

Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
Departamento de Saúde Coletiva  
Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

**ADRIANA RITA CARNEIRO**

**DEMANDA EM SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO:  
UM ESTUDO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DA POLICLÍNICA  
E MATERNIDADE PROFESSOR BARROS LIMA**

**RECIFE  
2010**

**ADRIANA RITA CARNEIRO**

**DEMANDA EM SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO:  
UM ESTUDO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DA POLICLÍNICA  
E MATERNIDADE PROFESSOR BARROS LIMA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em gestão de sistemas e serviços de saúde.

Orientadora:  
Katia Rejane de Medeiros

**RECIFE**

**2010**

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

C288d Carneiro, Adriana Rita.

Demanda em serviço de pronto atendimento: um estudo do perfil dos usuários da Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima/ Adriana Rita Carneiro. — Recife: A. R. Carneiro, 2010.

26 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Katia Rejane de Medeiros.

1. Serviços de Atendimento. 2. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. 3. Satisfação dos Consumidores. I. Medeiros, Katia Rejane de. II. Título.

---

CDU 614

**ADRIANA RITA CARNEIRO**

**DEMANDA EM SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO:  
UM ESTUDO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DA POLICLÍNICA  
E MATERNIDADE PROFESSOR BARROS LIMA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em gestão de sistemas e serviços de saúde.

**Aprovada em:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Msc. Katia Rejane Medeiros  
CPqAM/FIOCRUZ

---

## AGRADECIMENTOS

---

Ao corpo docente do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães; pelo compromisso com o crescimento e conscientização das políticas públicas na saúde, com dedicação e ética.

À Semente e Nancy pela paciência, apoio e colaboração quando requisitados.

A Secretária de Saúde do Município do Recife-PE, Por confiar e investir nos gestores com o objetivo de oportunizar o crescimento profissional vislumbrando o fortalecimento da rede de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS)

À Profª. Katia Rejane Medeiros, pelos incentivos, carinho, apoio e disponibilidade de revisão e orientação dos textos, o meu agradecimento especial;

A Geórgia Albuquerque, pela colaboração de disponibilizar os dados do Distrito Sanitário III. (DSIII) no qual é gerente.

Aos colegas do curso pela alegria do convívio e aprendizado.

A Rômulo pela paciência durante o desenrolar das etapas deste trabalho, demonstrando paciência e apoio.

Ao servidor Phillip responsável pela criação do programa de notificação das ocorrências da urgência da Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima pela ajuda nas análises estatísticas;

Aos que fazem a Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima, pela colaboração na construção deste trabalho, em especial, Bete, Ana Izabel e Geraldo.

CARNEIRO, Adriana Rita. **Demanda em serviço de pronto atendimento**: um estudo do perfil dos usuários da Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

---

## RESUMO

O estudo propõe apresentar o perfil dos usuários que tem acesso ao Serviço de Pronto Atendimento da Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima, unidade de média complexidade do Distrito Sanitário III, da rede de Saúde da cidade do Recife. Trata-se de um estudo descritivo de caráter exploratório, onde analisou-se no período de janeiro a maio de 2009, 53.328 boletins de atendimentos dos usuários atentando para as variáveis: procedência, sexo, faixa etária e perfil de morbidade segundo CID 10. Identificou-se que entre os usuários: há predomínio do sexo feminino (57%); a faixa etária mais freqüente 32% é composta de usuário a entre 20 a 40 anos, ou seja, adultos jovens em fase produtiva; A demanda é predominantemente do Recife, sendo do Distrito Sanitário III 90,9%. Nas razões de procura ao serviço verificou-se desde queixas mais simples aquelas mais complexas, contudo, há um predomínio de atendimentos simples de caráter ambulatorial, ou seja, poderia ser realizados na atenção básica, reforçando que os usuários tendem a procura unidades onde o acesso seja garantido, mesmo que estas não possam assegurar atenção mais integral. Esta situação tende a comprometer toda equipe de assistência além de gerar insatisfação dos usuários pela demora no atendimento.

Palavras-chaves: Serviços de Atendimento. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Satisfação dos Consumidores.

CARNEIRO, Adriana Rita. **Demand on emergency service**: a study of the profile of users of Polyclinic and Maternity Professor Barros Lima. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

---

### **ABSTRACT**

This study proposes presenting the profile of users who have access to the Emergency Care Service at Professor Barros Lima Polyclinic and Maternity, an average complexity unit at Sanitary District III, in Recife's health network. It is a describing exploratory study where 53,328 users bulletins care, in the period between January to March 2009 were analyzed, attending the following variables: origin, sex, age, and morbidity pattern according to CID 10. It was identified that among the users: there is a preponderance of females (57%); the most frequent age (32%) is composed of users between 20 and 40 Y.O., that means young adults in productive phase; the demand is predominantly from Recife, being from the Sanitary District III the biggest one (90,9%). In searching the service reasons, from simpler to the most complex complaints there is a predominance of simple ambulatory treatment, that means it could have been done in the primary care, reinforcing that the users tend to look for units where the access is guaranteed, even if they are not able to assure more fully attention. This situation tends to commit the entire care team and moreover, generating dissatisfaction among users for delays in care.

**Keywords:** Answering Services. Health Services Needs and Demand. Consumer Satisfaction. Emergency Care Service; Demand; User.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>13</b>
<b>3 RESULTADOS</b>	<b>14</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>25</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A trajetória dos modelos de saúde brasileira tem início do século passado, pelo modelo Sanitário Campanhista, que ligado ao modelo econômico agroexportador, em virtude da grande produção de café que exigia na época controle dos portos. As medidas tinham como objetivo evitar a proliferação das doenças, frente à necessidade de preservar o fluxo das exportações. Este modelo tinha como característica ações Campanhista de caráter coletivo e assumiam práticas repressivas e verticalizadas. (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

Tal modo de operar deixou raízes no sistema brasileiro, pois se identifica que muita decisão no setor saúde ainda são centralizadas gerando pouca integração com ações assistenciais. Contudo, o combate as endemias e epidemias em forma de campanhas refletem um traço positivo herdado daquela época. Na década de 20, identificou-se que o aumento das indústrias e conseqüentemente do número de trabalhadores urbanos, especialmente de imigrantes europeus, resultou na criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS). Destaca-se, que tais caixas são fruto da capacidade de organização e reivindicação destes trabalhadores, cujo objetivo era políticas de assistência a saúde e de previdência, assim as caixas devem ser compreendidas como conquistas (JÚNIOR, 2003)

A partir deste modelo foi surgindo na década de 30, as redes estaduais de saúde para os que contribuía. Já os mais pobres, eram tratados como indigentes e, os que podiam pagar eram assistidos nos consultórios médicos.

As CAPS foram transformadas nos Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP), que por sua vez, contemplavam algumas categorias profissionais as quais contavam com redes de ambulatórios e hospitais. Dentro deste contexto o modelo de assistência era voltado á doença centrada nos hospitais, nas especialidades e tecnologias.

Aos poucos, no sistema de saúde brasileiro vai se conformando o Modelo Liberal Privativista ou Médico Assistencial Privativista sob influência da medicina liberal. Este modelo trata os indivíduos em suas necessidades nas formas mais agudas de maneira fragmentada e estimula o profissional a não valorizá-los como um todo. (BARROS,2002)

Paralelamente a esta forma de intervenção, surge à necessidade de responder aos problemas subjetivos e psicológicos inerentes a qualquer doença, ou seja, emerge a necessidade de superação deste olhar.

Nesta perspectiva, para romper tal lógica o individuo deveria ser pensado de forma mais integral com promoção, prevenção e reabilitação de sua saúde (BARROS, 2002).

A compreensão destes elementos que antecedem as mudanças na trajetória do sistema de saúde do Brasil torna-se necessários para identificação do quadro de desafios, sobretudo frente aos propósitos do SUS.

Nos estudos sobre os Sistemas de Saúde de Fleury (1997) e Feuerwerker (2005) evidencia-se que o movimento de reforma sanitária dos anos 80 teve, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, uma mobilização ampla da sociedade brasileira e de seus segmentos no final da ditadura militar; construindo, por conseguinte, a idéia do direito democrático no coletivo.

Esse novo ideário sanitário repercutiu na Constituição de 1988, introduzindo a idéia da “*saúde como direito de todos e dever do estado*”; cabendo ao Estado políticas que visassem “o acesso Universal e Igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação”. Sabendo-se que na trajetória histórica da saúde, a população pobre e sem trabalho formal era excluída de assistência nos serviços de saúde, aponta-se uma importante mudança de rumo no Sistema Nacional de Saúde .

A elaboração do SUS teve como pilar doutrinário a Universalidade, a Equidade e a Integralidade, constituindo-se, assim, como prerrogativa para a melhoria da saúde da população brasileira. Nestes termos, o princípio da universalidade assegura o acesso aos serviços de saúde ofertados pelo sistema sem discriminação, para todos os cidadãos.

O artigo 4º da lei de nº. 8.080/1990 (BRASIL, 1990), assinala que o Sistema Único de Saúde (SUS) consiste em um “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”.

Mediante as diretrizes de descentralização, hierarquização e a regionalização da rede de atenção, buscou-se uma agregação dos serviços de forma crescente quanto a complexidade tecnológica nas áreas geográficas, para uma população definida, a fim de oferecer, a uma parte da população, acesso a todos os tipos de assistência e tecnologia na resolução de seus problemas de saúde (ALENCAR, 2008).

Entretanto, desde a criação do SUS, muitos desafios tem se colocado frente à realidade dos serviços, como a implementação de suas diretrizes e estratégias, sobretudo quando se pensa na trajetória do modelo de atenção brasileiro (SILVA, 2009).

Neste contexto, a busca por modelos de organização de serviços de saúde, capazes de dar conta da realidade das demandas da sociedade, vem sendo investigados.

O excesso de demanda, a atuação do setor privado no papel complementar ao setor público por não estar ocorrendo na prática e a escassez de recursos financeiros, reflete na diminuição da oferta de serviços ao SUS (SILVA, 2009).

Neste quadro, emerge a necessidade de reflexão sobre os modelos assistenciais.

O modelo piramidal, que traduz o projeto de atenção à saúde, em que o acesso aos serviços de saúde ocorre para todos, através de uma porta de entrada que garanta um acesso universal. Nesta perspectiva, os serviços de nível primário se encontram na base da pirâmide como porta de entrada. Na linha média da pirâmide, está a Média Complexidade com os serviços ambulatoriais especializados, clínicos e cirúrgicos, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, SPA, hospitais gerais e distritais; e no pico da pirâmide, localiza-se a Alta Complexidade. Estes serviços devem estar capacitados a resolver os problemas da população da região e, se necessário, realizar os encaminhamentos aos serviços de referência e contra-referência especializados e de maior complexidade tecnológica (ALENCAR, 2008).

Outro aspecto importante no referido modelo é o da proximidade dos profissionais de saúde das unidades básicas com a população, fortalecendo um maior vínculo entre a equipe e a comunidade, favorecendo, assim, as ações de vigilância epidemiológica, sanitárias e controle de vetores, racionalizando, desta forma, os recursos tecnológicos, uma vez que eles irão sendo utilizados de acordo com as necessidades (BRASIL, 1990; CECÍLIO, 1997).

Entretanto, na prática, esta lógica de organização está longe de ser consolidada, uma vez que a rede ambulatorial do próprio setor público tem se apresentado ociosa, gerando dificuldades de acesso da população aos serviços e equipamentos existentes. Outro fator importante é que a rede básica dos serviços de saúde não tem conseguido se tornar, de fato, “a porta de entrada” fazendo com que os usuários procurem os hospitais nas suas necessidades mais agudas.

É importante frisar que alguns dos dilemas vividos no dia a dia, das pessoas que procuram assistência nos serviços do SUS, decorrem da grande demanda. Ressalta-se que quando os usuários procuram os serviços de saúde, buscam a resolução de suas necessidades, e não conseguindo, deslocam-se de serviço em serviço até resolverem o problema. Desse modo, a baixa resolutividade tem como conseqüência a superlotação dos serviços de urgência.

O'Dwyer, Matta e Pepe (2008) realizaram um estudo descritivo que avaliou os serviços hospitalares de emergência do Rio de Janeiro mediante questionários aplicados. Os depoimentos coletados indicam que há ineficiência da rede básica, o que induz à superlotação dos hospitais em torno de 80%, fator que se reflete na deterioração das condições de trabalho e assistência e no *déficit* de recursos humanos, o qual chega a superar o *déficit* de recursos

tecnológicos. Estes autores também afirmam que longe de ser um problema brasileiro, pois: “[...] a superlotação de doentes nos serviços de emergência ocorre tanto no setor público como no privado, no Brasil como no exterior em países desenvolvidos ou em grandes potências” (O’DWYER; MATTA; PEPE, 2008, p. 10).

Na busca de resolução de suas necessidades, e não conseguindo, os usuários deslocam-se de serviço em serviço até que o resolvam. Assim, a baixa resolutividade tem como consequência a superlotação dos serviços de urgência.

Esta realidade aponta à necessidade de se redefinir fluxos mais racionais de acesso dos usuários, de maneira que suas necessidades sejam trabalhadas, construindo um modelo diferente que seja amparado em observações vivenciadas e, não apenas, em um modelo fechado e acabado.

Nestes termos, faz-se necessário repensar o sistema/organização como “círculo”, realizando a entrada do usuário através de espaços bem definidos e com tecnologia adequada.

Outro ponto relevante seria aumentar a oferta de serviços da rede ambulatorial, de maneira a ser reconhecida pelos usuários, e com isso quebrar a hegemonia dos hospitais (CECILIO, 1997).

Nesta perspectiva, estudos que busquem identificar relação entre o perfil de usuários e a capacidades dos serviços são necessários para adoção de ações de planejamento e gestão da rede. Ainda que se reconheça a complexidade deste problema, investigações que elucidem aspectos loco regionais dos fluxos de usuários em busca de serviços de urgência, tornam-se oportunos para o desenvolvimento de ações no sistema saúde em diferentes esferas, visto que torna-se um problema comum.

Os pacientes, na maioria das vezes, chegam por demanda espontânea. Os casos moderados ficam em observação e em tratamento clínico até a alta. Os pacientes que permanecem por mais de 8h são transferidos com senha para hospitais conveniados ou da rede da Secretaria Estadual, onde serão internados. Os casos graves são imediatamente atendidos e transferidos, com senha da central de regulação de leitos para hospitais de alta complexidade, e os casos considerados simples recebem alta.

Apesar, do DSIII, assegurar cobertura de Atenção Básica de 49% da população, no SPA são realizadas em média, 14.000 atendimentos o que revela que além de importante referencia do distrito, a unidade pode estar sendo utilizada como “porta de entrada” do sistema.

Esta grande demanda revela que no cotidiano do serviço, são muitas as dificuldades vivenciadas pelos profissionais, no plano estrutural e organizacional repercutindo em limites

de práticas de humanização dos serviços, uma vez que a superlotação gera estresse para os profissionais de saúde, demora no atendimento do usuário e, conseqüentemente, criando impedimentos a resolutividade, tratando as necessidades das pessoas de maneira sintomática, ou seja, deixando de reconhecer as necessidades dos usuários de forma mais integral.

Assim, nesta pesquisa objetiva-se apresentar o perfil dos usuários que tem acesso ao Serviço de Pronto Atendimento da Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima, relacionando-o com papel de referência em média complexidade desta unidade no DSIII.

Espera-se que o estudo possa subsidiar o planejamento local das ações junto ao DSIII, consolidando estratégias de organização de serviços na rede.

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, documental retrospectivo (GIL, 2002). A pesquisa investiga o serviço de pronto atendimento (SPA) da Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima, localizada na zona norte da cidade do Recife-PE, inserida no Distrito Sanitário III.

A Secretária de Saúde do Município de Recife é dividida em 06 Distritos Sanitários que correspondem a seis Regiões Político- Administrativas (RPA).

O Distrito Sanitário III está dividido em 3 microrregiões, e é formado por 29 bairros.

A Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima insere se na, microrregião 3.1 e é composta por um ambulatório de clínicas especializadas e apoio diagnóstico, um Pronto Atendimento de Clínica Médica, Pediatria e Odontologia e uma Maternidade que recebe gestantes de médio risco, através da central de regulação de leitos, estadual.

Os plantões estão distribuídos em plantões de 12h diurno e 12h noturno, com um quadro de 3 médicos clínicos e 3 pediatras. No pronto atendimento são realizados exames laboratoriais nas 24h, já os exames radiológicos os pacientes são transportados para os serviços de referência do DSIII.

Foram estudados os boletins de atendimento dos usuários, do SPA da unidade no período de janeiro a maio de 2009, o que totalizou um universo de 53.328 fichas de atendimento de urgência. As variáveis selecionadas foram: faixa etária, sexo, procedência municipal e de bairro e diagnóstico do atendimento os quais foram agrupados segundo capítulo do CID/10.

O projeto foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa do CPqAM, sendo aprovado pelo nº 30/10

Análise dos dados foi realizada através das planilhas eletrônicas do MS Excel(Microsoft) Access, e depois pelo editor de planilha eletrônica MS Excel ,usando filtros e autofiltros a procura de resultados mais exatos.

### 3 RESULTADOS

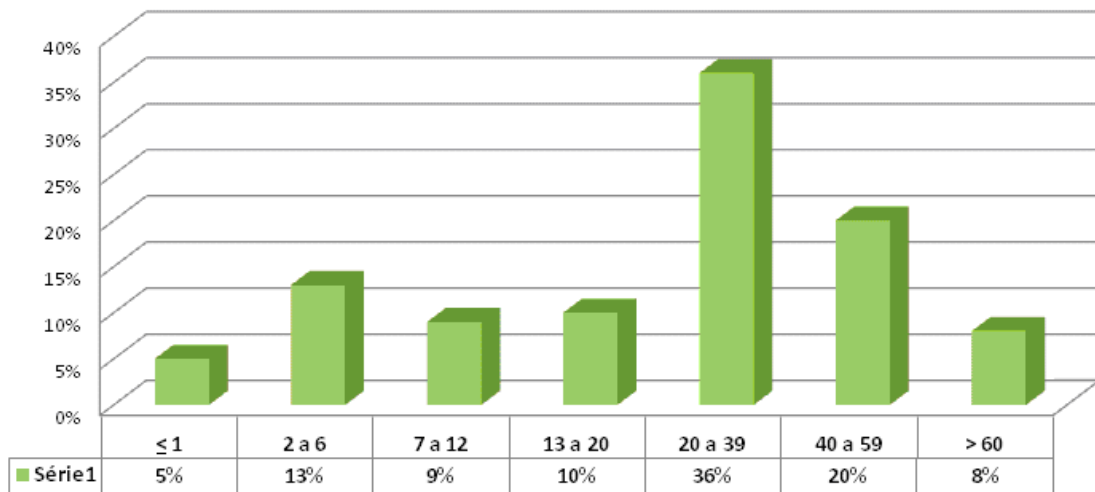
Foram investigados 53.328 boletins de atendimento. Considerando-se os objetivos da pesquisa, os resultados serão agrupados em dois blocos, no 1º o perfil dos usuários (sexo, faixa etária, procedência municipal) e no segundo o perfil de morbidade segundo CID/10.

Quanto a variável sexo, observou-se o predomínio do sexo feminino 57%. Resultado semelhante também foi encontrado por Monteiro, Silva, Cabral (2008), em estudo do perfil da demanda dos usuários da Policlínica Agamenon Magalhães um outro serviço em Recife, no caso, uma unidade localizada no DS V. Num serviço de urgência e emergência na cidade de Londrina no estado do Paraná, Oliveira (2008), também identificou estes mesmos achados.

Contrariamente aos resultados das investigações citadas acima, um estudo da adequação da demanda em um serviço de urgência de média complexidade e, de um hospital de nível de complexidade III encontrou um maior percentual de usuários do sexo masculino. (ALENCAR, 2008; SILVA, 2005). Estes achados, demonstram que nos estudos existentes os resultados diferem de acordo com o padrão de especialidades na unidade de urgência o que poderia ser percebido nas ocorrências de acidentes e trauma (causa externa), os quais são mais comuns no sexo masculino.

Alencar (2008) destaca ainda que, quanto a adequação do perfil dos atendimentos as característica na missão da unidade, também se observou que entre os homens há maior adequabilidade, ou seja, que a não adequação da consulta do sexo feminino sobrepõe-se a do sexo masculino. A autora atribui esta maior demanda ao maior risco feminino das doenças agudas pela: dupla jornada de trabalho, estresse físico e mental, maior contato com as crianças mais susceptíveis as infecções, ao trabalho doméstico e, aos fatores biológicos naturais do seu ciclo vital, ou seja, gestação, parto e puérperio. Já a demanda masculina se deve a procura do serviço por problemas gerados pelo trabalho.

## Faixa Etária 2009



**Gráfico 1- Percentual dos atendimentos por faixa etária no Serviço de Urgência /Emergência da Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima no período de janeiro a maio de 2009, Recife-PE.**

Na classificação da faixa etária (gráfico 1), utilizou-se como referência o estudo de Oliveira (2008), que usa como classificação: crianças  $\leq$  de 1 ano, 2 a 6 anos, 7 a 12 anos, e entre os adultos, 13 a 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 59 anos,  $\leq$  a 60 anos. A opção deve-se ao fato de que o atendimento da especialidade de pediatria da Policlínica e Maternidade Barros Lima incluir apenas a faixa etária de 0 a 12 anos.

Observa-se que o nº de atendimento em especial de crianças  $< 1$  ano corresponde ao menor percentual de atendimentos da urgência. Isso possivelmente se justifica porque existe no DSIII, um hospital de pronto atendimento pediátrico municipal e outro conveniado. Além dos cuidados de prevenção do projeto Criança de Risco (RECIFE, 1994) com a finalidade de diminuir a mortalidade infantil, cujo critério de inclusão é serem Recém Nascidos (RN's) que apresentaram hipóxia no 5º minuto de vida (APGAR<sup>1</sup> abaixo de 7 ao nascer), baixo peso ao nascer  $\leq 2500$ grs, prematuridade e filhos de mães com idade inferior a 16 anos. Estes, são acompanhadas pelas equipes de saúde da família de maneira especial e sistemática,

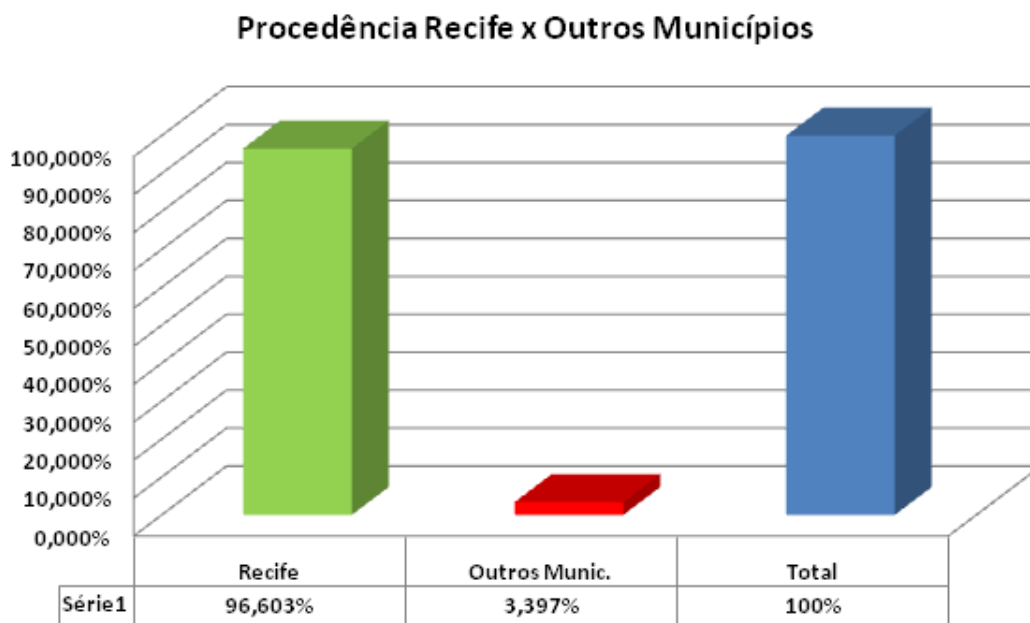
O atendimento dos adolescentes pelo clínico a partir dos 13 anos colabora no aumento da demanda de clínica médica. Para a OMS, a adolescência compreende a faixa etária que vai dos 10 aos 19 anos. Caracteriza-se por mudanças físicas aceleradas e características da puberdade, diferentes do crescimento e desenvolvimento que ocorrem em ritmo constante na infância. Essas alterações surgem influenciadas por fatores hereditários, ambientais, nutricionais e psicológicos. (OSELKA, TROSTER, 2000)

<sup>1</sup> Apgar: é um índice que dá uma nota na avaliação das condições de nascimento de um recém-nascido com 1, 5' e 10' minutos de vida, de 0 a 2 pontos, e avalia: Cor da Pele, Frequência Cardíaca, Esforço Respiratório, Tonus Muscular e Irritabilidade Reflexa. (RECIFE, 2008).



Desta forma, esta faixa de idade deveria ter um atendimento diferenciado, ou a normatização pelas Sociedades de Pediatria da idade limite para o atendimento do pediatra.

Entre os adultos a faixa etária predominante foi a de 21 a 40 anos, correspondendo a 32 % do total de atendimentos. Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores em serviços de urgência no estado de Alagoas e nas cidades de Recife e Campinas. Os estudos foram respectivamente desenvolvidos por Alencar (2008), Oliveira (2008) e Avanziz (2005).



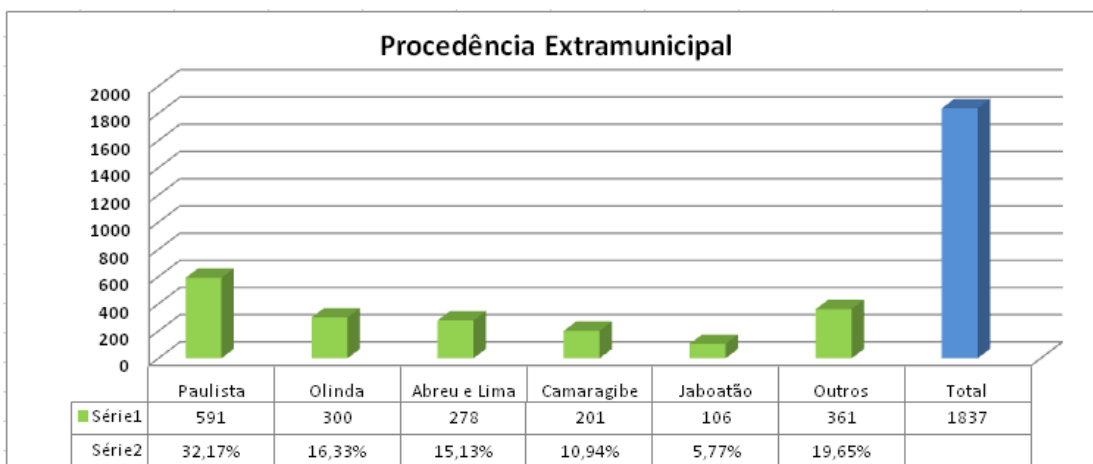
**Gráfico 2- Percentual dos atendimentos por procedência de usuários do Recife e municípios vizinhos atendidos no Serviço de Urgência /Emergência da Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima no período de janeiro a maio de 2009, Recife-PE.**

Analisando-se a procedência dos usuários da Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima fica evidenciado que 96,6% do total de atendimentos realizados são de usuários do Recife.

Num estudo qualitativo da demanda de um pronto atendimento de uma unidade de saúde de Porto Alegre, Marques (2007), identificou que os usuários recorriam ao serviço de urgência, mesmo com atendimento impessoal, pois estas unidades tinham localização geográfica perto da residência, garantiam o atendimento, o recebimento dos medicamentos prescritos, realizavam os exames laboratoriais e, por fim, as internações se fossem necessárias.

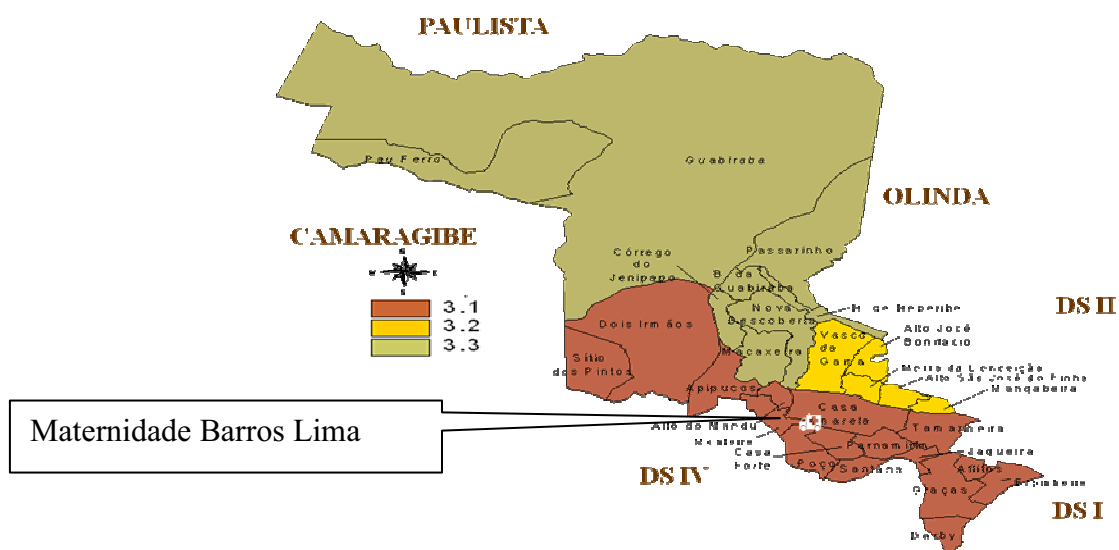
Quanto a adequabilidade, Alencar (2008) refere que ao analisar a procedência de usuários de unidade do Estado de Alagoas, verificou-se que quando a residência do usuário se localizava mais distante do serviço de urgência os casos atendidos eram mais “adequados”,

porém, quanto menor a distância da residência ao serviço, mais “não adequada” é a demanda, sugerindo que poderiam ser atendidas em unidades básicas de saúde.

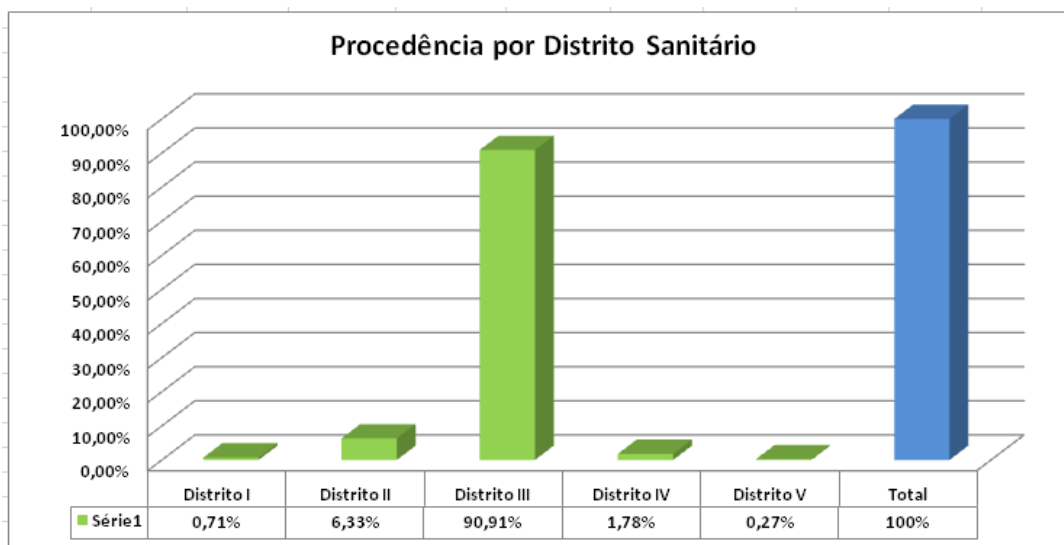


**Gráfico 3 - Percentual dos atendimentos por procedência de outros municípios no Serviço de Urgência/Emergência da Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima no período de janeiro a maio de 2009, Recife-PE.**

Dentre os municípios que mais participam com usuários na demanda do SPA da unidade, tem-se: Paulista em 1º lugar com 32,17% dos atendimentos, Olinda com 16,33%, Abreu e Lima com 15,13%, Camaragibe com 10,94% e, Jaboatão com 5,77%. Esta demanda parece estar relacionada com a posição geográfica de limite destes municípios com o DSIII, conforme a figura 1.

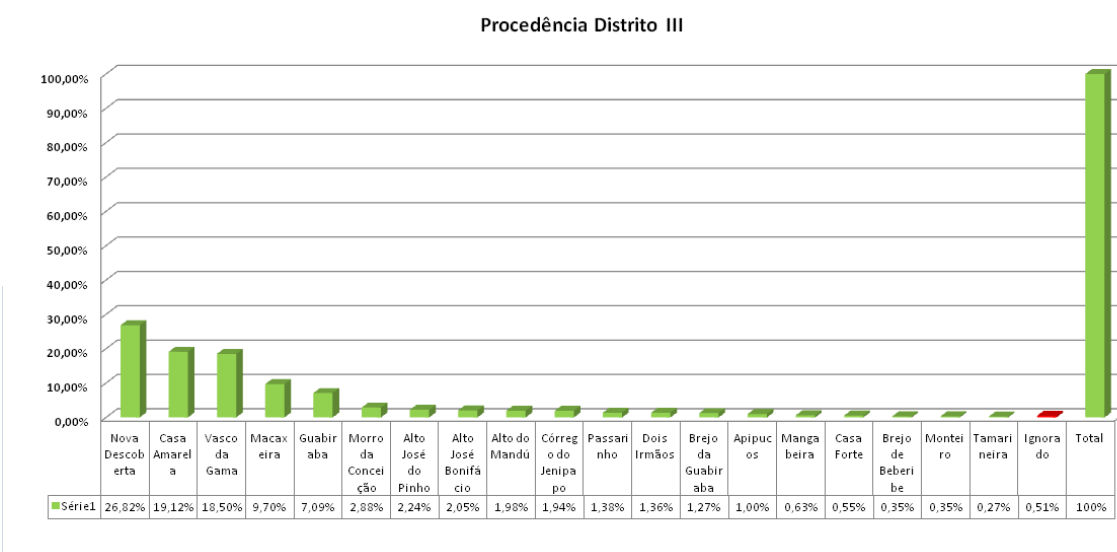


**Figura 1 - Mapa do Distrito Sanitário III, e seus limites geográficos.**



**Gráfico 4 - Percentual dos atendimentos de usuários do DSIII, e a procedência em relação aos outros distritos sanitários no Serviço de Urgência/Emergência da Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima no período de janeiro a maio de 2009, Recife-PE.**

Analisando a procedência dos usuários de Recife, verifica-se que o DSIII participa com o maior número de atendimentos (90,91%). O Distrito Sanitário II contribui com a segunda maior demanda (6,33%), o que pode ser explicado por esse DS se localizar no limite da área de maior densidade demográfica do DS III, ou seja, a microrregião 3.2 com 25,03 hab por km<sup>2</sup>. DSIII (RECIFE, 2009). Observando-se a figura 1, nota-se que os limites geográficos colaboram para essa demanda, como também a Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima esta localizada em uma artéria viária importante.



**Gráfico 5 - Percentual dos atendimentos segundo bairro de residência no Serviço de Urgência /Emergência da Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima no período de janeiro a maio de 2009, Recife-PE.**

No gráfico 5, podemos observar que a maior frequência dos usuários atendidos são do próprios do DSIII. Na distribuição por ordem crescente tem-se os bairros de Nova Descoberta, Casa Amarela, Vasco da Gama, Macaxeira e Guabiraba. O bairro de Nova Descoberta fica na microrregião 3.3 com maior densidade demográfica do Distrito. Apesar de ter 14 equipes de saúde da família, 1 policlínica e 2 PACS é o bairro que mais demanda para a urgência. As demandas dos bairros de Casa Amarela, Vasco da Gama, Macaxeira e Guabiraba refletem as Microrregiões 3.1, 3.2, 3.3 e 3.1, 3.3, respectivamente. Marques (2004), e Ludwing (2000) destacam que os serviços ambulatoriais na Atenção Primária e Secundária tem responsabilidade no aumento da demanda dos serviços de pronto atendimento e das emergências por não estarem estruturados para resolver as necessidades agudas dos usuários, encaminhando-os para as emergências e pronto atendimentos. Os resultados desta pesquisa, corroboram com as afirmativas de Marques (2004), quando se consideram a descrição da disponibilidade de equipamentos de saúde do bairro de Nova Descoberta e dos outros bairros do DSIII, que totalizam 26 Unidades de Saúde da Família com 46 equipes, 6 Unidades Básicas de Saúde tradicional e 2 Centros Médicos de Especialidades.

No segundo bloco dos resultados faz-se uma análise do perfil de morbidade dos usuários.

Capítulo	X	I	IX	XI	VII	XIV	VI	XIII
Faixa Etária	Doenças do Aparelho Respiratório	Doenças Infecciosas e Parasitárias	Doenças do Aparelho Circulatório	Doenças do Aparelho Digestivo	Doenças do Olho e Anexos	Doenças do Aparelho Geniturinário	Doenças do Sistema Nervoso	Doenças do Sistema Osteomuscular e do tecido conjuntivo
< de 1 ano	2	167	1	8	25	2	1	0
1 a 6 anos	329	3960	10	108	154	70	14	1
7 a 13 anos	230	1526	3	220	158	56	66	6
14 a 20 anos	190	1551	19	222	135	198	145	52
21 a 40 anos	422	5544	340	658	698	700	698	512
41 a 60 anos	82	1919	788	274	237	255	370	389
> de 60 anos	14	652	473	106	20	105	105	110
<b>Totais</b>	<b>1269</b>	<b>15319</b>	<b>1629</b>	<b>1596</b>	<b>1427</b>	<b>1386</b>	<b>1394</b>	<b>1070</b>

**Quadro 1 - Ocorrências mais frequentes conforme capítulo do CID 10 em usuários com a faixa etária de <1 a ≥ 60 anos atendidos no Serviço de Urgência /Emergência da Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima no período de janeiro a maio de 2009, Recife-PE. (continua)**

Capítulo	XVIII	XV	XIX	XII			
Faixa Etária	Sintomas e Sinais e Achados Anormais	Gravidez, Parto e Puerpério	Lesões, envenenamento e Algumas Outras consequências de Causas Externas	Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	Não Informado	Desistência	Benzetacil
< de 1 ano	12	0	5	6	8	8	1
1 a 6 anos	515	0	106	198	122	133	2
7 a 13 anos	248	3	110	113	66	72	24
14 a 20 anos	82	289	98	57	199	276	129
21 a 40 anos	174	667	291	135	596	812	361
41 a 60 anos	57	23	148	75	240	336	251
> de 60 anos	28	0	66	17	29	15	134
<b>Totais</b>	<b>1089</b>	<b>982</b>	<b>824</b>	<b>601</b>	<b>1160</b>	<b>1652</b>	<b>902</b>

**Quadro 1 - Ocorrências mais frequentes conforme capítulo do CID 10 em usuários com a faixa etária de <1 a ≥ 60 anos atendidos no Serviço de Urgência /Emergência da Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima no período de janeiro a maio de 2009, Recife-PE. (conclusão)**

No quadro 1, tem-se a distribuição dos 12 mais frequentes agravos dos usuários atendimentos na Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima, segundo capítulo do CID/10. Nele verifica-se que: o capítulo I do CID10 doenças infecciosas e parasitárias, participou com 9.775 atendimentos, o capítulo IX doenças do aparelho circulatório com 1.629, o XI doenças do aparelho digestivo com 1.596, o VII doenças do olho e anexos com 1.427, o VI doenças do sistema nervoso com 1.394 e XIV doenças do aparelho genitário com 1.386, e o capítulo XIII doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com 1.116 atendimentos.

Ao investigar-se os agravos em cada um dos atendimentos por capítulo verifica-se que em relação as faixas etárias, nas crianças menores, na faixa etária de 1 a 6 anos de idade, as infecções respiratórias ocupam o 1º lugar das ocorrências registradas seguidas das diarreias. Tal referência também foi observada nos estudos de Marques (2004) e Monteiro, Silva e Cabral (2008). O que chamou a atenção é que em 3º lugar há o registro da febre (capítulo XVIII do CID10), ou seja, um sintoma. Nestes casos, não há um diagnóstico ainda definido, o que nos faz pressupor que a necessidade dos pais em amenizar o aparecimento agudo de um agravo, os faz procurar a urgência, haja vista saber-se que o acesso não será negado e de serem disponibilizados no pronto atendimento: cuidados médicos, de enfermagem, medicações e exames, o que é imperativo em casos agudos.

Na faixa de etária de 7 a 13 anos é proporcionalmente menor os casos de doenças respiratórias e a diarreia, porém é possível evidenciar o aparecimento de outros agravos como piodermite e amigdalites.

A predominância de doenças do aparelho respiratório (capítulo X do CID10) e gastrointestinais (capítulo I doenças infecciosas e parasitárias) tanto nas faixas etária de crianças e adultos, reflete as condições de saúde do DSIII, que possui apenas 28,6% de esgotamento sanitário e 64,4% de água encanada (RECIFE, 2009). Outro aspecto é o fato de possuir bairros com grande densidade demográfica facilitando a disseminação de doenças respiratórias por via aérea, por contatos direto, indiretos e por vetores.

Na faixa etária de 21 a 40 anos, os agravos mais frequentes são as viroses não especificadas, em 2º lugar as diarreias em 3ª as conjuntivites e as febres. A frequência expressiva de conjuntivites justifica-se em virtude de, a pesquisa aos boletins ter coincidido com um surto de conjuntivite na cidade que inclusive foi também divulgado na imprensa. (JORNAL DO COMÉRCIO, 2009).

As demandas de pacientes com Gravidez Única Tópica no SPA, 3,57%, pertencentes ao Cap XV, chamam a atenção, e demonstram que, como a unidade possui maternidade a porta de entrada de uma parcela de mulheres para confirmação de gravidez e para investigação de Doenças Sexualmente Transmissíveis ocorrem na urgência, o que acarreta demora e espera no atendimento. Só depois estas mulheres são encaminhadas a triagem obstétrica da maternidade. Outra situação também possível é a gestante entrar pela maternidade e ser encaminhada para urgência quando será cuidada pelo clínico, quando a queixa não tem relação com a gestação. Porém esta demanda pode refletir a falta de atendimento na unidade básica, seja por escassez de serviços na especialidade, e por falta de acolhimento com classificação de risco na urgência para direcionar esses atendimentos.

Marques (2007) relata no seu estudo da demanda de uma Unidade Saúde da Família que uma questão interessante identificada é que, para as usuárias daquela unidade, apenas o médico clínico está habilitado a prestar um atendimento integral e mais amplo, ou seja, este papel foi negado aos ginecologistas pela usuária do estudo.

Nos boletins analisados foi expressivo o número de desistência 1652 ou 3% dos atendimentos. Nas faixas etárias entre 14 a  $\geq 60$  anos os adultos os de 21 a 40 anos teve a maior expressão. Estas frequências nos fazem pensar que um nº tão grande de desistência ocorra, em virtude de que o usuário apresentaram patologias simples, podendo esperar para serem atendido posteriormente. Outra possibilidade é de que tenham procurado outra porta de entrada para ter acesso ao atendimento.

No capítulo, das doenças do Aparelho circulatória e nas faixas etária de 41 a  $\geq 60$  anos as doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), estão em conformidades com o perfil de morbidade dos brasileiros.

Nos levantamentos realizados observamos as notificações de aplicação de Benzetacil, por encaminhamentos das UBS e PSF correspondendo 1,69% da demanda do período. Apesar da Portaria nº 156 de 2006, do Ministério da Saúde preconizar em seu **art. 1º** “a utilização da penicilina nas unidades básicas de saúde, e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), para situações em que seu uso se impõe, segundo esquemas padronizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde” (BRASIL, 2006) há uma falta de conhecimento e informação a respeito das reações da penicilina o que criou um mito de que sua aplicação gera sempre reações graves e de choque anafilático o que causa no imaginário dos usuários e nos técnicos temor em sua aplicação em ambiente não hospitalar.

É importante salientar que, de todos os atendimentos realizados no período 8% dos boletins apresentavam o diagnósticos sem informação. Avanzi (2005) demonstrou que o preenchimento das fichas de atendimentos dos médicos em um serviço de emergência estavam ilegíveis, com registros incompletos o que expõe os mesmos a processos éticos e penais, e fere o artº87 do Código de Ética Profissional (CONSELHO FERDERAL DE MEDICINA, 2009). Os resultados desta pesquisa corroboram com estes achados.

Os resultados demonstram que do total de atendimentos realizados no período, 1,3% dos pacientes foram transferidos para internamentos em hospitais de alta complexidade ou conveniados, demonstrando que o atendimento realizado no período pronto atendimento da Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima, não condiz com o perfil de atendimento de média complexidade a que se propõe a unidade.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo do perfil da demanda dos usuários do serviço de Pronto Atendimento da Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima identificou-se que:

- a) Quanto ao sexo há uma predominância de atendimentos a mulheres;
- b) Do conjunto de atendidos 88% dos usuários eram adultos o que refletiu-se na predominância de atendimentos em clínica médica, sendo nele identificado o maior volume de desistências;
- c) Do conjunto de atendidos no período de janeiro a maio de 2009, 96% dos usuários residiam em Recife e no DSIII;
- d) Dos bairros do DSIII, o bairro de Nova Descoberta é o que mais gerou demandas para o pronto atendimento da Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima, apesar de ter 14 Equipes de Saúde da Família, 1 Policlínica e 2 PACS;
- e) Há uma grande demanda para aplicação de Benzetacil, as quais são prescritas nos PSF, e UBS do município, mas remetidas para o setor de urgência, apesar da recomendação da Portaria nº156 de 2006 do Ministério da Saúde e da existência de equipamentos e medicações de urgência nas unidades que referenciam;
- f) As desistências correspondem a 3% do total de atendimentos do período, e, com maior preponderância na faixa etária de 21 a 40 anos, o que nos faz inferir que pela demora do atendimento, o usuário procure outra porta de entrada;
- g) A clínica médica realiza 68% dos atendimentos durante o dia e 32% no período noturno, nos fins de semana e feriados o total de atendimentos é reduzido significativa em 40% tanto na especialidade de clínica médica, como na de pediatria;
- h) Com relação a faixa etária de 21 a 40 anos o agravo mais freqüente são as doenças que correspondem ao capítulo I do Cid 10, doenças infecciosas e parasitárias;



- i) Com relação a faixa etária de 41 a  $\geq 60$  prevalece as doenças crônicas, como hipertensão arterial e doenças do aparelho ósteo –articular, correspondente ao capítulo do CID IX e XIII respectivamente;
- j) Do conjunto de atendimentos 1,83% correspondeu ao capítulo XV do CID10. Gravidez, Parto e Puerpério, o que pode ser justificado pela unidade de saúde dispor de maternidade, ou seja, o pronto atendimento poderá estar sendo usado como porta de entrada.

Os Serviço de Pronto Atendimento de Urgência tem como objetivo prestar um atendimento imediato aos casos de acidentes ou enfermidades agudas, os quais não podem ser resolvidos nos outros níveis de assistência. Porém, importante ressaltar que os usuários procuram resolver suas necessidades e se deslocam de serviço em serviço até resolver o seu problema, e a urgência é para eles a única forma de acesso. Mesmo que seu atendimento seja de maneira sintomática e impessoal.

No presente estudo, foi identificado, que a maioria dos atendimentos são de queixas simples, que poderiam ser atendidas na atenção básica, o que pode ser identificado, considerando que de janeiro a maio de 2009 só 1,3% dos atendidos foram encaminhados para internamento em hospitais conveniados e de nível terciário de complexidade.

A escassez dos serviços de especialidades e consultas ambulatoriais podem ser considerados como um dos fatores responsáveis pela superlotação dos serviços de pronto atendimento. A situação de a cobertura das Equipes de Saúde da Família cobrirem apenas 29% de área fortalecem tais observações.

Diante deste contexto, a implantação do acolhimento com classificação de risco, é uma estratégia atual, que aponta para uma melhoria da humanização do atendimento, possibilitando e mesmo influenciando na diminuição do nível de estresse de profissionais de saúde das urgências, além de apontar para um tratamento integral e com resolutividade ao paciente.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. **Apresentação do Distrito sanitário III**. Trabalho apresentado na Conferência Distrital de 2009 em Recife.

ALENCAR, D. S. **Avaliação do perfil da demanda na unidade de Emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do programa saúde da família**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

AVANZI, M. P.; SILVA, C. R. G. Diagnósticos mais freqüentes em serviço de emergência para adultos de um hospital Universitário. **Revista de ciências médicas (Campinas)**, Campinas, v. 14, n. 2, p. 175-185, mar./abr. 2005.

BRASIL. **Portaria nº 156/GM de 19 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-156.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: A que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1 jan./jul. 2002

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS: Abrasco, 2003. p. 197-210.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I, p. 90-92.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para consolidação do SUS. **Interface**:

comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 9 n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

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

JUNIOR, A. G. S .;ALVES,C . A.**Modelos Assistenciais em Saúde:desafios e perspectivas**:texto do livro:Modelos de atenção e Saúde da Família.Rio de Janeiro,EP SJV/Fiocruz; p.27-41, 2007.

LUDWING, M. L. M. **O contexto de um serviço de emergência**: com a palavra do usuário. 2000. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

MARQUES, G. Q. As práticas e o cotidiano de profissionais em serviço de saúde, na ótica de estudos acadêmicos. **Online brazilian journal of nursing (Online)**, Niterói, v. 6, n. 2, 2007.

MARQUES, G. Q.**Demanda dos pronto atendimentos e os processos de trabalhos em serviço de porta aberta**,Porto AlegreRS.2004.Dissertação (mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre,2004

MARQUES, Q. G.; LIMA, M. A. S. Demanda de usuários a um serviço de Pronto Atendimento e seu Acolhimento ao Sistema de Saúde. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, jan./fev. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2010.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os Gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência á saúde no âmbito da reforma sanitária Brasileira e a potência transformadora da Gestão. In: FREESE, Eduardo. (Org.). **Municípios**: a gestão da mudança em saúde. 1. ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. v. 1, p. 45-76.

MONTEIRO ,A.C.; SILVA,A. A. ; CABRAL, M.C. **Estudo da demanda de um serviço de pronto atendimento no município de Recife- PE**. 2008. Monografia (Curso de especialização em Gestão e Serviços de Saúde) – departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, 2008.

OSELKA,G.;TROSTER E. J.;Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente.**Revista da Associação Médica Brasileira**, S.Paulo, v. 46, n. 4 Oct/Dez,2000.

RECIFE.**Especialistas alertam para surto de conjuntivite viral**. J.C Online,2009.  
Disponivelem:<<http://jc.11/05/2009jc.uol.com.br/canal/cotidiano/pernambuconoticias/2009/05/11especialistas-alertam-para-surto-de-conjuntivite-viral-197303-php>.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Pautas de neonatologia**. Recife, 2008.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Projeto DIEVS – 1994**. Recife, 1994.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafio e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 27-41.

SILVA, F. S. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 38-46, jan./abr. 2009.