

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

**DIEGO MENGER CEZAR**

**PERFIL DOS ACOLHIMENTOS A USUÁRIOS ORIUNDOS DE MUNICÍPIOS DA  
GRANDE PORTO ALEGRE NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL  
NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO.**

**PORTO ALEGRE**

**2013**

DIEGO MENGER CEZAR

PERFIL DOS ACOLHIMENTOS A USUÁRIOS ORIUNDOS DE MUNICÍPIOS DA  
GRANDE PORTO ALEGRE NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL  
NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO.

Trabalho de Conclusão de curso apresentado  
ao Bacharelado em Saúde Coletiva da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
Orientadora: Profa Dra. Marta Julia Marques  
Lopes

PORTO ALEGRE

2013

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Marta Julia Marques Lopes por todo o apoio, pela atenção, competência e compreensão que dedicou a mim nesta graduação. Obrigado por todo o aprendizado transmitido.

Ao Serviço de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, especialmente ao enfermeiro Marcio Neres e à assistente social Iara Schild por toda receptividade, apoio e disponibilidade, que mesmo diante de um cenário de trabalho exaustivo me auxiliaram na obtenção dos dados.

Às enfermeiras do serviço de supervisão em enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo apoio e compreensão na realização deste trabalho.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, especialmente ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, pelo ensino gratuito e de qualidade.

Aos meus pais, Celi e Vanildo, pela compreensão da minha ausência em muitos momentos ao longo da graduação, por terem acreditado na minha capacidade e pelo apoio incondicional.

À minha namorada, Bárbara, pelo amor e pela compreensão. Obrigado pelo apoio na superação de todas as dificuldades surgidas ao longo da graduação.

## RESUMO

O estudo teve como objetivo geral analisar o perfil da demanda dos usuários oriundos de dois municípios da Grande Porto Alegre que buscam atendimento no serviço de urgência de um hospital de Porto Alegre. Trata-se de uma pesquisa de método quantitativo do tipo exploratório descritivo. Foi realizada a descrição das características sócio-demográficas e dos motivos clínicos dos usuários do serviço de urgência e das características da utilização de serviço de urgência por usuários de municípios da Grande Porto Alegre. Os dados foram coletados por meio de registros dos prontuários eletrônicos dos pacientes, a partir de uma amostra de 2964 usuários do Serviço de Emergência de um hospital da zona norte de Porto Alegre oriundos de Alvorada e Viamão. Os dados foram analisados no Programa Microsoft Excel, pela utilização de técnicas de estatística descritiva. Foi constatado que a maioria dos usuários acolhidos não foi classificada como “urgente” segundo os critérios do protocolo de Manchester. O grupo etário que mais procurou atendimento foi da faixa economicamente ativa (20 a 29 anos) e o dia da semana de maior procura foi a segunda-feira. As queixas mais frequentes foram dor abdominal em adulto e mal estar em adulto. A análise da procedência por bairros de Alvorada e de Viamão mostrou que a distância média dos bairros mais frequentes é de 15 km, o que indica que a proximidade e facilidade de acesso contribui para uma maior procura por atendimento na emergência do referido hospital. São analisados fatores que contribuem para a utilização da emergência de um hospital para atendimentos não urgentes e a influência que a falta de investimento em saúde nestes municípios tem sobre o restante da rede, em particular no serviço estudado.

**Palavras chave:** Serviço hospitalar de emergência. Demandas de serviços de saúde. Territorialidade.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Participação dos municípios de Alvorada e Viamão no total geral de atendimentos da emergência do HNSC em Ago-Set de 2013. ....	24
Tabela 2 - Descrição da amostra segundo sexo dos usuários de Alvorada e Viamão na emergência do HNSC. Ago-Set 2013. ....	25
Tabela 3 - Descrição da amostra de usuários de Alvorada e Viamão segundo grupo etário e sexo. Porto Alegre, Ago-Set, 2013. ....	25
Tabela 4 - Descrição da amostra segundo escolaridade dos usuários. Ago-Set 2013. ....	26
Tabela 5 - Descrição da amostra segundo estado civil dos usuários. Ago-Set 2013. ....	27
Tabela 6 - Descrição da amostra segundo a frequência e porcentagem da variável dia de atendimento dos usuários de Alvorada e Viamão. Ago-Set 2013. ....	28
Tabela 7 - Bairro de procedência dos usuários oriundos de Alvorada. Porto Alegre, ago-set 2013. ....	29
Tabela 8 - Bairro de procedência dos usuários oriundos de Viamão. Porto Alegre, ago-set 2013. ....	29
Tabela 9- Fluxogramas utilizados na classificação de risco de Manchester para usuários de Alvorada e Viamão. Ago-Set 2013. ....	33
Tabela 10 - Discriminadores utilizados na classificação de risco de Manchester para usuários de Alvorada e Viamão. Ago-Set 2013. ....	34
Tabela 11 - Usuários de Alvorada e Viamão encaminhados à UBS segundo fluxograma de classificação de risco na Emergência do HNSC. Ago-Set 2013. ....	35
Tabela 12 - Usuários de Alvorada e Viamão encaminhados à UPA segundo fluxograma de classificação de risco na Emergência do HNSC. Ago-Set 2013. ....	37

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Localização do HNSC em Km de distância em relação aos bairros c	
Municípios de Alvorada e Viamão.....	51

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETO DE INVESTIGAÇÃO .....	11
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 GERAL.....	18
3.2 ESPECÍFICOS .....	18
4 METODOLOGIA.....	19
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	19
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	19
4.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO .....	21
4.4 COLETA DE DADOS .....	21
4.5 ANÁLISE DE DADOS .....	22
4.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	22
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	23
5.1 Perfil sociodemográfico dos usuários de Alvorada e Viamão.....	23
5.2 Caracterização dos acolhimentos e classificação de risco no serviço de emergência do HNSC - usuários de Alvorada e Viamão.....	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	41
REFERÊNCIAS .....	44
APÊNDICE A .....	50
ANEXO A – Exemplo de fluxograma do protocolo de Manchester.....	51
ANEXO B – Índice de fluxogramas do protocolo Manchester.....	52

## 1 INTRODUÇÃO

Este é um Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Bacharelado em Saúde Coletiva, requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O interesse pela temática das demandas de serviços de emergência surgiu a partir da trajetória acadêmica do autor ao desenvolver estágio curricular em serviço de emergência hospitalar com atividades de promoção e educação em saúde, as quais possibilitaram o contato direto com usuários e familiares. Dessa forma, foi possível observar que muitos usuários que utilizavam os serviços de urgência, na visão dos profissionais de saúde, não necessitavam de atendimento de emergência, podendo ser atendidos em outros serviços da rede assistencial. Contudo, a meu ver, a procura frequente pelos serviços de urgência não é determinada apenas pela percepção por parte do usuário de um agravo de saúde que oferece risco à vida, mas envolve diversos outros motivos que influenciam e direcionam à utilização desses serviços.

Nas últimas décadas, os serviços de emergência hospitalares tem se caracterizado como referência, onde a população, usualmente, procura o primeiro atendimento para a solução de suas necessidades de saúde. Apesar da preconização de que a rede de atenção básica seja porta de entrada para o sistema de saúde, os usuários, em sua busca por assistência médica, demonstram historicamente preferência por prontos-socorros e serviços de emergências de hospitais gerais, fazendo com que a lotação destes serviços seja um acontecimento frequente. (OLIVEIRA et al, 2009).

Algumas estratégias foram implementadas para que esse movimento fosse em direção à Atenção Básica. Porém, a ampliação da cobertura e expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) e a ênfase dada à lógica territorial no processo de reorientação do modelo assistencial, não tem se mostrado eficaz na quebra destes paradigmas. Há alguns agravantes para essa situação de lotação constante das emergências, como os vazios assistenciais existentes em diversas regiões, o incremento de doenças crônicas não transmissíveis, o aumento de doenças sexualmente transmissíveis, alta taxa da violência, aumento do desemprego, a piora das condições de vida e o mau uso do dinheiro público no financiamento da saúde. (COELHO, 2010).

A ausência de maiores investimentos nestas estratégias prioritárias de saúde tem impacto direto nos serviços de emergência, pois usuários com dificuldades de acesso a atenção básica podem não ter outra escolha a não ser buscarem atendimento no hospital mais próximo. Na percepção dos usuários, muitas vezes, o hospital é o local mais adequado e onde ele terá acesso a todos os procedimentos necessários para a resolutividade de seu problema de saúde, mesmo este não sendo uma urgência ou emergência. (LUDWIG et al, 2003).

Em estudo realizado na Emergência de Adultos de um Hospital Geral de Pernambuco, constatou-se que 74,5% dos atendimentos realizados eram por queixas típicas da atenção básica, não se caracterizando, portanto, como urgência. Para o autor, essa demanda prejudica a assistência aos casos graves e agudos, pois acarreta acúmulo de tarefas, contribui para o aumento dos custos de atendimento e sobrecarrega os profissionais da equipe de saúde. (FURTADO et al, 2004)

Através de relatos espontâneos no serviço em questão pode-se compreender as lógicas dos usuários, demonstrando a existência de vazios assistenciais e deficiências na Atenção Básica no seu município de origem e a incompreensão ou desconhecimento destes sobre a organização do sistema, além de demais fatores que levam este usuário à emergência de um hospital. Essa análise de complexidade pode ser associada ao perfil de morbidade da população estudada, pois mesmo que a maioria dos casos atendidos nas emergências não sejam de fato classificados como tal, se faz necessário conhecer as motivações que levam estes usuários a emergência de hospitais em busca de atendimento.

Para o presente estudo foram definidos os usuários oriundos dos municípios de Alvorada e Viamão, situados na região metropolitana de Porto Alegre. A motivação para a escolha de usuários destes municípios parte de duas premissas, primeiro devido à atuação como estagiário no serviço de emergência do hospital em estudo, onde foi possível verificar que grande número de pacientes é proveniente dessas localidades e buscam atendimento nas emergências fora de seus municípios. Em segundo lugar, baseado na divulgação de um relatório do Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul (TCE-RS), que demonstra que estes municípios da Grande Porto Alegre estão na lista dos municípios que menos investem em saúde por habitante. Essa situação tem reflexo importante na atenção à saúde de suas populações, obrigando os usuários a recorrer a emergências de hospitais de Porto Alegre, muitas vezes por motivos que são

passíveis de acompanhamento pela atenção básica. Porém, com a ausência de investimentos nesse setor, questões como o acesso a rede de atenção básica e de média/alta complexidade são dificultados, fazendo com que o usuário tenha que recorrer as emergências ao primeiro sinal de necessidade.

Este trabalho de conclusão estrutura-se a partir da construção do tema em objeto de investigação, na definição dos objetivos e, na sequência, apresenta o percurso metodológico, os resultados encontrados e sua discussão, as considerações finais e por fim as referências e anexos.

## 2 OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

As unidades de Emergência integram o componente hospitalar do sistema de atenção à saúde, instituído pela Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), portaria 1863/GM, de setembro de 2003, que estabelece como componentes fundamentais a adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida e saúde, a organização de redes regionais de atenção integral às urgências, a instalação e operacionalização das Centrais de Regulação Médica das Urgências, a capacitação e educação continuada das equipes de saúde em todos os âmbitos da rede e a orientação dessa atenção pelos princípios da humanização. (BRASIL, 2006; BRASIL 2011).

Essa política define como missão da Emergência de um hospital atender de modo qualificado as urgências e emergências, priorizando o atendimento por meio do acolhimento com classificação de risco, apoiado na identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco e agravos à saúde, além de acolher casos não urgentes, e proceder sua reordenação a serviços ambulatoriais básicos ou especializados, existentes na rede de atenção à saúde. (BRASIL, 2006).

Observa-se cotidianamente que os serviços de emergência tentam cumprir seu papel perante a sociedade para atender a demanda. Porém, mesmo com o esforço de profissionais, adaptações na estrutura física e implementação de unidades de pronto atendimento (UPA), o resultado tem se traduzido em superlotação, e inevitavelmente tem culminado em uma queda significativa na qualidade do atendimento prestado.

Identifica-se, portanto, um desvio da missão do serviço, com conseqüente desarticulação do sistema que, deveria funcionar estrategicamente considerando a interdependência e complementaridade como princípio de ação.

Como alternativa para a diminuição da superlotação das emergências, alguns projetos têm surgido com a finalidade de orientar e educar o usuário a respeito de seu destino correto dentro do sistema, buscando atendimento em outro serviço quando este não é essencialmente de urgência/emergência. Como exemplo, cita-se o projeto denominado “Paciente certo no lugar certo”. (SMS, 2013). A proposta é desenvolver um

sistema para direcionar tanto os pacientes em situação grave como os de menor gravidade para locais adequados a cada caso na rede de serviços de saúde de Porto Alegre.

Não é possível dissociar serviços de emergência sem reorientar o grande número de pessoas que buscam atendimento com problemas de saúde que não são caracterizados como urgência ou emergência. A utilização da emergência de hospitais por usuários com demandas que, muitas vezes, poderiam ser acolhidas primeiramente pela atenção básica é criticada por diversos atores que estão envolvidos direta ou indiretamente na assistência de saúde, e que apontam este comportamento do usuário como não desejado em relação ao modelo assistencial territorializado, hierarquizado, no qual a atenção básica deve ser porta de entrada do sistema. (OLIVEIRA et al, 2009).

Para Ludwig (2003), algumas justificativas são aplicadas quando se analisa a procura da emergência nas situações não urgentes, pois embora superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, essas unidades de saúde também reúnem um somatório de recursos, como consultas, medicamentos, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e radiológicos que satisfazem as necessidades da população, garantindo, assim, maiores possibilidades de se constituir como porta de entrada da rede dos serviços de saúde. Assim, a utilização dos serviços de urgência pode dar um panorama do funcionamento do sistema de saúde da região onde estão inseridos. (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Outro fator a ser considerado na busca por serviços de saúde, segundo Camargo Jr. (2013) é:

“o resultado de uma interação entre a sensação subjetiva de que algo vai mal com padrões culturais de expressão de problemas de saúde e a disponibilidade de serviços de atenção à saúde. Nas sociedades industriais contemporâneas essa interação resulta na busca por hospitais ou clínicas, onde se espera que alguma doença seja diagnosticada e um tratamento proposto para a mesma”.(Camargo Jr, 2013, p. 85)

Outra justificativa que se aplica a busca de atendimento nas emergências é a percepção do usuário sobre a ótica do sistema de saúde e sua organização. Estudos que abordam a emergência na percepção do usuário demonstram que, muitas vezes, o usuário não vê no SUS um sistema hierarquizado, e este se configura em um dos motivos que o leva a procurar pelo serviço que lhe ofereça maior resolutividade e, em contrapartida, o sistema de saúde, desarticulado, não consegue trabalhar a demanda e

torná-la uma demanda organizada, colocando em prática a hierarquização da assistência. (LUDWIG et al, 2003; OLIVEIRA et al, 2009).

Pode-se afirmar que parte substancial da demanda espontânea para serviços hospitalares de urgência/emergência decorre da enorme legitimidade desses serviços perante a população. Essa legitimidade se deve à maior densidade tecnológica disponível, confiança nos profissionais, expectativa sobre a qualidade da assistência, experiência pessoal e/ou rede social, satisfação com o atendimento, além da acessibilidade geográfica. (LIMA, 2007; RAMOS et al, 2003)

Uma questão que também interfere no fluxo de atendimentos dos serviços de emergência é o conhecimento do usuário sobre o que é uma urgência ou emergência. Esta distinção de significado não é tão clara quando comparadas as literaturas médicas e a percepção dos profissionais que atuam nestes serviços, dada à abrangência do tema.

Utilizando a definição de senso comum, o dicionário da língua portuguesa Ferreira (2009) apresenta, para urgência e emergência, os seguintes significados:

“Urgência vem do latim *urgentia*, que significa qualidade ou caráter de urgente (do latim urgente: que urge); que é necessário ser feito com rapidez; indispensável; imprescindível; iminente, impendente; Urgir, do latim *urgere*, significa ser necessário sem demora; ser urgente; não permitir demora; perseguir de perto; apertar o cerco de; tornar imediatamente necessário; exigir, reclamar, clamar; obrigar, impelir.” Já “emergência vem do latim *emergentia*, que significa ação de emergir; situação crítica, acontecimento perigoso ou fortuito, incidente.” (Ferreira, 2009, p. 675)

Segundo Goldim (*apud* ABREU, 2013), emergência é uma situação na qual o atendimento não pode ser protelado, o usuário deve ser assistido imediatamente. Já as urgências são ocasiões que devem, por definição técnica, serem atendidas em período de tempo que não exceda duas horas e as situações não urgentes são aquelas que podem ser atendidas em serviços de saúde ambulatoriais.

Para a biomedicina, não existem definições ou conceitos que dêem conta da amplitude desses termos. Giglio-Jacquemot (2005), ao analisar as diversas categorias de urgência e emergência existentes na literatura biomédica, indica que essa tentativa de caracterização, ao invés de ajudar a estabelecer claramente o conteúdo específico de cada categoria de urgência e emergência, aumenta sua imprecisão. Há várias urgências e emergências, e aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos e subjetivos que influenciam diretamente nessa categorização que é realizada pelos profissionais que atuam nestes serviços. Os significados de urgência para a população são distintos, como

também são os conceitos de doença e saúde em suas definições biomédicas e nas representações e práticas, variam segundo segmentos e culturas da sociedade. Para os profissionais, as urgências estão relacionadas às patologias que comprometem a vida ou função vital importante. Para a população, relacionam-se a necessidades variadas (aflição, angústia, abandono e miséria), que requerem ajuda e/ou assistência, em busca da resolução imediata de uma dificuldade passageira. (GARLET et al, 2009).

Essas motivações de busca são tratadas também por Ludwig (2003) quando mostra que o indivíduo, ao perceber alterações na sua situação de saúde, escolhe um serviço para satisfazer esta necessidade de saúde. Ao realizar esta procura, estará utilizando seu próprio conhecimento como forma de diagnóstico, caracterizando esta ação em um modelo assistencial em que a procura se dá somente quando o indivíduo se sente doente.

A realidade expressa pela população usuária do SUS vem demonstrando que esse comportamento tem persistido ao longo do tempo e se mantido resistente às tentativas de reorientação do modelo assistencial, pois, sem acesso a atenção básica por diversos e múltiplos motivos, o usuário se vê sem o direito de escolha e como única alternativa de entendimento recorre aos hospitais na sua primeira necessidade.

Acredita-se que, para possibilitar a reorientação do atendimento na atenção básica para as pessoas com situações de urgências que requerem menor densidade tecnológica, faz-se necessário que alguns fatores como a expansão da cobertura e o financiamento destes serviços sofram um incremento. Outra necessidade é que se implemente um modelo de atenção adequado às demandas das condições crônicas, para que assim se atenda às urgências menores e, no médio e longo prazo, diminuam as demandas às unidades de emergência.

Com esse entendimento pensa-se que abordar o financiamento à saúde nos municípios, sobretudo no que tange ao valor investido por habitante é importante, sobretudo à grande parcela da sociedade que se encontra em estado de vulnerabilidade social em algumas localidades, que dependem basicamente do SUS – público e gratuito - para suprir suas demandas por promoção, proteção e recuperação da saúde, em acordo com o artigo 196 da Constituição Federal, que assegura a *saúde como direito de todos e dever do Estado*. (BRASIL, 1988).

Para o estudo local a que nos propusemos, buscaram-se diferentes perspectivas de abordagem dessa situação.

Assim, segundo estudos de Fonseca (2013) e Scherer (2008), há desigualdades de ordem financeira experimentadas nos orçamentos e nos gastos públicos dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul relativas à Função Saúde, que fazem com que municípios invistam menos do que o preconizado por habitante. O acolhimento e atendimentos aos usuários ficam prejudicados a despeito das garantias de direito amplo e integral à saúde prescritas na Constituição da República e na Lei Orgânica da Saúde – Lei Federal nº 8.080/90. Esta, em seu artigo nº 35, estabelece os critérios de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a distribuição de recursos deve ser feita a partir da combinação de critérios que contemplem: perfil demográfico da região, perfil epidemiológico da população a ser coberta, características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, desempenhos técnico, econômico e financeiro no período anterior, níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, previsão do plano quinquenal de investimentos da rede e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. (BRASIL, 1990). A partir do disposto na legislação, o desafio tem sido a operacionalização do financiamento nas políticas de saúde implantadas, através das Normas Operacionais Básicas do SUS.

Nas bases principalistas do SUS, a busca de equidade vem desafiando gestores e planejadores de sistemas de saúde há algumas décadas. Os esforços nacionais para diminuir as iniquidades em saúde vêm sendo desenvolvidos, conforme aponta Tobar (*apud* PELEGRINI et al, 2005), em três dimensões básicas: Equidade na dotação de recursos financeiros: toda população deve receber os recursos adequados para dar resposta as suas necessidades (fazendo-se aqui toda a diferenciação entre o que é igualitário e o que é justo); Equidade no acesso a serviços: todas as pessoas devem receber atenção integral em todo e qualquer episódio de doença ou risco; Equidade nos resultados: todos os setores da sociedade, independente de suas condições sociais e econômicas, devem alcançar resultados lineares em indicadores de saúde, medidos por indicadores clássicos, como esperança de vida ao nascer e taxas de morbimortalidade.

Pelegrini et al (2005) salientam que as desigualdades em saúde refletem desigualdades sociais e que a igualdade no acesso e uso dos serviços de saúde não é o suficiente para diminuir as desigualdades no processo saúde-doença entre grupos sociais. Essa distinção é importante no desenho de políticas públicas para que seja possível trabalhar com a noção de necessidades diferentes entre distintos grupos sociais,

determinadas tanto pela diversidade (sexo, idade, raça) como pela desigualdade social (renda, acesso a bens e serviços) ou mesmo por características culturais e subjetivas de grupos e indivíduos.

Neste contexto, buscou-se no presente estudo conhecer o perfil de usuários oriundos de 2 municípios da Grande Porto Alegre, que acessam a emergência de um grande hospital público federal de Porto Alegre. Esse perfil pode indicar elementos para a compreensão dos motivos que levam estes usuários a buscar o atendimento em uma unidade de emergência específica, fora de seu município.

Para tal, foi necessário investigar a relação da atenção básica com o serviço de emergência, especialmente no que se refere à caracterização da demanda por atendimento em emergências hospitalares, já que constitui premissa importante para a organização de sistemas de saúde pautados pela equidade e regionalização. Afinal, parcela significativa da população busca assistência nas emergências de hospitais públicos. Nesse sentido, nesses locais, eminentemente hospitalares, conforma-se uma demanda de usuários sobre a qual se necessita de informações acerca do perfil socioeconômico, do problema de saúde referido, do motivo da procura, dos procedimentos realizados e a relação desses usuários com a atenção básica.

Nesse sentido, este estudo foi desenvolvido no Serviço de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), complexo hospitalar localizado na zona norte da cidade de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul - RS, vinculado ao Ministério da Saúde. É formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, 12 postos de saúde do Serviço de Saúde Comunitária, três centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelo Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC.

Ao todo, o complexo dispõe de 1.564 leitos, incluindo Unidades de Tratamento Intensivo e emergência. Tem como missão *“Desenvolver ações de atenção integral à saúde para a população, com a excelência e eficácia organizacional através de seus recursos tecnológicos e humanos, programas de ensino e pesquisa, atuando em parcerias com outras entidades, fortalecendo o SUS e cumprindo, assim, a função social.”*(GHC, 2013).

O Serviço de Emergência de adultos do HNSC presta atendimento de urgência e emergência para clínica médica, cirurgia e ginecologia com portas abertas 24 horas e trabalha sobre a ótica do acolhimento e classificação de risco. Realiza em média 400

atendimentos por dia, principalmente da Zona norte de Porto Alegre e das cidades da região metropolitana, tendo Alvorada e Viamão como as cidades mais representativas em demanda. Presta atendimento voltado exclusivamente ao SUS e é referência no atendimento oncológico. (GHC, 2013).

A escassez de dispositivos de atenção à urgência/emergência refletem na quase frequente situação de lotação da Emergência do HNSC. Diariamente o serviço acolhe mais usuários que sua capacidade instalada, ocasionando uma diminuição da qualidade de atendimento e acomodação, pois é frequente a necessidade dos pacientes aguardarem atendimento e internação em cadeiras e macas nos corredores do serviço.

A demanda a ser objeto de análise é dos municípios de Alvorada e Viamão. Devido à constatação da alta incidência de atendimentos realizados na emergência do HNSC a usuários destes municípios julga-se pertinente analisar os determinantes da busca de atendimento por estes usuários, parcela significativa do total de atendimentos prestados neste serviço.

Assim, a partir da análise do perfil dos acolhimentos, que, segundo Franco et al (1999) se entende como a humanização da relação entre profissionais da saúde, serviço de saúde e usuário, como forma de escuta para que seja possível identificar a demanda do usuário e seu melhor encaminhamento dentro do sistema, pretende-se conhecer e compreender as características sociodemográficas e os determinantes que motivam os usuários a buscarem assistência no serviço de emergência do HNSC.

Em decorrência dos prazos de avaliação e análise dos Comitês de Ética em pesquisa das instituições envolvidas (UFRGS-HNSC) limitou-se os objetivos àqueles que permitiam acesso sem contato com os usuários diretamente e que portanto, necessitavam de seu consentimento. Assim a base de informação foi constituída por dados secundários do serviço estudado.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 GERAL

Conhecer e analisar o perfil de demanda dos usuários de Alvorada e Viamão que buscaram atendimento na Emergência de Adultos do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre entre os meses de agosto e setembro de 2013.

#### 3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil epidemiológico e sociodemográfico dos usuários provenientes de Alvorada e de Viamão acolhidos na emergência do HNSC no período de Agosto a Setembro de 2013.
- Caracterizar o acolhimento e a classificação de risco utilizada na emergência do HNSC para os usuários provenientes de Alvorada e Viamão no período de Agosto a Setembro de 2013.
- Descrever a procedência dos usuários segundo os quantitativos por bairros e distância do serviço

## 4 METODOLOGIA

Segundo Minayo (2004), estão incluídas na metodologia as concepções teóricas da abordagem e o conjunto de técnicas que possibilitam a percepção da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

A metodologia adotada para a presente pesquisa foi apropriada para o estudo de perfil, portanto de tipo exploratória e descritiva de abordagem predominantemente quantitativa. Utilizou-se estatística descritiva através de frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis analisadas.

Como diz Triviños (apud, SILVEIRA et al, 2009), a pesquisa descritiva visa descrever fatos e fenômenos de uma realidade. Segundo Gil (2007) a pesquisa definida como descritiva pode, a partir de seus objetivos, servir também para possibilitar uma nova ótica do problema, se assemelhando das pesquisas exploratórias. Ainda segundo o autor, estão incluídas neste grupo as pesquisas com objetivo de conhecer opiniões, atitudes, lógicas e crenças de uma população.

### 4.2 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido no Serviço de Emergência de adultos do HNSC, do GHC, o qual presta atendimento de urgência e emergência para clínica médica, cirurgia e ginecologia com porta abertas 24 horas e trabalha sobre a ótica do acolhimento e classificação de risco desde março de 2004. (GHC, 2013).

O acolhimento inicial é feito pelos profissionais administrativos, que identificam o usuário e o incluem na lista de espera da classificação de risco. Essa lista é acompanhada por enfermeiras nos consultórios que se localizam no saguão da Emergência. Cada consultório possui um técnico de enfermagem que chama o usuário e coleta sinais vitais e um enfermeiro que faz a entrevista de classificação de risco. Baseado nestas informações e nos sinais vitais, este usuário é classificado conforme a gravidade e a necessidade de atendimento imediato ou não. Com a prática da

classificação de risco, o atendimento passou a ter prioridade aos casos mais graves, indicado por cores: Vermelho - as urgências, preferencialmente reguladas, isto é encaminhadas pelo SAMU e muitas vezes com contato prévio, com atendimento imediato na sala de emergência/estabilização; Laranja: urgências atendimento mais rápido possível em até 10 minutos; Amarelo: risco de vida presumido com atendimento priorizado em até 60 minutos; Verde: atendimento não urgente. Azuis - não urgência/emergência, atendimento por ordem de chegada ou possível encaminhamento a atenção básica ou para uma unidade de pronto atendimento (UPA).

Após a classificação o usuário aguarda a chamada pelo nome para o atendimento em um dos cinco consultórios. Terminada a consulta médica, o atendimento pode ter vários desfechos. O usuário pode ser liberado, encaminhado para a sala de medicação, observação ou encaminhado à sala de monitorização. Na sala de observação “Verde”, aguardam os pacientes que precisam realizar alguns exames simples, ou receber alguma medicação, mas estão com uma condição clínica estável. Neste setor, os usuários permanecem sentados ou deitados em cadeiras, independente do tempo de espera. Também podem ser encaminhados para a sala de observação “Laranja”, se estão em situação clínica que requer mais atenção. Nesta sala os usuários dispõem de macas para sua acomodação e equipamentos de monitorização. Os usuários com uma condição de saúde mais grave são encaminhados à sala “Vermelha” semelhante a uma unidade de terapia intensiva.

O Serviço de Emergência conta com médicos clínicos contratados, ginecologistas e cirurgiões gerais. Em paralelo, há a presença de residentes, que realizam rodízio mensal, sendo campo de estágio obrigatório para acadêmicos de medicina. Quanto à equipe de Enfermagem, conta com enfermeiros e técnicos de enfermagem. (CEZAR, 2013)

A Equipe de Apoio conta com 4 assistentes sociais, que fazem o atendimento e acompanhamento de usuários em situações de vulnerabilidade social, situações de violência e orientação sobre benefícios previdenciários. Ainda fazem parte do quadro da emergência os assistentes administrativos, fisioterapeutas, auxiliares de higienização, coletadores, técnicos em radiologia, vigilantes e estagiários. (CEZAR, 2013).

Referente à área física da Emergência esta segue a seguinte organização: Recepção para identificação do usuário, três salas de classificação de risco, Sala de espera Área Azul/Verde, cinco consultórios clínicos, um consultório cirúrgico, um

consultório ginecológico, duas salas de procedimentos, uma sala de medicação / inalação. Na área Laranja: Dezesesseis leitos de observação com monitorização; dois plantonistas clínicos. Área Vermelha: cinco leitos de terapia intensiva; um box de estabilização com desfibrilador, monitorização e respirador e um plantonista clínico.

A escolha do campo justificou-se pela grande quantidade de atendimentos realizados, pelo horário ininterrupto de funcionamento e pela disponibilidade de acesso aos registros eletrônicos e pela grande demanda de usuários oriundos dos municípios de Alvorada e Viamão. Além disso, o HNSC é hospital de referência para assistência, pesquisa e ensino, sendo campo para estágios, residências e especializações.

#### 4.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população escolhida para compor este estudo foi a de usuários oriundos dos municípios de Alvorada e Viamão que buscaram atendimento no serviço de emergência do HNSC no período de Agosto a Setembro de 2013.

A escolha deste grupo populacional ocorreu primeiramente em razão da significativa demanda de usuários provenientes destes municípios que buscam atendimento no serviço escolhido, e da identificação destes municípios como os que menos investem em ações e serviços públicos em saúde segundo relatório divulgado pelo TCU (FONSECA, 2013)

#### 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados compreendeu as informações sobre acolhimentos e classificação de risco do serviço de emergência do HNSC. Foram analisadas características individuais e dos acolhimentos realizados aos usuários provenientes dos municípios de Alvorada e Viamão (sexo, idade, bairro de procedência, variáveis socioeconômicas, escolaridade, raça/cor e características sobre o problema de saúde relatado) nos meses de Agosto a Setembro de 2013, obtidas por meio do boletim de atendimento e prontuário eletrônico. Os dados foram acessados por meio de relatórios gerenciais disponíveis no sistema de informação do HNSC e disponibilizados pelo

supervisor do serviço de emergência conforme solicitação prévia e autorização do CEP-GHC.

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

Posterior à coleta de dados foi realizada a etapa de análise e interpretação. Estes processos, apesar de distintos surgem sempre estreitamente relacionados, tendo a análise o objetivo de organizar e condensar os dados, de forma a propiciar respostas ao problema investigado. Já a interpretação objetivou a busca do sentido mais amplo das respostas, que é possibilitado mediante a conexão com outros conhecimentos anteriormente obtidos. (GIL, 2007).

A análise dos dados obtidos na pesquisa documental em prontuários e sistemas de informação hospitalar foi realizada através de estatística descritiva, a fim de caracterizar a demanda e verificar a distribuição dos usuários conforme as características pesquisadas.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para acessar os dados que constavam no prontuário dos usuários foi utilizado o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (APÊNDICE A). Foi preservado integralmente o anonimato dos usuários, tendo compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados.

O projeto de Trabalho de Conclusão de Curso foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem para parecer e registro sob o número 25707, bem como para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Grupo Hospitalar Conceição para análise, parecer e arquivo.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Esta etapa de estudo apresenta e analisa os resultados obtidos. A partir dos resultados, foi possível conhecer e analisar o perfil dos usuários que sugere, em nosso entendimento, influências na mobilidade dos usuários oriundos dos municípios de Alvorada e Viamão na procurado serviço de emergência do HNSC.

### 5.1 Perfil sociodemográfico dos usuários de Alvorada e Viamão

Viamão foi um dos primeiros núcleos de povoamento do estado do Rio Grande do Sul. Só a partir de 1752 chegaram os primeiros casais de imigrantes açorianos, que desembarcaram na região de Itapuã. Além de Porto Alegre, a população de Viamão originou cidades como Santo Amaro, Triunfo, Rio Pardo, Taquari e as cidades do litoral norte. A data de fundação do município é de 14 de setembro de 1741. O município viveu tempos de glória como Capital do estado no século 18. Situado a 25 Km da capital do estado do RS, seu perfil econômico é baseado na agropecuária e serviços. O município é o maior da região metropolitana e o quadragésimo sexto do Estado do Rio Grande do Sul em extensão territorial (1.494,2 Km<sup>2</sup>), sendo 192,3km<sup>2</sup> de área urbana e 1.301,9km<sup>2</sup> de área rural – com grande potencial para ecoturismo. Sua população é de 226.669 habitantes, estando 93% na zona urbana e 7% na zona rural. (VIAMÃO, 2013).

A cidade de Alvorada nasceu como Distrito de Viamão, com a denominação Passo do Feijó, através da lei nº216, de 22 de setembro de 1952. Em 17 de setembro de 1965, a Lei Estadual nº5026, garantiu a emancipação política do Passo do Feijó, que passou a chamar-se Alvorada. O nome sugerido por um integrante da Comissão Pró-Emancipação teve inspiração em dois fatores: a alvorada do povo, que acorda às primeiras horas da manhã e parte para o trabalho, e o Palácio da Alvorada, o grande destaque na então nova capital do País, Brasília, inaugurada em 1960. (ALVORADA, 2013).

Considerando que o HNSC dispõe de um serviço de emergência que funciona durante 24 horas ininterruptas, com uma equipe de profissionais qualificada em várias áreas de emergências clínicas e cirúrgicas, partiu-se do pressuposto de que as pessoas recorram a este serviço por razões diversas: sintomas de doença, fácil acessibilidade,

funcionamento durante 24 horas, impossibilidade de recorrer aos serviços ambulatoriais e também por se encontrarem angustiadas e apreensivas. No entanto, a intenção deste estudo, foi sistematizar essas razões de mobilidade para compreender fluxos e acessos na região metropolitana de Porto Alegre.

Assim, o presente estudo analisou 2.946 acolhimentos de usuários registrados no sistema de gerenciamento de pacientes atendidos no Serviço de Emergência do HNSC, no período de 01 de Agosto a 30 de Setembro de 2013, sendo 2.104 de Alvorada e 842 de Viamão. Por acolhimento, segundo Franco et al (1999) se entende a humanização da relação entre profissionais da saúde, serviço de saúde e usuário, como forma de escuta para que seja possível identificar a demanda do usuário e seu melhor encaminhamento dentro do sistema. Para o autor, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento. Assim, no HNSC, após o acolhimento, o usuário é classificado conforme o protocolo de Manchester<sup>1</sup> e aguarda a consulta ou se dirige para o serviço adequado para a sua necessidade. Os dados apresentados a seguir se referem aos usuários das duas cidades estudadas.

**Tabela 1 - Participação dos municípios de Alvorada e Viamão no total geral de atendimentos da emergência do HNSC em Ago-Set de 2013.**

	Agosto 2013		Setembro 2013	
	n	% na emergência HNSC	n	% na emergência HNSC
Alvorada	1082	13,0	1022	12,4
Viamão	409	4,9	433	5,3
<b>Total de atendimentos Emergência HNSC</b>	<b>8325</b>	<b>100,0</b>	<b>8234</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados primários, D. M. C, HNSC, Porto Alegre, 2013.

Observa-se na tabela 1 o quantitativo maior de usuários oriundos de Alvorada em relação aos de Viamão que procuram a emergência do HNSC. Isso se deve, em parte, a proximidade do Município de Alvorada da zona norte de Porto Alegre, onde se situa o HNSC.

<sup>1</sup> O protocolo de Manchester foi implantado em Manchester, no Reino Unido, em 1997. No Brasil sua utilização em serviços de saúde vem aumentando. Trata-se de um instrumento estruturado, do tipo fluxograma, em que o profissional identifica a queixa principal do usuário e aplica o instrumento seguindo as respostas afirmativas das questões e dos discriminadores do fluxograma. Além de indicar a prioridade clínica (dividida em cinco categorias), dá também informação sobre o respectivo tempo alvo de atendimento. (DIOGO, 2007).

**Tabela 2 - Descrição da amostra segundo sexo dos usuários de Alvorada e Viamão na emergência do HNSC. Ago-Set 2013.**

Sexo	Alvorada		Viamão	
	n	%	n	%
Feminino	1330	63,67	522	60,91
Masculino	759	36,33	335	39,09
<b>Total</b>	<b>2089</b>	<b>100,00</b>	<b>857</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Dados primários, D. M. C, HNSC, Porto Alegre, 2013

A Tabela 2 apresenta a variável sexo da população analisada. Os dados apontam para predominância do sexo feminino nos acolhimentos, sendo Alvorada o município que mais concentrou usuárias, 1.330 (63,67%). Já analisando os usuários do sexo masculino, Viamão concentrou a maior porcentagem (39,09%) em comparação com Alvorada (36,33%). Segundo dados do IBGE (2010), a população feminina nestes municípios é de (52%) e a masculina (48%). Segundo estudo de Pinheiro (2002), que analisa o perfil de morbidade referida, acesso e uso de serviços de saúde entre homens e mulheres, com base em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), constata-se maior prevalência de doenças crônicas em mulheres e maior frequência de utilização de serviços de saúde, mesmo excluindo a procura por consultas exclusivas como parto e pré-natal.

A tabela 3 descreve os usuários segundo a faixa etária e sexo.

**Tabela 3 - Descrição da amostra de usuários de Alvorada e Viamão segundo grupo etário e sexo. Porto Alegre, Ago-Set, 2013.**

Faixa etária	Alvorada					Viamão				
	Feminino		Masculino		% Sub-total	Feminino		Masculino		% Sub-total
	n	%	n	%		n	%	n	%	
5 a 9	1	0,1	0	0,0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,1
10 a 14	25	1,9	11	1,4	1,7	12	2,3	8	2,5	2,4
15 a 19	176	13,2	84	10,9	12,4	66	12,6	28	8,8	11,2
20 a 29	307	23,1	145	18,7	21,5	107	20,5	55	17,2	19,2
30 a 39	188	14,1	119	15,4	14,6	77	14,8	47	14,7	14,7
40 a 49	219	16,5	123	15,9	16,3	77	14,8	42	13,1	14,1
50 a 59	182	13,7	127	16,4	14,7	88	16,9	50	15,6	16,4
60 a 69	122	9,2	88	11,4	10,0	50	9,6	47	14,7	11,5
70 a 79	77	5,8	57	7,4	6,4	38	7,3	33	10,3	8,4
maior que 80	49	3,7	20	2,6	3,3	7	1,3	9	2,8	1,9
<b>Total</b>	<b>1330</b>	<b>100,0</b>	<b>774</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>522</b>	<b>100,0</b>	<b>320</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados primários, D. M. C, HNSC, Porto Alegre, 2013.

O maior número de ocorrências em ambos os municípios foi encontrado na faixa de 20 a 29 anos. A idade média dos pacientes foi de 41 anos. O grupo de população economicamente ativa (20 aos 59 anos) representou 1410 (67,5%) da amostra dos usuários de Alvorada e 549 (64,06%) dos usuários de Viamão. Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores que analisaram o perfil de atendimentos de urgência e emergência em hospitais de Pernambuco e Alagoas. (FURTADO, 2007; SIMONS 2008). Já na parcela de idosos, população acima de 60 anos, Viamão tem o maior percentual de concentração de usuários nesta faixa (22,05%) em relação à Alvorada (18,67%).

**Tabela 4 - Descrição da amostra segundo escolaridade dos usuários. Ago-Set 2013.**

Tabela 4: Descrição da amostra segundo escolaridade dos usuários. Ago-Set 2013.

Escolaridade	Alvorada		Viamão	
	n	%	n	%
Não Alfabetizado	125	6,0	34	4,0
Ensino Fundamental	1546	74,0	617	72,0
Ensino Médio	334	16,0	171	20,0
Superior	21	1,0	9	1,0
Não informado	63	3,0	26	3,0
<b>Total</b>	<b>2089</b>	<b>100%</b>	<b>857</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados primários, D. M. C, HNSC, Porto Alegre, 2013.

Nos dados que correspondem ao perfil sociodemográfico, as cidades de Alvorada e Viamão se aproximam. A Tabela 4 mostra que 74% dos usuários de Alvorada tem o ensino fundamental como escolaridade, sendo que Viamão apresenta maior percentual de usuários com ensino médio (20%). Essa situação de escolaridade segue o perfil identificado pelo IBGE (2010) onde 16,5% da população brasileira apresenta de 8 a 10 anos de estudo. Há sinais de sub-registro de informações, visto que 3% dos registros analisados não possuem informação de escolaridade. Outro viés encontrado se refere ao indicador disponível no sistema de informação do GHC, que possui apenas as variáveis de “escolaridade completa”, dado que não fornece uma análise mais precisa dos anos de escolaridade dos usuários. Estudos como os de Lima-Costa (2004) e Kassouf (2005) demonstram que indivíduos com maior escolaridade apresentam um comportamento mais saudável, têm mais informações sobre sua saúde. No geral, aqueles com maior escolaridade tendem a tomar melhores decisões relacionadas à saúde.

**Tabela 5 - Descrição da amostra segundo estado civil dos usuários. Ago-Set 2013.**

Estado Civil	Alvorada		Viamão	
	n	%	n	%
Solteiro	1253	60,0	514	60,0
Casado	668	32,0	265	31,0
Viúvo	84	4,0	43	5,0
Desquitado/Divorciac	84	4,0	35	4,0
<b>Total</b>	<b>2089</b>	<b>100%</b>	<b>857</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados primários, D. M. C, HNSC, Porto Alegre, 2013.

A tabela 5 apresenta os usuários quanto ao estado civil, sendo que 60% dos usuários declaram-se solteiros nos dois municípios. Os demais declaram-se casados, em torno de 31-32% para os 2 municípios e viúvos em torno de 4 a 5%. Pavão (2013) analisou estudos realizados fora do Brasil que evidenciaram relação positiva entre indivíduos casados e menor incidência de problemas de saúde. Em estudo baseado em um inquérito telefônico (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL), nas capitais federais e no distrito federal, não foram encontradas diferenças significativas nas razões de prevalência de autoavaliação de saúde ruim, segundo estado conjugal (solteiro, casado, viúvo e separado/divorciado). (BARROS, 2006).

A característica que mais se destaca nessa análise é a variável raça/cor, onde 85% dos usuários se autodeclaram brancos. Segundo dados do IBGE (2010) a região metropolitana de Porto Alegre é composta por 79% de pessoas de cor branca, 11% de cor parda e 7% de cor negra. Esta característica chama atenção e nos remete a análise de como esta informação é incluída no cadastro do usuário. Segundo a Política Nacional da População Negra (SEPPIR/MS, 2007) é necessário aprimorar a qualidade dos sistemas de informação, no que tange a coleta, processamento e análise dos dados de raça, cor e etnia. Esta informação deve ser perguntada ao usuário pelo método de autoclassificação ou autodeclaração, salvo em situações específicas, como quando a situação de saúde do usuário o impossibilita de transmitir informações. Porém, no sistema informatizado do HNSC, o quesito Cor/Raça vem automaticamente selecionado na Cor/Raça Branca, ficando a cargo dos trabalhadores da recepção o questionamento ao usuário. Esse processo de classificação é, muitas vezes, feito em momentos de emergência, ou por outra pessoa informante, podendo levar a um preenchimento incorreto, mesmo que sejam importantes em análises de perfil de usuários, de morbidades e mortalidade.

A tabela 6 apresenta a frequência de atendimentos pela variável dia da semana.

**Tabela 6 - Descrição da amostra segundo a frequência e porcentagem da variável dia de atendimento dos usuários de Alvorada e Viamão. Ago-Set 2013.**

<b>Dia de atendimento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Segunda-feira	584	19,8
Terça-feira	430	14,6
Quarta-feira	378	12,8
Quinta-feira	512	17,4
Sexta-feira	395	13,4
Sábado	346	11,8
Domingo	301	10,2
<b>Total</b>	<b>2946</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados primários, D. M. C, HNSC, Porto Alegre, 2013.

Os dias da semana nos quais os usuários de Alvorada e Viamão mais procuraram o serviço de emergência foram segunda-feira (19,8%) e quinta-feira (17,4%). Os dias menos procurados foram sábado (11,7%) e domingo (10,2%). O resultado desse indicador se aproxima do encontrado em estudos realizados em serviços de emergência de Campinas - SP (OLIVEIRA, 2011) e Recife – PE (SIMONS, 2008) que identificaram maior procura por atendimento em dias úteis. Em estudo realizado com usuários classificados como não urgentes em hospital de Porto Alegre evidencia-se uma maior procura de atendimento nas segundas-feiras (ABREU, 2013). Segundo Jacobs e Matos (2005), a maior procura por atendimentos às segundas-feiras pode estar relacionado à facilidade de acesso, disponibilidade de consulta médica sem marcação prévia e ao acúmulo de problemas de saúde não resolvidos no fim de semana.

As Tabelas 7 e 8 apresentam os usuários de Alvorada e Viamão respectivamente, segundo o bairro de procedência.

**Tabela 7 - Bairro de procedência dos usuários oriundos de Alvorada. Porto Alegre, ago-set 2013.**

Bairro	n	%
Aparecida	367	17%
Maria Regina	203	10%
Piratini	185	9%
Estancia Grande	182	9%
Sumare	178	8%
Fomozza	152	7%
Jardim Algarve	175	8%
Umbu	135	6%
Tijuca	134	6%
Americana	113	5%
Bela Vista	80	4%
Outros	200	9,51%
<b>Total</b>	<b>2104</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Dados primários, D. M. C, HNSC, Porto Alegre, 2013.

**Tabela 8 - Bairro de procedência dos usuários oriundos de Viamão. Porto Alegre, ago-set 2013**

Bairro	n	%
Vila Augusta	118	14%
Santa Cecília	101	12%
Vila Elsa	92	11%
Santa Isabel	81	10%
Parque Índio Jari	54	6%
Viamópolis	44	5%
Jardim Krahe	42	5%
Espigão	34	4%
São Lucas	33	4%
Santo Onofre	32	4%
Centro	21	2%
Outros	190	23%
<b>Total</b>	<b>842</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados primários, D. M. C, HNSC, Porto Alegre, 2013.

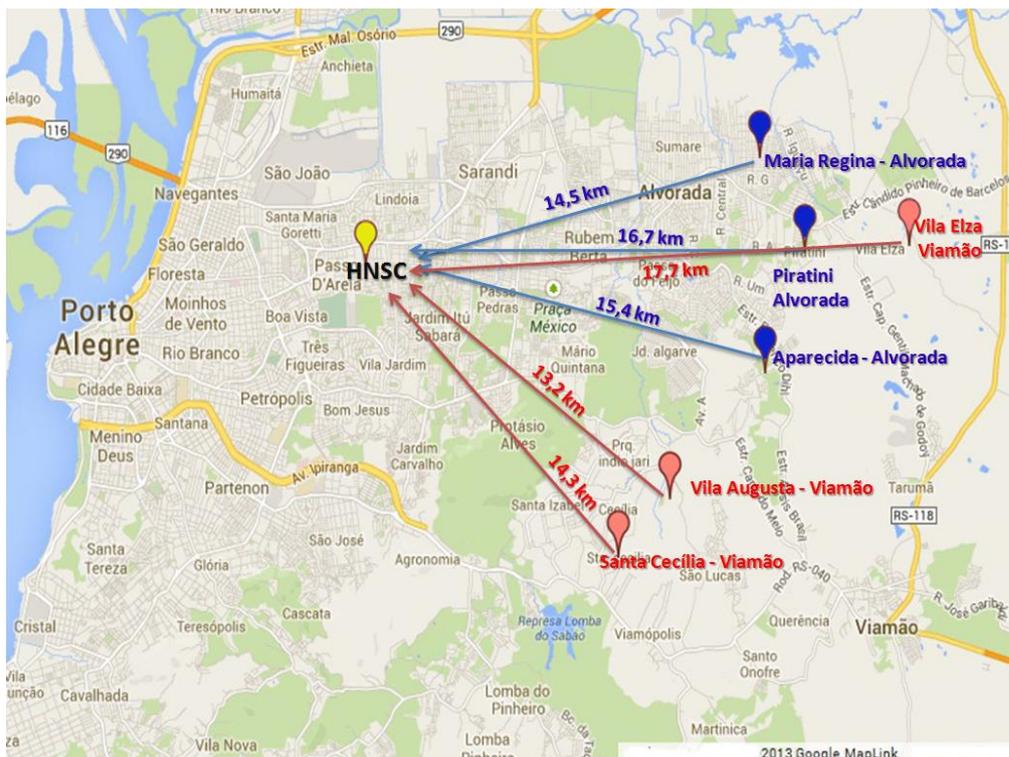
Os bairros de Alvorada com maior fluxo de usuários foram Aparecida (17%), Maria Regina (10%) e Piratini (9%). Já em Viamão os bairros de maior fluxo foram Vila Augusta (14%), Santa Cecília (12%) e Vila Elsa (11%). Ao analisarmos a distância relativa destes bairros ao HNSC, conforme a Figura 1, verificou-se que o bairro Vila Augusta, de Viamão, é o mais próximo, estando a 13,2 km de distância. Já o bairro mais distante é a Vila Elza, também no município de Viamão, distante 17,7 km do HNSC.

Conforme Dall'Agnol, Lima e Ramos (2009), as pessoas buscam atendimento em serviços de saúde, usando seus critérios de escolha, que envolvem principalmente o acesso funcional, não se restringindo às facilidades de acesso geográfico. Pode-se afirmar que o indivíduo, no momento que verifica a necessidade de atendimento ágil, busca o serviço que oferecer melhores condições de acesso, mesmo que seja distante do local de residência. Isso indica que o usuário percebe que necessita de atendimento e,

diante das opções de serviços de saúde, prefere o serviço de urgência, mesmo que exija maior deslocamento.

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, cultural e funcional. Devem ser levados em conta ainda, aspectos como o custo do transporte coletivo e o tempo de espera por este. O acesso geográfico é caracterizado segundo Unglert (1995) como a forma de deslocamento, tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde.

Nesse sentido, o acesso ao HNSC é facilitado aos usuários de Alvorada e Viamão, pois sua localização na zona norte de Porto Alegre é trajeto de transportes coletivos que rumam em direção ao Centro. A proximidade relativa do hospital com os bairros de maior procura dos dois municípios, em média 15 km, conforme mostra a figura 1, facilita o deslocamento, seja por transporte coletivo ou próprio. No entanto, para autores como Lima (2007) com base em Adami (1993) a proximidade geográfica entre a moradia do usuário e o serviço de saúde não se constitui em elemento central determinante de sua escolha, pois esse fator não significa garantia de atendimento. Experiências prévias negativas na busca por atendimento em serviços próximos de suas residências podem levar o usuário a optar pela procura de atendimento em outras unidades de saúde que, além do acesso facilitado, possuam um bom acolhimento, mesmo isto exigindo um maior deslocamento. (RAMOS 2003). No entanto, pode-se argumentar que a proximidade geográfica também justifica deslocamentos ao serviço citado, pois significa menos tempo e menos despesa com transporte, considerando as condições socioeconômicas, esse não é um argumento negligenciável.



Fonte: GoogleMaps, 2013.

**Figura 1- Localização do HNSC em Km de distância em relação aos bairros dos Municípios de Alvorada e Viamão.**

Cabe ressaltar que os municípios destacados no presente estudo contam com Unidades Básicas de Saúde, Estratégias de Saúde da Família entre outros serviços que compõem a rede de atenção à saúde, inclusive serviços de emergência não hospitalares e hospitalares. Para agregar maiores informações ao estudo, foi realizado contato via correio eletrônico com as secretarias de saúde dos municípios em questão (SMS ALVORADA, 2013; SMS VIAMÃO 2013) com a solicitação do endereço das UBS disponíveis. O retorno recebido dos assessores destas secretarias mostra que Alvorada possui 12 UBS disponíveis no município. Já Viamão possui 15 UBS. Constata-se que a rede de atenção à saúde está se consolidando, haja vista que no ano de 2012 novos serviços de emergência não hospitalares foram inaugurados em Viamão e na gerência distrital de saúde Norte/Eixo Baltazar em Porto Alegre, sendo este próximo ao município de Alvorada, o qual ainda não possui em seu território serviços de emergência não hospitalares, fato que pode contribuir para a utilização do Serviço de Emergência do HNSC.

## 5.2 Caracterização dos acolhimentos e classificação de risco no serviço de emergência do HNSC - usuários de Alvorada e Viamão

Os atendimentos no serviço de emergência do HNSC são estratificados por prioridade, segundo o protocolo de Manchester. Conforme a classificação de Risco para os acolhimentos de ago/set de 2013, 49% dos casos foram classificados como não urgentes (Verde, Azul e Branco), 44% classificados como Amarelo e 6% dos casos classificados como Laranja e Vermelho.

Em relação à classificação de risco, ela é tarefa exclusiva do profissional enfermeiro e deve ser feita por profissionais capacitados e com habilidades para reconhecer sinais e sintomas de gravidade, quando da chegada de um paciente em uma unidade de emergência. O que foi observado no período de estágio realizado nesse serviço (março a julho de 2013) e constatado neste estudo, é que os enfermeiros classificaram 44% dos pacientes na cor amarela de prioridade. Isso pode representar a “verdadeira demanda” do serviço de emergência, como também ser um dado “falso positivo”, pois, muitas vezes, para justificar o atendimento de um paciente que não deveria ser atendido em um serviço de emergência, ou que não concorda com o encaminhamento a outra unidade, ou ainda em situações que o enfermeiro percebe que este usuário receberá um melhor atendimento no HNSC, o usuário é classificado nesta prioridade. Assim, observa-se que essa classificação adotada, permite interpretações subjetivas das queixas dos usuários por parte dos profissionais que realizam a avaliação. Mesmo reconhecendo essa subjetividade, entende-se que outros elementos sempre aparecem como componentes dessa priorização, sendo considerados na “seleção” de demandas.

Também, estes resultados demonstram que a utilização da Emergência do HNSC pode estar funcionando como uma “válvula de escape” dos serviços de saúde, prejudicando o atendimento dos casos considerados adequados e “verdadeira prioridade”, uma vez que o excesso de demanda acarreta acúmulo de tarefas e consequente sobrecarga para toda a equipe profissional.

Segundo Botelho et al (1990), a presença de grande número de usuários que buscam atendimento nos serviços de emergência por “causas comuns”, com queixas típicas de serviços de atenção primária de saúde, caracteriza um uso abusivo destes serviços por parte da população. No entanto, é necessário analisar que a população busca resolver o seu problema e, muitas vezes, entende que os serviços hospitalares são os mais adequados pois concentram os diferentes níveis de atenção.

A Tabela 9 apresenta os principais fluxogramas seguidos no acolhimento e classificação de risco segundo o protocolo de Manchester.

**Tabela 9- Fluxogramas utilizados na classificação de risco de Manchester para usuários de Alvorada e Viamão. Ago-Set 2013.**

Fluxograma	Alvorada		Fluxograma	Viamão	
	n	%		n	%
Dor abdominal em adulto	418	19,9	Dor abdominal em adulto	180	21,4
Mal estar em adulto	355	16,9	Mal estar em adulto	139	16,5
Dor lombar	148	7,0	Dispneia em adulto	66	7,8
Dispneia em adulto	136	6,5	Problemas em extremidades	52	6,2
Dor torácica	114	5,4	Dor torácica	50	5,9
Problemas em extremidades	110	5,2	Cefaléia	48	5,7
Cefaléia	108	5,1	Dor lombar	39	4,6
Infecções locais e abscessos	94	4,5	Infecções locais e abscessos	35	4,2
Problemas urinários	92	4,4	Problemas urinários	32	3,8
Sangramento vaginal	76	3,6	Feridas	26	3,1
Outros	453	21,5	Outros	175	20,8
<b>Total geral</b>	<b>2104</b>	<b>100,0</b>	<b>Total geral</b>	<b>842</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados primários, D. M. C, HNSC, Porto Alegre, 2013.

A partir da queixa do usuário, a enfermeira responsável pela classificação de risco procede à escolha do fluxograma mais adequado em uma lista com 52 opções (ANEXO B). Foram identificadas 43 queixas diferentes segundo esse protocolo, sendo as cinco mais frequentes: dor abdominal em adulto (20,3%), mal estar em adulto (16,8%), dispneia em adulto (6,9%), dor lombar (6,3%), dor torácica (5,6%). Os resultados se comparam a pesquisa realizada em outro serviço de emergência de Porto Alegre, que analisou a procura de atendimento por usuários não urgentes, identificando os fluxogramas de dor abdominal em adulto e mal estar em adulto como os mais frequentes no serviço. (ABREU, 2013). Chama atenção a escassez de estudos nacionais que abordem os fluxogramas do protocolo de Manchester em atendimentos de urgência e emergência, sendo este um dado que auxilia na identificação do perfil de utilização destes serviços.

A tabela 10 apresenta os discriminadores utilizados na classificação de risco.

**Tabela 10 - Discriminadores utilizados na classificação de risco de Manchester para usuários de Alvorada e Viamão. Ago-Set 2013.**

	Alvorada		Viamão	
Discriminador	n	%	Discriminador	n %
Dor leve recente	459	21,8	Dor moderada	190 22,6
Dor moderada	446	21,2	Dor leve recente	174 20,7
Evento recente	346	16,4	Evento recente	140 16,6
Nenhum discriminador	93	4,4	Nenhum discriminador	42 5,0
Dor pleurítica	67	3,2	Dor pleurítica	32 3,8
Déficit neurológico novo	59	2,8	Déficit neurológico novo	22 2,6
Adulto quente	47	2,2	Sat O2 baixa	21 2,5
Dor intensa	45	2,1	Adulto quente	16 1,9
Início súbito	43	2,0	Dor intensa	16 1,9
Sat O2 baixa	39	1,9	Gravidez possível	13 1,5
Outros	460	21,9	Outros	176 20,9
<b>Total</b>	<b>2104</b>	<b>100,0</b>	<b>Total</b>	<b>842 100,0</b>

Fonte: Dados primários, D. M. C, HNSC, Porto Alegre, 2013.

Cada fluxograma possui discriminadores, que são características que diferenciam os usuários entre si de tal forma que permitem a determinação da prioridade clínica. A definição e explicação de cada discriminador ficam disponíveis para consulta ao lado do respectivo fluxograma. A partir do discriminador escolhido será definida a gravidade do problema do usuário. Os discriminadores mais usados alternaram entre os usuários de Alvorada e Viamão, sendo os principais: dor moderada (22%) e dor leve recente (22-21%). Barreto et al (2012) ao realizar estudo sobre avaliação da dor em pacientes atendidos em pronto-socorro identificou a prevalência de (45%) de atendimentos onde o principal motivo pela procura do serviço era a dor e a localização mais frequente foi a região abdominal, o que se assemelha ao encontrado na avaliação dos fluxogramas da emergência do HNSC.

Quanto aos encaminhamentos dos usuários após a classificação de risco, 47% foram encaminhados para atendimento na Emergência Clínica do HNSC, 18% para a Emergência Cirúrgica, 13% para Emergência Ginecológica e 22% foram encaminhados para atendimento em outros serviços da rede (UPA, UBS e serviços especializados como, por exemplo, clínicas de ortopedia e ambulatório de dermatologia sanitária). Estudo realizado em hospital de Alagoas – PE (SIMONS, 2008) também verificou maior procura de atendimento para clínica médica. A comparação dos dados de encaminhamento dos usuários acolhidos no serviço de emergência do HNSC com

outros estudos de perfil de utilização de serviços de emergência (CARRET, 2007; FURTADO 2004) fica prejudicada, pois muitos desses serviços analisados possui atendimento também em regime de pronto socorro em traumatologia e atendimentos pediátricos, o que não se aplica ao HNSC.

Visando referenciar os usuários que não são atendidos nos serviços de emergência, ora pela queixa não se classificar como tal, ou pela necessidade de serviço especializado, Porto Alegre instituiu um programa piloto de encaminhamento de usuários. (SMS, 2013). Consiste em um contato telefônico entre o enfermeiro responsável pela classificação e o enfermeiro da unidade de saúde a qual este usuário esta sendo encaminhado. Porém este programa não foi implantado ainda no serviço de emergência do HNSC, sendo o usuário somente orientado a procurar atendimento no local indicado, o que pode dificultar o acolhimento em outra unidade, uma vez que o processo de classificação deverá ocorrer novamente.

A Tabela 11 abaixo apresenta os fluxogramas mais frequentes de usuários que foram encaminhados para o atendimento em UBS.

**Tabela 11 - Usuários de Alvorada e Viamão encaminhados à UBS segundo fluxograma de classificação de risco na Emergência do HNSC. Ago-Set 2013.**

<b>Fluxograma</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mal estar em adulto	28	22,0
Dor de garganta	13	10,2
Dor abdominal em adulto	12	9,4
Boletim branco	9	7,1
Dispnéia em adulto	8	6,3
Dor lombar	8	6,3
Problemas em extremidades	8	6,3
Cefaléia	8	6,3
Problemas em ouvidos	6	4,7
Diarréia e/ou vômitos	5	3,9
Infecções locais e abscessos	4	3,1
Problemas urinários	4	3,1
Doença sexualmente transmissív	4	3,1
Outros	10	7,9
<b>Total geral</b>	<b>127</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados primários, D. M. C, HNSC, Porto Alegre, 2013.

O fluxograma mais utilizado foi o de mal estar em adulto (22,0%), seguido de dor de garganta (10,2%) e dor abdominal em adulto (9,4%). O fato do fluxograma “dor

de garganta” ter grande ocorrência nos encaminhamentos a atendimento na rede básica de saúde pode estar ligado ao período sazonal analisado, o das temperaturas baixas do inverno, onde problemas respiratórios são mais frequentes.

Ao analisar as queixas dos usuários encaminhados a outros serviços como as UBS's, verifica-se uma grande procura de atendimentos para a realização de exames, como Rx, testes de gravidez e DST, curativos e procedimentos de baixa complexidade, o que ratifica esses encaminhamentos, uma vez que são o local mais indicado para exames de baixa complexidade e não urgentes. Porém este dado não foi quantificado devido à subjetividade de cada queixa principal no momento do acolhimento. Carret (2011) identificou em estudo realizado em Pelotas - RS que 40,7% dos usuários procurou o serviço de emergência pela facilidade de acesso a exames em detrimento da atenção básica.

Estudo realizado na emergência do HNSC por Stein (1998) apresenta entre as análises que os motivos principais que levam as pessoas a procurar a emergência em vez do posto de saúde são, de um lado, os maiores recursos e o pronto atendimento que existem nas emergências e, de outro, o não funcionamento do posto de saúde no momento em que os pacientes necessitaram e a imagem negativa de que ele “não funciona”. Segundo esse estudo apenas 25% dos usuários entrevistados procuraram atendimento prévio na atenção básica.

**Tabela 12 - Usuários de Alvorada e Viamão encaminhados à UPA segundo fluxograma de classificação de risco na Emergência do HNSC. Ago-Set 2013.**

<b>Fluxograma</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mal estar em adulto	138	32,8
Infecções locais e abscessos	50	11,9
Dor de garganta	32	7,6
Cefaléia	30	7,1
Dor lombar	29	6,9
Diarréia e/ou vômitos	22	5,2
Problemas urinários	19	4,5
Dispnéia em adulto	18	4,3
Problemas em extremidades	18	4,3
Dor abdominal em adulto	15	3,6
Feridas	8	1,9
Problemas em ouvidos	6	1,4
Dor cervical	6	1,4
Alergias	5	1,2
Problemas em face	25	5,9
<b>Total geral</b>	<b>421</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados primários, D. M. C, HNSC, Porto Alegre, 2013.

Já na análise dos fluxogramas de usuários encaminhados ao atendimento na UPA conforme a tabela 10, verifica-se a maioria absoluta de casos de “mal-estar em adulto” (32,8%), seguidos de infecções locais e abscessos (11,9%) e dor de garganta (7,6%). Constata-se grande procura por atendimentos para realização de pequenos procedimentos como drenagem de abscessos e extração de unha encravada.

Diversos estudos sobre a utilização geral dos serviços de urgência e emergência (ABREU, 2013; COELHO, 2010; FURTADO, 2004; LUDWIG, 2003; OLIVEIRA, 2009), apontam a organização como um dos principais fatores que influenciam a busca frequente por assistência em nesses serviços de saúde. Aspectos relacionados à facilidade de acesso, à percepção de maior resolutividade e à formação de vínculo alguns dos motivos pelos quais usuários buscam assistência no serviço de urgência. Esses resultados podem indicar fragilidades no processo de acolhimento e acessibilidade dos demais serviços de saúde.

Foi necessário analisar alguns conceitos que norteiam e auxiliam na compreensão dos fatores que levam os usuários de Alvorada e Viamão à buscar atendimento no serviço de emergência do HNSC.

Ramos (2001) em seu trabalho sobre acesso apresenta o conceito como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que

se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Abrange, nesse caso, a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes. Referente a esta abordagem pode-se dizer que o usuário busca atendimento no local onde percebe que terá acesso aos cuidados necessários, exames e possíveis encaminhamentos, tendo a continuidade do cuidado. Porém o que se verifica é que muitas vezes o atendimento prestado em unidades de emergência é focado no tratamento pontual e descontinuado. Isso ainda demonstra que o usuário tem pouco conhecimento sobre a organização do sistema e sua porta de entrada prioritária e as possibilidades de atenção contínua.

Outro conceito que auxiliou na análise do fluxo de atendimentos no HNSC é o de acessibilidade, como dos aspectos importantes ao analisar a oferta de serviços, relativo a capacidade de se produzir serviços que respondam às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade, neste caso, Segundo Travassos (2004), citando Donabedian (1974), é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. Segundo a autora, ainda utilizando-se da classificação de Donabedian o conceito de acessibilidade se distingue em duas dimensões: a sócio-organizacional e a geográfica, indicando que há relação entre essas dimensões. Acessibilidade sócio-organizacional: inclui todas as características da oferta de serviços, exceto os aspectos geográficos, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso de serviços. Acessibilidade geográfica: relaciona-se à fricção do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros. Unglert (1999) inclui ainda os seguintes enfoques a acessibilidade: Funcional, sobre como os serviços são ofertados e seu horário de funcionamento e qualidade; Cultural, analisando os hábitos e costumes da população ao procurar os serviços; Econômico: considerando que nem todos os serviços estão disponíveis para a população. Segundo Unglert (1999) a acessibilidade é um dos fatores mais complexos do acesso aos serviços de saúde.

Ao pensar sobre o conceito de acessibilidade em relação ao serviço de emergência do HNSC, este apresenta uma localização geográfica que privilegia os usuários dos municípios de Alvorada e Viamão devido a sua proximidade e fácil acesso. Possui atendimento 24 horas sobre a ótica de portas abertas, acolhendo todos os

usuários. Devido ao foco em atendimento de casos de urgência e emergência não é possível atender a toda a demanda de usuários que procuram este serviço.

Ao analisar os fatores intrínsecos que podem contribuir para que os serviços de saúde possam ofertar atendimento equânime à população, o financiamento a saúde é parte importante neste sentido. Estudos apontam que a distribuição de recursos na esfera municipal não acompanham as necessidades da população adscrita, principalmente no que tange a relação de gasto público per capita com saúde e o percentual de pessoas em situação de pobreza (FONSECA, 2013; SCHERER, 2008). Os municípios de Alvorada e Viamão são um claro exemplo, sendo citados nestes estudos como os que menos investiram em saúde nos anos de 2000 e 2011.

Em estudo realizado pela Secretária do Planejamento e Gestão do Rio Grande do Sul (SEPLAG/RS) apresenta, no que se refere à despesa social *per capita* na função saúde os municípios de Alvorada e Viamão novamente como entre os municípios com menores gastos sociais (assistência social, saúde, saneamento, educação e cultura. (RÜCKERT et al, 2009).

Na administração pública, os gestores buscam cada vez mais indicadores que possibilitem a mensuração de seu desempenho em relação à eficiência da aplicação dos recursos públicos. Em estudo da Fundação de Economia e Estatística – FEE (FRAGA et al, 2012) analisou a influência dos gastos sociais no desempenho e na evolução de seus indicadores socioeconômicos no período de 1991-2008. Foram analisados os municípios que integram o Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE)<sup>2</sup> Metropolitano Delta do Jacuí<sup>3</sup>, no que diz respeito ao influência destes incrementos no Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE). O IDESE varia entre 0 e 1, sendo 0 quando não há desenvolvimento e 1 quando há desenvolvimento total, e divide os COREDES e os municípios em grupos com baixo desenvolvimento (de 0 a 0,499), médio desenvolvimento (de 0,500 e 0,799) e, por fim, alto desenvolvimento (acima de 0,800) (FEE, 2012). Alvorada, que passou de 0,709, em 2001, para 0,718, em 2008 e Viamão que em 2001 tinha o índice de 0,706 passou para 0,727, em 2008 encontram-se

---

<sup>2</sup> A divisão do estado em Conselhos Regionais de Desenvolvimento tem como objetivo a promoção do desenvolvimento regional, harmônico e sustentável por meio da integração dos recursos e das ações governamentais na região, visando a melhoria da qualidade de vida da população, a distribuição equitativa da riqueza produzida, bem como o estímulo à permanência do homem em sua região e à preservação do meio ambiente (SEPLAG, 2012).

<sup>3</sup> Composto por Porto Alegre, Alvorada, Cachoeirinha, Eldorado do Sul, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Triunfo, Santo Antônio da Patrulha e Viamão (FEE, 2012).

na classe de médio desenvolvimento, porém entre os últimos colocados na lista dos municípios deste COREDE. Segundo o estudo, nota-se pouca evolução dos gastos sociais e pequena melhoria do IDESE nas dimensões saneamento e domicílio, educação e saúde.

A falta de financiamento pode ser descrita como fator que contribui para busca de atendimento de usuários de Alvorada e Viamão a serviços de saúde de Porto Alegre. No entanto, autores apontam que apenas o aumento do investimento em saúde não resulta obrigatoriamente em melhor qualidade, citando o exemplo do sistema de saúde americano, com um baixo nível de saúde coletiva e o sistema mais caro do mundo. (STEIN, 1998).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou descrever, com auxílio de análise quantitativa de frequência e percentuais, o perfil de usuários oriundos dos municípios de Alvorada e Viamão na demanda por atendimento do serviço de emergência do HNSC. Também foi possível identificar os principais problemas de saúde determinantes na busca de atendimento. Foi constatado que cerca de 18% do total de atendimentos realizados no período de Agosto a Setembro de 2013 foram solicitados por usuários destes municípios, demonstrando o grande impacto dessa busca por assistência para o serviço de emergência do HNSC. Do total dos acolhimentos analisados, 70% foram de Alvorada e 30% de Viamão.

A maioria dos usuários acolhidos foram do sexo feminino, sendo a predominância maior entre os usuários de Alvorada (63%). Destacou-se na faixa etária da população analisada a maior procura por usuários na faixa de idade de 20 a 59 anos, com escolaridade fundamental, solteiros e predominantemente brancos. O dia da semana de maior procura na emergência do HNSC foi a segunda-feira com (19,8%) dos atendimentos.

Segundo o bairro de procedência dos usuários de Alvorada, os três bairros mais citados foram Aparecida, Maria Regina e Piratini, somando (34%) dos acolhimentos. Já os bairros de Viamão mais frequentes foram Americana, Bela Vista e Vila Augusta, somando (35%) dos atendimentos. Foi possível verificar que a proximidade pode ser um fator de influência na procura por atendimento na emergência do HNSC, visto que estes bairros ficam em média à 15 km de distância e com transporte acessível. Esse fato soma-se a busca preferencial por serviços que concentram recursos e tecnologias em saúde capazes de darem respostas mais completas aos problemas. Não foi possível localizar informações sobre a densidade populacional por bairros dos municípios, dado que poderia contribuir para uma melhor análise.

Os problemas de saúde relatados com maior frequência pelos usuários de Alvorada e Viamão no momento do acolhimento foram: dor abdominal e mal estar em geral. Os discriminantes mais frequentes foram dor leve recente e dor moderada. Contudo, analisar os dados disponíveis do acolhimento e classificação de risco pelo protocolo Manchester, apenas com informações da opção de fluxogramas e

discriminadores aplicados não possibilita uma análise completa dos problemas de saúde referidos pelos usuários. Considerar outros aspectos da queixa do usuário no momento do acolhimento e classificação de risco pode fornecer opiniões, salientar dificuldades e necessidades, contribuindo para uma análise mais ampla. No entanto, neste estudo não foi realizada esta análise que será desenvolvida em outra etapa.

A maior parte dos usuários acolhidos foram classificados como situações pouco urgente (verde, azul e branco) pelas enfermeiras que realizaram a classificação de risco de acordo com o protocolo de Manchester. Os atendimentos de menor complexidade devem ser encaminhados e acolhidos na atenção primária à saúde conforme preconiza o SUS, contudo, apenas (22%) dos usuários foram encaminhados para outro serviço de saúde considerado mais adequado para a tipologia de problema de saúde referida. As queixas mais frequentes referidas pelos usuários encaminhados para atendimento em unidades básicas de saúde foram mal estar em adulto e dor de garganta. O fato deste levantamento utilizar informações dos meses de agosto e setembro, período de inverno, contribui para o aumento da demanda de atendimentos por problemas respiratórios. Já para os usuários encaminhados para atendimento na UPA as causas mais frequentes foram mal estar em adulto e infecções locais e abscessos, denotando a necessidade de realização de pequenos procedimentos e drenagens. Isso pode demonstrar que a estruturação da rede de atenção disponível para assistência, nestes municípios, aparenta ainda ser inadequada ou pouco resolutiva, fazendo que o usuário pense, primeiramente, em buscar atendimento em uma unidade hospitalar.

No período de estágio curricular realizado no serviço de emergência do HNSC foi possível evidenciar que o hospital é visto pelos usuários como um local em que o acesso à assistência é mais rápido e fácil, onde não era necessário peregrinar em diversos pontos da atenção à saúde para realizar exames e obter medicações. Em muitos acolhimentos foram destacados pelos usuários motivos que dificultavam o acesso a outros serviços de saúde, como a demora para o agendamento de consultas, falta de recursos humanos e materiais. No entanto, este estudo não abordou sistematicamente os usuários, limitando essa análise ao perfil descrito.

A assistência somente em nível de atenção em urgência não é apropriada, pois tem caráter imediatista, centrada na doença e sem proporcionar continuidade da assistência. Considera-se que o usuário necessita ter as suas necessidades de saúde atendidas, ainda que sejam expressas por meio da utilização dos serviços de maior

complexidade tecnológica por problemas de saúde não urgentes. Porém, acredita-se que o usuário poderia utilizar-se dos demais serviços de saúde disponíveis na rede, uma vez que se beneficiariam dessa assistência, tendo em vista que muitos usuários apresentam morbidades crônicas que requerem tratamento continuado. Cabe as esferas municipais o trabalho de fomentar maior investimento, uma melhor gestão do nível primário de atenção e também uma melhor atuação em atividades de promoção e, principalmente, educação em saúde. A alocação dos recursos públicos deve gerar resultados positivos independente da condição econômica, nível de escolaridade, sexo, raça entre outras variáveis. Ainda são insuficientes os estudos que buscam mostrar a desigualdade na alocação de recursos públicos na área da saúde. Neste aspecto, há necessidade de investigar a eficiência do setor da saúde e à alocação dos recursos de forma a reduzir as desigualdades de acesso e as deficiências da rede de saúde dos municípios.

Verifica-se que grande parte da demanda de usuários buscam atendimento fora dos limites de seus municípios de origem, talvez por desconhecimento da rede disponível ou falta de estrutura de atendimento, gerando sobrecarga em outros serviços, sobretudo ficando “invisíveis” a luz dos indicadores de morbidade e aos “olhos” dos gestores públicos locais, uma vez que não são atendidos em serviços de saúde na sua cidade, o que também pode indicar uma subutilização da rede municipal de atenção disponível.

Há necessidade de identificar outras características do fluxo de pacientes e o que está ocorrendo com o sistema de atenção primária das regiões de que provêm o maior número de pacientes – no trabalho da emergência do HNSC, supõe-se que os municípios de Alvorada e Viamão tenham problemas de resolutividade no atendimento do nível primário. Deve ser realizada uma segunda etapa deste estudo afim de verificar o acesso dos usuários na atenção básica de seus municípios, buscando identificar as barreiras e entraves que dificultam o atendimento de problemas de saúde de possível resolução no nível da atenção primária. Os planejadores dos serviços de saúde devem realizar um diagnóstico para verificar como ocorre o fluxo de pacientes antes de sua ida à emergência e como são encaminhados após o atendimento, o que possibilitará uma melhor organização do modelo assistencial.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Kelly Piacheski de. Utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes. Tese de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.
- ADAMI, N. P. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, V.1, n.2, p.53-67, jul. 1993.
- ALVORADA. PREFEITURA MUNICIPAL DE ALVORADA. *Historia*. 2013. Disponível em: <<http://www.alvorada.rs.gov.br/005/00502001.asp>>. Acesso em 09 de jun de 2013.
- FERREIRA, Antônio Buarque de Hollanda. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 4.ed. Curitiba. Positivo; 2009.
- BARRETO, Renato de Freitas et al. Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. *Ver. Dor*. 2012, vol. 13, n. 3 pp. 213-219.
- BARROS A. B. A, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Autoavaliação de saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43 Suppl 2:27-37.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- BRASIL. Lei Orgânica de Saúde nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providencias. *Diário Oficial da União* 1990;

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> acesso em 04/07/2013

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.29, n.5, pp. 84

CARRET, M.L.V.; FASSA, A.G.; PANIZ, V.M.V. *et al.* Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n. supl 1, p.1069-79, 2011.

CEZAR, D. C. Relatório de Estágio Curricular – Eixo de promoção, educação e vigilância a saúde. Porto Alegre, 2013.

COELHO, Mônica Franco et al. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 18, n. 4, p. 770-7, 2010.

DALL'AGNOL, C. M; LIMA, M. A. D. S; RAMOS, D. D. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 11, n. 3, 2009.

DIOGO, C. S. Impacto da relação cidadão – sistema de triagem de manchester na requalificação das urgências do SNS. 2007. 22p. Dissertação (Mestre em Gestão dos Serviços de saúde) - Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.

FEE. FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. Índice de Desenvolvimento Socioeconômico. Disponível em:  
<[http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg\\_idese.php](http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg_idese.php)>. Acesso em: 02 dez. 2013

FONSECA, Gonçalo Mesko de. Estudo sobre a causa de sonogação do direito fundamental a Saúde: Devolutividade Iníqua. Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul. 2013.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E., 1999. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 15:345-353.

FURTADO, BMASM; ARAÚJO JR, José Luiz C.; CAVALCANTI, Paulleti. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. Rev bras epidemiol, v. 7, n. 3, p. 279-89, 2004.

GARLET, E.R. et al organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, abr-jun; 18(2): 266-72. 2009

GHC. Grupo Hospital Conceição. Quem Somos. Disponível em <http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=1> acesso em 05/07/2013

GIGLIO-JACQUEMOT, A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 139 p.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

JACOBS; P.C.; MATOS, E.P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador - Bahia. Revista da Associação Médica Brasileira, v.51, n.6, p.348-53, 2005.

KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. Ver. Econ. Sociol. Rural, Brasília, vol, 43, n. 1, Mar. 2005.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. Acta paul. enferm. [online]. 2007, vol.20, n.1, pp. 12-17. ISSN 1982-0194.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, dic. 2004, vol. 13, no. 4 p.201-208.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio de. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, dic. 2008, vol. 17, no. 4 p.247-2257.

LUDWIG et al. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.56, n.1, p.71-75, 2003.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. Emergency Triage. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade* v.13, n.3, p.44-57, set-dez 2004.

OLIVEIRA et al. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.5, pp. 1929-1938, 2009.

PELEGRINI et al. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*;v. 10,n.2, p. 275-286, 2005

RAMOS et al. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, n.1, pp. 27-34. ISSN 0102-311X.

RÜCKERT et al. Municípios do RS: gastos sociais e condições de vida da Região Metropolitana de Porto Alegre. Documentos FEE. N. 66. 128p. Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser. Porto Alegre. 2009.

SILVEIRA et al. A Pesquisa científica. In: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SEPPIR. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Ministério da Saúde. Brasília – DF. Fevereiro de 2007

SMS. Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre. Atendimento de emergência terá novo fluxo na rede de saúde. Disponível em [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_noticia=159199&ATENDIMENT](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_noticia=159199&ATENDIMENT)

O+DE+EMERGENCIA+TERA+NOVO+FLUXO+NA+REDE+DE+SAUDE. Acesso em 03/07/2013.

SMS ALVORADA. Secretária Municipal de Saúde de Alvorada. Endereço das UBS. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <diegomcezar@gmail.com> em 01.11.2013

SMS VIAMÃO. Secretária Municipal de Saúde de Viamão. Endereço das UBS. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <diegomcezar@gmail.com> em 01.11.2013

STEIN, Airton Tetelbom. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não-urgentes em serviços de emergência. Tese [doutorado] – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica. Porto Alegre: UFRGS, 1998.

TOBAR F et al. 2003. Modelos eqüitativos de distribuição de recursos sanitários. Disponível em <<http://www.opas.org.br/serviços/Arquivos/sala5205.pdf>>. Acesso em 5 de maio, 2003

UNGLERT, C. V. S., 1995. Territorização em sistemas de saúde. In: Distrito Sanitário (E. V. MENDES, org.), pp. 221-235, São Paulo: Editora Hucitec/ Rio de Janeiro: ABRASCO.

VIAMÃO. CÂMARA DE VEREADORES DA CIDADE DE VIAMÃO. História de Viamão. 2013. Disponível em <:<http://www.camaraviamao.rs.gov.br/index.php/historia-de-viamao/>>. Acesso em 09 de jun de 2013.

**APÊNDICE A****TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS**

**Título do projeto:** Trajetórias, motivações e atitudes de usuários oriundos de municípios da Grande Porto Alegre que buscam atendimento no Serviço de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

**Pesquisador:** Graduando Diego Menger Cezar - (51)8903-9036, E-mail: diegomcezar@gmail.com

**Pesquisadora Responsável:** Dra. Prof<sup>a</sup> Marta Julia Marques Lopes

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

Preservar a privacidade das pessoas cujos dados serão coletados;

Que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;

Que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Que serão respeitadas todas as normas da resolução 466/2012 e suas complementares na execução deste projeto.

Porto Alegre, 13 de julho de 2013

---

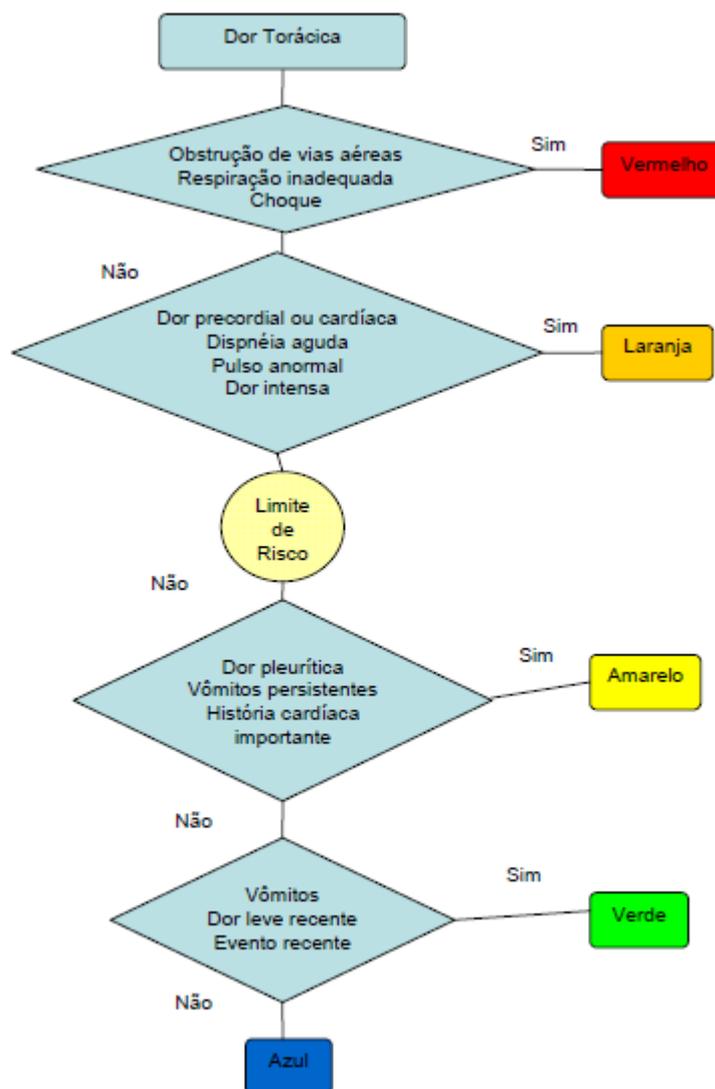
Nome e Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Nome(s) e Assinatura(s) de todos pesquisador(es) participante(s)

---

Nome(s) e Assinatura(s) do Comitê de Ética e Pesquisa GHC.

**ANEXO A – Exemplo de fluxograma do protocolo de Manchester**

Fluxograma extraído do Sistema Manchester de Classificação de Risco (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

**ANEXO B – Índice de fluxogramas do protocolo Manchester**

1. Agressão
2. Alergia
3. Alteração do comportamento
4. Asma, história de
5. Autoagressão
6. Bebê chorando
7. Cefaléia
8. Convulsões
9. Corpo estranho
10. Criança irritadiça
11. Criança mancando
12. Desmaio no adulto
13. Diabetes, história de
14. Diarréia e/ou vômitos
15. Dispnéia em adulto
16. Dispnéia em criança
17. Doença mental
18. Doença sexualmente transmissível
19. Dor abdominal em adulto
20. Dor abdominal em criança
21. Dor cervical
22. Dor de garganta
23. Dor lombar
24. Dor testicular
25. Dor torácica
26. Embriaguez aparente
27. Erupção cutânea
28. Exposição a agentes químicos
29. Feridas
30. Gravidez
31. Hemorragia digestiva
32. Infecções locais e abscessos
33. Mal estar em adulto
34. Mal estar em criança
35. Mordeduras e picadas
36. Overdose e envenenamento
37. Pais preocupados
38. Palpitações
39. Problemas dentários
40. Problemas em extremidades
41. Problemas em face
42. Problema em olhos
43. Problema em ouvidos
44. Problemas urinários
45. Quedas
46. Queimaduras
47. Sangramento vaginal

- 48. Trauma cranioencefálico
- 49. Trauma maior
- 50. Trauma toracoabdominal
- 51. Situação de múltiplas vítimas – avaliação primária
- 52. Situação de múltiplas vítimas – avaliação secundária

Índice extraído do Sistema Manchester de Classificação de Risco (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).