2012).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde percebeu a necessidade de reorganizar o Sistema Estadual de Urgência e Emergência, abrangendo toda a rede assistencial, da Atenção Primária e Secundária (UBS, Estratégias de Saúde da Família, Ambulatórios, Policlínicas, etc.) e o Atendimento Pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate, iniciativas privadas, etc.), até a Atenção Hospitalar de alta complexidade. Enfatiza que cada nível da rede deve assumir a parcela da demanda de urgência sob sua responsabilidade, de acordo com a sua complexidade e resolutividade, realizando um acolhimento adequado, encaminhando, caso os recursos tecnológicos não sejam suficientes, além de realizar a referência e contra-referência (BRASIL, 2002).

4. MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Foi realizado um Estudo de Caso descritivo, utilizando dados secundários sobre atendimento no PA Santa Isabel do município de Diamantina. A escolha por esta estratégia deve-se ao fato de o estudo de caso atender várias características inerentes ao estudo: ampla utilização em pesquisas de situações reais, nas quais o pesquisador tem pouco controle dos acontecimentos e ênfase no contexto no qual o fenômeno está inserido (YIN, 2001).

Segundo Yin (2001, p.32), “um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. O autor ressalta também que, por meio do estudo de caso, podem ser trabalhadas várias evidências, dentre elas, documentos, artefatos, entrevistas e observações. Gil (2002) afirma que o estudo de caso tem como foco um ou poucos objetos de pesquisa, o que possibilita um conhecimento minucioso.

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido no PA Santa Isabel, um setor da Santa Casa de Caridade de Diamantina e unidade referência no atendimento de urgência e emergência de alta complexidade da Região de Saúde Diamantina e da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, com 12 leitos, funcionando 24 horas. Realiza atendimento nas áreas de Clínica Médica, Trauma, Cirurgia e Neurocirurgia. O atendimento na área da Pediatria acontece somente aos casos de politraumatismo grave ou traumatismo craniano, pois as outras situações tem como referência o outro hospital da cidade, Hospital de Nossa Senhora da Saúde (HNSS).

Em agosto de 2008, começou a ser utilizado o Protocolo de Acolhimento Classificatório de Risco de Manchester, com o objetivo de agilizar o atendimento de casos mais graves, sendo os pacientes classificados de acordo com a sua gravidade em vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. No entanto, somente em janeiro de 2013 foi implantado o registro por meio do software ALERT® DATA WAREHOUSE (ADW), através do qual são realizadas as decisões clínicas e a gestão de recursos nos cuidados de saúde. O ALERT ADW é uma importante ferramenta para tomada de decisão na área clínica, uma vez que permite a

melhoria da gestão das instituições de saúde, baseada em fatos reais e informatizados. No Brasil, este software é utilizado pela Unimed-BH e Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (ALERT ADW, 2014).

Foi realizada visita técnica ao PA Santa Isabel e SCCD juntamente com a coordenação do PA, para descrever a estrutura física e equipamentos do setor de urgência:

- 01 sala de Classificação de Risco, onde o enfermeiro realiza o primeiro atendimento ao usuário. Esta sala contém um computador, que possui saída para medição da temperatura auricular e saturação de oxigênio, além de uma impressora.
- 02 consultórios médicos, cada um com um computador e uma impressora.
- 01 Setor de Imagem, composto por um aparelho de RX completo com processadora e um aparelho Tomógrafo com impressora, acoplado a uma bomba de infusão para contraste.
- 01 sala de coordenação com um computador.
- 01 sala de descanso médico.
- 02 banheiros para funcionários (masculino e feminino).
- 01 expurgo.
- 01 Depósito de Material de Limpeza (DML) e rouparia.
- 01 copa.
- 01 sala de sutura.
- 01 sala de atendimento de urgência para os usuários classificados com a cor Vermelha, ou seja, pacientes em estado grave. Esta sala contém dois boxes, cada um com duas saídas de oxigênio, uma saída de ar comprimido e uma saída a vácuo, além de um desfibrilador, um monitor cardíaco, um carrinho de emergência e um computador.
- 02 salas de observação para os usuários classificados com a cor Laranja, ou seja, pacientes que necessitam de atenção integral da equipe médica e de enfermagem. A primeira possui um leito, com duas saídas de oxigênio e uma saída de ar comprimido. A segunda possui capacidade para dois leitos (com duas saídas de oxigênio e uma saída de ar comprimido para cada), além de dois monitores cardíacos.
- 01 sala de observação para os usuários do sexo feminino classificados com a cor Amarela, com três leitos (com duas saídas de oxigênio e uma saída de ar comprimido cada) e dois computadores.
- 01 sala de observação para os usuários do sexo masculino classificados com a cor Amarela, com quatro leitos (com duas saídas de oxigênio e uma saída de ar comprimido cada) e dois computadores.
- 09 bombas de infusão e 02 aspiradores portáteis.

A Santa Casa de Caridade de Diamantina oferece aos seus usuários os seguintes serviços:

- Bloco Cirúrgico com quatro salas de cirurgia: duas para neurocirurgia de média e alta complexidade, uma para cirurgia geral de média e alta complexidade e uma para cirurgia oftalmológica e vascular.
- Centro de Terapia Intensiva (CTI) com 10 leitos, pleiteando 20 leitos, ou seja, a estrutura física está pronta e os equipamentos comprados, aguardando a autorização do Estado.
- Clínica Neurológica de suporte com 19 leitos.
- Clínica Cirúrgica com 15 leitos.
- Clínica Médica com 33 leitos.
- Clínica de Convênios e Particular com 09 leitos.
- Serviço de Ressonância Magnética, realizado por empresa terceirizada.
- Serviço de Endoscopia, realizado por profissional terceirizado.
- Serviço de Ecocardiograma, realizado por profissional terceirizado.
- Serviço de Ultrassonografia, realizado por profissional terceirizado.
- Laboratório de Análises Clínicas que realiza os seguintes tipos de exame: Hematologia, Bioquímica, Imunologia, Urinálise, Bacterioscopia e Citologia (terceirizado).
- Serviço de Hemodinâmica em implantação, com previsão para abril de 2014. Também será realizado por empresa terceirizada.

A área de abrangência do PA Santa Isabel compreende a Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, com uma população total de 296.334 habitantes, que é composta por duas Regiões de Saúde: a Região de Saúde Diamantina, composta por quinze municípios (Alvorada de Minas, Carbonita, Coluna, Congonhas do Norte, Couto de Magalhães de Minas, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Gouveia, Itamarandiba, Presidente Kubitschek, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves e Serro) e a Região de Saúde tripolar Minas Novas/Turmalina/Capelinha, que é composta por oito municípios (Arincaduva, Capelinha, Chapada do Norte, José Gonçalves de Minas, Leme do Prado, Minas Novas, Turmalina, Veredinha) (MINAS GERAIS, 2010), conforme apresentado nas figuras 2, 3, 4 e 5.

Dentre os municípios da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 16 são de pequeno porte, com uma população abaixo de 15 mil habitantes (CRUZ; HORTA; BOTELHO, 2012).



FIGURA 2. Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais
 Fonte: PDR/MG. Minas Gerais (2010)

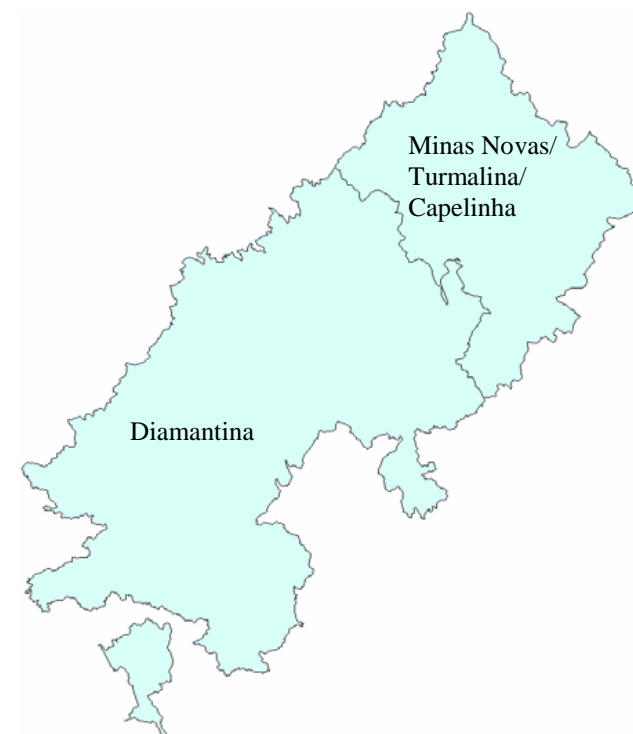


FIGURA 3. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha
 Fonte: PDR/MG. Minas Gerais (2010)

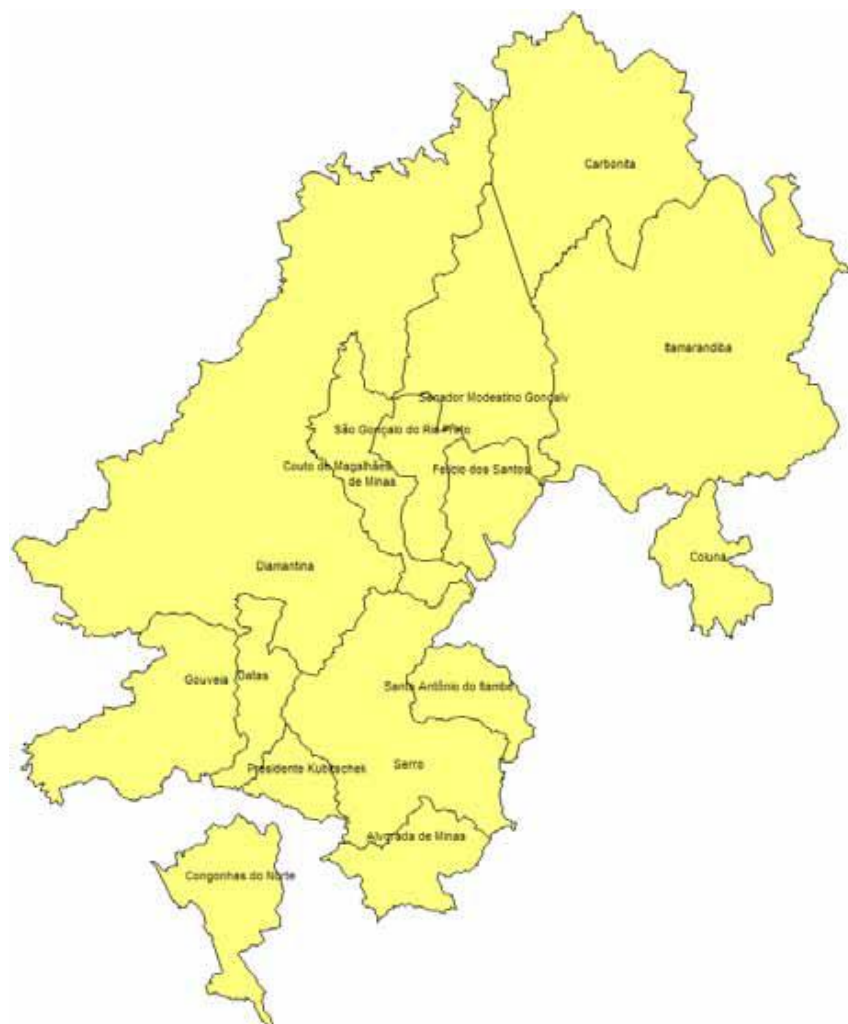


FIGURA 4. Região de Saúde Diamantina

Fonte: PDR/MG. Minas Gerais (2010)



FIGURA 5. Região de Saúde tripolar Minas Novas/Turmalina/Capelinha

Fonte: PDR/MG. Minas Gerais (2010)

4.3 Coleta de dados

Os dados utilizados neste estudo são secundários e foram coletados do Software ALERT ADW nos primeiros 10 meses de implantação, de janeiro a outubro de 2013. Até dezembro de 2012, nos atendimentos realizados pelo enfermeiro na Classificação de Risco e pelo médico na Consulta Médica eram utilizadas as Fichas de Atendimento (Anexo A) para registro de informações relacionadas aos usuários do Pronto Atendimento. Esta ficha era preenchida manualmente e arquivada no setor de arquivos da Santa Casa.

Foram coletados os seguintes dados do software ALERT ADW: idade, sexo, convênio e tipo de alta para traçar o perfil sociodemográfico dos usuários; fluxograma e diagnóstico para identificar os motivos da procura por assistência à saúde; classificação de risco para identificar as situações que poderiam ser solucionadas na Atenção Primária à Saúde.

No PA Santa Isabel, os diagnósticos são realizados de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), 10ª Revisão, que apresenta códigos relacionados à classificação de doenças e de diversos sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A CID é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e revista periodicamente (OMS, 1996).

É importante destacar que como se trata de um Pronto Atendimento, em algumas situações, foi possível estabelecer diagnóstico (Diagnóstico Confirmado), mas em outras não haverá diagnóstico, que poderá ser definido posteriormente, caso o paciente seja internado ou faça exames complementares.

Em relação à Classificação de Risco ou Triagem, o Sistema Manchester de Classificação de Risco a define como um instrumento de manejo clínico de risco, utilizado mundialmente nos serviços de urgência, com o objetivo de realizar a elaboração dos fluxos de pacientes, nos casos em que a demanda extrapola a oferta. Desta forma, pretende-se que seja garantido o tempo de assistência médica de acordo com a gravidade de cada paciente. Assim, foram estabelecidas cinco cores como escala para a classificação de risco: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. A cor vermelha significa que o paciente é uma emergência e deve ser atendido imediatamente. O paciente classificado como laranja é avaliado como muito urgente, e deve ser atendido em 10 minutos. O amarelo, um paciente de urgência, pode ser atendido em 60 minutos. Quando classificado na cor verde, ele pode esperar por atendimento até no máximo 120 minutos, pois é considerado pouco urgente. E, por fim, o azul, definido como

paciente não urgente, que pode aguardar por 240 minutos (CORDEIRO JUNIOR; MAFRA, 2010).

Após a coleta dos dados, foram geradas planilhas para cada variável, que posteriormente foram analisadas.

4.4 Questões éticas

Esta pesquisa procurou atender aos princípios éticos e às Resoluções 196/96 (BRASIL, 1996) e 466/12 (BRASIL, 2012), ambas do Conselho Nacional de Saúde. Como o Projeto de Pesquisa foi aprovado pela Santa Casa de Caridade de Diamantina no início de 2013, período de transição entre as duas Resoluções, a instituição utilizou a Resolução 196/96.

Inicialmente o projeto de pesquisa foi aprovado pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (ENA/EEUFMG). Posteriormente foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG, Parecer 267.092/2013 (ANEXO B) e também pela SCCD, por meio da Carta de Anuência do Diretor (ANEXO C), instituição de saúde a qual o PA Santa Isabel é vinculado.

4.5 Organização e Análise dos dados

Para tabulação dos dados, foram utilizadas planilhas eletrônicas. Os dados foram organizados em gráficos e tabelas com distribuição de frequência absoluta e relativa. As variáveis deste estudo são: fluxograma, faixa etária, sexo, plano de saúde, diagnóstico, classificação de risco e tipo de alta. Fluxograma é o motivo da busca por atendimento, identificado na anamnese pela queixa do usuário, conforme descrição abaixo.

Na Classificação de Risco, a prática clínica deve basear-se no conceito da queixa de apresentação ou queixa inicial, que é o principal sintoma que motiva o paciente a procurar o serviço de urgência. A escolha do fluxograma de apresentação (escolha técnica feita de acordo com as queixas entre as opções do programa) é realizada pelo profissional e definida pela situação/queixa apresentada pelo paciente. O profissional deve coletar e analisar as informações para definir a prioridade naquele momento. O fluxograma organiza o processo ao mostrar discriminadores chaves (perguntas) em cada nível de prioridade (cores). Discriminadores são características que diferenciam os pacientes entre si, para que eles

possam ser categorizados dentre uma das cinco prioridades clínicas: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul (CORDEIRO JUNIOR; MAFRA, 2010).

Foram coletados no ALERT ADW 51 fluxogramas, somados aos itens Indicação do médico, Não Aplicável, Outro, Realização de exames, Transferência para o hospital da área de residência, Tratamentos e Via verde, todos com as prioridades clínicas: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Além disso, também foram categorizados em brancos, não aplicáveis e genéricos. Diante disso, para fins de análise, os dados foram categorizados em três grupos para cada fluxograma:

- 1ª Categoria: PA, ou seja, casos que têm que ser resolvidos no Pronto Atendimento - vermelho, laranja e amarelo.
- 2ª Categoria: AP, ou seja, casos que poderiam que ser solucionados na Atenção Primária - verde e azul.
- 3ª Categoria: Outros: brancos, não aplicáveis e genéricos.

Os dados deste estudo foram coletados mensalmente nos dez meses iniciais de implantação do Software ALERT ADW, e posteriormente categorizados e analisados da mesma forma. Entretanto, nas variáveis Fluxograma e Diagnóstico, os meses foram agrupados em três períodos: Janeiro a Março, Abril a Julho e Agosto a Outubro, para fins de análise.

As demais variáveis estão identificadas e descritas na TAB 4:

TABELA 4. Variáveis

Variável	Descrição
Faixa etária	Neonatal: < 28 dias Lactante: 28 dias a 2 anos incompletos Criança: 2 a 10 anos incompletos Adolescente: 10 a 20 anos incompletos Adulto: 20 a 60 anos incompletos Idoso: > 60 anos
Sexo	Feminino Masculino
Plano de Saúde	BRADERCO SAÚDE S/A CAIXA ECONÔMICA FEDERAL CAPESESP CASSI CASU COPASA CORREIOS GEAP IPSEMG IPSM PARTICULAR PREVIMINAS SUS UNIMED
Diagnóstico/Hipóteses Diagnósticas	Classificação Internacional de Doenças (CID), 10ª revisão (OMS, 1996).
Classificação de Risco	Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Branco
Tipo de Alta	Abandono com intervenção médica Abandono sem intervenção médica Alta administrativa Alta com encaminhamento externo Alta para o exterior Alta por transferência interna - Consulta ambulatorial Alta por transferência interna - CTI, Internação ou Bloco Cirúrgico Desistência/Evasão Encaminhamento Óbito < 24 horas Outro não especificado

Fonte: Dados do ALERT ADW.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 Perfil do atendimento e dos usuários no Pronto Atendimento Santa Isabel

A análise dos dados permitiu caracterizar o perfil do atendimento e dos usuários no PA Santa Isabel por mês, faixa etária, sexo, plano de saúde e tipo de alta.

Entre janeiro e outubro de 2013, período de realização do estudo, foram realizados 29.266 atendimentos no Pronto Atendimento, na cidade de Diamantina. Nesse período houve pouca variação na proporção de usuários que procuraram o PA, apresentando-se maior nos meses de junho, julho e fevereiro, com 11,36%, 11,33% e 10,58% respectivamente, conforme figura 6.

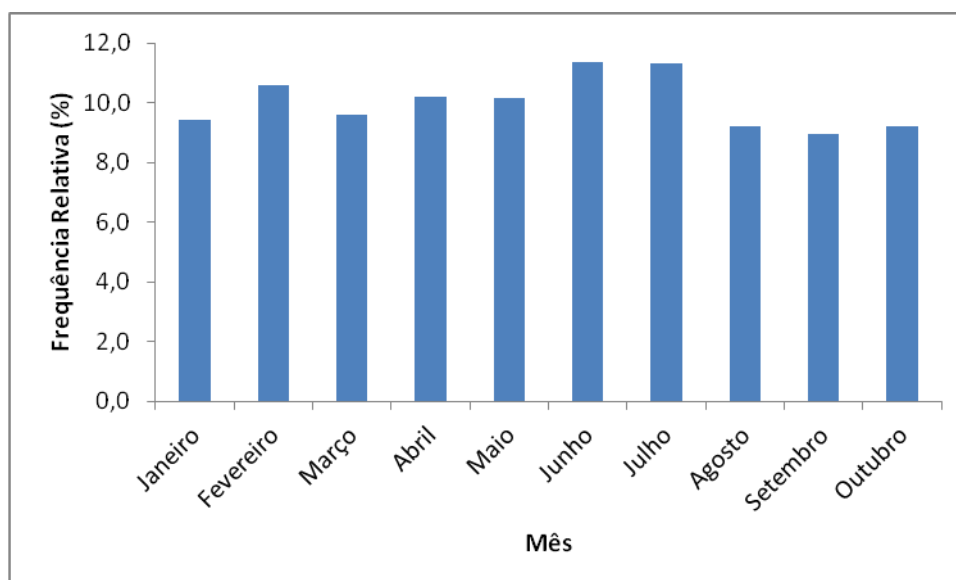


FIGURA 6. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel por mês

Fonte: Elaborada pela autora com os dados coletados no estudo.

Em relação às faixas etárias utilizadas neste estudo, elas são pré-estabelecidas pelo software ALERT ADW utilizado pela Santa Casa de Caridade de Diamantina, a qual o PA Santa Isabel é vinculado e onde foi realizado o estudo.

De acordo com a idade, o paciente é classificado dentro das seguintes faixas etárias: os neonatais são os que têm menos que 28 dias; os lactantes os que têm entre 28 dias de nascidos e 02 anos de idade incompletos; as crianças apresentam entre 02 e 10 anos de idade incompletos; os adolescentes entre 10 e 20 anos de idade incompletos; os adultos entre 20 e 60 anos de idade incompletos; e por fim os idosos que tem 60 anos de idade ou mais.

Na categoria Não Aplicáveis (NA) encontram-se os pacientes que foram atendidos pelo enfermeiro, mas por algum motivo não especificado, não foram classificados no sistema.

Em relação à distribuição dos usuários por faixa etária, a TAB 5 mostra que, em todos os meses do estudo, a população adulta concentrou a maior proporção dos usuários, seguidos dos idosos e dos adolescentes. Com baixo índice de procura estão as crianças, lactantes e neonatais. Esta situação permanece quando é analisado o período como um todo, em que os adultos, idosos e adolescentes representam 59,87%, 18,01% e 12,18%, respectivamente. As crianças, lactantes e neonatais utilizaram pouco o serviço de urgência do PA, com respectivamente 1,19%; 0,29% e 0,04%.

A TAB 6 mostra a distribuição dos usuários por sexo. Observa-se que em todos os meses houve maior procura de mulheres em relação ao número de homens, apesar da diferença não ser expressiva. No total de usuários de janeiro a outubro, a proporção foi de 52,81% de mulheres e 47,09% de homens que procuraram o serviço de urgência do PA.

Quanto ao plano de saúde, a TAB 7 apresenta a relação dos planos utilizados pelos usuários que buscam atendimento no serviço de urgência na cidade de Diamantina/MG. Diversos planos de saúde são utilizados pelos usuários que procuram o PA Santa Isabel. No entanto, a maior procura foi de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), perfazendo um total de 83,99%. Alguns planos particulares apresentaram uma procura inferior, mas também expressiva: o Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG) com 2,57%; a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (UNIMED) com 2,31%, o Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais (IPSM) com 1,53% e Caixa de Assistência à Saúde da Universidade (CASU) com 0,63%. Os outros planos, como Bradesco Saúde S/A, Caixa Econômica Federal, Caixa de Previdência e Assistência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde (CAPESESP), Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), COPASA, CORREIOS, Fundação de Seguridade Social (GEAP), Particular e Fundação Libertas de Seguridade Social (PREVIMINAS) apresentaram uma procura baixa em relação aos outros planos.

O SUS é considerado pelo software ALERT ADW e, conseqüentemente neste estudo, como plano de saúde, mas ele é o Sistema de Saúde Brasileiro.

TABELA 5. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel de janeiro a outubro de 2013 por faixa etária

Faixa Etária	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Total	
	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)
Não aplicável	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	27	1,03	2434	90,42	2461	8,41
Neonatal	0	0,00	0	0,00	1	0,04	0	0,00	2	0,07	2	0,06	5	0,15	1	0,04	0	0,00	0	0,00	11	0,04
Lactante	9	0,33	10	0,32	8	0,29	7	0,23	5	0,17	10	0,30	16	0,48	6	0,22	14	0,53	0	0,00	85	0,29
Criança	44	1,60	34	1,10	31	1,11	38	1,27	41	1,38	49	1,47	39	1,18	35	1,30	33	1,26	4	0,15	348	1,19
Adolescente	301	10,92	443	14,30	422	15,05	423	14,15	401	13,52	439	13,20	420	12,67	342	12,70	343	13,06	32	1,19	3566	12,18
Adulto	1888	68,51	2115	68,29	1853	66,08	1942	64,97	1906	64,24	2129	64,01	2110	63,63	1762	65,43	1645	62,64	173	6,43	17523	59,87
Idoso	514	18,65	495	15,98	489	17,44	579	19,37	612	20,63	697	20,96	726	21,89	547	20,31	564	21,48	49	1,82	5272	18,01
Total	2756	100,00	3097	100,00	2804	100,00	2989	100,00	2967	100,00	3326	100,00	3316	100,00	2693	100,00	2626	100,00	2692	100,00	29266	100,00

Fonte: Elaborada pela autora com os dados coletados no estudo.

TABELA 6. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel de janeiro a outubro de 2013 por sexo

Sexo	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Total	
	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)
Indeterminado	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,08	28	1,04	30	0,10
Feminino	1431	51,92	1618	52,24	1454	51,85	1543	51,62	1499	50,52	1820	54,72	1765	53,23	1429	53,06	1422	54,15	1475	54,79	15456	52,81
Masculino	1325	48,08	1479	47,76	1350	48,15	1446	48,38	1468	49,48	1506	45,28	1551	46,77	1264	46,94	1202	45,77	1189	44,17	13780	47,09
Total	2756	100,00	3097	100,00	2804	100,00	2989	100,00	2967	100,00	3326	100,00	3316	100,00	2693	100,00	2626	100,00	2692	100,00	29266	100,00

Fonte: Elaborada pela autora com os dados coletados no estudo.

TABELA 7. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel de janeiro a outubro de 2013 por plano de saúde privado e SUS

Plano de Saúde	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Total	
	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)
Não aplicável	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	27	1,03	2437	90,53	2464	8,42
BRASESCO SAÚDE S/A	1	0,04	7	0,23	3	0,11	1	0,03	1	0,03	3	0,09	2	0,06	2	0,07	0	0,00	1	0,04	21	0,07
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	1	0,04	9	0,29	1	0,04	1	0,03	1	0,03	0	0,00	2	0,06	2	0,07	0	0,00	0	0,00	17	0,06
CAPESESP	1	0,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,00
CASSI	0	0,00	9	0,29	3	0,11	2	0,07	2	0,07	9	0,27	7	0,21	7	0,26	5	0,19	0	0,00	44	0,15
CASU	20	0,73	20	0,65	21	0,75	36	1,20	16	0,54	21	0,63	11	0,33	18	0,67	20	0,76	1	0,04	184	0,63
COPASA	2	0,07	6	0,19	5	0,18	1	0,03	5	0,17	1	0,03	3	0,09	3	0,11	3	0,11	0	0,00	29	0,10
CORREIOS	1	0,04	3	0,10	1	0,04	0	0,00	3	0,10	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	0,19	0	0,00	13	0,04
GEAP	1	0,04	4	0,13	5	0,18	3	0,10	1	0,03	1	0,03	3	0,09	3	0,11	4	0,15	0	0,00	25	0,09
IPSEMG	46	1,67	65	2,10	77	2,75	78	2,61	85	2,86	117	3,52	100	3,02	98	3,64	84	3,20	3	0,11	753	2,57
IPSM	43	1,56	48	1,55	39	1,39	53	1,77	53	1,79	64	1,92	48	1,45	45	1,67	45	1,71	10	0,37	448	1,53
PARTICULAR	0	0,00	2	0,06	0	0,00	1	0,03	0	0,00	0	0,00	1	0,03	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	0,01
PREVIMINAS	1	0,04	1	0,03	0	0,00	0	0,00	1	0,03	1	0,03	0	0,00	1	0,04	2	0,08	0	0,00	7	0,02
SUS	2583	93,72	2815	90,89	2579	91,98	2759	92,31	2738	92,28	3026	90,98	3035	91,53	2425	90,05	2387	90,90	234	8,69	24581	83,99
UNIMED	56	2,03	108	3,49	70	2,50	54	1,81	61	2,06	83	2,50	104	3,14	89	3,30	44	1,68	6	0,22	675	2,31
Total	2756	100,00	3097	100,00	2804	100,00	2989	100,00	2967	100,00	3326	100,00	3316	100,00	2693	100,00	2626	100,00	2692	100,00	29266	100,00

Fonte: Elaborada pela autora com os dados coletados no estudo.

Em relação ao tipo de alta, a TAB. 8 caracteriza os tipos de alta mais frequentes no PA Santa Isabel no período do estudo.

TABELA 8. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel de janeiro a outubro de 2013 por tipo de alta

Tipo de Alta	Fa	Fr (%)
Não aplicável	57	0,19
Abandono com intervenção médica	102	0,35
Abandono sem intervenção médica	650	2,22
Alta administrativa	789	2,70
Alta com encaminhamento externo	726	2,48
Alta para o exterior	15692	53,62
Alta por transferência interna - Consulta ambulatorial	49	0,17
Alta por transferência interna - CTI, Internação ou Bloco Cirúrgico	1893	6,47
Desistência / Evasão	2694	9,21
Encaminhamento	5815	19,87
Óbito < 24 horas	44	0,15
Outro não especificado	755	2,58
Total	29266	100,00

Fonte: Elaborada pela autora com os dados coletados no estudo.

São vários os tipos de alta, especificados no ALERT, embora não sejam descritos. Aproveitamos a oportunidade para descrever os tipos de alta, conforme seu significado corrente para os profissionais de saúde:

Abandono com intervenção médica: o paciente abandona o tratamento e o PA, após passar pela Classificação de Risco realizada pelo enfermeiro e pela Consulta Médica, podendo ou não ter recebido algum tipo de intervenção para sua reabilitação. Nesse caso, é necessário registro legal, que é o Registro de Eventos de Defesa Social (REDS), antigo Boletim de Ocorrência.

Abandono sem intervenção médica: o paciente abandona o PA, após passar pela Classificação de Risco realizada pelo enfermeiro, sem passar pela Consulta Médica e receber algum tipo de intervenção para sua reabilitação.

Alta administrativa: alta realizada pela administração finalizando o atendimento. Também é realizada automaticamente pelo sistema. Por este motivo, atualmente não é realizada mais pelos funcionários da recepção. A alta automática não entra na estatística do ALERT na instituição.

Alta com encaminhamento externo: o paciente recebe alta médica, mas necessita de acompanhamento em outra instituição: Centro de Detenção, Conselho Tutelar, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Hospital não especificado, Outro não especificado, Policlínica não especificada, Transferência para outro hospital, UPA não especificada, Hospital de Nossa Senhora da Saúde.

Alta para o exterior: também chamada de forma corrente pelos profissionais de saúde de Alta hospitalar. Nesses casos, o médico, após a avaliação do paciente e, se necessário, a análise dos seus exames diagnósticos, permite que o paciente vá para a residência, pois já se encontra reabilitado ou o tratamento pode ser realizado no domicílio.

Alta por transferência interna - Consulta ambulatorial: o médico transfere o paciente para uma consulta de especialidade, para que possa ser novamente avaliado, não necessariamente em caráter de urgência.

Alta por transferência interna – CTI, Internação ou Bloco Cirúrgico: o médico avalia e transfere o paciente para outro setor que não o PA, dentro da mesma instituição. Caso o paciente necessite de cuidados intensivos e monitorização contínua, é transferido para o CTI. Se for necessário um período maior de tratamento e o paciente necessitar de hospitalização, é transferido para uma Unidade de Internação. E se o caso for cirúrgico, é encaminhado para o Bloco Cirúrgico.

Desistência/Evasão: o paciente abandona o PA, após confecção da Ficha de Atendimento, sem passar pela Classificação de Risco realizada pelo enfermeiro e também pela Consulta Médica. Pode ser realizado pelo médico ou enfermeiro.

Encaminhamento: o paciente passa pela Classificação de Risco realizada pelo enfermeiro, passa ou não pela consulta médica e é encaminhado pelo enfermeiro para internação (Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Clínica Neurológica), Bloco Cirúrgico, CTI, domicílio (quando ele procura o PA apenas para uma injeção, troca de sonda, etc) e Local não referenciado, que é o encaminhamento para a Atenção Primária, com o auxílio do Assistente Social. Realizado pelo enfermeiro.

Óbito < 24 horas: o paciente vai a óbito com menos de 24 horas da sua entrada no PA, com destino para o necrotério nos casos de morte natural ou Instituto Médico Legal (IML), quando a morte acontece devido à causa externa, como violência, acidente e autoextermínio.

Outro não especificado: quando o profissional não tem conhecimento sobre o tipo de alta recebido pelo paciente.

Dentre os tipos de alta, a que apresentou maior proporção foi “Alta para o exterior”, com 53,62% dos casos. Do total de usuários do PA, 19,87% é encaminhado pelo enfermeiro,

após a Classificação de Risco, para internação, Bloco Cirúrgico, CTI, domicílio ou Atenção Primária. A frequência de desistência ou evasão é relativamente alta (9,21%), aproximando-se de 10%. A transferência interna para o CTI, Internação ou Bloco Cirúrgico também apresentou percentual expressivo (6,47%). Os outros tipos de alta apresentam porcentagem menos expressiva.

5.2 Diagnósticos confirmados realizados no Pronto Atendimento Santa Isabel

Conforme explicitado na Metodologia, no PA Santa Isabel, para realização dos diagnósticos, é utilizada a Classificação Internacional de Doenças, a CID 10, que contém 22 capítulos com agrupamento de doenças semelhantes (OMS, 1996):

Capítulo I: A00-B99 – Algumas doenças infecciosas e parasitárias;

Capítulo II: C00-D48 – Neoplasmas (tumores);

Capítulo III: D50-D89 – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários;

Capítulo IV: E00-E90 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas;

Capítulo V: F00-F99 – Transtornos mentais e comportamentais;

Capítulo VI: G00-G99 – Doenças do sistema nervoso;

Capítulo VII: H00-H59 – Doenças do olho e anexos;

Capítulo VIII: H60-H95 – Doenças do ouvido e da apófise mastoide;

Capítulo IX: I00-I99 – Doenças do aparelho circulatório;

Capítulo X: J00-J99 – Doenças do aparelho respiratório;

Capítulo XI: K00-K93 – Doenças do aparelho digestivo;

Capítulo XII: L00-L99 – Doenças da pele e do tecido subcutâneo;

Capítulo XIII: M00-M99 – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo;

Capítulo XIV: N00-N99 – Doenças do aparelho geniturinário;

Capítulo XV: O00-O99 – Gravidez, parto e puerpério;

Capítulo XVI: P00-P96 – Algumas afecções originadas no período perinatal;

Capítulo XVII: Q00-Q99 – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas;

Capítulo XVIII: R00-R99 – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte;

Capítulo XIX: S00-T98 – Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas;

Capítulo XX: V01-Y98 – Causas externas de morbidade e de mortalidade;

Capítulo XXI: Z00-Z99 – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde;

Capítulo XXII: U00-U99 – Códigos para propósitos especiais.

De janeiro a outubro do ano de 2013, foram realizados 4.991 diagnósticos confirmados no PA Santa Isabel. A figura 7 apresenta os 19 capítulos de diagnósticos que contemplam os diagnósticos confirmados de acordo com a divisão preestabelecida pela CID 10, realizados no período.

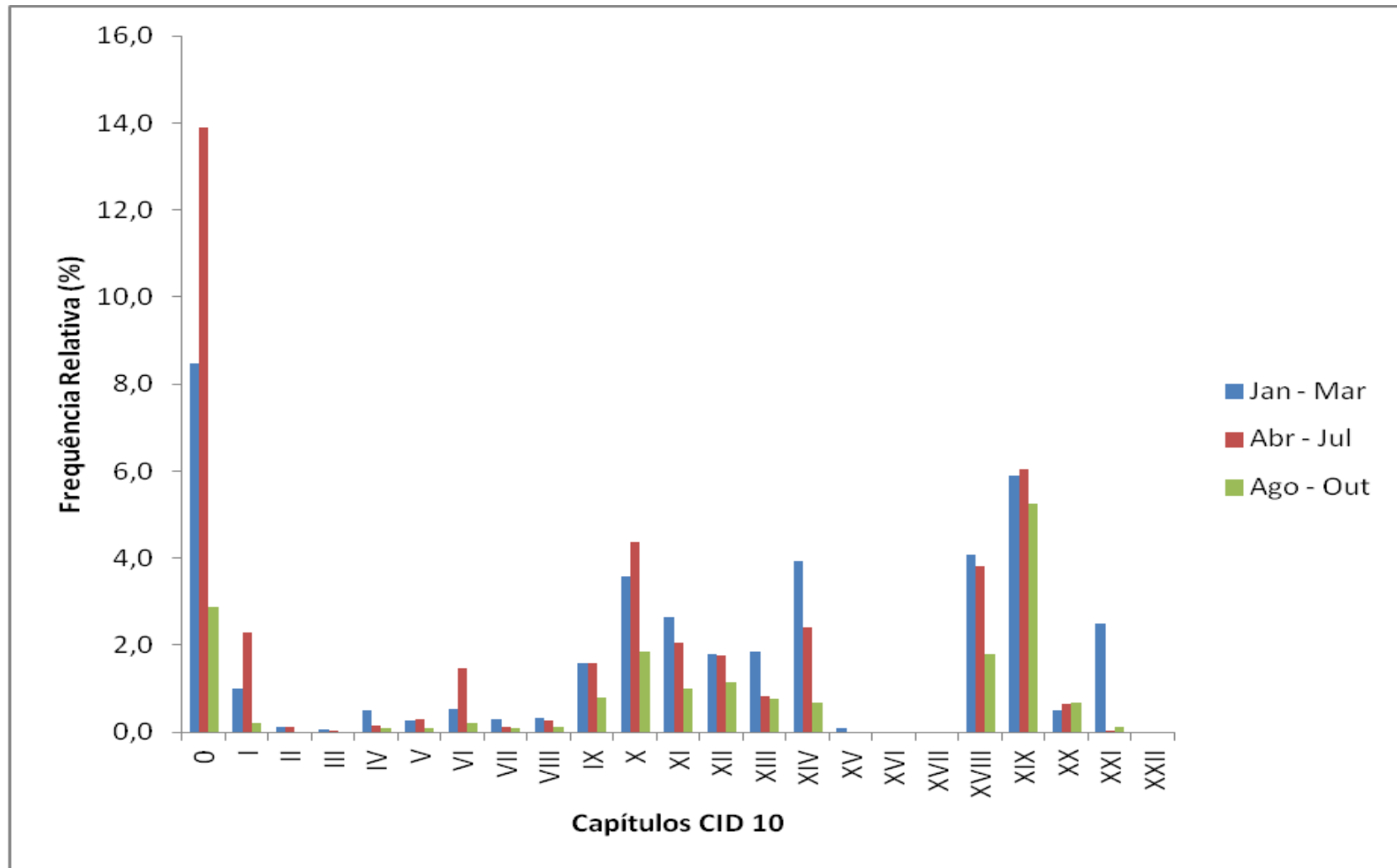


FIGURA 7. Diagnósticos confirmados realizados no PA Santa Isabel de janeiro a outubro de 2013

Fonte: Elaborada pela autora com os dados coletados no estudo e baseada na CID 10.

Conforme figura 7 e na TAB 9 abaixo, os capítulos da CID 10 mais frequentes durante o período do estudo foram o XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas apresentando 17,19%; o X - Doenças do aparelho respiratório com 9,8%; o XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, com 9,7% e o XIV - Doenças do aparelho geniturinário com 7,01%.

TABELA 9. Diagnósticos confirmados no PA Santa Isabel de janeiro a outubro de 2013

Capítulos CID 10	Jan - Mar	Abr - Jul	Ago - Out	Total
	Fr (%)	Fr (%)	Fr (%)	Fr (%)
0: Outro Diagnóstico	8,48	13,88	2,89	25,25
I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1,00	2,30	0,22	3,53
II: Neoplasmas (tumores)	0,12	0,12	0,00	0,24
III: Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários;	0,06	0,02	0,00	0,08
IV: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0,50	0,16	0,10	0,76
V: Transtornos mentais e comportamentais	0,26	0,30	0,10	0,66
VI: Doenças do sistema nervoso	0,54	1,46	0,20	2,20
VII: Doenças do olho e anexos	0,30	0,12	0,08	0,50
VIII: Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0,32	0,26	0,12	0,70
IX: Doenças do aparelho circulatório	1,60	1,60	0,80	4,01
X: Doenças do aparelho respiratório	3,57	4,37	1,86	9,80
XI: Doenças do aparelho digestivo	2,64	2,04	1,00	5,69
XII: Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,78	1,76	1,16	4,71
XIII: Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1,84	0,82	0,76	3,43
XIV: Doenças do aparelho geniturinário	3,93	2,40	0,68	7,01
XV: Gravidez, parto e puerpério	0,08	0,00	0,00	0,08
XVI: Algumas afecções originadas no período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00
XVII: Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0,00	0,00	0,00	0,00
XVIII: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte;	4,07	3,83	1,80	9,70
XIX: Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	5,89	6,05	5,25	17,19
XX: Causas externas de morbidade e de mortalidade	0,50	0,66	0,68	1,84
XXI: Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	2,48	0,02	0,12	2,62
XXII: Códigos para propósitos especiais	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	39,97	42,20	17,83	100,00

Fonte: Elaborada pela autora com os dados coletados no estudo e baseada na CID 10.

No período de janeiro a março, também se destacaram os mesmos grupos diagnósticos do período na íntegra: XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de

causas externas apresentando; XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; XIV - Doenças do aparelho geniturinário e X - Doenças do aparelho respiratório, com 5,89%; 4,07%; 3,93% e 3,57% respectivamente.

No período seguinte, de abril a julho, também são mantidos os grupos diagnósticos mais frequentes no total de dez meses e no primeiro período, com XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas apresentando 6,05%; X - Doenças do aparelho respiratório com 4,37%; XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte com 3,83% e XIV - Doenças do aparelho geniturinário com 2,40%. Observa-se uma queda nos Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte e Doenças do aparelho geniturinário. Em contrapartida, há um pequeno aumento das Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas e um acréscimo de aproximadamente 1% nas Doenças do aparelho respiratório.

No último período, de agosto a outubro, as Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas apresentaram uma pequena diminuição, totalizando 5,25%, e as Doenças do aparelho respiratório e Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte apresentaram uma queda mais expressiva no percentual, no entanto, continuam exibindo quantidades elevadas em relação aos outros diagnósticos nestes meses, com 1,86% e 1,80%, respectivamente. Entretanto, as Doenças do aparelho geniturinário cedem lugar ao capítulo XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo, que representam 1,16% do total de diagnósticos confirmados.

Dentre os capítulos de diagnósticos, o de número XIX, “Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas”, foi o que teve maior destaque quando o período como um todo é analisado e também quando os períodos são analisados separadamente, apresentando maior frequência em todos os períodos deste ano, com 5,89% de janeiro a março; 6,05% de abril a julho e 5,25% de agosto a outubro.

Desta forma, maior aprofundamento será dado a este grupo de diagnóstico, com o objetivo de compreender as causas de sua expressividade neste período.

Os subgrupos de diagnósticos do capítulo “Lesões, envenenamentos e algumas consequências de causas externas” que foram realizados no PA neste período são: Cabeça; Pescoço; Tórax; Abdome, torso, coluna lombar e pelve; Traumatismos do ombro e do braço; Cotovelo e antebraço; Punho e mão; Quadril e coxa; Joelho e perna; Tornozelo e pé; Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo; Traumatismos de localização não

especificada do tronco, membro ou outra região do corpo; Efeito de penetração de corpo estranho através de orifício natural; Queimaduras e corrosões; Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas; Efeitos tóxicos de substâncias de origem predominantemente não medicinal e Outros efeitos de causas externas e os não especificados.

Dentre os subgrupos de diagnósticos descritos acima, os que mais se destacaram foram os Traumatismos na cabeça, Punho e mão e Tórax, com 25,87%; 19,35% e 11,19% respectivamente, totalizando mais de 50% dos casos, conforme apresentado na figura 8.

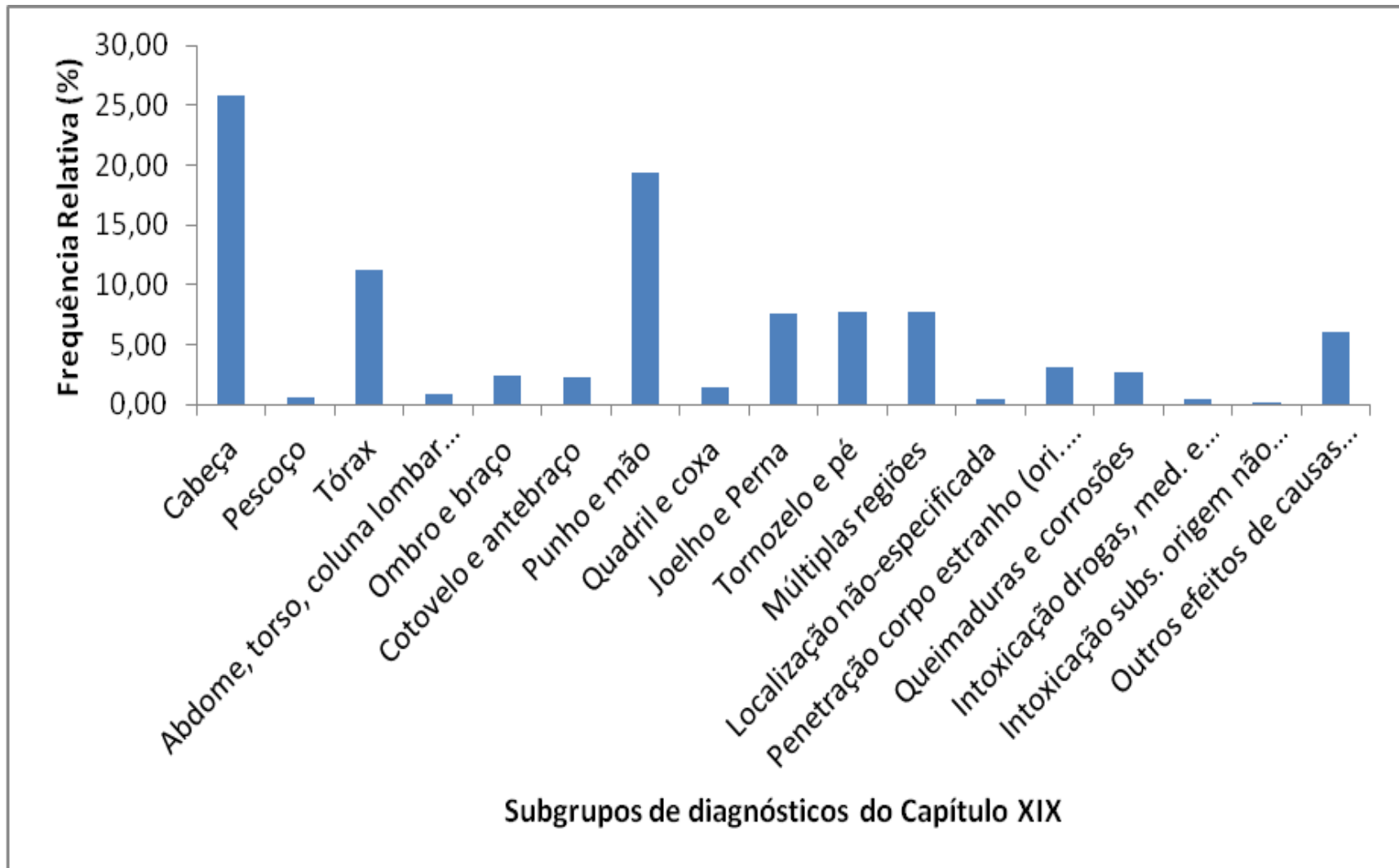


FIGURA 8. Subgrupos de diagnósticos do Capítulo XIX da CID 10 - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, realizados no PA Santa Isabel de janeiro a outubro de 2013.

Fonte: Elaborada pela autora com os dados coletados no estudo e baseada na CID 10.

5.3 Fluxogramas

Fluxogramas são considerados diagramas que representam um processo, ou seja, uma ferramenta visual (diagrama) que organiza e auxilia a criação e organização das maneiras de se fazer uma tarefa. Eles visam auxiliar os gestores no desenvolvimento de processos e os trabalhadores na leitura e execução das ações, e pode ser utilizado em diferentes áreas. É uma ferramenta importante, pois facilita a transmissão dos padrões para funcionários e avaliação das tarefas na procura de falhas ou pontos a serem melhorados (KAH ADM, 2014).

Os protocolos do ALERT são do tipo fluxogramas informatizados, sendo o ALERT® TRIAGE um software de triagem para o serviço de urgência que tem como finalidade padronizar registros e ações acessíveis a todos os trabalhadores e tem como principais características: determinar a gravidade do estado de cada paciente por fluxogramas que identificam a prioridade clínica com base em sinais e sintomas; tem um componente de gestão que permite análise e avaliação objetivas do desempenho do serviço, apoiadas por ferramentas adicionais de análise e tomada de decisão e podem ser usados diferentes protocolos de triagem, incluindo o protocolo de Manchester e outros (ALERT TRIAGE, 2014).

No protocolo de Manchester, o enfermeiro atende o paciente, registra suas queixas e necessita ter conhecimento para fazer a escolha de um fluxograma que represente a situação de saúde do paciente e as cores, que determinam o grau de urgência no protocolo.

A TAB 10 apresenta os fluxogramas distribuídos nas três categorias: Pronto Atendimento (PA), Atenção Primária (AP) e Outros, no período total, de janeiro a outubro. Na categoria PA, ou seja, os fluxogramas que apresentaram as cores vermelho, laranja ou amarelo e devem ser resolvidos no Pronto Atendimento, sobressaíram-se o Mal estar em adulto com 6,2%; Dor abdominal em adulto com 5,25%; Cefaleia com 3,77% e Dor torácica com 3,65%.

Na categoria AP, ou seja, os pacientes que apresentaram as cores verde e azul e poderiam ser atendidos na Atenção Primária à Saúde, apresentaram destaque os fluxogramas: Mal estar em adulto (7,73%), Dor abdominal em adulto (2,31%), Dor de garganta (3,13%), Problemas em extremidades (2,75%) e Feridas (2,56%).

TABELA 10. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel de janeiro a outubro de 2013 por fluxograma.

Fluxograma / Razão (primeira triagem)	PA		AP		Outros	
	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)
Agressão	58	0,20	55	0,19	0	0,00
Alergia	240	0,82	139	0,47	0	0,00
Alteração do comportamento	423	1,45	226	0,77	0	0,00
Asma	102	0,35	30	0,10	0	0,00
Autoagressão	12	0,04	0	0,00	0	0,00
Bebê chorando	1	0,00	0	0,00	0	0,00
Cefaléia	1103	3,77	636	2,17	0	0,00
Convulsões	178	0,61	5	0,02	0	0,00
Corpo estranho	13	0,04	75	0,26	0	0,00
Criança irritadiça	3	0,01	2	0,01	0	0,00
Criança mancando	2	0,01	1	0,00	0	0,00
Desmaio no adulto	131	0,45	55	0,19	0	0,00
Diabetes	91	0,31	37	0,13	0	0,00
Diarréia e/ou vômitos	414	1,41	458	1,56	0	0,00
Dispnéia em adulto	520	1,78	303	1,04	0	0,00
Dispnéia em criança	2	0,01	2	0,01	0	0,00
Doença mental	3	0,01	4	0,01	0	0,00
Doença sexualmente transmissível	4	0,01	20	0,07	0	0,00
Dor abdominal em adulto	1537	5,25	676	2,31	0	0,00
Dor abdominal em criança	42	0,14	12	0,04	0	0,00
Dor cervical	147	0,50	109	0,37	0	0,00
Dor de garganta	364	1,24	915	3,13	0	0,00
Dor lombar	776	2,65	376	1,28	0	0,00
Dor testicular	8	0,03	13	0,04	0	0,00
Dor torácica	1068	3,65	515	1,76	0	0,00
Embriaguez aparente	170	0,58	51	0,17	0	0,00
Erupção cutânea	68	0,23	100	0,34	0	0,00
Exposição a agente químico	8	0,03	8	0,03	0	0,00
Feridas	197	0,67	749	2,56	0	0,00
Gravidez	11	0,04	11	0,04	0	0,00
Hemorragia digestiva	41	0,14	15	0,05	0	0,00
Indicação do médico	0	0,00	0	0,00	810	2,77
Infecções locais e abscessos	102	0,35	238	0,81	0	0,00
Mal estar em adulto	1814	6,20	2262	7,73	0	0,00
Mal estar em criança	11	0,04	24	0,08	0	0,00
Mordeduras e picadas	109	0,37	164	0,56	0	0,00
Não Aplicável	0	0,00	0	0,00	5067	17,31
Outro	0	0,00	0	0,00	999	3,41
Overdose e envenenamento	50	0,17	20	0,07	0	0,00
Pais preocupados	2	0,01	12	0,04	0	0,00

Continua...

TABELA 10, continuação

Palpitações	17	0,06	18	0,06	0	0,00
Problemas dentários	8	0,03	26	0,09	0	0,00
Problemas em extremidades	496	1,69	805	2,75	0	0,00
Problemas em face	44	0,15	102	0,35	0	0,00
Problemas em olhos	103	0,35	268	0,92	0	0,00
Problemas em ouvidos	50	0,17	156	0,53	0	0,00
Problemas urinários	345	1,18	256	0,87	0	0,00
Quedas	237	0,81	182	0,62	0	0,00
Queimaduras	35	0,12	20	0,07	0	0,00
Realização de exames	0	0,00	0	0,00	44	0,15
Sangramento vaginal	31	0,11	20	0,07	0	0,00
Situação de múltiplas vítimas - Avaliação primária	0	0,00	2	0,01	0	0,00
Transferência para o hospital da área de residência	0	0,00	0	0,00	1	0,00
Tratamentos	0	0,00	0	0,00	368	1,26
Trauma cranioencefálico	230	0,79	97	0,33	0	0,00
Trauma maior	196	0,67	0	0,00	2	0,01
Trauma toracoabdominal	68	0,23	18	0,06	0	0,00
Via Verde	0	0,00	0	0,00	2	0,01
Total	11685	39,93	10288	35,15	7293	24,92

Fonte: Elaborada pela autora com os dados coletados no estudo.

A TAB 11 apresenta os fluxogramas distribuídos nas três categorias: Pronto Atendimento (PA), Atenção Primária (AP) e Outros, no primeiro período analisado, de janeiro a março. De janeiro a março, na categoria PA, ou seja, os fluxogramas que apresentaram as cores vermelho, laranja ou amarelo e devem ser resolvidos no Pronto Atendimento, sobressaíram-se o Mal estar em adulto com 1,88%; Dor abdominal em adulto com 1,85%; Cefaleia e Dor torácica, ambos com 1,15%.

Na categoria AP, ou seja, os pacientes que apresentaram as cores verde e azul e poderiam ser atendidos na Atenção Primária à Saúde, destacam-se dois fluxogramas, que também sobressaíram na primeira categoria: Mal estar em adulto (1,79%) e Dor abdominal em adulto (0,78%). Outros fluxogramas que também poderiam ser resolvidos na atenção primária e apresentaram uma quantidade relevante nesse período foram: Feridas (1%), Dor de garganta (0,95%) e Problemas em extremidades (0,85%).

TABELA 11. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel de janeiro a março de 2013 por fluxograma

Fluxograma / Razão (primeira triagem)	PA		AP		Outros	
	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)
Agressão	23	0,08	24	0,08	0	0,00
Alergia	115	0,39	56	0,19	0	0,00
Alteração do comportamento	115	0,39	80	0,27	0	0,00
Asma	37	0,13	12	0,04	0	0,00
Autoagressão	5	0,02	0	0,00	0	0,00
Bebê chorando	1	0,00	0	0,00	0	0,00
Cefaleia	336	1,15	187	0,64	0	0,00
Convulsões	70	0,24	0	0,00	0	0,00
Corpo estranho	0	0,00	24	0,08	0	0,00
Criança irritadiça	1	0,00	0	0,00	0	0,00
Criança mancando	1	0,00	0	0,00	0	0,00
Desmaio no adulto	31	0,11	6	0,02	0	0,00
Diabetes	25	0,09	14	0,05	0	0,00
Diarreia e/ou vômitos	173	0,59	220	0,75	0	0,00
Dispneia em adulto	157	0,54	101	0,35	0	0,00
Dispneia em criança	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Doença mental	3	0,01	4	0,01	0	0,00
Doença sexualmente transmissível	3	0,01	5	0,02	0	0,00
Dor abdominal em adulto	540	1,85	227	0,78	0	0,00
Dor abdominal em criança	16	0,05	2	0,01	0	0,00
Dor cervical	36	0,12	22	0,08	0	0,00
Dor de garganta	111	0,38	277	0,95	0	0,00
Dor lombar	240	0,82	89	0,30	0	0,00
Dor testicular	1	0,00	4	0,01	0	0,00
Dor torácica	336	1,15	117	0,40	0	0,00
Embriaguez aparente	115	0,39	19	0,06	0	0,00
Erupção cutânea	8	0,03	13	0,04	0	0,00
Exposição a agente químico	1	0,00	0	0,00	0	0,00
Feridas	52	0,18	292	1,00	0	0,00
Gravidez	3	0,01	3	0,01	0	0,00
Hemorragia digestiva	15	0,05	7	0,02	0	0,00
Indicação do médico	0	0,00	0	0,00	48	0,16
Infecções locais e abscessos	31	0,11	71	0,24	0	0,00
Mal estar em adulto	551	1,88	525	1,79	0	0,00
Mal estar em criança	3	0,01	5	0,02	0	0,00
Mordeduras e picadas	48	0,16	71	0,24	0	0,00
Não Aplicável	0	0,00	0	0,00	1255	4,29
Outro	0	0,00	0	0,00	447	1,53
Overdose e envenenamento	15	0,05	6	0,02	0	0,00
Pais preocupados	0	0,00	6	0,02	0	0,00
Palpitações	6	0,02	10	0,03	0	0,00

Continua ...

TABELA 11, continuação

Problemas dentários	2	0,01	5	0,02	0	0,00
Problemas em extremidades	146	0,50	250	0,85	0	0,00
Problemas em face	14	0,05	23	0,08	0	0,00
Problemas em olhos	33	0,11	85	0,29	0	0,00
Problemas em ouvidos	21	0,07	43	0,15	0	0,00
Problemas urinários	110	0,38	73	0,25	0	0,00
Quedas	47	0,16	50	0,17	0	0,00
Queimaduras	13	0,04	12	0,04	0	0,00
Realização de exames	0	0,00	0	0,00	10	0,03
Sangramento vaginal	11	0,04	7	0,02	0	0,00
Situação de múltiplas vítimas - Avaliação primária	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Transferência para o hospital da área de residência	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tratamentos	0	0,00	0	0,00	50	0,17
Trauma cranioencefálico	62	0,21	33	0,11	0	0,00
Trauma maior	69	0,24	0	0,00	1	0,00
Trauma toracoabdominal	12	0,04	2	0,01	0	0,00
Via Verde	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	3764	12,86	3082	10,53	1811	6,19

Fonte: Elaborada pela autora com os dados coletados no estudo.

No período de abril a julho, na categoria PA destacaram-se os mesmos fluxogramas da categoria PA do primeiro período: Mal estar em adulto (2,77%), Dor abdominal em adulto (1,78%), Cefaleia (1,54%) e Dor torácica (1,39%). Na categoria AP, destacaram-se três fluxogramas que também estavam presentes na categoria PA: Mal estar em adulto, Cefaleia e Dor abdominal em adulto, com 3,22%; 0,91% e 0,88%, respectivamente. Além destes, houve grande quantidade de procura os fluxogramas Dor de garganta (1,12%) e Feridas (1%). A TAB 12 apresenta a frequência absoluta e relativa dos fluxogramas no período.

TABELA 12. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel de abril a julho de 2013 por fluxograma

Fluxograma / Razão (primeira triagem)	PA		AP		Outros	
	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)
Agressão	17	0,06	21	0,07	0	0,00
Alergia	69	0,24	43	0,15	0	0,00
Alteração do comportamento	171	0,58	87	0,30	0	0,00
Asma	35	0,12	9	0,03	0	0,00
Autoagressão	4	0,01	0	0,00	0	0,00
Bebê chorando	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Cefaleia	451	1,54	267	0,91	0	0,00
Convulsões	71	0,24	2	0,01	0	0,00
Corpo estranho	5	0,02	28	0,10	0	0,00
Criança irritadiça	0	0,00	2	0,01	0	0,00
Criança mancando	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Desmaio no adulto	52	0,18	25	0,09	0	0,00
Diabetes	30	0,10	10	0,03	0	0,00
Diarreia e/ou vômitos	133	0,45	79	0,27	0	0,00
Dispneia em adulto	235	0,80	147	0,50	0	0,00
Dispneia em criança	0	0,00	2	0,01	0	0,00
Doença mental	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Doença sexualmente transmissível	0	0,00	7	0,02	0	0,00
Dor abdominal em adulto	522	1,78	257	0,88	0	0,00
Dor abdominal em criança	16	0,05	7	0,02	0	0,00
Dor cervical	67	0,23	49	0,17	0	0,00
Dor de garganta	153	0,52	329	1,12	0	0,00
Dor lombar	302	1,03	169	0,58	0	0,00
Dor testicular	5	0,02	4	0,01	0	0,00
Dor torácica	407	1,39	231	0,79	0	0,00
Embriaguez aparente	30	0,10	17	0,06	0	0,00
Erupção cutânea	33	0,11	50	0,17	0	0,00
Exposição a agente químico	2	0,01	6	0,02	0	0,00
Feridas	96	0,33	293	1,00	0	0,00
Gravidez	4	0,01	2	0,01	0	0,00
Hemorragia digestiva	13	0,04	3	0,01	0	0,00
Indicação do médico	0	0,00	0	0,00	325	1,11
Infecções locais e abscessos	47	0,16	99	0,34	0	0,00
Mal estar em adulto	812	2,77	941	3,22	0	0,00
Mal estar em criança	3	0,01	14	0,05	0	0,00
Mordeduras e picadas	38	0,13	53	0,18	0	0,00
Não Aplicável	0	0,00	0	0,00	3087	10,55
Outro	0	0,00	0	0,00	389	1,33
Overdose e envenenamento	14	0,05	7	0,02	0	0,00
Pais preocupados	1	0,00	5	0,02	0	0,00

Continua ...

TABELA 12, continuação

Palpitações	8	0,03	2	0,01	0	0,00
Problemas dentários	2	0,01	9	0,03	0	0,00
Problemas em extremidades	179	0,61	257	0,88	0	0,00
Problemas em face	16	0,05	43	0,15	0	0,00
Problemas em olhos	44	0,15	101	0,35	0	0,00
Problemas em ouvidos	19	0,06	69	0,24	0	0,00
Problemas urinários	135	0,46	95	0,32	0	0,00
Quedas	110	0,38	70	0,24	0	0,00
Queimaduras	13	0,04	4	0,01	0	0,00
Realização de exames	0	0,00	0	0,00	19	0,06
Sangramento vaginal	14	0,05	6	0,02	0	0,00
Situação de múltiplas vítimas - Avaliação primária	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Transferência para o hospital da área de residência	0	0,00	0	0,00	1	0,00
Tratamentos	0	0,00	0	0,00	271	0,93
Trauma cranioencefálico	90	0,31	38	0,13	0	0,00
Trauma maior	37	0,13	0	0,00	1	0,00
Trauma toracoabdominal	29	0,10	11	0,04	0	0,00
Via Verde	0	0,00	0	0,00	1	0,00
Total	4534	15,49	3970	13,57	4094	13,99

Fonte: Elaborada pela autora com os dados coletados no estudo.

No terceiro período do estudo, de agosto a outubro, na categoria PA, os fluxogramas que apresentaram os maiores percentuais foram os mesmos dos períodos anteriores: Dor abdominal em adulto com 1,62%; Mal estar em adulto com 1,54%; Dor torácica com 1,11% e Cefaleia 1,08%. Na categoria AP, destacaram-se três fluxogramas que também ocorreram na categoria PA: Mal estar em adulto (2,72%), Dor abdominal em adulto (0,66%) e Cefaleia (0,62%). Além destes, houve grande quantidade de procura os fluxogramas Dor de garganta com 1,06% e Problemas em extremidades com 1,02%, conforme apresentado na TAB 13.

TABELA 13. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel de agosto a outubro de 2013 por fluxograma

Fluxograma / Razão (primeira triagem)	PA		AP		Outros	
	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)
Agressão	18	0,06	10	0,03	0	0,00
Alergia	56	0,19	40	0,14	0	0,00
Alteração do comportamento	134	0,46	59	0,20	0	0,00
Asma	30	0,10	9	0,03	0	0,00
Autoagressão	3	0,01	0	0,00	0	0,00
Bebê chorando	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Cefaleia	316	1,08	182	0,62	0	0,00
Convulsões	37	0,13	3	0,01	0	0,00
Corpo estranho	8	0,03	23	0,08	0	0,00
Criança irritadiça	2	0,01	0	0,00	0	0,00
Criança mancando	1	0,00	1	0,00	0	0,00
Desmaio no adulto	48	0,16	24	0,08	0	0,00
Diabetes	36	0,12	13	0,04	0	0,00
Diarreia e/ou vômitos	108	0,37	159	0,54	0	0,00
Dispneia em adulto	128	0,44	55	0,19	0	0,00
Dispneia em criança	2	0,01	0	0,00	0	0,00
Doença mental	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Doença sexualmente transmissível	1	0,00	8	0,03	0	0,00
Dor abdominal em adulto	475	1,62	192	0,66	0	0,00
Dor abdominal em criança	10	0,03	3	0,01	0	0,00
Dor cervical	44	0,15	38	0,13	0	0,00
Dor de garganta	100	0,34	309	1,06	0	0,00
Dor lombar	234	0,80	118	0,40	0	0,00
Dor testicular	2	0,01	5	0,02	0	0,00
Dor torácica	325	1,11	167	0,57	0	0,00
Embriaguez aparente	25	0,09	15	0,05	0	0,00
Erupção cutânea	27	0,09	37	0,13	0	0,00
Exposição a agente químico	5	0,02	2	0,01	0	0,00
Feridas	49	0,17	164	0,56	0	0,00
Gravidez	4	0,01	6	0,02	0	0,00
Hemorragia digestiva	13	0,04	5	0,02	0	0,00
Indicação do médico	0	0,00	0	0,00	437	1,49
Infecções locais e abscessos	24	0,08	68	0,23	0	0,00
Mal estar em adulto	451	1,54	796	2,72	0	0,00
Mal estar em criança	5	0,02	5	0,02	0	0,00
Mordeduras e picadas	23	0,08	40	0,14	0	0,00
Não aplicável	0	0,00	0	0,00	725	2,48
Outro	0	0,00	0	0,00	163	0,56
Overdose e envenenamento	21	0,07	7	0,02	0	0,00
Pais preocupados	1	0,00	1	0,00	0	0,00
Palpitações	3	0,01	6	0,02	0	0,00

continua ...

TABELA 13, continuação

Problemas dentários	4	0,01	12	0,04	0	0,00
Problemas em extremidades	171	0,58	298	1,02	0	0,00
Problemas em face	14	0,05	36	0,12	0	0,00
Problemas em olhos	26	0,09	82	0,28	0	0,00
Problemas em ouvidos	10	0,03	44	0,15	0	0,00
Problemas urinários	100	0,34	88	0,30	0	0,00
Quedas	80	0,27	62	0,21	0	0,00
Queimaduras	9	0,03	4	0,01	0	0,00
Realização de exames	0	0,00	0	0,00	15	0,05
Sangramento vaginal	6	0,02	7	0,02	0	0,00
Situação de múltiplas vítimas - Avaliação primária	0	0,00	2	0,01	0	0,00
Transferência para o hospital da área de residência	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tratamentos	0	0,00	0	0,00	47	0,16
Trauma cranioencefálico	78	0,27	26	0,09	0	0,00
Trauma maior	90	0,31	0	0,00	0	0,00
Trauma toracoabdominal	27	0,09	5	0,02	0	0,00
Via Verde	0	0,00	0	0,00	1	0,00
Total	3384	11,56	3236	11,06	1388	4,74

Fonte: Elaborada pela autora com os dados coletados no estudo.

5.4 Classificação de Risco

A TAB 14 apresenta o percentual de usuários por cor da Classificação de Risco de Manchester. Os usuários que procuraram o PA no período de janeiro a outubro categorizados nas cores vermelho, laranja e amarelo, ou seja, pacientes graves e que necessitam de atendimento de urgência, totalizaram 39,93%. Os pacientes que apresentaram as cores azul e verde e poderiam ser atendidos na atenção primária tiveram um percentual de 35,15%.

TABELA 14. Distribuição dos usuários do PA Santa Isabel de Janeiro a Outubro de 2013 por classificação de risco

Classificação de Risco	Fa	Fr%
Não Aplicável	5069	17,32
Vermelho	180	0,62
Laranja	2726	9,31
Amarelo	8779	30,00
Verde	9830	33,59
Azul	458	1,56
Branco	2224	7,60
Total	29266	100,00

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A questão sazonal não foi relevante na procura por assistência à saúde no PA Santa Isabel durante os meses de janeiro a outubro de 2013, pois não houve variações expressivas nos percentuais dos meses, nem nos motivos de procura que tiveram pouca variação, apesar dos dados serem submetidos somente à estatística descritiva. Entretanto, os meses de junho, julho e fevereiro apresentaram índices de procura ligeiramente mais altos. Os índices mais altos nos meses de junho e julho podem ser justificados pelo período de inverno intenso com baixas temperaturas na cidade de Diamantina e cidades adjacentes que pertencem à Região Ampliada de Saúde, considerando que o principal aumento da procura foi por doenças relacionadas ao aparelho respiratório. O mês de fevereiro também apresentou pequeno destaque, o que pode ser explicado pelo feriado do carnaval, quando a cidade de Diamantina, que tem um carnaval reconhecido nacionalmente, recebe grande número de turistas, o que aumenta a procura por atendimentos de urgência e não urgências no PA, acrescido à procura pelos usuários do município. A procura acontece de forma geral e casos não urgentes, que poderiam ser resolvidos na atenção primária, também chegam ao serviço de urgência, pois devido ao feriado de carnaval, as unidades que trabalham com a Estratégia de Saúde da Família encontram-se fechadas e a única porta aberta da rede de atenção à saúde é o PA.

Em relação à Faixa Etária os resultados mostram que os adultos são os que mais procuram o PA Santa Isabel, talvez por constituir a faixa etária mais ampla, contemplando os indivíduos entre 20 e 60 anos. Os idosos aparecem em segundo lugar na porcentagem de usuários que procuram o PA, devido ao alto índice de doenças que acometem esta faixa etária. Os adolescentes também apresentaram uma procura expressiva em relação às outras faixas etárias, situação que pode ser justificada pelo alto índice de acidentes que acontecem atualmente, na maioria das vezes envolvendo jovens. É uma faixa etária que geralmente tem comportamento de risco na direção de automóveis, diversão e uso abusivo de álcool e outras substâncias.

O baixo índice de usuários crianças, lactantes e neonatais pode ser explicado pela divisão de atendimento por especialidades entre as duas casas de saúde da cidade. Apesar do PA Santa Isabel realizar atendimento às urgências pediátricas (politraumatizados graves e traumatismos cranianos), os outros atendimentos às crianças, lactantes e neonatais acontecem no HNSS, que possui o Setor de Pediatria, a Maternidade e também a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, e, portanto, os equipamentos específicos para o atendimento a estas

faixas etárias e também profissionais mais qualificados. Desta forma, o fluxo destes pacientes é direcionado, em sua maioria, para o HNSS.

Em estudo realizado por Oliveira *et al.* (2011) em uma Unidade de Emergência Referenciada (UER) de um hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo, foram encontrados resultados semelhantes, e a idade de adolescentes e adultos (14 e 54 anos) também foi predominante, representando 75,5% do total de usuários. Outros estudos nacionais também corroboram essa distribuição. Furtado, Araújo Junior e Cavalcanti (2004) também encontraram que a faixa etária de 20 a 49 anos concentrou mais da metade dos usuários, totalizando 53,20%, dado semelhante ao do PA Santa Isabel de Diamantina, que totalizou 58,87% dos usuários.

O sexo feminino também foi predominante entre os usuários, com 52,81%. A procura maior de serviços de urgência pela população feminina pode ter como causa o fato de as mulheres serem mais cuidadosas com a saúde e procurarem um serviço de saúde tão logo apresentem algum tipo de sintoma. Os homens protelam por mais tempo, e às vezes não procuram o serviço, ou quando procuram, o quadro já está mais grave. Diversos estudos apresentaram resultado semelhante. Jacobs e Matos (2005) encontraram em sua pesquisa 53,1% de usuários do sexo feminino. Em estudo realizado em uma UER, o sexo feminino também apresentou índices mais altos que o masculino, com 53,7% e 46,3%, respectivamente (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Assemelhando-se aos dados encontrados, uma pesquisa realizada por Silva *et al.* (2007) com o objetivo de avaliar o perfil da demanda da emergência de clínica médica do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o sexo feminino também foi mais predominante nas duas categorias analisadas (pacientes internados e não internados).

Em relação à distribuição dos pacientes por Plano de Saúde, o SUS liderou com mais de 80% da procura, o que é justificado por ser um hospital filantrópico e referência para pacientes do SUS. Entretanto, alguns planos particulares também apresentaram uma procura significativa, apesar de bem menor do que a dos usuários do SUS. Entre os planos que tiveram uma procura maior estão o IPSEMG, provavelmente pelo importante número de servidores do Estado de Minas Gerais em escolas estaduais da cidade e região; a UNIMED, por ser um plano de saúde amplamente utilizado em todo o país; o IPSM, que é utilizado pelos policiais militares e familiares, principalmente na cidade de Diamantina, onde está localizado o 3º Batalhão da Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG), inclusive com Escola de formação de futuros policiais; e a CASU, plano amplamente utilizado pelos servidores docentes e técnico-administrativos da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e

Mucuri (UFVJM), também localizada em Diamantina. A utilização do serviço de urgência do PA Santa Isabel pelos planos privados de saúde também pode ser justificada por ser o hospital melhor equipado tecnologicamente da região.

No que concerne aos Tipos de alta, mais da metade dos usuários (53,62%) receberam alta para o exterior, um dado que caracteriza pouca gravidade desses casos, ou seja, o paciente, após receber o atendimento médico e o tratamento adequado, recebe alta hospitalar e retorna para o domicílio, sem necessidade de internação ou outro encaminhamento.

Aproximadamente 20% dos usuários do PA Santa Isabel são encaminhados pelo enfermeiro para internação, Bloco Cirúrgico, CTI, domicílio ou Atenção Primária. Esta porcentagem é alta e pode ser decorrente de diversos fatores: grande número de pacientes que chegam ao PA com encaminhamento médico para internação; número expressivo de usuários que procuram o PA para atendimentos rápidos, como troca de sonda ou injeção, e retorno imediato ao domicílio; e um número considerável de pacientes que são referenciados para a atenção primária, por apresentarem casos não urgentes.

A desistência/evasão apresentou um percentual expressivo, pois quase 10% dos usuários saíram do PA após a confecção da Ficha de Atendimento sem passar pela Classificação de Risco realizada pelo enfermeiro e também pela Consulta Médica. Este alto percentual pode estar associado à menor gravidade e não aceitar esperar pelo atendimento, principalmente em dias de grande movimento no PA ou quando há outros pacientes graves que mobilizam as equipes.

Um número expressivo, 6,47% dos pacientes, é transferido para outros setores da Santa Casa, como o CTI, as Unidades de Internação e o Bloco Cirúrgico. A transferência para o CTI é realizada quando os pacientes apresentam casos mais graves e necessitam de monitorização contínua do seu estado de saúde por profissionais especializados, ou seja, pacientes em estado crítico e que necessitam de tecnologia e pessoal adequados a sua situação. O alto índice de pacientes internados caracteriza a gravidade dos casos, em que os pacientes necessitam de tratamento mais prolongado, exames especializados e tratamentos de situações graves. Há também um grande número de pacientes que é transferido para a realização de alguma intervenção cirúrgica, geralmente devido às causas externas como acidentes, agressões, quedas e outros. As áreas rurais dos municípios da Região Ampliada de Saúde podem ser responsáveis por parte importante destes encaminhamentos para cirurgia, embora não tenha sido foco deste estudo.

De forma semelhante ao PA Santa Isabel, que teve mais da metade dos usuários (53,62%) recebendo alta para o exterior, na UER de um hospital de ensino, a maioria dos

pacientes (74,1%) também recebeu alta hospitalar. O índice de internação nessa UER é baixo (0,2%) (OLIVEIRA *et al*, 2011), em relação ao PA Santa Isabel que apresenta 6,47% dos pacientes transferidos internamente para o CTI, Bloco Cirúrgico ou Internação, apesar de não ter especificado a porcentagem de cada um. O elevado percentual de internações, intervenções cirúrgicas e transferência para CTI pode ter relação com os diagnósticos mais frequentemente realizados no PA Santa Isabel no período do estudo: Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas; Doenças do aparelho respiratório; Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte e as Doenças do aparelho geniturinário.

Os diagnósticos relacionados ao aparelho respiratório representam importante motivo de atendimento realizado no PA, fato este que tem grande relação com as baixas temperaturas de Diamantina e região durante todo o ano, principalmente no inverno. A questão climática, principalmente nos meses de junho e julho, justifica o aumento percentual de aproximadamente 3% de doenças respiratórias no segundo período do estudo em relação ao terceiro período. No entanto, doenças respiratórias surgem ou são agudizadas principalmente nos períodos de transição climática, quando diminui a umidade do ar em todos os lugares, em particular nos grandes centros urbanos.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Jacobs e Matos (2005) em uma unidade de emergência de Salvador/BA. Os três capítulos de diagnósticos encontrados com maior frequência foram: “Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratório não classificados em outra parte” que apresentaram 28,5% dos casos, as “Doenças do aparelho respiratório”, 16,4%; e as “Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas”, 11%. Desta forma, percebe-se que os mesmos capítulos de diagnósticos mais frequentes no Pronto Atendimento da cidade de Diamantina, são os mais frequentes em Salvador, apenas em ordem diferente. Apesar de serem cidades muito diferentes em porte, perfil, clima, entre outros aspectos, percebe-se a semelhança entre as duas, que são polos de Regiões Ampliadas de Saúde.

Os traumatismos na cabeça, punho/mão e tórax são os que mais acometem os usuários do PA Santa Isabel dentre as Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas. Esta situação pode ser indicativa de um alto número de acidentes automobilísticos (automóveis ou motocicletas), que podem ter como consequência esses tipos de traumatismos.

Em relação aos fluxogramas da categoria PA (com as cores vermelho, laranja e amarela), que se mantiveram frequentes durante todo período do estudo, destaca-se o mal

estar em adulto, a dor abdominal em adulto, a cefaleia e a dor torácica. O mal estar em adulto pode ter apresentado altos índices por ser um fluxograma geral e abarcar um grande número de queixas. A dor abdominal em adulto, apesar também de ser genérica, pode ser indicativa de diversas situações graves, como apendicite, hérnia inguinal, entre outros. A cefaleia pode variar de uma simples “dor de cabeça” até aos sintomas de uma doença mais grave, como o acidente vascular. A dor torácica pode ser indicativa de um infarto agudo do miocárdio ou uma questão mais simples, como ansiedade. Assim, todos os casos tem que passar por uma avaliação criteriosa dos sintomas para se chegar a um diagnóstico e, se houver dúvidas, pode ser uma indicação de internação. Todas estas situações descritas requerem atendimento rápido de uma equipe especializada com equipamentos adequados.

Na categoria AP, ou seja, aqueles fluxogramas que apresentaram as cores azul e verde e poderiam ser solucionados na atenção primária, sobressaíram o mal estar em adulto, a dor abdominal em adulto, a dor de garganta, feridas, cefaleia e problemas em extremidades. Dentre estes, é importante ressaltar o fluxograma mal estar em adulto, que também apresentou altos índices na primeira categoria. Esta situação indica que o paciente, apresentando sintomas semelhantes que geram os mesmos fluxogramas apenas em cores diferentes, procura uma unidade de urgência, mesmo quando o caso é simples e pode ser resolvido na atenção primária. Esta situação acontece por desconhecimento dos pacientes em relação à gravidade do caso, que não sabem diferenciar quando o caso é mais simples e pode ser resolvido na atenção primária, ou quando o caso é mais grave e deve ser resolvido numa unidade de atendimento à urgência.

A dor abdominal em adulto e a cefaleia tiveram destaque nesta categoria, pois também podem ser sintomas de situações mais simples. O fluxograma Dor de garganta também apresentou percentual expressivo, mesmo sendo uma situação simples, em que o médico da Atenção Primária pode prescrever um anti-inflamatório ou antibiótico oral para tratamento domiciliar, após realizar o exame físico direcionado. De forma semelhante, o fluxograma feridas se destaca, provavelmente devido às úlceras crônicas que acometem grande número de pessoas com problemas vasculares. Entretanto, elas podem e devem ser tratadas na Atenção Primária, onde o enfermeiro realiza a avaliação, a prescrição da cobertura adequada, realiza o curativo e troca periódica do mesmo.

Estudos nacionais realizados em unidades de atendimento à urgência encontraram resultados semelhantes. Na unidade de urgência onde foi realizada a pesquisa de Oliveira *et al* (2011), quatro entre as dez principais queixas relatadas pelos usuários apresentam semelhança com as principais encontradas no PA Santa Isabel: dor de cabeça (cefaleia), dor abdominal,

dor no peito (dor torácica) e dor de garganta. Corroborando os resultados encontrados, Silva *et al* (2007) e Marques e Lima (2007) também evidenciaram queixas idênticas às encontradas no PA de Diamantina, como dor torácica, cefaleia e dor abdominal.

Além de evidenciar as queixas mais frequentes relatadas pelos usuários no serviço de urgência, o fluxograma também permite categorizar os usuários de acordo com a sua gravidade. No período de janeiro a outubro, os usuários que foram categorizados como PA, nas cores vermelho, laranja ou amarelo, são considerados graves e necessitam de atendimento no Pronto Atendimento, apresentando uma percentual de procura de 39,93%.

Em contrapartida, os usuários que foram categorizados nas cores verde e azul, ou seja, aqueles pacientes que podem ser atendidos na Atenção Primária à Saúde, por não apresentarem gravidade nos casos, exibiram um índice alto de procura (35,15%) bem próximo ao da outra categoria. Isso confirma os pressupostos de que há uma superlotação do Pronto Atendimento Santa Isabel por situações que poderiam ser solucionadas na Atenção Primária à Saúde, onerando desnecessariamente o sistema.

7 CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu caracterizar o perfil dos usuários do PA, constituído predominantemente por mulheres adultas, que utilizam o Sistema Único de Saúde e após o atendimento recebem alta para o exterior (alta hospitalar). Além disso, foi possível evidenciar os principais grupos de diagnósticos realizados no serviço de urgência de Diamantina: Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas; Doenças do aparelho respiratório; Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte e as Doenças do aparelho geniturinário. Também foi possível descrever os principais motivos de procura do serviço de urgência: mal estar em adulto, dor abdominal em adulto, cefaleia, dor torácica, dor de garganta, feridas e problemas em extremidades. Foi possível demonstrar também através da classificação de risco as situações que poderiam ser solucionadas na atenção primária à saúde, perfazendo um total de 35,15% dos usuários.

Através dos resultados encontrados nesta pesquisa, é possível fazer considerações importantes sobre o sistema de saúde e principalmente sobre as unidades de urgência e emergência. Foi possível perceber que o Pronto Atendimento Santa Isabel, localizado na cidade de Diamantina, polo regional de saúde e da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, apesar de ter como foco principal de sua assistência os casos de urgência e emergência, recebe um grande contingente de usuários que não se enquadram nesse tipo de atendimento e poderiam ser solucionados em outro ponto da rede de atenção à saúde. Vários estudos demonstraram que esta situação se repete em diversos outros municípios, inclusive os de grande porte e capitais dos estados.

Esta situação deve-se a diversas causas relacionadas à organização da rede, desconhecimento da população sobre a real função de cada nível hierárquico, baixa resolutividade da atenção primária, possibilidade de atendimento no Pronto Atendimento 24 horas, ausência de atendimento em comunidades rurais, entre outros.

Os resultados encontrados servem como subsídios para os gestores da área de urgência em relação à estrutura física, recursos tecnológicos, materiais e humanos. Além disso, é de grande contribuição para o planejamento dos gestores municipais e estaduais no que concerne à organização da rede, elaboração e planejamento de ações e políticas públicas, que terão como objetivo diminuir a superlotação das unidades de urgência e emergência. Desta forma, aumenta a possibilidade de os pacientes serem direcionados de acordo com suas necessidades, uma vez que o atendimento em um serviço de urgência e emergência, quando inadequado,

pode onerar desnecessariamente o sistema de saúde local, regional e estadual, além de não oferecer as possibilidades de seguimento do paciente.

Este estudo foi realizado em uma Região Ampliada de Saúde, em um contexto específico de uma região do estado de Minas Gerais. Assim sua generalização para outras regiões deve levar em consideração este contexto, apesar das semelhanças encontradas com outros estudos em urgência. Outros estudos nesta área são necessários, principalmente com enfoque qualitativo, com o objetivo de compreender as particularidades do objeto em questão, que é extremamente amplo, subjetivo e merece uma abordagem qualitativa, principalmente com enfoque no usuário. Estudos comparados com outras regiões ampliadas e outros serviços podem elucidar os motivos de procura pelo serviço de urgência, importante indicador para o planejamento das ações em regiões de grandes centros urbanos e interior, como forma de ampliar a cobertura de atenção à saúde da população.

Este estudo tem a limitação de ter sido realizado nos dez primeiros meses de implantação do Software ALERT ADW no Pronto Atendimento Santa Isabel. Neste período, os profissionais envolvidos no processo ainda estavam em fase de treinamento e adaptação à nova forma de trabalho informatizado e ao software. Além disso, também não houve tempo de realizar as adequações necessárias após a implantação dos novos processos e do software.

No entanto, o estudo tem a relevância de ser o primeiro registro sistematizado e analisado dos motivos de procura por assistência à saúde no Pronto Atendimento da Região Ampliada de Saúde. Este trabalho será apresentado aos profissionais de saúde da Santa Casa de Caridade de Diamantina e da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina e também será entregue cópia impressa à direção destas instituições, como subsídios para a realização de ajustes pelos gestores.

REFERÊNCIAS

ALERT® ADW. Disponível em < <http://www.alert-online.com/br/adw> >. Acesso em 20 de fev. de 2014.

ALERT® TRIAGE. Disponível em < <http://www.alert-online.com/br/pfh>>. Acesso em 12 de fev. de 2014.

ARAUJO, M. T.; ALVES, M.; GAZZINELLI, M. F. C.; ROCHA, T. B. Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o serviço móvel de urgência. **Texto Contexto: Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. spe, p. 156-163, 2011.

AVANZI, M. P.; SILVA, C. R. G. Diagnósticos mais frequentes em serviço de emergência para adulto de um hospital universitário. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 14, n.2, p. 175-185, mar./abr. 2005.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8080/90 de 19 set.1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, set. 1990a.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNESNet Secretaria de Atenção à Saúde DATASUS. Informações Tipo de Estabelecimentos Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=31&VMun=312160>. Acesso em 02 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8., 1986, Brasília. **Relatório final**. Ministério da Saúde: Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Publicada no Diário Oficial da União, nº 12, seção 1, p. 59, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde - SUS / NOAS-SUS**, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.600/GM, de 07 de julho de 2011. Reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003. Política nacional de atenção às urgências. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.048/GM, de 05 de novembro de 2002. Regulamento Técnico de sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Res. CNS 196/96. **Bioética**, v. 4 (2suppl), p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrina e princípios**. Brasília, DF, 1990b.

BROSKA JÚNIOR, C. A.; RIBAS, E. O.; FURIATTI, G. B.; BOESE, L. C. R.; PACIORNIK, E. F. Perfil de atendimento de uma unidade de saúde 24 horas na região sul de Curitiba. **Rev. Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 31-40, jul./set. 2011.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, ago. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1451/95**, de 10 março 1995. São Paulo: CFM; Ano 2003-2006.

CORDEIRO JUNIOR, W.; MAFRA, A. A. **Sistema Manchester de classificação de risco**. 2. ed. Minas Gerais: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010. 248p.

CRUZ, C. S. S.; HORTA, C. M.; BOTELHO, W. J. Macrorregião Jequitinhonha. In: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **O pacto pela saúde em Minas Gerais: resultados e ações regionais**. Belo Horizonte: SES. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude/Livro%20Site.pdf>> Acesso em: 14 ago. 2012.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, set. 2011.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAUJO 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. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 279-289, set. 2004.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

JACOBS, P. C.; MATOS, E. P. Estudo exploratório dos atendimentos em Unidade de Emergência em Salvador - Bahia. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, Salvador, v. 51, n. 6, p. 348-53, 2005.

KAH ADM. Fluxograma. **Recurso visual para elaboração e organização de tarefas**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=KOUSadHbIhU>. Acesso em 20 de fev. de 2014.

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 43, n. 1, mar. 2005.

LIMA, C. C.; CAVALCANTE, A. A. M.; COTTA, R. M. M.; MARTINS, P. C. Avaliação da assistência materno-infantil prestada por uma equipe rural do Programa Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 452-8, set. 2007.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de Pronto Atendimento e seu acolhimento ao Sistema de Saúde. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, Fev. 2007.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Out. 2004.

MINAS GERAIS. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-SUS N° 1.219, de 21 de agosto de 2012. Institui as Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Estado de Minas Gerais, e dá outras providências.

MINAS GERAIS. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES N° 2.607, de 07 de dezembro de 2010. Aprova as normas gerais para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais, 2010b.

MONTEIRO, A. C. P.; SILVA, A. A. A.; CABRAL, M. C. **Estudo de demanda de um serviço de pronto atendimento no município de Recife - PE**. 2008. 52f. Monografia (Conclusão Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz/MS, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Recife.

OLIVEIRA, G. N.; SILVA, M. F. N.; ARAÚJO, I. E. M.; CARVALHO FILHO, M. A. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Rev. Latino Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10**, classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 3.ed. 10ª rev. São Paulo: Edusp, 1996.

PUCCINI, P. T.; CORNETTA, V. K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, set. 2008.

REHEM, T. C. M. S. B.; CIOSAK, S. I.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. **Texto Contexto: Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, set. 2012.

ROCHA, A. F. S. R. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. 2005. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 260-8, 2012.

SILVA, V. P. M.; SILVA, A. K.; HEINISCH, R. H.; HEINISCH, L. M. M. Caracterização do Perfil da Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, **Arq Catarin Med**, v. 36, n. 4, 2007.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 2004.

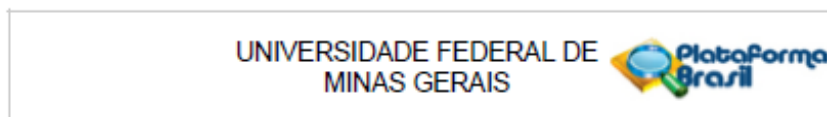
TURRINI, R. N. T.; LEBRAO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2008.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, out. 2009.

VON RANDOW, R. M.; BRITO, M. J. M.; SILVA, K. L., ANDRADE, A. M.; CAÇADOR, B. S.; SIMAN, A. G. Articulação com Atenção Primária à Saúde na perspectiva de gerentes de unidade de Pronto Atendimento. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, p. 904-12, 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman. 2001.

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pronto Atendimento de um município polo micro e macrorregional: motivos de procura por assistência à saúde.

Pesquisador: MARILIA ALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14470713.6.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA ((UFMG))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 267.092

Data da Relatoria: 17/04/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo retrospectivo, a ser desenvolvido no Pronto Atendimento Santa Izabel, da Santa Casa de Caridade de Diamantina, referência no atendimento hospitalar de urgência e emergência de alta complexidade da macrorregião Jequitinhonha. Os dados a serem utilizados para este estudo serão secundários e coletados das Fichas de Atendimento de Urgência e Emergência. A amostra engloba 1.174 fichas. Serão coletados os seguintes dados das Fichas de Atendimento: Idade, Sexo e Convênio para traçar o perfil sociodemográfico da população; Anamnese e Diagnóstico para identificar os motivos da procura por assistência à saúde; Classificação de Risco para identificar as situações que poderiam ser solucionadas na Atenção Primária à Saúde; Município para identificar a procedência dos usuários e Conduta do médico. Pelo exposto a metodologia é clara.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os motivos da procura por assistência à saúde no Pronto Atendimento Santa Izabel, localizado na cidade de Diamantina, Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

Identificar a procedência dos usuários e as situações que poderiam ser solucionadas na Atenção

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad B1 2005 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901 UF: MG Município: BELO HORIZONTE Telefone: (31)3409-4592 E-mail: ccep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 267.062

Primária a Saúde segundo os registros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto é claro quanto aos riscos e benefícios. O compromisso do pesquisador quanto a publicação dos resultados é claro. O projeto tem um orçamento de R\$ 802,00 e será custeado com financiamento próprio.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto visa basicamente avaliar o perfil dos atendimentos de urgência e emergência em unidade de pronto-atendimento de referência da macrorregião Jequitinhonha, em Minas Gerais. O projeto tem relevância para o avanço científico na área de Ciências da Saúde e de Saúde Pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA CORRETAMENTE: Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do CONEP; Protocolo de Pesquisa da Plataforma Brasil; Parecer consubstanciado do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG; Carta de Anuência assinada pelo Diretor Técnico da Santa Casa de Caridade de Diamantina; e Termo de Compromisso dos Pesquisadores comprometendo-se a cumprir a Resolução 196 do CNS.

TCLE: Não apresentado. O projeto propõe a dispensa do TCLE com a justificativa aceitável que o objeto de pesquisa engloba fichas de atendimento de urgência e emergência de pacientes referenciados de vários municípios.

Recomendações:

SMJ, somos pela aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6527 2ª Ad. Sl. 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@orpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 267.092

BELO HORIZONTE, 09 de Maio de 2013

Assinador por:
Marla Teresa Marques Amaral
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

Página 03 de 03

ANEXO C – Carta de Anuência Santa Casa de Caridade de Diamantina

SANTA CASA DE CARIDADE DE DIAMANTINA
PATRIMÔNIO DA COMUNIDADE – FUNDADA EM 1790
Rua da Caridade 106 – Telefone: (38) 3532-1300 - 1304
CEP: 39100-000 CNPJ: 20.070.988/0001-82
santa.casa@entocasaodediamantina.com.br
www.santa.casaodediamantina.com.br

Declaro ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa intitulado "Pronto Atendimento de um Município Polo Micro e Macrorregional: Motivos de Procura por Assistência à Saúde" que tem como pesquisador responsável a Pâmela Braga Alves e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia da segurança e bem-estar.

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Marcelo Ferreira Sousa', is written over a horizontal line.

Marcelo Ferreira Sousa
Diretor Técnico

Diamantina,
05 de fevereiro de 2013