UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MÔNICA FRANCO COELHO

CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA CLÍNICA EM UM HOSPITAL DE ENSINO

Ribeirão Preto
2009

MÔNICA FRANCO COELHO

CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA CLÍNICA EM UM HOSPITAL DE ENSINO

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre, junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem.

Orientadora: Profª. Drª. Lucieli D.P.Chaves

Ribeirão Preto

2009

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Coelho, Mônica Franco Coelho

Caracterização dos atendimentos de urgência clínica em um hospital de ensino.

79 p. : il. ; 30cm

Tese de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Programa de Enfermagem Fundamental.

Orientador: Chaves,Lucieli Dias Pedreschi.

1. Enfermagem. 2. Serviços médicos de emergência. 3. organização. 4. administração.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mônica Franco Coelho

CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA CLÍNICA EM UM HOSPITAL DE ENSINO

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de concentração: Programa de Enfermagem Fundamental.
Linha de pesquisa: Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem.

Aprovado em _____/____/____ .

Banca Examinadora

Profª Drª _____ Instituição: _____

Julgamento:_____ Assinatura: _____

Profª Drª _____ Instituição: _____

Julgamento:_____ Assinatura: _____

Profª Drª _____ Instituição: _____

Julgamento:_____ Assinatura: _____

Dedicatória

Aos meus avós, Terezinha e João, pelo carinho dispensado a mim durante toda a vida.

Aos meus pais, sinceros amigos, presentes em todos os momentos importantes da minha vida, aconselhando e orientando.

Aos meus tios, Terezinha e Afonso, que me acolheram com carinho durante o período de elaboração deste trabalho e me ajudaram no início da minha vida profissional.

À Lucieli, minha orientadora, pela paciência na condução do trabalho e amizade que construímos nestes anos de trabalho.

Agradecimentos

Agradeço à Profª Drª Maria Luiza Anselmi, que foi fundamental para o início do mestrado, além do carinho e o apoio durante toda a trajetória.

À Profª Drª Claudia Benedita dos Santos, pelo ensinamento nas aulas, além da presteza em esclarecer dúvidas e apresentar sugestões.

À Miyeko, pela disponibilidade e o auxílio no processamento dos dados e na elaboração das tabelas além da paciência e tranquilidade com que me recebia nos momentos decisivos do trabalho.

À Enfermeira Lisandra Maria Baptista, pelas informações fundamentais para a elaboração do trabalho.

À minha chefe, Ana Paula Martineli, pelo auxílio na conciliação entre o trabalho e a realização do Mestrado.

À minha amiga e colega de trabalho, Lívia Carolina Mori, pela inestimável ajuda nas trocas de plantão e pelos inúmeros conselhos e apoio nas horas difíceis.

Ao meu namorado, Danilo, pela compreensão, carinho e apoio durante o término deste trabalho.

“ A mente que se abre a uma nova idéia jamais voltará ao seu tamanho original”

(Albert Einstein)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU de um hospital de ensino, segundo sexo, faixa etária e escolaridade dos pacientes atendidos, no ano 2007, Ribeirão Preto, SP.... 41

Tabela 2 – Distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU de um hospital de ensino, segundo diagnóstico médico principal de alta dos pacientes atendidos, identificado pelo CID-10, no ano 2007, Ribeirão Preto, SP..... 43

Tabela 3 – Distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU de um hospital de ensino, segundo as variáveis procedência, unidade de origem, mês, dia da semana e horário de entrada dos pacientes atendidos, no ano 2007, Ribeirão Preto – SP 45

Tabela 4 – Distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU de um hospital de ensino, de acordo com o motivo de saída, tempo de permanência na unidade e unidade de destino dos pacientes atendidos, no ano 2007, Ribeirão Preto, SP 47

Tabela 5 - Distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU de um hospital de ensino, segundo faixa etária e tempo de permanência dos pacientes atendidos, no ano 2007, Ribeirão Preto, SP 49

Tabela 6 - Distribuição dos atendimentos, da especialidade de clínica médica, no SU de um hospital de ensino segundo dia da semana e procedência dos pacientes atendidos, no ano de 2007 52

Tabela 7 - Distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU de um hospital de ensino, segundo tempo de permanência e procedência dos pacientes atendidos, no ano 2007, Ribeirão Preto – SP..... 54

Tabela 8 - Distribuição dos atendimentos da especialidade clínica médica no SU de um hospital de ensino, segundo motivo de saída e procedência dos pacientes atendidos, no ano 2007, Ribeirão Preto, SP. 56

Tabela 9 - Distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU de um hospital de ensino, segundo tempo de permanência e CID-10 de alta dos pacientes atendidos, no ano 2007, Ribeirão Preto, SP..... 58

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

LISTA DE SIGLAS

1 APRESENTAÇÃO 15

2 INTRODUÇÃO 17

2.1 Regionalização e hierarquização na reorganização do Sistema de Saúde 17

2.2 Aspectos gerais da organização de serviços de urgência/emergência no âmbito do SUS. 21

2.3 Aspectos epidemiológicos dos atendimentos de urgência/emergência clínica 26

3 JUSTIFICATIVA 30

4 OBJETIVOS 32

4.1 Objetivo geral 32

4.2 Objetivo Específico 32

5 METODOLOGIA 33

5.1 Tipo de pesquisa 33

5.2 Local de estudo 34

5.3 Campo da pesquisa 35

5.4 População 37

5.5 Procedimentos de coleta e análise de dados 38

5.6 Procedimentos éticos 39

6 RESULTADOS 40

7 DISCUSSÃO 60

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 72

9 REFERÊNCIAS 75

ANEXO 79

RESUMO

COELHO, M.F. Caracterização dos atendimentos de urgência clínica em um Hospital de Ensino. 2009, 79 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

Os serviços de urgência/emergência apresentam-se como uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), têm por objetivo atender de forma imediata indivíduos com risco iminente de vida. Nos últimos anos, a demanda por atendimento nestes serviços tem aumentado, dificultando a organização do trabalho e o acesso aos pacientes que realmente necessitam, comprometendo a qualidade do trabalho da equipe de saúde. As mudanças no perfil de morbi-mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis trazem repercussão para o atendimento às urgências/emergências hospitalares. Este estudo teve por objetivo caracterizar os atendimentos clínicos de adultos segundo aspectos demográficos, organizacionais e de diagnóstico médico de alta em um Serviço de Urgência de um Hospital de Ensino do interior de São Paulo, no ano de 2007. Trata-se de uma pesquisa com desenho metodológico quantitativo, do tipo descritivo e transversal, utilizando dados secundários, obtidos através de um banco de dados do próprio hospital, os quais foram analisados segundo a estatística descritiva, apresentados na forma de freqüência e porcentagens, discutidos a partir de referencial teórico de reorganização do atendimento a urgências/emergências clínicas na perspectiva do SUS. No período ocorreram 5285 atendimentos clínicos que se caracterizaram em sua maior parte por usuários do sexo masculino (54,1%), com escolaridade de ensino fundamental (73,9%), na faixa etária de 18 à 59 anos (62,8%), procedentes do município de Ribeirão Preto (63,7%). No que se refere ao diagnóstico mais freqüente encontramos a hipertensão essencial (primária), correspondendo a 4,9% do total de atendimentos realizados. Quanto as variáveis organizacionais que o mês com maior número de atendimentos clínicos foi janeiro, 10%, enquanto o mês de novembro teve o menor número de atendimentos clínicos (7,3%), o dia da semana que apresentou maior demanda foi a segunda-feira (16%); quanto a variável horário de entrada do paciente no serviço, das 12 às 24h obtivemos um porcentual de 67,1% do total de atendimentos clínicos. O principal motivo de saída após atendimento foi a internação hospitalar e o tempo de permanência na unidade

predominante foi inferior a seis horas. A caracterização dos atendimentos clínicos do serviço de urgência/emergência fornece subsídios para a organização do trabalho na unidade de estudo e no próprio hospital.

Descritores: Enfermagem, serviços médicos de emergência, organização e administração.

ABSTRACT

COELHO, M.F. Characterization of care in the Emergency Service of a Teaching Hospital. 2009, 79 p. Thesis (Masters) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, São Paulo, 2009.

Emergency services are one of the entrances of the Unified Health System (SUS). They aim to delivery immediate care to people at eminent risk of death. The demand for care in these services has increased in the last years. This makes the organization of the work and the access of patients who really need care more difficult, compromising the quality of the health team work. Changes in the profile of morbimortality by non-transmissible chronic diseases reflect on the care provided in hospital emergency services. This quantitative, descriptive, cross-sectional study aimed to characterize the adult clinical care delivered in an Emergency Service in a Teaching Hospital in the interior of the state of São Paulo, in 2007. Secondary data, obtained in the hospital database, were used to characterize care according to demographic and organizational aspects and the discharge medical diagnosis. Data were analyzed using descriptive statistics and presented as frequency and percentage. Data are discussed through the theoretical framework of the reorganization of clinical emergency care in the perspective of SUS. During the analyzed period, 5285 clinical care sessions were delivered, most clients were men (54.1%), with primary educational level (73.9%), between 18 and 59 years of age (62.8%), and lived in the city of Ribeirão Preto (63.7%). The most frequent diagnosis observed was essential high blood pressure (primary), corresponding to 4.9% of the total care sessions delivered. Regarding the organizational variables, it was found that January was the month with the highest number of care sessions (10%), while November had the lowest (7.3%). Monday was the day of the week that presented highest demand (16%); the peak time of patient's entrance to emergency service was between 12 am and 12 pm, with 67.1% of the total clinical care sessions. The main reason of exit after the care session was hospitalization, and the prevailing length of stay at the service was less than six hours. The characterization of the clinical care delivered at the emergency service supports the organization of the work in the service under study and in the hospital itself.

Descriptors: Nursing, emergency medical services, organization and administration.

RESUMEN

COELHO, M.F. Caracterización de la atención en el Servicio de Urgencia de un Hospital de Enseñanza. 2009, 79 h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, São Paulo, 2009.

Los servicios de urgencia se presentan como una de las puertas de entrada del Sistema Único de Salud (SUS), y tienen como objetivo atender de forma inmediata individuos con riesgo inminente de vida. En los últimos años, la demanda por atención en eses servicios tiene aumentado, dificultando la organización del trabajo y el acceso a los pacientes que realmente necesitan, comprometiendo la calidad del trabajo del equipo de salud. Los cambios en el perfil de morbi-mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles repercuten en la atención a las urgencias hospitalarias. Este estudio cuantitativo, descriptivo y transversal tuvo como objetivo caracterizar la atención clínica de adultos según aspectos demográficos, organizacionales y de diagnóstico médico de alta en un Servicio de Urgencia de un Hospital de Enseñanza del interior del estado de São Paulo, en el año de 2007. Fueron utilizados datos secundarios, obtenidos a través de un banco de datos del propio hospital, que fueron analizados por estadística descriptiva, y presentados en forma de frecuencia y porcentajes. Los datos fueron discutidos a partir de referencial teórico de reorganización de la atención a urgencias clínicas en la perspectiva del SUS. En el periodo ocurrieron 5285 atendimientos clínicos que se caracterizaron en su mayor parte por usuarios del sexo masculino (54,1%), con enseñanza fundamental (73,9%), en la franja etaria de 18 a 59 años (62,8%), y procedentes del municipio de Ribeirão Preto (63,7%). La hipertensión esencial (primaria) fue el diagnóstico más frecuente, correspondiendo al 4,9% del total de atendimientos realizados. Cuanto a las variables organizacionales, el mes con mayor número de atendimientos clínicos fue enero, 10%, mientras el mes de noviembre tuvo el menor número de atendimientos clínicos (7,3%). El lunes fue el día de la semana que presentó mayor demanda (16%). Cuanto a la variable del horario de entrada del paciente en el servicio, el 67,1% del total de atendimientos clínicos ocurrió entre las 12 y las 24h. El principal motivo de salida después del atendimiento fue la internación hospitalaria. El tiempo de permanencia en la unidad predominante fue

inferior a seis horas. La caracterización de la atención clínica del servicio de urgencia ofrece suporte para la organización del trabajo en la unidad de estudio y en el propio hospital.

Descriptores: Enfermería, servicios médicos de urgencia, organización y administración.

LISTA DE SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APH - Atendimento Pré-hospitalar

CID-10 - Código Internacional de Classificação das Doenças

CURM - Central Única de Regulação Médica

DRS-XIII – Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto

DAC - Doenças do Aparelho circulatório

DSR - Doenças do sistema respiratório

FAEPA – Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP-USP

HCFMRP-USP- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

MS - Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional Básica da Assistência

NOB- Norma Operacional Básica

PPI – Programação Pactuada Integrada

PRODESP – Companhia de Processamento de dados do Estado de São Paulo

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEC – Sala de Estabilização Clínica

SIGH - Sistema de Informação e Gestão Hospitalar

UEHCFMRP-USP – Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

SU – Serviço de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

1 APRESENTAÇÃO

A realização de estágio extracurricular no Serviço de Urgência da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (UEHCFMRP-USP), permitiu vivenciar o cotidiano do serviço de atendimento às urgências/emergências. Nessa época, as especificidades organizacionais e assistenciais relativas ao serviço despertaram o interesse para essa área.

A premência de tempo para atender às demandas dos pacientes em situação de urgência/emergência requer organização adequada do sistema local de saúde, incluindo o hospital como parte desse sistema. O microespaço do hospital exige o planejamento das intervenções, do trabalho multiprofissional, do espaço físico e dos recursos necessários para o atendimento.

A atenção hospitalar à urgência/emergência é o foco deste estudo, entretanto, cabe ressaltar que a organização do hospital depende de fatores externos à própria instituição, como, por exemplo, a cobertura e a resolubilidade da atenção primária, ao desenvolvimento de programas preventivos para grupos vulneráveis, da atenção pré-hospitalar às urgências, além das condições socioeconômicas e culturais da população .

As considerações acima, o interesse pela investigação científica, a percepção da necessidade de articulação entre os conhecimentos da academia e a prática diária dos serviços de saúde instigaram o aprofundamento dos estudos sobre a temática. Nesse sentido, apresenta-se esta dissertação de mestrado sobre a caracterização dos atendimentos em clínica médica no Serviço de Urgência da Unidade de Emergência do Hopsital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo (UEHCFMRP-USP), em Ribeirão Preto, SP, acreditando que os resultados possam contribuir para a organização do serviço de enfermagem e da própria unidade.

A pesquisa está apresentada em seis partes que tratam, basicamente, da introdução, objetivos, metodologia, resultados, discussão e considerações finais.

Na introdução destacam-se os fundamentos teóricos que subsidiaram a pesquisa e a justificativa para a realização do mesmo.

Segue a apresentação dos objetivos que delimitam a abrangência deste estudo. No item metodologia está explicitado o percurso metodológico destacando

local e tipo de estudo, campo da pesquisa, população, procedimentos de coleta e análise de dados, procedimentos éticos.

Nos resultados estão apresentados os achados desta investigação que, em seguida, são discutidos à luz do referencial teórico adotado, terminando com as considerações finais.

Acredita-se que este estudo contribui para que o hospital tenha um panorama do atendimento às urgências clínicas, e a equipe de enfermagem informações que sirvam de referência para a organização e administração do atendimento às urgências clínicas.

2 INTRODUÇÃO

2.1 Regionalização e hierarquização na reorganização do Sistema de Saúde

Nos últimos trinta anos, os serviços de urgência/emergência têm sido objeto de estudo em todo mundo, com enfoque especial para questões relativas ao aumento da demanda e a utilização inadequada dessa esfera de atenção, tanto em serviços privados quanto públicos, evidenciando problemas relacionados à infraestrutura e à organização de serviços, a qualidade da assistência, quantidade e especificidade dos atendimentos realizados e suas principais consequências sociais (LOVALHO, 2004).

No Brasil, a Constituição de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) de 1990 e, em particular, as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993, 1996, as Normas Operacionais Básicas de Assistência à Saúde (NOAS), de 2001 e de 2002, NOAS 01/01 e NOAS 01/02 e a Portaria 399/2006 têm-se constituído nos instrumentos legais para a construção, implantação e organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no país.

A importância e a responsabilidade atribuída enfaticamente ao município como participante desse sistema dinâmico, busca assegurar princípios filosóficos básicos, entre eles princípio da universalidade que garante o direito de atendimento à saúde a todos os cidadãos, mesmo para os usuários que não sejam da área de abrangência do município; entretanto, é importante lembrar que, embora o acesso ao SUS é um direito, deve-se considerar também os princípios da regionalização e hierarquização que ordenam não apenas o acesso, mas também a previsão de recursos financeiros destinados à assistência (CHAVES, 2005).

É desejável que a rede de serviços esteja organizada segundo os pressupostos dos princípios da regionalização e hierarquização, que permitem o conhecimento maior dos problemas de saúde da população em uma área delimitada, cujo acesso deve se dar inicialmente através do nível primário de atenção, qualificados para atender e resolver os principais problemas de saúde. Os casos que não possam ser resolvidos, nesse nível de atenção, deverão ser referenciados para serviços de maior densidade tecnológica, ou seja, o usuário que

precisar de atenção à saúde em regime de internação deve ser encaminhado para um hospital de referência, seguindo um fluxo locorregional, que considera as especificidades da sua condição de saúde e da estrutura organizacional do serviço.

A regionalização e hierarquização do sistema implicam em aporte suficiente de recursos financeiros/materiais e política de recursos humanos que considere a observância de aspectos como a explicitação/utilização de sistema de referência e contrarreferência, a coordenação/integração entre instituições, utilização adequada de informações, adoção de avaliação/supervisão de atividades, a participação de usuários e a seleção de tecnologias adequadas em nível de complexidade do atendimento de cada serviço (PEREIRA, 2002).

Para Rouquayrol; Almeida Filho (1999); Pereira (2002), a entrada da população na rede de serviços de saúde, preferencialmente, deve ocorrer através de porta única representada pelos serviços ambulatoriais de nível primário. O nível secundário é composto por serviços especializados e pequenos hospitais com baixa tecnologia, enquanto o nível de atenção terciário é constituído por hospitais gerais, e especializados, com aparato tecnológico adequado às subespecialidades médicas, portanto, são serviços de referência. Uma rede regionalizada e hierarquizada pressupõe a distribuição espacial dos equipamentos e serviços de saúde em função das condições epidemiológicas de cada localidade, descentralizando serviços simples e concentrando aqueles de maior complexidade.

Para Mendes (1999) a oferta adequada de atenção primária à saúde é fator relevante para evitar as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, havendo necessidade de organizar a rede de atenção de modo a melhorar a articulação entre atenção primária e a atenção hospitalar, favorecer a eficiência alocativa de recursos financeiros despendidos com hospitalização que poderiam ser empregados na atenção primária à saúde.

Para a utilização adequada e racional desses níveis de complexidade é necessário estabelecer um fluxo locorregional que atende as necessidades dos usuários de maneira organizada. Fluxos inexistentes ou inadequados, a possibilidade de desvio desses fluxos, a duplicidade de serviços para o mesmo fim e o acesso facilitado a serviços de maior complexidade geram distorções que comprometem a integralidade, a universalidade, a equidade e a racionalidade de gastos (CHAVES; ANSELMI 2006).

A procura e a utilização de serviços de saúde são influenciadas por fatores que contribuem para o aumento da demanda de assistência na saúde. Dentre os fatores destacam-se a falta de direcionamento de políticas públicas, a baixa resolubilidade e qualidade nos serviços prestados, aliados às questões sócioculturais da população, às variáveis sóciodemográficas (idade, gênero, raça e hábitos), à capacidade de consumo (determinada pela renda, atendimento na rede pública ou setor privado e pela oferta de serviços) e, por último, a necessidade que corresponde aos diagnósticos pré-existentes, autopercepção do problema de saúde, insatisfação com a própria saúde (demanda espontânea), ou demanda induzida de problemas que não eram sentidos pelo indivíduo (MARQUES; LIMA, 2007).

O processo regulatório do sistema local de saúde, ao atuar positivamente sobre o acesso dos cidadãos aos serviços, interfere na oferta desses, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para expandir como para remanejar a oferta. Desse modo, a regulação da assistência tem como finalidade principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional (BRASIL, 2001).

Esse processo de regulação requer articulação contínua entre as diferentes esferas de gestão do sistema de saúde, assim como entre os serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade tecnológica, de modo a fortalecer a capacidade de gestão local.

Um dos componentes da regulação assistencial é a regulação de urgência/emergência que tem como objetivos: organizar e garantir o acesso dos usuários às ações e serviços do SUS em tempo oportuno; organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-la às necessidades demandadas pela população; oferecer a melhor alternativa assistencial disponível para as demandas dos usuários, considerando a disponibilidade assistencial do momento; otimizar a utilização dos recursos disponíveis; subsidiar o processo de controle e avaliação; subsidiar o processo da Programação Pactuada e Integrada (PPI) (BRASIL, 2001).

A estruturação do sistema de saúde, piramidal, existente no país, a partir da década de 90, tem-se mostrado insuficiente para atender às necessidades de saúde existentes, devido à indefinição de políticas públicas, à baixa resolubilidade e qualidade nos serviços oferecidos, hábitos culturais sedimentados, aspectos esses que levam o usuário a procurar assistência médica nos locais de maior

acessibilidade. Nesse sentido os serviços de urgência/emergência hospitalar, por funcionarem em sistema de plantão, vinte quatro horas por dia, sem agendamento, atendendo de imediato as necessidades de saúde do indivíduo, disponibilizando recursos como consulta médica, procedimentos de enfermagem, administração de medicamentos e exames diagnósticos mostram-se mais viáveis à população que o atendimento em unidades básicas e serviços especializados (MARQUES; LIMA, 2007).

A política de saúde atual, fundamentada em suas principais leis e portarias, não tem sido suficiente para alterar a grande procura pelos serviços de urgência/emergência como porta de entrada para o sistema de saúde. O agravamento da situação também se dá devido às alterações demográficas, ao incremento de casos de doenças crônicas não transmissíveis, ao aumento da violência, à piora das condições de vida, ao mal uso do dinheiro público, ao aumento do desemprego, culminando com a crescente insatisfação dos usuários e dos trabalhadores dos serviços de saúde (ROCHA, 2005).

A mesma autora ainda afirma que a unidade de urgência/emergência, além de disponibilizar consulta médica no mesmo dia, ainda proporciona maior resolubilidade ao facilitar o acesso aos exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos. Tal situação reforça a visão dos usuários sobre a função do hospital no sistema de saúde, havendo supervalorização desse serviço.

Particularmente, o atendimento às urgências/emergências, deve ser planejado, programado e operacionalizado para atender os princípios do SUS; entretanto, ainda hoje, em virtude de deficiências no sistema local de saúde, os serviços de urgência dos hospitais vêm se constituindo em porta de entrada do sistema de saúde, representando para o usuário, a possibilidade de acesso a serviços de maior complexidade/resolubilidade (CHAVES, 2005).

Embora seja um processo lento e contínuo, o reordenamento do sistema de saúde, privilegiando a atenção básica e as intervenções em níveis menores de complexidade, podem acarretar mudanças no perfil dos atendimentos nos setores de urgência/emergência hospitalar que, por conseguinte, levam à necessidade de readequação organizacional desses espaços.

Considerando a estrutura hierarquizada do sistema de saúde, as especificidades do hospital e a magnitude do atendimento às

urgências/emergências, no próximo tópico serão apresentados aspectos organizacionais dos serviços de urgência/emergências.

2.2 Aspectos gerais da organização de serviços de urgência/emergência no âmbito do SUS.

A complexidade do atendimento à urgência/emergência, envolve a aplicação de medidas no âmbito de políticas sociais, elaboração de legislação específica e desenvolvimento de instrumentos de intervenção voltados à prevenção, ao tratamento e à reabilitação dos atingidos, o que pressupõe a identificação de grupos e fatores de risco.

Diferentes fatores podem ser apontados como determinantes para a superlotação na porta dos hospitais, tais como baixa resolubilidade da atenção primária, falta de ordenação do acesso aos serviços da rede assistencial, limitações de perfil e capacitação dos profissionais que atuam na urgência, a lógica de financiamento do sistema de saúde, o esgotamento dos modelos de gestão, insuficiência de recursos de retaguarda pós-hospitalar como a atenção domiciliar e programas de reabilitação (SANTOS et al., 2003).

Ainda, segundo esses autores, a desorganização diagnosticada pelos gestores e pela própria comunidade no atendimento às urgências, identificada pela superlotação de usuários nos pronto atendimentos e hospitais de urgência, caracterizada por longas filas de espera, acomodação de pacientes em corredores de forma inapropriada e elevadas taxas de ocupação de leitos, tem motivado a adoção de estratégias educacionais e assistenciais, bem como, a elaboração de políticas públicas com o objetivo de difundir conceitos e diretrizes tomadas como eixo norteador para as ações desenvolvidas nessa área.

Define-se como urgência a ocorrência imprevista de agravos à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata; emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que pressupõem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso e exige tratamento imediato (MS, 2006).

Para Mendes e Almeida (2005), urgência pode ser entendida como a necessidade de atendimento médico que pode aguardar um dia ou pouco mais, mas que precisa de garantia de atenção médica dos serviços de pronto atendimento e emergência refere-se a situação de risco de morte imediata.

Os acidentes, os envenenamentos e a violência são importantes causas de incapacitação física permanente ou temporária na população, levando a perdas econômicas, previdenciárias e grandes gastos com tratamento de complicações na saúde dos usuários. Isso pode ser evitado, uma vez que boa parte das complicações ocorrem em função de atendimentos realizados de forma inapropriada, durante a fase aguda. Esse quadro aponta a necessidade de reestruturar o atendimento às urgências/emergências de forma a torná-lo resolutivo e eficaz (MS, 2001).

A Resolução nº 1.451/95, do Conselho Federal de Medicina, define que os estabelecimentos de urgência/emergência devem ser estruturados para prestar atendimento à situação de urgência/emergência, garantindo todas as manobras de sustentação da vida, com condições de dar continuidade à assistência local ou em outro nível de atendimento referenciado. Esses estabelecimentos, em conjunto com os serviços de emergência pré-hospitalar, têm contribuído eficazmente para a redução da morbidade e mortalidade (OMS, 1998).

Ainda hoje, é preciso reconhecer que a organização do sistema brasileiro de atendimento à urgência/emergência está em construção, e o eixo de partida para a organização é o diagnóstico das necessidades da população, baseado em indicadores de saúde e dados de morbimortalidade de determinada área geográfica (FERNANDES, 2004).

Para Fernandes (2004), é fundamental adotar medidas de planejamento, organização, implantação e operacionalização de um sistema que atenda às situações de urgência, baseadas em indicadores de saúde e de morbimortalidade, além do diagnóstico de recursos materiais e humanos disponíveis na mesma área geográfica para atender essas demandas.

A demanda ampliada para serviços de urgência/emergência gera desorganização da própria unidade, baixa qualidade de atendimento, gastos desnecessários, resultando em uso pouco racional dos recursos disponíveis. Também repercute na garantia dos direitos de cidadania, particularmente no acesso aos serviços de saúde. Com o propósito de solucionar o problema do atendimento

na área de urgência/emergência algumas medidas governamentais vêm sendo adotadas ao longo dos últimos anos (MARQUES; LIMA, 2007).

No Brasil, a legislação que respalda a atenção em urgência/emergência é recente, destaca-se, como marco inicial, o Programa de Enfrentamento às Urgências e Traumas, criado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1990, com o objetivo de reduzir a incidência e a morbimortalidade por agravos externos (acidentes, agressões, etc.) à época, considerada a terceira causa de morte no país, indicando claramente intervenção nesse segmento da atenção à saúde.

No decorrer dos anos outras portarias ministeriais relativas a urgência/emergência foram publicadas, cabendo destacar que em 2002, o MS editou a Portaria nº 2048 que dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgências e emergências, estabelecendo princípios, diretrizes, critérios, normas de funcionamento e cadastramento dos serviços de urgência/emergência. Essa Portaria ainda prevê normas de atendimento e de regulação médica de urgência/emergência de atendimento pré-hospitalar fixo e móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e a criação de centros de educação continuada de urgência/emergência (FERNANDES, 2004).

A referida Portaria cria a internação na condição de vaga zero[1] que, embora seja uma forma de garantir o acesso ao nível hospitalar para os casos de urgência/emergência, traz consequências tanto para o sistema local de saúde uma vez que implica em rever a organização dos níveis de atenção, a garantia de acesso aos serviços de saúde, as estratégias de prevenção de urgências/emergências assim como a avaliação e controle das internações para possibilitar o uso racional dos leitos hospitalares disponíveis. Por outro lado, para o hospital acarreta alterações na organização do trabalho, uma vez que a demanda elevada de pacientes em vaga zero repercute na capacidade operacional projetada pelo serviço, particularmente no que se refere aos recursos humanos, materiais de consumo e equipamentos, além da própria área física.

[1] Portaria 2048/02 institui a internação na condição de vaga zero, assim denominada, pois em situações de urgência/emergência, dada a complexidade das condições do paciente, o atendimento e a continuidade da assistência, iniciada em nível pré- hospitalar, deve ser garantida de forma prioritária, em ambiente hospitalar, independentemente da existência ou não de leitos disponíveis para internação na instituição referenciada pelo serviço de regulação de urgência" (http://portal.saude.gov.br).

Considerando a relevância social do estabelecimento de normas para a organização dos serviços públicos e privados de atenção às urgências, bem como a adoção de estratégias de promoção da qualidade de vida, a identificação dos determinantes e condicionantes das urgências, em 2003, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 1863, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências.

A Portaria ainda define a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências, o estabelecimento de um componente pré-hospitalar fixo caracterizado por unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências; a criação de um componente pré-hospitalar móvel representado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências; a utilização de um componente hospitalar caracterizado pelos serviços de urgência das unidades hospitalares, bem como os leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva; criação de um componente de atenção pós-hospitalar caracterizando modalidades de atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral (BRASIL, 2003).

A estratégia utilizada para a ordenação dos sistemas de atenção a urgência é a utilização de centrais de regulação, estruturadas nos níveis Estadual, Regional e Municipal, com a finalidade de ordenar o fluxo dos pacientes no sistema e funcionando como porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados. Nesse sentido, o trabalho integrado dessas centrais articuladas à Polícia Militar e Defesa Civil deve ser capaz de acolher a clientela, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento (BRASIL, 2002).

Na perspectiva de organização da atenção às urgências/emergências, a integração e articulação dos saberes e conhecimentos de diferentes áreas tais como a clínica, a epidemiologia, o planejamento e a administração possibilita um olhar ampliado sobre o objeto em questão.

Nesse sentido, a análise de aspectos organizacionais, referentes especificamente ao âmbito hospitalar, constitui importante fonte de informação que subsidia o processo de atendimento à urgência/emergência. Dados referentes à

demanda aos serviços de urgência/emergência, tais como unidade de procedência, diagnósticos médicos, horário de entrada, dia da semana e mês com maior número de atendimentos, permitem caracterizar o perfil dos casos atendidos no serviço, fornecendo subsídios para o enfermeiro elaborar rotinas e estratégias para melhor adequar recursos humanos e tecnológicos ao atender às necessidades do usuário que procura o serviço.

No Brasil, a estruturação de sistemas de atenção às urgências tem-se utilizado de elementos do modelo franco-germânico para a organização de equipes multidisciplinares de assistência e de programas anglo-americanos no se refere à sistematização do conhecimento e das práticas assistenciais.

O atendimento pré-hospitalar (APH) caracteriza-se por todas as ações realizadas com o usuário antes que esta seja admitida no serviço hospitalar. A qualidade do atendimento prestado influencia a sobrevida da vítima e tem como objetivo garantir que essa chegue ao local de atendimento com vida. Isso pode ser realizado de duas maneiras, quais sejam, o suporte básico à vida, caracterizado pela realização de manobras não invasivas e o suporte avançado à vida, que possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório (PEREIRA, 2006).

O modelo franco-germânico de atendimento pré-hospitalar baseia-se na atividade direta do profissional médico, que avalia o caso desde o atendimento do chamado telefônico até o atendimento no local onde se encontra a vítima. Esse profissional recebe o nome de médico regulador, sendo responsável por avaliar a complexidade da situação e destinar recursos adequados para o atendimento. Esse modelo estrutura-se de forma a direcionar adequadamente os pacientes aos hospitais, garantindo a eficiência no atendimento desde o início do processo (SCARPELINI, 2007).

Para o mesmo autor, o modelo anglo-americano apresenta algumas diferenças do modelo franco-germânico, foi estruturado nos Estados Unidos da América, após a Segunda Guerra Mundial, tendo como diretriz a remoção rápida da vítima para um serviço de referência. O serviço é constituído por profissionais treinados para o atendimento específico às vítimas, através de protocolos elaborados por médicos. Esses profissionais recebem o nome de Emergency Medical Techniciam e Paramedics, os quais podem realizar alguns procedimentos invasivos tais como intubação orotraqueal, desfibrilação e descompressão torácica e o transporte rápido dos pacientes até os serviços especializados. A atividade do

médico, nesse modelo, é indireta, organizando o serviço, elaborando protocolos de atendimento, capacitando e reavaliando os profissionais que atuam diretamente. O atendimento intra-hospitalar no modelo anglo-americano é realizado por equipes específicas, direcionadas para o atendimento inicial à vítima, são profissionais com formação generalista. Em um segundo momento, a vítima é encaminhada para o atendimento especializado para dar continuidade ao tratamento.

Diante dessas considerações acerca de aspectos organizacionais, no próximo tópico serão apresentados alguns aspectos epidemiológicos que caracterizam os atendimentos de urgência/emergência clínica no Brasil.

2.3 Aspectos epidemiológicos dos atendimentos de urgência/emergência clínica

Define-se epidemiologia como o ramo das ciências da saúde que estuda, na população, a ocorrência, a distribuição e os fatores determinantes dos eventos relacionados à saúde (PEREIRA, 2002). Segundo o mesmo autor, o estudo dos serviços de saúde objetiva conhecer situações diversas tais como atendimentos realizados, qualidade do serviço, investigação de problemas existentes e suas possíveis causas.

As mudanças econômicas, culturais e comportamentais, que ocorrem numa sociedade, podem gerar alterações no perfil epidemiológico das diferentes doenças que acometem os indivíduos.

O cenário epidemiológico brasileiro mostra-se complexo à medida que coexistem doenças transmissíveis, crônicas não transmissíveis e doenças geradas por causas externas (GOLDBAUM, 1997).

O incremento gradativo de ações de prevenção e controle de agravos a grupos específicos possibilita aumento na expectativa de vida e na complexidade dos casos que chegam para a atenção hospitalar. A incorporação de tecnologia como, por exemplo, o atendimento pré-hospitalar propicia condições para chegar à atenção hospitalar pessoas que antes não sobreviveriam.

Para Vecina Neto; Malik (2007), diversas situações causam impacto sobre o hospital, devendo ser consideradas na análise das perspectivas e tendências: o

perfil demográfico, tendo o envelhecimento como uma de suas características centrais, o perfil epidemiológico com a diminuição da mortalidade por doenças infectocontagiosas, o aumento da mortalidade decorrente de doenças crônico-degenerativas e causas externas, a acentuada incorporação tecnológica, a medicalização, o fracionamento do cuidado, levando à acentuada especialização, e a baixa resolubilidade dos serviços de saúde.

No contexto de saúde atual, observa-se o envelhecimento da população, com consequente aumento do consumo de serviços de saúde. Essa transição demográfica, com a redução dos níveis de mortalidade, aumento do tempo de vida, controle das doenças infecciosas, contrapondo-se ao número crescente das neoplasias e causas externas, com a coexistência de doenças emergentes (dengue, tuberculose, cólera) e das doenças atuais, tais como a síndrome da imunideficiência adquirida (AIDS), hantavirose, doença espongiforme humana e desenvolvimento de bactérias ultrarresistentes a antibióticos, redirecionam as necessidades em saúde e a organização dos serviços para atender tal demanda, configurando-se em uma epidemiologia formada pela sobreposição de quadros clínicos de alta complexidade (VECINA NETO; MALIK, 2007).

A problemática epidemiológica, em termos de risco, tem avançado na atualidade, apontando para a constituição de um paradigma científico que busca o diálogo dos achados epidemiológicos com outras construções conceituais (AYRES, 2002).

A rápida e expressiva elevação da morbimortalidade por acidentes e violência constituiu-se em um dos pontos mais relevantes da transição epidemiológica no Brasil, a partir dos anos 80 (WALDMAN; JORGE, 1999).

As doenças do aparelho circulatório, as neoplasias malignas, doenças respiratórias crônicas e o diabetes se converteram nas principais causas de morte, junto com causas externas como os acidentes, os homicídios e outras formas de violência (OPAS, 2007).

Um grupo de doenças crônicas não transmissíveis que apresenta altos índices de morbimortalidade são aquelas do aparelho circulatório que, em conjunto, representam aproximadamente 20% do total das mortes nas Américas. Destacam-se nesse grupo a cardiopatia isquêmica e a doença vascular cerebral como as mais importantes. As doenças hipertensivas e a insuficiência cardíaca também são causas importantes de morte entre 8 e 30% da população das Américas sofre de

hipertensão, fator que contribui para o aumento de risco para o desenvolvimento de cardiopatias e acidente vascular cerebral (OPAS, 2007).

No Brasil, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS, 2008), em 2005, as principais causas de morte foram em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório (DAC), em segundo lugar as neoplasias e as causas externas em terceiro lugar, havendo variações segundo a faixa etária, gênero e regiões do país. Esses dados evidenciam que as principais causas de mortalidade, em nosso país, estão diretamente relacionadas ao atendimento em serviços de urgência/emergência, caracterizando, ainda que de forma indireta, a importância desse setor.

Os quadros agudos e urgentes de pacientes acometidos por doenças crônicas, os acidentes de trânsito e outras condições de urgências, decorrentes de causas externas, constituem-se em expressiva demanda de atendimentos nos setores de urgência/emergência dos hospitais.

Cabe destacar que os dados apresentados referem-se a padrão de adoecimento e mortalidade da população no que tange às doenças crônicas não transmissíveis. Quanto aos aspectos relativos aos atendimentos de urgência/emergência para este grupo de agravos é escassa a produção científica, entretanto acredita-se que o incremento expressivo da incidência de doenças crônicas não transmissíveis traz repercussões nos serviços de urgência/emergência hospitalares.

A realização de criterioso levantamento bibliográfico no banco de dados eletrônicos da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Portal Brasileiro da Informação Científica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) no período de 1988 à 2008, utilizando o descritor *serviços médicos de emergência,* elencou 781 referências potenciais, das quais 26 referem-se a aspectos epidemiológicos de atendimentos em serviço de urgência/emergência, e apenas um se refere a urgências clínicas.

A revisão bibliográfica realizada evidencia que os estudos relativos ao perfil dos pacientes em atendimento de urgência/emergência enfoca prioritariamente as urgências traumáticas.

Estudo realizado em município da região nordeste do estado de São Paulo identificou os motivos para os chamados para atendimentos de urgência, constatou que dentre as principais causas, estavam os acidentes motociclísticos e

automobilísticos, os atropelamentos e a violência por arma de fogo e arma branca. Do total de chamados, 47,6% dos encaminhamentos eram para o hospital de ensino do município e as especialidades ortopedia e clínica médica foram aquelas que mais demandaram atendimento (FERNANDES, 2004).

Interessante destacar que os encaminhamentos para serviços de urgência/emergência não ocorrem de modo equânime entre as diferentes especialidades médicas, indicando que pode haver boa resolubilidade em outros níveis de atenção em determinadas especialidades, enquanto em algumas há demanda reprimida.

Outro estudo realizado no mesmo município sobre o atendimento de urgência em hospital de ensino, observou reorganização no serviço de urgência/emergência do hospital, priorizando a atenção a pacientes graves. No período de 1999 a 2000, houve redução de 32,6% nos atendimentos e, de 1999 a 2003 as internações de pacientes com 60 anos ou mais representaram percentual superior a 40%. Os dados epidemiológicos evidenciaram que 26,1% das internações dessa instituição se referiram a doenças do aparelho circulatório, 12,2% às doenças do aparelho respiratório e 11,9% às doenças infecciosas e parasitarias. No período de 1999 a 2003, observa-se aumento das neoplasias, doenças hematopoiéticas e relativas ao sistema imune, e causas externas, principalmente por lesões e envenenamento. Cabe, ainda, ressaltar que a maioria das internações (77,6%) caracterizou-se por comorbidades, com dois a sete diagnósticos médicos associados (ROSSINI, 2007).

Acredita-se que, considerando o contexto demográfico, epidemiológico e de sistemas de saúde apresentados, faz-se presente o desafio para focalizar o atendimento de urgência/emergência a pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis e, nesse sentido, no próximo tópico será apresentada a justificativa desse estudo.

3 JUSTIFICATIVA

As atividades práticas de estágio desenvolvidas em uma unidade de urgência/emergência evidenciaram que a demanda por atendimento é diferenciada entre as diversas especialidades médicas. Tal situação suscita indagações acerca da complexidade dos casos e da procedência, bem como do fluxo dos usuários no sistema local de saúde.

A atuação do enfermeiro na sala de urgência envolve especificidades e articulações indispensáveis à gerência do cuidado a pacientes com necessidades complexas que requerem aprimoramento científico, manejo tecnológico e humanização extensiva aos familiares, pelo impacto inesperado de uma situação que coloca em risco a vida de um ente querido. Embora os profissionais da área de urgência/emergência estejam cada vez mais conscientes da importância de suas ações para o restabelecimento da vida, não estão ainda suficientemente despertos para a visão contextualizada do indivíduo, dentro de assistência fundamentada em princípios éticos e de integralidade, para a continuidade do processo de cuidar, objetivando a reabilitação (PAVELQUEIRES, 2002).

O atendimento em setores de urgência hospitalar tem representação expressiva no processo de trabalho do enfermeiro, assumindo importância não só devido à complexidade e especificidade de ações no cuidar, mas, também, pelos recursos materiais e humanos mobilizados, além da necessidade de interface com outros setores do hospital e sistema local de saúde, constituindo-se em importante espaço de atuação profissional que requer articulação de ações gerenciais e assistenciais.

As mudanças sócioepidemiológicas e os novos instrumentos gerenciais em saúde, tais como os complexos reguladores de urgência, repercutem no processo de trabalho do enfermeiro em serviço de urgência/emergência. A análise de dados demográficos, epidemiológicos e organizacionais dos atendimentos hospitalares pode fornecer subsídios tanto para a organização do trabalho assistencial e gerencial de enfermagem quanto para o próprio sistema local de saúde, incluindo o hospital.

Diante das considerações apresentadas, da vivência profissional e da consulta à literatura científica na qual ficou evidenciada a escassez de estudos sobre

o perfil de atendimentos em urgência/emergência clínica, após a implantação do regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgências e emergências (Portaria MS 2048/2002), apresenta-se, aqui, algumas questões norteadoras para este estudo, entre elas:

1- quais as características demográficas e de diagnóstico médico dos atendimentos no SU de um hospital de ensino?

2- qual o perfil organizacional dos atendimentos no SU desse hospital?

3- qual o tempo de permanência dos pacientes atendidos no serviço de urgência desse hospital?

Acredita-se que os resultados deste estudo, relativos à caracterização dos atendimentos (gênero, idade, procedência, unidade de saúde de origem, horário de entrada, dia da semana, tempo de permanência, diagnóstico médico alta, destino), fornecerão subsídios para a reorganização e gerência dos serviços de enfermagem nos aspectos de dimensionamento de recursos humanos, previsão e provisão de recursos materiais e equipamentos, uma vez que o conhecimento das características dos atendimentos mais frequentes na unidade permite elaborar e implementar medidas que atendam adequadamente às necessidades específicas. Os resultados também podem fornecer subsídios para caracterizar a inserção do hospital no atendimento a urgências/emergências no sistema local de saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

- Caracterizar os atendimentos, na especialidade clínica médica, em serviço de urgência de um hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo, no ano 2007.

4.2 Objetivo Específico

- Caracterizar os atendimentos, segundo variáveis demográficas e de diagnóstico médico de alta hospitalar dos pacientes atendidos.
- Caracterizar os atendimentos, segundo variáveis organizacionais de procedência, fluxo de entrada, tempo de permanência e motivo de saída dos pacientes atendidos.
- Descrever o tempo médio de permanência, segundo variáveis demográficas e organizacionais.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de pesquisa com desenho metodológico quantitativo do tipo descritivo e transversal, com a utilização de dados secundários provenientes do Sistema de Informação e Gestão Hospitalar (SIGH), programa elaborado pela Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo (PRODESP), para o gerenciamento de informações hospitalares.

Para Cervo; Bervain (2002), o estudo descritivo busca o conhecimento de situações da vida sociopolítica e econômica e de aspectos do comportamento humano, tanto de indivíduos quanto de comunidades, descrevendo suas características, propriedades ou relações.

Dentre as pesquisas com metodologia quantitativa não experimental, a pesquisa descritiva tem como objetivo observar, descrever e documentar determinado fenômeno estudado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). A vantagem desse tipo de estudo, segundo as autoras, é permitir a coleta de um número grande de dados sobre um assunto, podendo servir para a elaboração de correlações importantes na área da saúde, em período inferior e com custo menor daquele que seria utilizado para uma pesquisa experimental.

A pesquisa transversal trata de um evento ocorrido em um tempo predeterminado pelo pesquisador, retrata a relação entre as variáveis naquele momento, quando essas foram levantadas, permite a detecção de frequência de ocorrência de agravos à saúde, identificando grupos mais acometidos. Permite a coleta de dados pertinentes, gerando informações sobre prevalência de determinado evento. Nesse tipo de estudo, deve-se ficar atento às relações causais, pois é aspecto limitante no estudo transversal, visto que o pesquisador fixa o período em que é realizado o estudo, permitindo compreender a realidade naquele determinado corte temporal (PEREIRA, 2002).

5.2 Local de estudo

O presente estudo foi desenvolvido em Ribeirão Preto, SP, situado no nordeste do Estado de São Paulo, distante 313 km da capital, município sede da região, polo de atração das atividades comerciais e de prestação de serviços, com destaque para a área da saúde. Conta com área territorial de 650 km² (IBGE, 2008) e 563107 habitantes (DATASUS, 2009). Quando considerada a população de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto, esse valor atinge cerca de 1280493 habitantes (SEADE, 2007).

O sistema local de saúde está estruturado em unidades básicas e distritais de saúde, serviços ambulatoriais de apoio diagnóstico (laboratórios de análises clínicas, patologia e imagem) e terapêutico (clínicas de fisioterapia, serviços de hemodiálise), hospitais contratados e conveniados pelo SUS, sob gestão municipal e estadual (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

Do ponto de vista de gestão em saúde, o município executa e gerencia a atenção básica; em nível secundário, provê condições para a atenção especializada e de maior complexidade em procedimentos diagnósticos e terapêuticos; e, em nível terciário, garante acesso a serviços de internação hospitalar contratados/conveniados e a outros de referência, como é o caso do hospital de ensino no qual são realizados os atendimentos de urgência, objeto desta investigação.

Mais especificamente, no que se refere ao setor hospitalar, o município possui rede de 13 hospitais, sendo quatro privados filantrópicos, sete privados com fins lucrativos e dois hospitais públicos estaduais, ambos conveniados com o SUS, um deles atende a especialidade psiquiatria e outro é um hospital geral. Destaca-se que esses dois hospitais públicos não estão sob gestão do município, mas atendem os munícipes conforme demandas específicas, seguindo o fluxo de referência estabelecido entre a gestão municipal e a regional.

O SAMU implantado no município de Ribeirão Preto, SP, em 1996, é composto por médicos e equipe de enfermagem acionados por telefonista que recebe as chamadas. Em 1997, houve aumento da frota, efetivação dos funcionários e as primeiras experiências de regulação dos atendimentos para os serviços hospitalares. No ano 2000, a Secretaria Municipal de Saúde, o HCFMRP-USP e a Secretaria de

Estado da Saúde – Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS-XIII) criaram a Central Única de Regulação Médica (CURM) (SCARPELINI, 2007).

Além da CURM, a organização do fluxo de atendimento hierarquizado e regionalizado ocorre, no município, por meio dos instrumentos de referência e contrarreferência. Desde 2005, encontra-se em implantação um complexo regulador responsável por centralizar a regulação não apenas das internações, mas também de consultas, atendimentos especializados e exames de diagnose e terapia. Essa central tem como finalidade reordenar o fluxo dos diferentes níveis de atenção do sistema local em um processo dinâmico de planejamento, organização, avaliação e gestão, considerando o perfil do paciente atendido e a oferta de serviços.

5.3 Campo da pesquisa

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP (HCFMRP-USP) conta com duas unidades distintas: Unidade de Emergência e *Unidade Campus*, cada qual com estrutura física, recursos humanos e materiais que atendem às especificidades de suas respectivas demandas. No âmbito administrativo, há um superintendente responsável pelas duas unidades e que designa um coordenador geral para as atividades da Unidade de Emergência (HCFMRP-USP, 2006).

Após a inauguração do Hospital das Clínicas-*Campus*, em 1979, a UEHCFMRP-USP teve sua estrutura física reformada e readequada tornando-se referência para atendimentos de urgência. Historicamente, a UEHCFMRP-

USP passou por diversas dificuldades relacionadas às mudanças político-sociais, reorganização do sistema de saúde com a implantação do SUS, o encaminhamento de pacientes de diversas localidades sem critérios preestabelecidos, as alterações no perfil epidemiológico como aumento dos casos de AIDS, gerando um contexto de demanda exacerbada, escassez de recursos materiais e humanos, comprometimento da qualidade na assistência, exposição dos profissionais e dilemas éticos como priorizar o atendimento de determinado paciente em relação a outro (SANTOS et al., 2003).

A UEHCFMRP-USP é um hospital público, de ensino, e que atende a demanda referenciada de pacientes do SUS para todas as especialidades clínicas,

em condição de urgência/emergência, com o fluxo de pacientes organizado pela CURM. A instituição é referência regional para atendimentos que demandam tecnologias e tratamentos mais específicos para usuários com agravos de saúde de maior complexidade (nível terciário) e está sob gestão estadual, através da DRS XIII.

A UEHCFMRP-USP, atualmente dispõe de 151 leitos para internação e 47 leitos de apoio (macas); distribuídos em quatro pavimentos em diferentes setores como unidades de terapia intensivas (UTIs), enfermarias (clínica, cirúrgica e pediatrica, unidade de queimados, psiquiatria, ortopedia, dentre outras.

A gestão da informação do HCFMRP-USP foi reformulada em maio de 2006 com a implantação de um sistema de informação hospitalar, cujo objetivo foi integrar as informações desse serviço, atendendo a demanda por processamento de dados e aumento de número de usuários conectados simultaneamente aos sistemas de informação. O sistema implantado inicia a captação de dados quando o paciente entra no hospital, é atendido e apresenta seu cartão de identificação com leitor de código de barras, o funcionário, então, encaminha o paciente ao local de atendimento apropriado. O sistema também permite ao médico solicitar ao setor de controle de leitos a internação eletiva ou de urgência do paciente, além de se registrar dados como data, horário, enfermaria, leito, diagnóstico, segundo o Código Internacional de Classificação das Doenças (CID-10) e procedimentos realizados (HCFMRP-USP, 2006).

Pela reformulação da sua gestão entende-se que o recorte temporal do estudo é adequado, pois, além de atual, dispõe da uniformidade dos dados de interesse disponíveis no SIGH, particularmente aqueles dados que possibilitam a caracterização dos atendimentos realizados, cuja permanência extrapola a estabilização de um caso agudo, os quais deveriam ter assegurado o encaminhamento para outros locais para continuidade da assistência.

Considera-se, para efeito deste estudo, que o Serviço de Urgência compreende o Atendimento Clínico (BOX), Isolamento Respiratório, Sala de Estabilização Clínica (SEC), Urgências Traumáticas (Politrauma), Atendimento de Ortopedia e Atendimento de Ginecologia. Essas unidades estão localizadas na parte térrea do Hospital, próximas à entrada das ambulâncias.

O SU conta com 28 macas, sendo 14 para atendimentos clínicos, cinco para estabilização clínica, cinco para urgências traumáticas, duas para atendimento de ortopedia, uma para ginecologia e uma para isolamento respiratório.

A equipe de enfermagem desse Serviço é formada por 22 enfermeiros, e 44 auxiliares/técnicos de enfermagem, distribuídos em três turnos de trabalho, manhã, tarde e noite. No período diurno, a equipe está constituida por quatro enfermeiros e, no mínimo, seis técnicos/auxiliares de enfermagem; no noturno, são três ou quatro enfermeiros e, no mínimo, seis técnicos/ auxiliares de enfermagem, esse valor mínimo procura ser mantido considerando que o número varia de acordo com licenças, afastamentos e férias.

O contrato de trabalho dos profissionais de enfermagem prevê jornada de 30 horas semanais que pode ser ampliada por contrato suplementar com a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA), instalada na instituição. A referida Fundação tem caráter privado, sem fins lucrativos, autonomia administrativa e financeira, sua finalidade é colaborar com as entidades interessadas no desenvolvimento das ciências da saúde, estimulando trabalhos nas áreas didática, assistencial e de pesquisa através de patrocínio, além de promover a divulgação de conhecimentos tecnológicos e a edição de publicações técnicas e científicas, entre outros.

Foi considerado campo de estudo desta pesquisa o setor de atendimento clínico (BOX) do SU da UEHCFMRP-USP.

O Setor de Atendimento Clínico (BOX) conta com 14 macas para observação clínica e três consultórios que são utilizados como macas de observação para pacientes de baixa e média complexidade, nas subespecialidades de clínica médica. Embora seja setor destinado à observação, na prática, os pacientes permanecem em atendimento, nesse setor, até que seja possível transferência para um leito de internação ou tenha condições de alta hospitalar.

5.4 População

A população de estudo foi constituída por todos os atendimentos realizados no Setor de Atendimento Clínico (BOX) do Serviço de Urgência, do hospital de estudo, de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2007.

Foram critérios de inclusão: atendimentos a pacientes adultos no setor de Atendimento Clínico, no período de estudo, que permaneceram em observação, independentemente do tempo de permanência.

Os critérios de exclusão foram os atendimentos clínicos em pediatria, psiquiatria, ginecologia, ortopedia e as consultas clínicas sem necessidade de permanência em observação.

Para efeito deste estudo, um atendimento clínico compreende o conjunto de ações assistências desenvolvidas com o usuário durante sua permanência no SU, incluindo consulta médica, procedimentos diagnósticos, terapêuticos e assistências.

5.5 Procedimentos de coleta e análise de dados

Serão descritos, a seguir, os procedimentos adotados para a coleta e análise dos dados.

Para caracterizar os atendimentos do Setor de Atendimento Clínico (BOX) do Serviço de Urgência, foi realizada pesquisa documental, cuja fonte de dados foi o SIGH, no qual os dados foram obtidos da ficha de cadastro individualizado do paciente, e transformados em relatórios estatísticos armazenados em um banco de dados da instituição de estudo.

As variáveis de interesse, neste estudo, foram: gênero, idade, escolaridade, município de procedência, unidade de saúde de origem, CID-10 de alta da sala de urgência, horário de entrada no serviço, dia da semana e mês do atendimento, tempo de permanência na unidade, município de procedência, motivo de saída após atendimento e unidade de destino. Entende-se que este conjunto de variáveis permite conhecer amplamente as características dos usuários atendidos no serviço e os aspectos organizacionais intra-hospitalares relativos ao atendimento às urgências clínicas.

Os dados foram solicitados ao Setor de Dados médicos do HCFMRP-USP e obteve-se em planilha eletrônica no formato Microsoft Excel, um relatório final com todas as variáveis solicitadas, relativas aos atendimentos no ano 2007. Em uma segunda etapa do processo de análise dos dados, na planilha inicial foi transportada

para o programa Epi-Info 3.5.1, sequencialmente foi realizada a análise estatística dos dados descritivos apresentados na forma de frequência e percentual.

Por se tratar de estudo populacional, para a análise foi utilizada estatística descritiva das variáveis estudadas, adotando-se a distribuição de frequências e porcentagens.

A discussão foi desenvolvida a partir do referencial teórico adotado, qual seja, a reorganização, no âmbito do sistema local de saúde, do atendimento às urgências/emergências clínicas sob a perspectiva do SUS.

5.6 Procedimentos éticos

O trabalho foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Inicialmente, o projeto foi submetido ao Centro de Estudos de Emergência em Saúde da UEHCFMRP-USP, informando os objetivos e finalidades do estudo e solicitando autorização para a realização da pesquisa.

Em seguida, foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, através da Unidade de Pesquisa Clínica, tendo sido aprovado sob o ofício nº 3863/2008 (Anexo A).

6 RESULTADOS

As condições crônicas constituem importante problema de saúde, tal situação requer a adoção de estratégias assistenciais e organizacionais adequadas de enfrentamento. Nesse sentido, faz-se importante caracterizar o perfil dos atendimentos realizados nos serviços hospitalares, particularmente nos setores de urgência/emergência.

O SU do hospital estudado atende a pacientes SUS em nível terciário de complexidade tecnológica, portanto, recebe pacientes graves e casos mais complexos. Cabe ressaltar que os atendimentos resultam de encaminhamentos referenciados por outros serviços de saúde para o hospital de estudo, regulados através da CURM.

Os atendimentos realizados no SU, particularmente aqueles relativos ao setor de atendimento clínico (Box) permitem a caracterização segundo variáveis demográficas e organizacionais.

Na Tabela 1, apresenta-se a distribuição dos atendimentos da especialidade clínica médica no SU da UEHCFMRP-USP, segundo gênero, faixa etária e grau de instrução.

Tabela 1 - Distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU de um hospital de ensino, segundo gênero, faixa etária e escolaridade dos pacientes, no ano 2007, Ribeirão Preto, SP

Variáveis	*Nº*	%
GÊNERO		
Feminino	2427	45,9
Masculino	2858	54,1
Total	**5285**	**100**
FAIXA ETÀRIA (anos)		
18 ├ 20	122	2,3
20 ├ 30	787	14,9
30 ├ 40	660	12,5
40 ├ 50	901	17,0
50 ├ 60	851	16,1
60 ├ 70	743	14,1
70 ├ 80	790	14,9
≥80	430	8,1
Sem informação	1	0,02
Total	**5285**	**100**
GRAU DE INSTRUÇAO		
Nenhum	500	9,5
Ensino fundamental	3908	73,9
Ensino médio	457	8,6
Superior	297	5,6
Desconhecido	47	0,9
Sem informação	76	1,4
Total	**5285**	**100**

Fonte: SIHG HCFMRP-USP, 2007

A Tabela 1 apresenta as características mais frequentes, quais sejam, 54,1% dos atendimentos ocorreram em pacientes masculinos; 17% na faixa etária de 40 a 49 anos e 73,9% com primeiro grau de instrução.

A maioria (62,8%) dos atendimentos foi em pacientes entre 18 e 59 anos de idade. Trata-se de população adulta e em plena fase produtiva da vida, para qual o adoecimento traz implicações individuais, familiares e sociais. Merece destaque que 37,1% dos atendimentos se refere ao grupo considerado de idosos, acima de 60 anos de idade, indicando expressiva parcela dos atendimentos clínicos nesse grupo etário que requer maior atenção em relação à possibilidade de complicações próprias da idade, de comorbidades e outras limitações presentes.

Também merece destaque o fato de 8,1% dos atendimentos terem sido realizados em pacientes com idade igual ou superior a 80 anos. Embora pareça número pouco expressivo, é indicativo de envelhecimento das pessoas atendidas nos setores de urgência e requer um olhar diferenciado face às complicações inerentes à idade avançada.

A escolaridade indica que a grande maioria (73,9%) refere ter o primeiro grau, entretanto, não há especificação se houve ou não a conclusão dos estudos desse nível educacional.

A Tabela 2 mostra os diagnósticos médicos principais, identificado pelo CID-10, dos atendimentos da especialidade clínica médica no SU da UEHCFMRP-USP.

Tabela 2 - Distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU de um hospital de ensino, segundo diagnóstico médico principal de alta dos pacientes identificado pelo CID-10, no ano 2007, Ribeirão Preto, SP

Diagnóstico médico principal (CID 10)	**Nº**	**%**
I10 – Hipertensão essencial (primária)	264	4,9
I678 – Outras doenças cerebrovasculares especificadas	188	3,6
I200 – Angina estável	93	1,8
I48 – "*Flutter*" e fibrilação atrial	70	1,3
I110 – Doença cardíaca hipertensiva c/ ICC	64	1,2
I469 – Parada cardíaca não especificada	46	0,9
I619 – Hemorragia intracerebral não especificada	45	0,9
Outros (Sistema I)	438	8,3
Subtotal	**1208**	**22,9**
R69 – Causas desconhecidas e não especificadas de morbidade	251	4,7
R074 – Dor torácica não especificada	47	0,9
R51 - Cefaléia	47	0,9
R509 – Febre não especificada	42	0,8
Outros (Sistema R)	320	6,0
Subtotal	**707**	**13,4**
J189 – Pneumonia não especificada	112	2,1
J159 – Pneumonia bacteriana não especificada	107	2,0
J441 – DPOC com exacerbação aguda não especificada	47	0,9
Outros (Sistema J)	204	3,9
Subtotal	**470**	**8,9**
Z760 – Emissão de prescrição de repetição	95	1,8
Z018 – Outros exames especiais especificados	75	1,4
Z098 – Exame de seguimento após outro tratamento por outras afecções	53	1,0
Outros (Sistema Z)	162	3,1
Subtotal	**385**	**7,3**
G401 – Epilepsia e síndromes epilépticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crise de início focal	49	0,9
G439 – Enxaqueca sem especificação	25	0,5
Outros (Sistema G)	257	4,9
Subtotal	**331**	**6,3**
S610 – Ferimento de dedo(s) sem lesão de unha	61	1,1
S0690 – Traumatismo intracraniano não especificado	40	0,8
S618 – Ferimento de outras partes do punho e da mão	35	0,7
Outros (Sistema S)	194	3,7
Subtotal	**330**	**6,2**
T632 – Veneno de escorpião	43	0,8
T424 - Benzodiazepinas	24	0,5
Outros (Sistema T)	211	4,0
Subtotal	**278**	**5,3**
B238 – Doença pelo HIV resultando em outras afecções especificadas	51	1,0
B572 – Doença de Chagas (crônica) c/ comprometimento cardíaco	54	1,0
Outros (Sistema B)	127	2,4
Subtotal	**232**	**4,4**
D66 – Deficiência hereditária do fator VIII	36	0,7
D70 - Agranulocitose	24	0,4
Outros (Sistema D)	122	2,3
Subtotal	**182**	**3,4**
N390 – Infecção do trato urinário de localização não especificada	69	1,3
Outros (Sistema N)	88	1,7
Subtotal	**157**	**3,0**
A419 – Septicemia não especificada	33	0,6
A09 – Diarréia e gastroenterocolite de origem infecciosapresumível	29	0,5
Outros (Sistema A)	55	1,0
Subtotal	**117**	**2,2**
Outros sistemas (C, E, F, H, K, L, M, O, P, Q, V, W, X, Y)	**882**	**16,7**
CID não especificado	**06**	**0,1**
TOTAL	**5.285**	**100,0**

Fonte: SIHG HCFMRP-USP, 2007

A análise do diagnóstico principal, segundo CID-10 de alta, evidencia que as doenças do Capítulo IX – Sistema I - Doenças do Aparelho Circulatório são as mais freqüentes, correspondendo a 22,9% dos atendimentos. Dentre as doenças desse sistema destaca-se a hipertensão essencial (primária) com 4,9% dos atendimentos e outras doenças cerebrovasculares especificadas, com 3,6% dos atendimentos.

A segunda causa mais frequente dos atendimentos são as doenças listadas no Capítulo XVIII – Sistema R - Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte, com 13,4% dos atendimentos, evidenciando se tratar de quadros clínicos ainda em fase de diagnóstico, que tiveram saída da unidade com necessidade de continuidade de atenção ou outros serviços de saúde, ou seja, não se trata de diagnóstico de patologia, mas de sintomatologia.

O Capítulo X – Sistema J – Doenças do Aparelho Respiratório apresenta-se como terceira causa mais frequente de atendimento no SU da UEHCFMRP-USP com 8,9% dos atendimentos, sendo 2,1% dos diagnósticos por pneumonia não especificada e 2% pneumonias bacterianas não especificadas.

Considerando a lógica de organização do hospital terciário, esse deve atender os casos a ele direcionados que não foram solucionados na atenção básica e em nível secundário. As informações relativas ao acesso permitem compreender o fluxo de pacientes para o serviço e visualizar o hospital no contexto do sistema de saúde local, organizado segundo níveis de complexidade, com demanda regulada dos atendimentos hospitalares, principalmente nas unidades de emergência.

A Tabela 3 apresenta os dados relativos à distribuição dos atendimentos da especialidade clínica médica, no SU da UEHCFMRP-USP, segundo as variáveis procedência, unidade de origem, mês, dia da semana e horário de entrada.

Tabela 3 – Distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU de um hospital de ensino, segundo as variáveis procedência, unidade de origem, mês, dia da semana e horário de entrada, no ano 2007, Ribeirão Preto, SP

Variáveis	Nº	%
PROCEDÊNCIA		
Ribeirão Preto	3367	63,7
DRS-XIII (exceto Ribeirão Preto)	1390	26,3
Outros municípios de São Paulo	153	2,9
Municípios de outros Estados	45	0,8
Sem informação	330	6,2
Total	**5285**	**100**
UNIDADE DE ORIGEM		
HC *Campus*	274	5,2
UBS Ribeirão Preto	1888	35,7
Outras unidades	944	17,9
Sem informação	2179	41,2
Total	**5285**	**100**
MÊS		
Janeiro	529	10,0
Fevereiro	434	8,2
Março	438	8,3
Abril	436	8,2
Maio	417	7,9
Junho	396	7,5
Julho	468	8,9
Agosto	404	7,6
Setembro	425	8,0
Outubro	443	8,4
Novembro	404	7,6
Dezembro	491	9,3
Total	**5285**	**100**
DIA DA SEMANA		
Domingo	669	12,7
Segunda-feira	844	16,0
Terça-feira	742	14,0
Quarta-feira	817	15,5
Quinta-feira	739	14,0
Sexta-feira	776	14,7
Sábado	697	13,2
Sem informação	1	0,02
Total	**5285**	**100**
HORÀRIO DE ENTRADA		
00 ├ 6 h	581	11,0
06 ├ 12 h	1161	22,0
12 ├ 18 h	1922	36,4
18 ├ 24 h	1621	30,7
Total	**5285**	**100**

Fonte: SIGH do HCFMRP-USP, 2007

Os resultados mostram que 63,7% dos atendimentos são de pacientes procedentes do município de Ribeirão Preto e 26,3% de outros municípios da DRS-XIII evidenciando que aspectos relativos à regionalização parecem estar adequados ao encaminhamento para o SU. O nível de complexidade do hospital pode explicar os 3,7% dos atendimentos procedentes de outros municípios do Estado e de outros Estados, uma vez que a magnitude dos recursos materiais e humanos disponíveis no SU de estudo pode servir de referência para casos de maior complexidade para pacientes de áreas que extrapolem os limites de referência do município.

Não só o município de procedência, mas também a unidade de origem é dado importante para caracterizar o fluxo de pacientes no sistema. Os resultados deste estudo evidenciam fragilidade dos dados inseridos no SIHG no qual, em 41,2% dos atendimentos, não consta a unidade de origem, 35,7% são provenientes de unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto.

O mês do ano no qual foi realizado o atendimento apresentou pequena variabilidade, sendo que janeiro foi o mês de maior frequência (10%) e dezembro o de menor frequência (9,3%). Tal dado permite considerar que, no serviço estudado, não há expressiva variação nos atendimentos em decorrência de fatores sazonais.

Quanto ao dia da semana dos atendimentos, também houve pequena variabilidade com maior concentração às segundas e quartas-feiras, 16% e 15,5%, respectivamente, e menor quantidade de atendimentos aos domingos, 12,7%. Entende-se que esse dado norteia ações gerenciais no microespaço da unidade como, por exemplo, a elaboração de escala de recursos humanos e provisão de materiais adequados ao atendimento da demanda.

O período do dia com maior número de atendimentos foi das 12 às 18 horas (36,4%) e das 18 às 24 horas (30,7%), esses períodos apresentaram diferença considerável em número de atendimentos se comparado aos demais períodos apresentados na Tabela 3. Esse é um dado importante para a organização da escala diária de trabalho da unidade que deve direcionar número maior de funcionários para esses horários, nos quais a demanda se apresenta mais elevada.

A Tabela 4 mostra a distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU da UEHCFMRP-USP, de acordo com o motivo de saída, tempo de permanência na unidade e unidade de destino.

Tabela 4 – Distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU de um hospital de ensino, de acordo com o motivo de saída, tempo de permanência na unidade e unidade de destino dos pacientes no ano 2007, Ribeirão Preto, SP

Variáveis	Nº	%
MOTIVO DE SAÍDA		
Internação	3374	63,8
Alta médica	1683	31,8
Óbito <24 h	70	1,3
Encaminhado para ambulatório	46	0,9
Folha não retornou ao SAME	25	0,5
Encaminhado para a UBS	28	0,5
Abandono, evasão	35	0,7
Alta pedido	7	0,1
Encaminhado para outros hospitais	17	0,3
Total	**5285**	**100**
TEMPO DE PERMANÊNCIA (horas)		
<06	2105	39,8
06 ├ 12	871	16,5
12 ├ 18	466	8,8
18 ├ 24	352	6,7
≥24	1448	27,4
Não especificado	43	0,8
Total	**5285**	**100**
UNIDADE DE DESTINO		
HC-UE	2348	44,4
HC *Campus*	201	3,8
Sem informação	2736	51,8
Total	**5285**	**100**

Fonte: SIGH do HCFMRP-USP, 2007

O motivo de saída mais frequente foi a internação (63,8%), o grande número de internações é um dado esperado considerando as características do serviço. O atendimento a pacientes mais graves requer a existência de leitos hospitalares disponíveis para internação, para dar seguimento ao atendimento prestado, ou seja, o paciente que entra no SU recebe o primeiro atendimento, é estabilizado nas primeiras horas e depois encaminhado para outro setor para continuidade do tratamento. Entretanto, 31,8% dos atendimentos resultam em alta médica, levando ao questionamento da adequação dos encaminhamentos feitos para o serviço.

A variável tempo de permanência, pode ser um indicativo da complexidade dos casos, da adequação dos encaminhamentos feitos ao SU, da resolubilidade do próprio serviço. Neste estudo, 39,8% dos atendimentos tiveram tempo de permanência menor que seis horas e 27,4% com permanência entre 24 e 30 horas no serviço. Cabe destacar que as instalações físicas, embora tenham condições sanitárias adequadas não se destinam à permanência prolongada do paciente, pois não permitem condições satisfatórias de conforto e hotelaria.

Em 51,8% dos atendimentos não é informada a unidade de destino do paciente, indicando outro aspecto que não é devidamente informado por meio do banco de dados no SIGH. Para 44,4% dos atendimentos, ou seja, a maior parte dos pacientes, considerando os dados existentes, são internados no próprio hospital onde foi realizado o atendimento no SU. A falta de registro dos dados relativos à alta do paciente pode decorrer do despreparo da equipe local quanto ao registro do atendimento, este fato impossibilita analisar o fluxo do paciente pós-atendimento. Esse SU comprometendo a análise aprofundada do desfecho dos atendimentos de urgência em clínica médica no sistema local de saúde.

A Tabela 5 mostra a distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU da UEHCFMRP-USP, segundo a faixa etária e tempo de permanência.

Tabela 5 - Distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU de um hospital de ensino, segundo faixa etária e tempo de permanência dos pacientes no ano 2007, Ribeirão Preto, SP

Faixa etária (anos)	**<6h**		**6 ├ 12h**		**12 ├ 18h**		**18 ├ 24h**		**≥24h**		**Não especificado**		**Total**	
	Nº	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
18 ├ 20	61	1,2	13	0,2	9	0,2	10	0,2	29	0,5	0	0	122	2,3
20 ├ 30	402	7,6	108	2,0	48	0,9	54	1,0	167	3,2	8	0,2	787	14,9
30 ├ 40	266	5,0	88	1,7	59	1,1	43	0,8	201	3,8	3	0,06	660	12,5
40 ├ 50	366	6,9	158	3,0	81	1,5	52	1,0	236	4,5	8	0,2	901	17,0
50 ├ 60	305	5,8	147	2,8	83	1,6	55	1,0	251	4,7	10	0,2	851	16,1
60 ├ 70	273	5,2	140	2,6	72	1,4	52	1,0	202	3,8	4	0,08	743	14,1
70 ├ 80	285	5,4	139	2,6	66	1,2	55	1,0	238	4,5	7	0,1	790	14,9
≥80	147	2,7	78	1,4	48	0,9	31	0,6	124	2,4	2	0,04	430	8,1
Não especificado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,02	1	0,02
Total	**2105**	**39,8**	**871**	**16,5**	**466**	**8,8**	**352**	**6,7**	**1448**	**27,4**	**43**	**0,8**	**5285**	**100**

Fonte: SIHG HCFMRP-USP, 2007

A maior parte dos atendimentos, 39,8%, permaneceu no SU tempo inferior a 6 horas, tempo desejável em um serviço de atendimento para urgência/emergência, no qual o objetivo é dar o atendimento inicial ao paciente, reestabelecer parâmetros vitais e então encaminhá-lo para outra unidade, a fim de continuar assistindo o mesmo em suas necessidades de saúde, adequadamente.

O dado anterior contrasta com outro percentil, 27,4%, dos atendimentos, no mesmo serviço, cujos pacientes permaneceram tempo superior a 24 horas. Essa informação provavelmente reflete a dificuldade para os encaminhamentos dos pacientes, após o atendimento inicial, para outra unidade. Em virtude dessa situação bastante frequente, os pacientes ficam em macas, comprometendo a qualidade do serviço e da assistência prestada, muitas vezes esses pacientes requerem vagas de internação em unidades específicas como, por exemplo, nas UTIs, mas essas, por sua vez, se encontram lotadas, não possuindo estrutura para receber mais pacientes.

A análise do tempo de permanência e faixa etária evidencia variabilidade, sendo que o tempo de permanência menor que seis horas é o mais frequente e concentra atendimentos a pacientes entre 20 e 30 anos incompletos. A faixa etária de 50 a 60 anos incompletos concentra os atendimentos com tempo de permanência de 12 a 18 horas (1,6%), de 18 a 24 horas (1%) e maior ou igual a 24 horas (4,7%). Acredita-se que aspectos relativos às complicações inerentes à idade possam justificar que essa faixa etária seja a mais frequente em diferentes tempos de permanência.

Interessante observar que o tempo de permanência na unidade aumenta conforme aumenta a faixa etária dos atendimentos, fato já esperado, tendo como referência trabalhos sobre o envelhecimento populacional e as comorbidades que se instalam gradativamente, atingindo grande parte da população acima de 60 anos de idade, consequentemente, ocorre o aumento da utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos nessa faixa etária.

As variáveis organizacionais fornecem informações para compreender a rotina da unidade e serve como dado para a melhoria dos serviços, fornecendo subsídios para melhor distribuição da equipe de saúde, elaboração da escala de plantão e provisão de materiais, de acordo com o fluxo de pacientes no serviço conforme o dia da semana. Para o enfermeiro conhecer as características relativas à distribuição dos atendimentos segundo dia da semana, permite que ele elabore uma

rotina de serviço na sua unidade, com previsão de recursos humanos e materiais necessários com maior rigor, reduzindo a imprevisibilidade, característica intrínseca aos serviços de urgência/emergência.

Os dados da Tabela 6 correspondem à distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU da UEHCFMRP-USP, no segundo dia da semana e procedência.

Tabela 6 - Distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU de um hospital de ensino, segundo dia da semana e procedência no ano de 2007, Ribeirão Preto - SP

Dia da semana	Procedência											
	Ribeirão Preto (RP)		DRS XIII (exceto RP)		Outros municípios SP		Municípios outros estados		Sem informação		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Domingo	433	8,2	174	3,3	19	0,4	9	0,2	34	0,6	669	12,6
Segunda-feira	547	10,4	216	4,1	22	0,4	7	0,1	52	1,0	844	16,0
Terça-feira	477	9,0	187	3,5	21	0,4	6	0,1	51	1,0	742	14,0
Quarta-feira	509	9,6	226	4,3	23	0,4	7	0,1	52	1,0	817	15,5
Quinta-feira	471	8,9	204	3,9	18	0,3	3	0,06	43	0,8	739	14,0
Sexta-feira	507	9,6	195	3,7	21	0,4	4	0,07	49	0,9	776	14,7
Sábado	423	8,0	188	3,5	28	0,5	9	0,2	49	0,9	697	13,2
Sem informação	0	0	0	0	1	0,02	0	0	0	0	1	0,02
Total	**3367**	**63,7**	**1390**	**26,3**	**153**	**2,9**	**45**	**0,8**	**330**	**6,2**	**5285**	**100**

Fonte: SIHG do HCFMRP-USP, 2007

A distribuição dos atendimentos segundo dia da semana e procedência do paciente permite observar pequenas variações que representam o perfil de cada serviço de saúde e a necessidade do encaminhamento realizado. Verificou-se que 10,4% dos atendimentos, procedentes do município de Ribeirão Preto, aconteceu às segundas-feiras e 9,6% às quartas-feiras. Nos municípios pertencentes à DRS- XIII, a quarta-feira foi o dia com maior número de encaminhamentos, com 4,3%, seguido da segunda-feira, 4,1%.

Para os encaminhamentos oriundos de municípios de outros Estados, a distribuição dos atendimentos não apresentou grandes variações, destacando-se o sábado e o domingo, ambos com 0,2%; portanto, nesse caso, a maior parte dos encaminhamentos acontece nos finais de semana.

Outro dado que é apresentado na Tabela 6 é o número de atendimentos que não foi possível identificar a procedência do paciente, totalizando 6,2%. Isso demonstra a inadequação quanto ao preenchimento da ficha de atendimento no SU.

A Tabela 7 mostra a distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU de um hospital de ensino, segundo tempo de permanência e procedência dos pacientes atendidos na SU da UEHCFMRP-USP.

Tabela 7 - Distribuição dos atendimentos da especialidade clínica médica no SU de um hospital de ensino, segundo tempo de permanência e procedência dos pacientes no ano 2007, Ribeirão Preto, SP

Tempo de permanência (horas)	**Procedência**											
	Ribeirão Preto (RP)		**DRS-XIII (exceto RP)**		**Outros municípios de SP**		**Municípios outros Estados**		**Sem informação**		**Total**	
	Nº	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
<6h	1260	23,9	615	11,6	53	1,0	21	0,4	156	3,0	2105	39,8
6 ├ 12	498	9,4	287	5,4	30	0,6	8	0,2	48	0,9	871	16,5
12 ├ 18	287	5,4	139	2,6	13	0,2	1	0,02	26	0,5	466	8,8
18 ├ 24	245	4,6	73	1,4	9	0,2	4	0,07	21	0,4	352	6,7
≥24	1050	19,9	265	5,0	47	0,9	11	0,2	75	1,4	1448	27,4
Não especificado	27	0,5	11	0,2	1	0,02	0	0	4	0,07	43	0,8
Total	**3367**	**63,7**	**1390**	**26,3**	**153**	**2,9**	**45**	**0,8**	**330**	**6,2**	**5285**	**100**

Fonte: SIHG do HCFMRP-USP, 2007

Como mostra a Tabela 7, o tempo de permanência apresentou distribuição semelhante para pacientes de várias procedências, em Ribeirão Preto, 23,9% dos atendimentos realizados permaneceram por tempo inferior a 6 horas, o mesmo ocorreu para os municípios da DRS-XIII com 11,6%, para outros municípios de São Paulo, 1%, e em outros municípios de outros Estados, 0,4%. O segundo tempo de permanência mais frequente nos encaminhamentos, em Ribeirão Preto, foi superior a 24 horas, para os municípios da DRS-XIII 5,6% permaneceram entre 6 e 12 horas, assim como em outros municípios do Estado de São Paulo, 0,6%, e nos municípios de outros Estados, 0,2%, e para permanência superior a 24 horas, 0,2%.

Deve-se considerar que, dentre os atendimentos realizados no SU, em 2007, 6,2% desses não tiveram registro do local de origem ao darem entrada no serviço, prejudicando a análise sobre os encaminhamentos referentes a outras unidades de saúde e como essa se vincula ao nível de atenção terciária do hospital de ensino em estudo.

Um aspecto relativo à organização do SU em estudo é que o paciente atendido permanece até 24 horas no serviço apenas com uma ficha de atendimento, sem realizar internação hospitalar. Após esse período, é realizada a internação do mesmo, seja para outra unidade do hospital ou, caso não tenha leito disponível para o encaminhamento adequado para outra unidade, a fim dar continuidade ao tratamento iniciado no SU o paciente fica internado no próprio local até que haja vaga disponível para ele em outro setor do hospital, ou a transferencia para outro serviço de saúde, de acordo com as possibilidades do sistema de saúde e das condições de saúde do paciente.

Essa situação pode comprometer a atenção prestada ao paciente, pois, o mesmo fica em uma maca, leito improvisado, em local que não tem infraestrutura para a realização de cuidados em médio e longo prazo. Além da possível falta de funcionários para atender a demanda desses pacientes e, simultaneamente, atender outras urgências e emergências que chegam constantemente à unidade, ocorrendo portanto, assistência fragmentada, de baixa qualidade, visto que são rotinas distintas que devem ser realizadas concomitantemente.

A Tabela 8 apresenta a distribuição dos atendimentos da especialidade clínica médica no SU da UEHCFMRP-USP, segundo motivo de saída e procedência dos atendimentos.

Tabela 8 - Distribuição dos atendimentos da especialidade clínica médica no SU de um hospital de ensino, segundo motivo de saída e procedência dos atendimentos no ano 2007, Ribeirão Preto, SP

Motivo de saída	**Procedência**											
	Ribeirão Preto (RP)		**DRS-XIII (exceto RP)**		**Outros municípios SP**		**UBS de RP**		**UBS de outros municípios**		**Total**	
	Nº	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Internação	2178	41,2	891	16,9	87	1,6	24	0,4	194	3,7	3374	63,8
Alta médica	1062	20,1	429	8,1	59	1,1	16	0,3	117	2,2	1683	31,8
Óbito <24h	37	0,7	30	0,6	0	0	2	0,04	1	0,02	70	1,3
Encaminhamento p/ ambulatório	25	0,5	14	0,3	2	0,04	0	0	5	0,09	46	0,9
Ficha não retornou ao SAME	14	0,3	4	0,07	1	0,02	1	0,02	5	0,09	25	0,5
Encaminhamento p/ UBS	13	0,2	10	0,2	0	0	1	0,02	4	0,07	28	0,5
Abandono, evasão	23	0,4	8	0,1	2	0,04	0	0	2	0,04	35	0,7
Alta a pedido	4	0,07	1	0,02	1	0,02	0	0	1	0,02	7	0,1
Encaminhamento p/outros hospitais	11	0,2	3	0,05	1	0,02	1	0,02	1	0,02	17	0,3
Total	**3367**	**63,7**	**1390**	**26,3**	**153**	**2,9**	**45**	**0,8**	**330**	**6,2**	**5285**	**100**

Fonte: SIHG do HCFMRP-USP, 2007

Neste estudo, encontrou-se que o principal motivo de alta foi a internação, destino de 63,4% dos pacientes atendidos, seguida por alta médica, após o atendimento inicial, em 31,8% dos casos. Os encaminhamentos para outras unidades, encaminhamentos para outros hospitais, alta pedido e evasão apresentaram percentuais próximos e baixos.

Outra informação importante apresentada na Tabela 8 são os óbitos com menos de 24 horas no SU, 1,3% do total de atendimentos. Ao utilizar a mortalidade como parâmetro para avaliação do serviço deve-se considerar também as características dos atendimentos e a gravidade dos casos atendidos. Os serviços de maior complexidade tecnológica, como é o caso do SU em estudo, capacitados para o atendimento de pacientes graves, e um centro de referência terciária para a DRS-XIII, a taxa de mortalidade pode ser mais elevada devido às patologias abordadas e ao maior risco de vida apresentado pelo próprio perfil do paciente que chega ao serviço.

A Tabela 9 apresenta a distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU da UEHCFMRP-USP segundo tempo de permanência e CID-10 de alta.

Tabela 9 - Distribuição dos atendimentos, da especialidade clínica médica, no SU de um hospital de ensino, segundo tempo de permanência e CID-10 de alta de pacientes, no ano 2007, Ribeirão Preto, SP

CID principal	Tempo de permanência (h)													
	<6		6 ├ 12		12 ├ 18		18 ├ 24		≥ 24		Não espec		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%
I10	125	5,9	51	5,9	23	4,9	20	5,7	44	3	1	2,3	264	5
I678	58	2,8	32	3,7	16	3,4	5	1,4	77	5,3	0	0	188	3,6
I200	42	2	19	2,2	12	2,6	5	1,4	15	1	0	0	93	1,8
I48	28	1,3	14	1,6	7	1,5	5	1,4	16	1,1	0	0	70	1,3
I110	15	0,7	9	1	6	1,3	3	0,9	31	2,1	0	0	64	1,2
I469	39	1,9	4	0,5	1	0,2	0	0	0	0	2	4,7	46	0,9
I619	19	0,9	12	1,4	6	1,3	2	0,6	6	0,4	0	0	45	0,9
Outros (sistema I)	182	8,6	84	9,6	49	10,5	20	5,7	103	7,1	0	0	438	8,3
R69	112	5,3	41	4,7	28	6	35	9,9	25	1,7	10	23,3	251	4,7
R074	20	1	11	1,3	4	0,9	6	1,7	6	0,4	0	0	47	0,9
R51	21	1	4	0,5	4	0,9	4	1,1	13	0,9	1	2,3	47	0,9
R509	11	0,5	7	0,8	7	1,5	4	1,1	13	0,9	0	0	42	0,8
Outros (sistema R)	123	5,8	56	6,4	28	6	19	5,4	92	6,4	2	4,7	320	6,1
J189	40	1,9	14	1,6	9	1,9	9	2,6	39	2,7	1	2,3	112	2,1
J159	23	1,1	21	2,4	12	2,6	10	2,8	41	2,8	0	0	107	2
J441	8	0,4	9	1	5	1,1	2	0,6	23	1,6	0	0	47	0,9
Outros (sistema J)	82	3,9	41	4,7	22	4,7	12	3,4	47	3,3	0	0	204	3,9
Z760	88	4,2	6	0,7	1	0,2	0	0	0	0	0	0	95	1,8
Z018	61	2,9	8	0,9	2	0,4	1	0,3	0	0	3	7	75	1,4
Z098	46	2,2	6	0,7	0	0	0	0	0	0	1	2,3	53	1
Outros (sistema Z)	96	4,6	17	2	6	1,3	9	2,6	33	2,3	1	2,3	162	3,1
G401	9	0,4	3	0,3	5	1,1	3	0,9	29	2	0	0	49	0,9
G439	21	1	2	0,2	0	0	2	0,6	0	0	0	0	25	0,5
Outros (sistema G)	61	2,9	34	3,9	18	3,9	22	6,3	119	8,2	3	7	257	4,9
S610	42	2	19	2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	61	1,2
S0690	21	1	5	0,6	4	0,9	3	0,9	7	0,5	0	0	40	0,8
S618	25	1,2	8	0,9	1	0,2	0	0	0	0	1	2,3	35	0,7
Outros (sistema S)	114	5,4	41	4,7	16	3,4	12	3,4	11	0,8	0	0	194	3,7
T632	33	1,6	8	0,9	1	0,2	1	0,3	0	0	0	0	43	0,8
T424	4	0,2	3	0,3	7	1,5	5	1,4	5	0,3	0	0	24	0,5
Outros (sistema T)	71	3,4	34	3,9	29	6,2	16	4,5	60	4,1	1	2,3	211	4
B 238	9	0,4	9	1	5	1,1	1	0,3	27	1,9	0	0	51	1
B572	20	1	11	1,3	9	1,9	1	0,3	11	0,8	2	4,7	554	1
Outros (sistema B)	24	1,1	9	1	15	3,2	8	2,3	69	4,8	2	4,7	127	2,4
D66	25	1,2	6	0,7	0	0	1	0,3	4	0,3	0	0	36	0,7
D70	3	0,1	1	0,1	0	0	4	1,1	16	1,1	0	0	24	0,5
Outros (sistema D)	20	1	22	2,5	6	1,3	14	4	58	4	2	4,7	122	2,3
N390	21	1	9	1	4	0,9	4	1,1	28	1,9	3	7	69	1,3
Outros (sistema N)	30	1,4	15	1,7	6	1,3	5	1,4	31	2,1	1	2,3	88	1,7
A419	16	0,8	7	0,8	3	0,6	2	0,6	5	0,3	0	0	33	0,6
A09	13	0,6	7	0,8	1	0,2	1	0,3	7	0,5	0	0	29	0,5
Outros (sistema A)	17	0,8	9	1	2	0,4	3	0,9	23	1,6	1	2,3	55	1
Outros sistemas (C, E, F, H, K, L, M, O, P, Q, V, W, X, Y)	263	12,5	141	16,2	86	18,5	73	20,7	314	21,6	5	11,6	882	16,7
Não especificado	4	0,2	2	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0,1
Total	**2105**	**100**	**871**	**100**	**466**	**100**	**352**	**100**	**1448**	**100**	**43**	**100**	**5285**	**100**

Fonte: SIHG HCFMRP-USP, 2007

A hipertensão essencial (primária), I10, corresponde ao diagnóstico médico de 5,9% dos atendimentos que permaneceram até 6 horas no SU, 5,9% entre 6 e 12 horas e 3% para os atendimentos que permaneceram tempo superior a 24 horas.

No sistema R – Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não classificados em outra parte, as causas desconhecidas e não especificadas de morbidade, R69, apresentaram maior número de atendimentos com tempo de permanência não especificado correspondendo a 23,3%.

Dentre as doenças do Sistema J - Doenças do Sistema Respiratório, a pneumonia não especificada, J189, teve 2,7% dos atendimentos com tempo de permanência igual ou superior a 24 horas.

A análise do diagnóstico médico e tempo de permanência deve considerar que as doenças crônicas não transmissíveis apresentam variações quanto às manifestações e complicações, decorrentes do processo de adoecimento que se refletem na capacidade de restaurar a saúde de cada indivíduo e de possível existência de outras comorbidades associadas, o que agrava a complexidade do atendimento, aumentando o tempo de permanência do indivíduo no serviço de saúde.

Considerando os dados apresentados, no próximo tópico serão discutidos os achados à luz do referencial teórico adotado.

7 DISCUSSÃO

A necessidade de uso racional e adequado de recursos humanos, materiais e financeiros, em cada nível de atenção, tem estimulado a discussão sobre a participação do hospital no sistema de saúde. O aumento da demanda por atendimento nos serviços de saúde, especialmente em urgência/emergência hospitalar, requer a adoção de estratégias governamentais, institucionais e profissionais para adequar o sistema local de saúde sob a perspectiva das diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências e do SUS.

As causas que levam ao aumento da demanda nos serviços de urgência/emergência são diversas e refletem questões sociais, epidemiológicas, culturais, além de aspectos relativos à organização do sistema de saúde.

Para Silva (2007), é preocupante o incremento dos atendimentos nos serviços de urgência/emergência nas últimas décadas, tal situação requer de adoção de estratégias organizacionais para dimensionar adequadamente esses serviços no sistema local de saúde e, nesse sentido, delinear o perfil epidemiológico dos atendimentos é uma estratégia importante no planejamento de ações em diferentes esferas do sistema local de saúde, para evitar a demanda exacerbada por serviços hospitalares.

O acúmulo de pacientes em serviços de urgência/emergência é um problema para os setores públicos e privados, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, embora o objetivo desses serviços seja atender pacientes em caráter de urgência/emergência, na prática, a demanda por esses serviços extrapola a questão da urgência/emergência, tanto por questões relativas aos próprios usuários quanto por questões organizacionais do sistema de saúde (LOVALHO, 2004).

O atendimento de urgência/emergência visa reestabelecer parâmetros vitais do indivíduo, requer profissionais adequadamente capacitados, materiais e equipamentos disponibilizados rapidamente para antecipar o atendimento, tem especificidades que diferenciam a sua organização dos demais serviços de saúde, na medida em que recebe pacientes de diversas unidades de saúde, com quadros clínicos de complexidade variada, em diferentes especialidades. Além dos aspectos relativos à atenção à saúde, muitas vezes esse serviço, por sua condição de

atendimento ininterrupto e por falhas na organização do sistema local de saúde, torna-se o serviço de saúde cujo acesso é facilitado ao usuário; desse modo, recebe demanda que poderia ter tido seus problemas de saúde resolvidos em outro nível de complexidade.

O enfermeiro, em particular, deve buscar novos instrumentos para organização do trabalho, de modo a promover a melhoria da assistência de enfermagem, além de favorecer a utilização adequada de recursos humanos e materiais para atender às necessidades apresentadas pelos usuários. Nesse sentido, torna-se importante conhecer o perfil social, demográfico e epidemiológico dos usuários da área de abrangência, no qual o serviço de saúde está inserido, e como esse se articula com as demais instâncias de atenção à saúde dentro do SUS no município.

Nos serviços de urgência/emergência, o enfermeiro, além da participação direta na assistência, tem a atribuição de prover adequadamente a sua unidade, disponibilizar recursos materiais e humanos, propiciando a organização de serviço que equilibre demanda e recursos necessários.

A imprevisibilidade é característica determinante nos serviços de urgência/emergência e pode ser minimizada, utilizando como subsídio os resultados de estudos que permitam identificar o perfil populacional, as morbidades mais frequentes no serviço, além de aspectos organizacionais relativos aos atendimentos, suas variações nos meses do ano, dias da semana, horários do dia, município e unidade de procedência dos pacientes.

Conhecer o perfil dos atendimentos permite organização direcionada aos casos que se apresentam com maior frequência, com a capacitação dos trabalhadores, previsão de quantidade e tipo de material adequado para o serviço e a articulação com outros serviços que foram referência para a urgência/emergência. Por exemplo, determinado serviço que está localizado em uma região, na qual os indivíduos estão mais expostos à violência e acidentes de trânsito, requer organização diferenciada de outra unidade de urgência/emergência que se localiza em um município com altos índices de hipertensão arterial e diabetes, ou seja, é desejável que a especificidade da demanda subsidie a organização do serviço.

No contexto de saúde atual, as doenças crônicas apresentam incremento considerável de casos tanto nos países em desenvolvimento quanto nos países desenvolvidos, com consequências econômicas para ambos. É esperado que, em

2020, as condições crônicas, dentre elas as doenças cardíacas, o acidente vascular cerebral, a depressão e o câncer, atinjam 60% das causas de morte no mundo (OMS, 2003).

Essa perspectiva de perfil da mortalidade mundial evidencia a necessidade de modificações nos sistemas de saúde, integrando os serviços adequadamente, a fim de evitar a fragmentação do atendimento e facilitar a troca de informação entre os mesmos, para favorecer a integralidade da atenção.

No Brasil, as informações em saúde, disponibilizadas pelo DATASUS, não permitem conhecer o perfil do atendimento de urgência/emergência nas diferentes especialidades médicas, entretanto, é possível caracterizar o perfil de internação hospitalar. Em 2006, no Brasil, aconteceram 11 338 039 internações hospitalares, a especialidade clínica médica foi responsável por 3 756 228 internações, seguida pela clínica cirúrgica com 3 123 517 internações, as demais especialidades apresentaram menor número de internações. Acredita-se que esses números evidenciam a magnitude da especialidade clínica médica na atenção hospitalar (DATASUS, 2008).

Neste estudo, ressalta-se que 54,1% dos atendimentos clínicos foram para pacientes do sexo masculino.

O município de Ribeirão Preto tem 563 107 habitantes, sendo 294 511 do sexo feminino (DATASUS, 2008). Desse modo, não se pode afirmar que a predominância de atendimento em pacientes do sexo masculino decorre da composição da população do município.

Estudo de Silva et al. (2007), realizado para caracterizar o perfil da demanda de emergência, em clínica médica, em um hospital de Florianópolis, SC, analisando pacientes internados e não internados, concluiu que em ambos os grupos houve predomínio de pacientes do sexo feminino.

Jacobs e Matos (2005), analisando os atendimentos realizados em uma unidade de emergência de um hospital de Salvador, BA, concluíram que 53,1% dos atendimentos foram em pacientes do sexo feminino e 46,9% em pacientes do sexo masculino.

Estudo acerca do perfil do serviço de emergência, no Hospital da Restauração, em Recife, PE, teve como resultado alternância entre o sexo masculino e feminino, de acordo com a faixa etária e ano do estudo, porém, de

modo geral, o sexo feminino foi mais frequente (FURTADO; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2004).

Estudo realizado no município de Belo Horizonte, MG, sobre o atendimento de urgência hospitalar, mostrou variação na distribuição, segundo sexo, nas diferentes especialidade médicas, com predomínio das mulheres, em clínica médica; em clínica cirúrgica e ortopedia, a maior demanda de pacientes foi do sexo masculino (ROCHA, 2005).

Além de aspectos relativos ao gênero, acredita-se que a análise dos atendimentos, segundo a faixa etária, permite a identificação de grupos vulneráveis a determinados agravos de saúde, favorecendo a adoção de medidas específicas.

Neste estudo, constatou-se que 62,8% dos atendimentos se refere a pacientes na faixa etária de 18 a 59 anos. Trata-se de população adulta e em plena fase produtiva da vida, para a qual o adoecimento traz implicações individuais, familiares e sociais.

Segundo dados do IBGE (2001), a maior concentração etária da população brasileira está na faixa etária entre 10 e 19 anos de idade, representando 19% do total, seguida pela população de faixa etária entre 20 e 29 anos, que corresponde a 18% da população.

No estudo de Furtado, Araújo e Cavalcanti (2004), sobre atendimento a urgências, a faixa etária de 20 a 49 anos correspondeu a 56,2% dos atendimentos.

Estudo de Silva et al. (2007), já citado anteriormente, constatou idade média de 30,8 anos para pacientes não internados e 55,9 anos para pacientes internados.

Para Jacobs e Matos (2005), os atendimentos a pacientes na faixa etária de 15 a 34 e de 35 a 64 anos correspondeu a 28,5 e 30,4% dos pacientes, respectivamente.

Segundo IBGE (2001), para o Brasil como um todo, a população com mais de 60 anos de idade representa aproximadamente 10% do total. Nesta pesquisa, os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos foi responsável por 37,2% dos atendimentos.

Um dado que se destaca nos resultados deste estudo é o número de atendimentos a pacientes acima de 80 anos, que corresponde a 8,1% do total.

Entende-se, que, diversos aspectos contribuem para o elevado percentual de idosos atendidos. Em primeiro lugar, o processo de envelhecimento associa-se ao aumento dos riscos de incidência de inúmeras doenças, quer pelo próprio processo

biológico, quer pelos longos períodos de exposição a agentes patógenos. A maior incidência e prevalência de eventos mórbidos nos idosos resultam em demanda relativamente maior para os serviços de saúde, com maior número de consultas, atendimento por especialistas e maior tempo médio de internação, quando comparada com a de outros grupos etários. Além disso, as especificidades dos quadros clínicos desse grupo requerem, com frequência, a utilização de serviços de saúde de maior complexidade e custo.

O acesso a serviços de saúde adequados às suas necessidades é importante fator na qualidade de vida dos idosos (OPAS, 2003).

O envelhecimento da população é uma característica do final do século XX, com a redução da mortalidade infantil e da fecundidade, simultaneamente ao processo de envelhecimento, o que reflete diretamente no consumo de serviços na área da saúde, visto que a população acima de 65 anos requer demanda quatro vezes maior de internações hospitalares se comparada à média da população (VECINA NETO; MALIK, 2007).

O atual perfil de envelhecimento na região das Américas decorre de padrões de crescimento populacional vivenciado nas últimas décadas, caracterizado pelo brusco declínio da mortalidade após a década de 40, diminuição dos níveis da fecundidade, relativa modificação nos padrões sócioeconômicos que acarretam processo de envelhecimento muito mais rápido que em muitos países desenvolvidos, além da elevação da idade média da população e do aumento na velocidade de envelhecimento (OPAS, 2003).

Outra mudança social importante que se está vivenciando é o aumento dos níveis de escolaridade da população como um todo, principalmente da mulher, com a ampliação de sua participação no mercado de trabalho. Uma população com maior nível conhecimento e educação passa a exigir melhoria das suas condições de vida, inclusive a saúde (OPAS, 2002).

Para melhor conhecer o perfil dos usuários atendidos no serviço de saúde estudado, considera-se, aqui, também o nível de escolaridade, sendo que a maior parte dos atendimentos ocorreu em indivíduos que cursaram ensino fundamental (73,9%).

Para Mendes (2005), as características observadas da clientela atendida no serviço de urgência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

foi de baixa escolaridade, sendo que 70% dos entrevistados apresentou escolaridade equivalente ao ensino de 1˚ grau completo, ou menos.

No estudo de Rocha (2005), o nível de escolaridade predominante na clientela foi o primeiro grau incompleto, com pequeno índice de pessoas sem instrução.

Os anos de escolaridade, no Brasil, mostraram boa aproximação das condições socioeconômicas e, além disso, são uma informação relativamente fácil e precisa de ser obtida (OPAS, 2003).

No estudo Saúde Bem-estar e Envelhecimento (SABE), grande proporção dos idosos entrevistados, 77,9%, referiram até quatro anos de escolaridade, 9% declararam ter frequentado escola por até oito anos, 7,6%, por até onze 11 anos e somente 5,5% freqüentaram escola por doze anos, ou mais. Esses dados evidenciam a grande concentração de idosos com baixa escolaridade e, provavelmente, vivendo em precárias condições socioeconômicas (OPAS, 2003).

Pode-se dizer que, de modo geral, a região das Américas vive processo de transição epidemiológica caracterizado pelo aumento da incidência das doenças crônicas não transmissíveis (OMS, 2003).

As doenças cardiovasculares, as doenças crônicas obstrutivas das vias respiratórias, o câncer e o *diabetes mellitus* são doenças crônicas não-transmissíveis, responsáveis por duas em cada três mortes para menores de 70 anos de idade na população. Em 2000, das 3 537 000 mortes registradas na América Latina e Caribe, 67% foram causadas por essas doenças (OPAS, 2007).

Na América Latina e Caribe a doença isquêmica do coração e o câncer foram causa da maioria das mortes na faixa etária de 20 a 50 anos. As doenças crônicas não transmissíveis, além de provocarem mortalidade precoce, causam complicações, sequelas e invalidez, afetando a capacidade funcional e limitando a produtividade (OPAS, 2007).

A incidência de agravos à saúde no Brasil apresenta características específicas para cada grupo etário. A população jovem e adulta, principalmente do sexo masculino, têm mortalidade elevada por causas externas, enquanto os mais idosos são acometidos por outros problemas de saúde, tais como neoplasias, doenças respiratórias e doenças cardiovasculares (OPAS, 2002).

A incidência de doenças sofre variações quanto ao gênero. As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte para ambos os sexos, a segunda

causa para o sexo masculino são as causas externas e para o sexo feminino as neoplasias, em terceiro lugar para os homens aparecem as neoplasias e para as mulheres as doenças do aparelho respiratório (OPAS, 2002).

Estudo de Barreto e Carmo (2007), analisando as tendências da participação relativa das internações por grupo de doenças, constatou as doenças respiratórias como a primeira causa de internação, seguida pelas doenças cardiovasculares, doenças infecciosas, causas externas e neoplasias.

No ano 2005, no Brasil, as principais causas de morte foram as doenças do sistema circulatório, a segunda causa foram as neoplasias e em terceiro as causas externas, havendo variações quanto à faixa etária dos indivíduos, gênero e região geográfica (SVS, 2008).

O presente estudo encontrou como diagnóstico médico de alta mais frequente, segundo CID-10, a hipertensão essencial (primária), classificada dentro do Sistema I – Doenças do Aparelho Circulatório, com 4,9% dos atendimentos realizados no SU, tal situação corresponde aos resultados de outros estudos.

Aparece como segundo diagnóstico mais frequente, 4,7% dos atendimentos, as causas desconhecidas e não especificadas de morbidade, dentro do Sistema R - Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não classificados em outra parte, que compreende uma série de afecções inespecíficas. Tal grupo de diagnóstico pode representar as características do atendimento de urgência/emergência, na medida em que em algumas situações não é possível determinar o diagnóstico médico durante o período curto de permanência do paciente no serviço.

No estudo de Jacobs e Matos (2005), três grupos de doenças foram mais frequentes. Em primeiro lugar as doenças relativas ao Sistema R - Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos de Laboratório não classificados em outra parte com 28,5% dos atendimentos, doenças classificadas no Sistema J - Doenças do aparelho respiratório com 16,4% dos atendimentos e afecções listadas no Sistema S- Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas com 11%.

Os mesmos autores afirmaram que as principais causas de atendimento, segundo patologia, foram a febre (5,6%), a diarréia e gastroenterocolite de origem infecciosa presumível (4,5%), a dispnéia (4,1%), a hipertensão essencial (4%) e a dor abdominal (3,9%).

Identificar o município de procedência e a unidade de origem dos pacientes atendidos permite caracterizar o fluxo dos usuàrios no sistema de saúde, favorece o diagnóstico de possíveis distorções, bem como, pode permitir a avaliação da pertinência dos encaminhamentos para um serviço hospitalar de alta complexidade. Desse modo é possível implementar melhorias e a capacitação das equipes nas unidades e municípios de origem para melhorar a resolutividade dentro do próprio sistema de saúde.

Quanto à procedência, a maioria dos atendimentos foi realizado em pacientes procedentes do município de Ribeirão Preto (63,7%).

Silva (2007) em estudo realizado em Florianópolis - SC constatou que os atendimentos de indivíduos residentes no próprio município corresponderam a 84% para pacientes não internados e, 74,6% para pacientes internados.

Para Furtado, Araújo e Cavalcanti (2004) 90% dos atendimentos no serviço de urgência foram de pacientes procedentes do município de Recife, onde està situado o hospital de estudo.

No estudo de Rocha (2005) a maioria dos atendimentos também correspondeu aos moradores do município onde estava localizado a Unidade de Pronto Atendimento, Belo Horizonte – MG.

O estudo realizado por Jacobs e Matos (2005) constatou que 86,5% dos pacientes eram de Salvador - BA, município onde estava localizado o serviço de urgência.

A hierarquização e a regionalização, princípios organizativos dos SUS, visam a reorganização do sistema com a finalidade de conhecer detalhadamente as necessidades e demandas de saúde, além de prever recursos necessários para determinada área de abrangência, na perspectiva de favorecer o acesso e alocar de forma mais homogênea dos recursos. É desejável que o usuário procure atendimento na unidade de saúde que é referência em sua área de abrangência, ou seja, próxima ao local onde reside, de modo a não sobrecarregar as unidades de maior complexidade. Faz-se necessário que a demanda por serviços de urgência/emergência seja referenciada para favorecer a organização do serviço e adequar o atendimento prestado.

Diante deste contexto, no ambiente dos serviços de urgência/emergência, o conhecimento de alguns aspectos organizacionais relativos ao fluxo de pacientes no serviço, pode subsidiar ações gerenciais do enfermeiro que se referem a distribuição

de pessoal, escala diària, mensal e de férias, previsão e provisão de recursos materiais conforme a variação do número de atendimentos. Isso favorece uma melhora na qualidade da assistência prestada uma vez que a disponibilidade de recursos humanos e materiais pode se tornar mais adequada.

O mês de maior procura ao SU foi janeiro e o de menor procura foi o mês de novembro, com respectivamente 10% e 7,3% dos atendimentos no período estudado.

No estudo de Silva (2007) o mês com maior demanda foi abril (9,2%) para os pacientes não internados e os meses de janeiro (9,8%) e março (9,8%) para os pacientes internados. Para o primeiro grupo o mês com menor número de atendimentos foi julho 5,5% e para o segundo grupo o autor não observou diferenças estatísticas importantes nos demais meses do ano.

No estudo de Furtado, Araújo e Cavalcanti (2004) a distribuição dos atendimentos durante o ano foi relativamente equânime, apresentando uma queda considerável no mês de fevereiro coincidindo com o período do carnaval.

Em outro estudo, Jacobs e Matos (2005) observaram que os meses com maior número de atendimentos foram janeiro, março e maio, setembro foi o mês com menor número de atendimentos.

Os estudos evidenciam variação nos meses do ano, acreditamos que tal situação decorre de variações regionais e sazonais que interferem no padrão de adoecimento e respectivo atendimento da população.

Na variável referente ao dia da semana, encontramos uma demanda maior na segunda-feira (16%), o que condiz com o estudo de Furtado, Araújo e Cavalcanti (2004) e de Jacobs e Matos (2005) que apresentam como dia da semana com maior procura a segunda-feira.

Ainda segundo Jacobs e Matos (2005) a maior demanda por atendimento às segundas-feiras é uma provável conseqüência do acúmulo de atendimentos gerados durante os finais de semana, nos quais ocorre uma diminuição na oferta dos serviços de saúde fazendo com que os usuários do SUS procurem os serviços de urgência/emergência para resolução dos seus problemas de saúde.

Para Silva (2007) os dias mais procurados foram as terças-feiras para os pacientes não internados e as quintas-feiras para os pacientes internados.

O estudo identificou que no período das 12 às 24h, ocorreram 67,1% dos atendimentos.

Resultado semelhante foi encontrado no trabalho de Silva (2007) para os atendimentos de urgência/emergência que geraram ou não internação hospitalar.

Para Furtado, Araújo e Cavalcanti (2004) a maior demanda pelo serviço de urgência/emergência foi durante o dia.

No estudo de Jacobs e Matos (2005) 86,2% dos atendimentos aconteceram entre 8 e 22 horas e 59 minutos.

A análise do motivo de alta, tempo de permanência na unidade e unidade de destino do paciente, possibilitam elaborar hipóteses sobre a gravidade do paciente atendido. Os casos que necessitam de cuidados intensivos, não são encaminhados à atenção primária após alta do serviço de urgência/emergência, permanecem recebendo assistência hospitalar, enquanto pacientes que apresentam uma condição clínica estável, podem ser encaminhados para o seguimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF).

O principal motivo de alta do serviço estudado foi a internação hospitalar. Tal resultado permite supor que a maioria dos atendimentos, que de fato, precisavam ser encaminhados para a atenção hospitalar, uma vez que além do atendimento de urgência/emergência houve necessidade de continuidade de tratamento em nível hospitalar.

Em contrapartida, 31,8% dos atendimentos geraram alta médica logo em seguida; tal resultado, em nosso entendimento, evidencia que novas investigações devem ser feitas a fim de esclarecer estes dados, uma vez que não é esperado que um atendimento de urgência/emergência em um hospital de alta complexidade seja finalizado com a liberação do paciente, sem continuidade de tratamento.

Segundo Lovalho (2004) 65% dos pacientes que procuram os serviços de urgência/emergência não constituem em uma emergência verdadeira.

A alta hospitalar do serviço de urgência foi o motivo de saída para 79% dos atendimentos (JACOBS; MATOS, 2005).

Os serviços de maior complexidade tecnológica, como é o caso do SU em estudo, que estão capacitados para o atendimento de pacientes graves, sendo um centro de referência terciária para à DRS XIII, a taxa de mortalidade pode ser mais elevada devido as patologias atendidas e o maior risco de vida apresentada pelo próprio perfil do paciente que chega ao serviço.

No estudo realizado foi constatado que o maior contingente de pacientes permaneceu na unidade um tempo inferior a seis horas.

Para Jacobs e Matos (2005) o tempo de permanência na unidade de emergência no hospital no qual realizou o seu estudo foi em média de 282,9 minutos. Este tempo varia de acordo com a especialidade do atendimento, sendo mais baixo em pediatria, com média de 253,8 minutos, e mais alto na neurologia, com média de 331,5 minutos. De acordo com o tipo do atendimento, o tempo de permanência evolui de 236,5 minutos, nas consultas seguidas de alta, passando por 257,4 minutos nas consultas seguidas de internação, 463,2 minutos nas consultas com observação e alta, chegando até 533,2 minutos nas consultas seguidas de observação e internação.

Encontramos em nosso estudo o tempo de permanência no serviço menor que 6 horas em 39,8% dos atendimentos e para 27,4 % dos atendimentos a permanência foi superior a 24 horas. Neste estudo não tivemos o objetivo de classificar os atendimentos por complexidade, mas acreditamos que esta seja uma possível justificativa para a variação no tempo de permanência.

Acreditamos que o tempo de permanência nos serviços de urgência/emergência deva ser melhor estudado, visto que na literatura tivemos dificuldade em encontrar trabalhos a fim de comparar os dados obtidos neste estudo. Foram levantados alguns trabalhos que apresentavam tempo de permanência segundo a patologia do paciente e não do tempo médio dos atendimentos em salas de urgência/emergência.

A unidade de destino do paciente atendido permite analisar a maneira como está ordenado o sistema local de saúde. No caso desse estudo, o destino mais freqüente foi a internação no hospital onde está situado o SU. Importante planejar recursos que sirvam de suporte para o atendimento de urgência, tanto para os casos que necessitem de internação quanto aqueles que requerem atendimento ambulatorial, ou seja, o paciente atendido no serviço de urgência requer continuidade de seu tratamento em outra esfera do sistema de saúde.

Para a OPAS (2003) a fragmentação dos serviços no setor da saúde, com diferentes sub-sistemas funcionando de forma desarticulada, ignorando a existência um do outro mutuamente e, chegando a competir entre si, ocorre a concentração da demanda pelo atendimento hospitalar e na assistência individual, em detrimento dos serviços de saúde pública, atenção primária. A fragmentação impede a implementação de medidas eficazes em função dos custos, dificulta atingir parâmetros de qualidade comuns aos vários serviços, o conteúdo, o custo e a

aplicação das medidas de saúde e eleva seu custo, e estimula a utilização pouco eficiente dos recursos dentro do sistema.

Tal característica decorre da estruturação dos serviços de saúde para o atendimento de saúde dentro do conceito de doenças agudas e infecciosas, sendo eficazes no atendimento nos casos esporádicos e urgentes. No entanto, a mudança no perfil epidemiológico das doenças causaram uma incompatibilidade com tal modelo, sendo necessário a elaboração de novas estratégias dentro dos serviços de saúde que atendam tanto os problemas agudos quanto as condições crônicas.

Neste estudo foi possível identificar problemas no registro de alguns dados que são disponibilizados pelo SIGH. Consideramos que a coleta de dados sobre o paciente, no momento da entrada deste no serviço de urgência/emergência pode ser dificultado pelas próprias condições em que se encontra o paciente pela ausência de um acompanhante para fornecer as informações adequadas.

Entendemos que garantir a assistência ao paciente é prioritário e, em seguida, conforme as condições de cada caso e do próprio serviço devem ser tomadas providências administrativas no sentido de completar a coleta dos dados de modo a ter subsídios para alimentar o sistema de informação gerencial com dados que retratem, do modo mais completo possível, a realidade dos casos atendidos no serviço de urgência/emergência.

As possíveis falhas na coleta de dados na área da saúde é um tema bastante discutido na literatura. Embora este não tenha sido o enfoque deste estudo acreditamos ser importante relatar que identificamos problemas no registro de dados de algumas variáveis deste estudo como, por exemplo, a unidade de origem e destino do paciente atendido.

Segundo Lovalho (2004) a inadequação no registro de dados, retrata a realidade existentes em vários serviços de urgência nos quais a qualidade dos registros é péssima, o preenchimento da ficha de atendimento é incompleto e as letras ilegíveis, resultando em prejuízo para a organização da unidade e perda de informações para consulta e avaliação da qualidade no atendimento prestado.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização do sistema de saúde com base nos princípios de regionalização, hierarquização necessitam disponibilizar recursos adequados para atender às necessidades de saúde da população de determinada área de abrangência bem como ordenar o fluxo de usuários aos serviços de diferentes complexidades tecnológica da atenção básica à atenção hospitalar.

O modo de estruturação do SUS prevê o funcionamento de uma rede de atenção hierarquizada e regionalizada. Entretanto, por questões organizacionais do próprio sistema de saúde e dos diferentes serviços de saúde, ainda hoje, os serviços de urgência/emergência hospitalar se constituem em porta de entrada dos usuários, atendendo de imediato as suas necessidades de saúde.

Nos últimos anos é crescente a procura por atendimento nos serviços de urgência/emergência hospitalar, entretanto, o incremento na estruturação desses serviços ainda não é suficiente para suprir toda a demanda.

A legislação e as iniciativas de reorganização dos serviços de saúde, por si só, não são suficientes para garantir uma readequação do sistema vigente de atenção às urgências/emergências, trata-se de um processo contínuo de ordenação dos sistemas locais de saúde.

A mudança no perfil sócio-demográfico e etário da população mundial, com crescente aumento na expectativa de vida e conseqüente envelhecimento, além da modificação no perfil de morbi-mortalidade, antes caracterizado pelas doenças infecto-contagiosas e atualmente com a elevação de casos de doenças crônicas não transmissíveis, que se desenvolvem no decorrer da vida e que além de comprometerem a qualidade de vida do indivíduo, geram aumento da procura por serviços de saúde. Particularmente no Brasil entende-se que tal situação repercute no atendimento nos serviços de urgência/emergência fazendo com que sejam necessárias modificações organizacionais e gerenciais destas unidades diante dessa nova realidade sanitária.

Importante destacar que a terapêutica e o acompanhamento inadequados de pacientes em condições crônicas levam a agudização de quadros clínicos os quais podem demandar atendimento de urgência/emergência. Nesse sentido, cabe

destacar que as doenças crônicas não transmissíveis configuram-se em causa expressiva procura por atendimento nos serviços de urgência/emergência hospitalar.

Dentre as doenças crônico-não transmissíveis as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes se constituem em importante causa de morbi-mortalidade no Brasil.

Considerando esse contexto este estudo buscou caracterizar os atendimentos, na especialidade de clínica médica em SU de um Hospital de Ensino no interior do Estado de São Paulo, no ano de 2007, segundo variáveis demográficas, organizacionais e de diagnóstico médico de alta.

Para tanto realizou estudo descritivo, quantitativo, transversal, utilizando como técnica de coleta de dados a pesquisa documental em um banco de dados digital da instituição estudada.

No período de estudo os atendimentos foram mais freqüentes em homens (54,1%), com escolaridade de ensino fundamental (73,9%), na faixa etária de 18 a 59 anos (62,8%), procedentes do município de Ribeirão Preto (63,7%)

O diagnóstico médico de alta, segundo CID-10, mais freqüente foi a Hipertensão arterial primária (essencial), seguida pelas causas desconhecidas e não especificadas de morbidade e, em terceiro lugar as pneumonias.

Quanto as variáveis organizacionais encontramos que a maior procura por atendimento ocorreu às segundas-feiras, no período das 12 às 24 horas, tendo o mês de janeiro apresentado o maior número de atendimentos e o mês de junho o menor número de atendimentos.

Constatou-se que as urgências clínicas destinadas ao serviço, em sua maioria, gerou internação hospitalar e continuidade da assistência, evidenciando o perfil de atendimento de alta complexidade, ao qual o serviço é designado.

Os resultados deste estudo não permitem conhecer todos os aspectos relativos ao funcionamento do SU estudado. Entretanto, a caracterização do perfil dos atendimentos traz contribuição para identificar uma nuance do serviço de urgência, fornecendo subsídios para a sua organização.

Apesar das limitações, a análise dos dados obtidos neste estudo permitiu caracterizar o perfil dos atendimentos clínicos no SU da UEHCFMRP-USP, identificando gênero, faixa etária, escolaridade dos indivíduos, o dia, o mês e o período do dia de maior procura pelo serviço. Além dos diagnósticos mais freqüentes, o tempo de permanência na unidade e o município de procedência do

paciente atendido. Dados que permitem a identificação de problemas organizacionais e gerencias auxiliando na elaboração de estratégias para resolução destes problemas com base na realidade identificada. Considerando que a imprevisibilidade é inerente a este tipo de serviço, pode-se utilizar essas informações como ferramenta para auxiliar na organização e gerenciamento, facilitando a elaboração de escala de funcionários, solicitação de equipamentos e materiais, favorecendo a troca de informação com demais serviços de saúde no município, a reorganização do microespaço de atenção à urgência no hospital, além de fornecer subsídios para a gestão do sistema local de saúde.

9 REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 5, supl. 1, p. 28-42, 2002.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, Sup, p. 1779-1790, 2007.

BRASIL. Portaria Nº 1863/GM Em 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/samu/arquivos/portarias/portaria_1863gm.doc>. Acesso em: 15 mai 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Perfil de Mortalidade do brasileiro**. Brasília, 2008. (Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coletiva_saude_061008.pdf>. Acesso em: 15 mai 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde: População residente – São Paulo**. s.d. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsp.def>. Acesso em: 3 março 2009.

BRASIL. Portaria Nº 1863/GM Em 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/samu/arquivos/portarias/portaria_1863gm.doc>. Acesso em: 23 jun 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2048, de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 nov. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Regulação Médica das Urgências**. Brasília, DF, 2006. (Série A, Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual%20de%20Regulacao%20Medica%20das%20Urgencias.pdf>. Acesso em: março, 2008.

CERVO, A. L.; BERVAIN, P. A. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002. 242p.

CHAVES, L. D. P. **Produção de internações nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto-SP, 1996-2003**. 2005. 144 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CHAVES, L. D. P.; ANSELMI, M. L. Produção de internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev. gauch. enferm.**, v. 27, n. 4, p. 582-591, 2006.

FERNANDES, R. J. **Caracterização da atenção pré-Hospitalar móvel da secretaria da saúde do município de Ribeirão Preto – SP**. 2004. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FURTADO, B. M.; ALENCAR, S. M.; ARAUJO, J. L. C. Jr.; 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, 2004.

GOLDBAUM, M. A epidemiologia em busca da equidade em saúde. In: BARATA, R. B.; BARRETO, M. L.; ALMEIDA, N. Filho; VERAS, R. P., (Org.). **Equidade e Saúde**: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO, 1997. p. 63-80.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/estimativa.shtm. Acesso em: 14 fev. 2009, 21:15.

JACOBS, P. C.; MATOS, E. P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador – Bahia. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, **São Paulo,** v. 51, n. 6, p. 348-353, 2005.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O projeto SABE no município de São Paulo:** uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. 225 p.

LOVALHO, A. F. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. **Mundo Saúde (1995)**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 160-171, 2004.

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 Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007.

MENDES, E. U. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, E. U. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, H. W. B.; Almeida, E. S. Razões para a busca de assistência à saúde no Serviço de Urgência/Emergência de um Hospital Universitário. **Rev paul. Enf.**; São Paulo, v. 23, n. 3/4, p. 235-241, 2005.

NOVAES, H. M. D. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro**,** v. 12, n. 2, p. 7-12, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, OPAS. **Saúde nas américas.** Brasília, 2007. v. 1 – Regional.

PAVELQUEIRES, S. **Famílias: vítimas ocultas do trauma**. 2002. 228f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 298- 299.

PEREIRA, W. A. P.; LIMA, M. A. D. S. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. **Acta paul. Enferm.,** São Paulo, v. 19, n. 3, p. 279-283, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria da Saúde. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto: atualização**. Ribeirão Preto: Secretaria da Saúde, 2005. Mimeografado.

RIGHI, L. B. Municípios: território de produção de novas formas de gestão e atenção a saúde: considerações sobre a aposta e suas implicações a partir de um processo de formação de gestores. **Divulg. saúde debate**; Rio de Janeiro, n. 24, p. 9-27, 2001.

ROCHA, A. F. S. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de Pronto Atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte**. 2005, 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

ROSSINI, F. P. **A influência do perfil demográfico e epidemiológico das internações de urgência na gestão hospitalar**. 2007. 87f. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, N. Filho. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SANTOS, J. S. Da Fundação do Hospital das Clínicas à Criação da Unidade de Emergência e sua Transformação em Modelo Nacional de Atenção Hospitalar às Urgências. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 35, p. 403-418, jul.-set. 2002. Disponível em: <www.fmrp.usp. br/revista/2002/vol35n3/ue_50_anos_fmrp.pdf>. Acesso em: mar, 2008.

SANTOS, J. S. et al. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, p. 498-515, abr.-dez. 2003. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/avaliacao_modelo_organizacao_ue.pdf>. Acesso em: mar 2008.

SCARPELINI, S. A Organização do atendimento às urgências e trauma. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 315-320, jul.-set. 2007. Disponível em: <www.fmrp.usp.br/revista/ 2007/vol40n3/1_a_organizaca_atendimento_urgencias_e_trauma.pdf>. Acesso em: fev 2009.

SEADE. http://sistema.saude.sp.gov.br/tabnet/tabnet.exe?populacao.def . Acessado em 14/02/09 ás 21:50

SILVA, V. P. M. et al. Caracterização do perfil da demanda da emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Arq. catarin. med.**., Florianópolis, v. 36, n. 4, p. 18-27, 2007.

SIMÕES, C. C. S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 141 p.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Relatório de atividades 2006**. Ribeirão Preto, SP, 2006.

VECINA, G. Neto; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

WALDMAN, E. A.; JORGE, M. H. M. Vigilância para acidentes e violência: instrumentos para estratégias de prevenção e controle. **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 71-79, 1999.

ANEXO

www.hcrp.fmrp.usp.br

USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

Ribeirão Preto, 27 de outubro de 2008

Ofício nº 3863/2008
CEP/SPC

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **"CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE ENSINO NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO(SP)"**, foi analisado **"AD REFERENDUM"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa e enquadrado na categoria: **APROVADO,** de acordo com o Processo HCRP nº 9488/2008.

Lembramos que devem ser encaminhados a este CEP relatórios parciais e relatório final da pesquisa.

Atenciosamente.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
MÔNICA FRANCO COELHO
PROF. DR. LUCIELI DIAS PEDRESCHI CHAVES (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA – 0000 2733; IRB – 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.fmrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP