



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

RICARDO DE OLIVEIRA

**ADEQUAÇÃO DA DEMANDA ATENDIDA EM SERVIÇO DE
URGÊNCIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE EM LONDRINA,
PARANÁ, BRASIL**

Londrina
2008

RICARDO DE OLIVEIRA

**ADEQUAÇÃO DA DEMANDA ATENDIDA EM SERVIÇO DE
URGÊNCIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE EM LONDRINA,
PARANÁ, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Kazue Tanno de Souza

Co-orientador: Prof.Dr. Luiz Cordoni Junior

Londrina
2008

**Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

O48a Oliveira, Ricardo de.
Adequação da demanda atendida em serviço de urgência de média complexidade em Londrina, Paraná, Brasil / Ricardo de Oliveira. – Londrina, 2008.
102f. : il.

Orientador: Regina Kazue Tanno de Souza.
Co-orientador: Luiz Cordoni Júnior.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2008.
Inclui bibliografia.

1. Saúde pública – Teses. 2. Saúde pública – Administração – Teses. 3. Serviços de saúde – Demanda – Teses. I. Souza, Regina Kazue Tanno de. II. Cordoni Júnior, Luiz. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614.2:658

RICARDO DE OLIVEIRA

**ADEQUAÇÃO DA DEMANDA ATENDIDA EM SERVIÇO DE
URGÊNCIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE EM LONDRINA, PARANÁ,
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade
Estadual de Londrina, como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Regina Kazue Tanno de Souza

Prof^a. Dr^a. Dorotéia Fátima Pelissari de Paula Soares

Prof^a. Dr^a. Magda Lucia Felix de Oliveira

Londrina, 30 de Abril de 2008.

Dedicatória

*Dedico este trabalho a
minha mãe Maria, por seu
exemplo baseado no amor
incondicional. Por seu
cuidado e dedicação à
família.*

*(...) Nada a temer senão o correr da
luta*

*Nada a fazer senão esquecer o
medo.*

*Abrir o peito a força, numa procura
Fugir as armadilhas da mata
escura.*

Longe se vai sonhando demais

Mas onde se chega assim

Vou descobrir o que me faz sentir

Eu, caçador de mim (...)

(Sá & Magrão, 1980)

AGRADECIMENTOS

- A Deus, que propiciou condições à concretização desta importante etapa em minha vida.
- À Prof^a. Dr^a. Regina Tanno, pela dedicação e direcionamento preciso em todo processo de construção da dissertação.
- Ao Prof. Dr. Luiz Cordoni que, com sua experiência, soube direcionar de forma clara os caminhos a serem percorridos.
- À Eduara, por seu amor, paciência e companheirismo. Sua presença tranqüila e acolhedora tornou esta etapa amena. Sempre com seu discurso cuidadoso e incentivador: - “Ah... você já acabou!” Sua presença durante este período foi imprescindível.
- A todos meus familiares, pelo apoio e compreensão durante os anos do mestrado.
- Aos médicos do Pronto Atendimento Municipal de Londrina, que contribuíram de forma direta com a realização deste trabalho
- À Prof^a. Dr^a. Magda Lucia Felix de Oliveira, pelo acolhimento na UEM e seu direcionamento no início do projeto. Por suas sugestões valiosas na ocasião do exame de qualificação.
- À Prof^a. Dr^a. Dorotéia Fátima Pelissari de Paula Soares, por suas pontuais considerações na ocasião do exame de qualificação.
- À Prof^a. Dr^a. Regina Melchior pela contribuição durante a disciplina de redação de artigos científicos.
- À Prof^a. Dr^a. Tiemi Matsuo, pela fundamental orientação e contribuições na análise estatística.
- À Vera Lucia Roncaratti, por seu incentivo ao meu crescimento acadêmico enquanto funcionário da Autarquia Municipal de Saúde.

- Aos alunos da Universidade Estadual de Londrina, participantes da fase de coleta de dados: Leonel Alves, Jéssica Mayumi, Franieli Bernardes, Mario Henrique, Marcos Laurentino, Lais Gomes, Maria da Glória, Loreta Silva, Sara Cristina, Maikon Rosa, Mariana Bessa, Eloisi Delalibera.
- À Belize Arai, pelo auxílio na construção do banco de dados e digitação dos formulários.
- Aos colegas do Mestrado pela oportunidade dos debates e pelos laços afetivos construídos. Em especial, Alberto Duran Gonzáles, Edmarlon Giroto e Márcia Caroline Portela Amaro.
- Aos colegas e docentes da disciplina de redação de artigos científicos, pela produtiva interlocução discursiva e pela interação humana.
- Aos docentes do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, pela contribuição ao processo de formação.
- Aos funcionários do Pronto Atendimento Municipal de Londrina, pelo acolhimento durante a fase de coleta de dados.
- Aos colegas de trabalho do Hospital do Câncer de Londrina: João Roberto, Leonardo Alcides e Mônica Pinheiro, pela paciência e auxílio nas horas difíceis e cansativas.
- À Valdirene Aparecida da Silva, pelo auxílio durante a revisão gramatical e ortográfica.

OLIVEIRA, Ricardo de. **Adequação da demanda atendida em serviço de urgência de média complexidade em Londrina, Paraná, Brasil** 102f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

RESUMO

A hierarquização da atenção à saúde estabelece fluxos assistenciais ascendentes iniciando-se por serviços de menor complexidade. Entretanto, estudos demonstram a existência de um funcionamento desordenado e desvios dos fluxos nesse sistema. Assim, os serviços de urgência são excessivamente utilizados, acarretando filas e atendimento de alto percentual de casos inadequados. Dada a escassez de pesquisas abordando o tema da urgência no país, este estudo teve por objetivo caracterizar e classificar a demanda atendida no Pronto Atendimento Municipal em Londrina-PR (PAM), segundo a adequação dos casos ao papel assistencial do serviço. A população de estudo foi constituída por 394 pessoas, selecionadas por meio de amostragem sistemática, que procuraram o PAM em duas semanas do mês de julho de 2007. Os dados foram coletados após as consultas médicas por entrevistadores devidamente treinados, e as informações foram registradas em banco de dados do aplicativo Epi Info versão 3.4 para Windows. Para a classificação dos casos quanto à sua adequação foram utilizados critérios explícitos (situações objetivamente definidas) e implícitos (a critério do médico consultante). A análise de associação entre as variáveis independentes e a adequação ao serviço foi realizada a partir da classificação por critérios explícitos utilizando-se o teste de qui-quadrado (χ^2). Verificou-se, entre os principais resultados, discreto predomínio de pessoas do sexo feminino (55,6%), na faixa etária entre 20 e 39 anos (45,9%) com apenas o nível fundamental de ensino (51,7%), inseridas no mercado de trabalho, não beneficiárias de plano de saúde. A maioria das pessoas procurou o PAM espontaneamente (77,1%) e, entre os casos referenciados, as UBS foram os serviços que mais encaminharam (76,0%). O transporte coletivo foi o mais utilizado (46,7%) e 79% das pessoas tiveram alta após a consulta no PAM. Dos casos analisados, 54,3% foram considerados adequados segundo os critérios classificatórios explícitos. Os fatores associados significativamente ($p < 0,05$) à adequação ao serviço foram: idade igual ou superior a 60 anos, inserção no mercado de trabalho, ser usuário de unidades básicas de saúde e procura por outros serviços previamente ao atendimento no PAM para o mesmo problema. Quando comparados os diferentes critérios de classificação da demanda, verificou-se concordância de 81,4% (estatística Kappa = 0,62), considerada substancialmente concordante. Apesar da demanda espontânea ter sido predominante (77,1%), a realidade observada no PAM de Londrina revelou que há uma adequação razoável da demanda à natureza do serviço, fato pouco observado em estudos semelhantes.

Palavras-chave: Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Serviços Médicos de Emergência. Acesso aos Serviços de Saúde. Organização e Administração.

OLIVEIRA, Ricardo de. **Adequacy of demand for services of medium complexity urgency in Londrina, Paraná, Brasil.** 102p. Dissertation (Master Degree in Public Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

ABSTRACT

Hierarchy in health care follows a bottom-up flow that starts at the level of lower complex services. Nevertheless, studies have shown that this is a system with frail organization and flow deviations. Thus, emergency services are highly demanded and lead to long waiting lines and a high percentage assistance of inadequate cases. Due to the scarce research on the theme of urgency in this country, this present study is meant to describe and classify the demand for assistance in PAM - the Municipal Emergency Ward in the city of Londrina, State of Paraná, following the adequacy of the cases to the role of the service. This study involved 394 subjects who were selected by systematic sampling and who had come to PAM within the period of two weeks in July 2007. The data were collected after consultation by trained interviewers and the information was entered in a databank through software Epi Info version 3.4 for Windows. The classification of data as to their adequacy followed explicit criteria (situations objectively defined) and implicit criteria (at the physician's discretion). The analysis of association between the independent variables and the adequacy of service was performed upon the classification with explicit criteria by means of the chi-square test (χ^2). Among the main results, it was verified that there is a discrete predominance of female subjects (55,6%), aged 20 to 39 years old (45,9%) with elementary degree school education (51,7%), currently working but not holding a health care insurance plan. Most subjects had come to PAM at their own choice (77,1%), and those who were referred to it, were mostly referred by the UBS – the State Unit of Basic Health Care (76,0%). Public transportation was most used by subjects (46,7%), and 79% of them were discharged after consultation at PAM. Out of the cases analyzed, 54,3% were considered adequate according to the explicit classifying criteria. The factors significantly associated ($p < 0,05$) to the adequacy of services were: age equal or above 60 years old, currently working, use of the state units of basic health, and previous demand of services for the same problem at PAM. When compared to different criteria of demand classification, it was noted a concordance of 81,4% (Kappa statistics= 0,62), which was considered as substantially concordant. Despite the predominance of spontaneous demand (77,1%), the context of PAM in Londrina evidenced a reasonable adequacy of the demand in relation to the nature of the service, a fact hardly observed in other similar studies.

Key words: Needs and Demands of Health Services. Emergency Medical Services. Access to Health Services. Organization and Administration

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da demanda atendida no Pronto Atendimento Municipal, segundo variáveis sociais e demográficas. Londrina-PR, 2007.....	52
Tabela 2 – Pessoas atendidas no PAM segundo tipo de demanda e contato prévio com serviços de saúde. Londrina-PR, 2007.....	53
Tabela 3 - Serviços responsáveis pelo encaminhamento dos casos ao PAM. Londrina-PR, 2007.....	54
Tabela 4 – Pessoas atendidas no PAM, segundo o meio de transporte utilizado. Londrina-PR, 2007.....	54
Tabela 5 – Desfechos dos casos após o atendimento no PAM.....	55
Tabela 6 – Motivos referidos para a escolha do serviço entre as pessoas atendidas no PAM,Londrina-PR, 2007.....	55
Tabela 7 – Fatores associados à adequação por critérios explícitos da demanda ao PAM. Londrina-PR, 2007.....	57
Tabela 8 – Concordância da adequação da demanda segundo critérios implícitos e explícitos. Londrina-PR, 2007.....	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização do Município de Londrina e seus limites geográficos.....	27
Figura 2 - Distribuição urbana dos serviços de saúde no município de Londrina, 2007.....	33
Figura 3 - Fluxograma do processo operacional durante a coleta de dados no Pronto Atendimento Municipal. Londrina-PR, 2007.....	40
Figura 4 - Fluxograma de coleta de dados no Pronto Atendimento Municipal de Londrina – PR, 2007.....	51

SIGLAS E ABREVIATURAS

AMEPAR: Associação dos Municípios do Médio Paranapanema

APS: Atenção Primária à Saúde

CFM: Conselho Federal de Medicina

CNS: Conselho Nacional de Saúde

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOS: Leis Orgânicas da Saúde

NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB: Norma Operacional Básica

PAM: Pronto Atendimento Municipal

PAI: Pronto Atendimento Infantil

PSF: Programa Saúde da Família

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIATE: Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências

SUDS: Sistema Único e Descentralizado da Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UEL: Universidade Estadual de Londrina

USF: Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	14
1.2 A IMPORTÂNCIA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA NO CONTEXTO DO SUS	16
1.3 NECESSIDADE, DEMANDA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	20
1.4 DA NECESSIDADE DO ESTUDO	23
2 OBJETIVOS	26
2.1 OBJETIVO GERAL	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3 METODOLOGIA	27
3.1 LOCAL DE ESTUDO	27
3.1.1 O Município e o Sistema de Saúde	27
3.1.2 Histórico da Organização do Serviço Municipal de Saúde de Londrina	29
3.1.3 O Pronto Atendimento Municipal	30
3.1.4 A REDE BÁSICA	32
3.2 DESENHO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	34
3.3 FONTES DE DADOS	34
3.3.1 SISTEMA HYGIA	34
3.3.2 REGISTRO DO ATENDIMENTO	35
3.3.3 DADOS OBTIDOS POR MEIO DAS ENTREVISTAS	35
3.3.4 CLASSIFICAÇÃO DA DEMANDA E DO NÍVEL DE ATENÇÃO	36
3.4 PROCESSO DE AMOSTRAGEM:	36
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E PRÉ-TESTE	37
3.6 SELEÇÃO DE ENTREVISTADORES	37
3.7 COLETA DE DADOS	38
3.7.1 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	42
3.8 VARIÁVEIS DE ESTUDO	44
3.8.1 Variáveis Independentes	44
3.8.2 Variável Dependente	48
3.9 CLASSIFICAÇÃO POR CRITÉRIOS EXPLÍCITOS COMO PADRÃO OURO ENTRE AS FORMAS CLASSIFICATÓRIAS	49
3.10 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	49
3.11 ASPECTOS ÉTICOS	50
4 RESULTADOS	51
4.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	52
4.2 CARACTERÍSTICAS DA UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO	53
4.3 ADEQUAÇÃO DA DEMANDA E FATORES ASSOCIADOS	56
4.4 CONCORDÂNCIA ENTRE OS CRITÉRIOS CLASSIFICATÓRIOS	58
5 DISCUSSÃO	59
5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO- DEMOGRÁFICAS	59
5.2 CARACTERÍSTICAS DA UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO	62
5.3 ADEQUAÇÃO DA DEMANDA E FATORES ASSOCIADOS	64
5.4 CONCORDÂNCIA ENTRE OS CRITÉRIOS CLASSIFICATÓRIOS	66
5.5 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	67

6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICES	79
ANEXOS	96

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, os serviços de Saúde Pública no Brasil configuram-se como uma rede de unidades distribuídas por áreas diversas, perfis variados e vínculos aos diferentes níveis da esfera administrativa de governo. Verifica-se funcionamento desordenado, com dificuldades em organizar sistemas de referências e contra-referências. Estas situações produzem uma grave deformação na cultura sanitária da população, que passa a ver a consulta da atenção básica como uma forma mais demorada e menos efetiva de assistência. Assim, contradiz o eixo norteador da atenção básica, como um campo ideal para o exercício de práticas e saberes alternativos ao modelo hegemônico (AGUIAR, 1999).

Neste contexto de equívocos, muitos municípios optaram pela solução “criativa” dos pronto atendimentos, com ênfase desmesurada aos serviços de emergência que, em geral, está relacionada às implementações de políticas de saúde desprovidas de estudos prévios, resultando em problemas como filas imensas, descontinuidade na atenção, baixa resolutividade, atendimento de um alto percentual de não urgências e desgaste das equipes (CORDEIRO ; BECKER apud BECKER, 2001).

A hierarquização da atenção ou da assistência estabelece que haja fluxos ascendentes que deveriam iniciar pelas chamadas portas de entrada do sistema e caberia à atenção básica de saúde esse papel. No entanto, por motivos variados, nem sempre esse “caminho” é adotado e vias alternativas de porta de entrada do sistema são criadas, entre elas, os pronto atendimentos (DAVID, 2003).

Assim, caracterizar o padrão de utilização dos serviços de urgência tornou-se uma tarefa necessária ao planejamento e avaliação dos serviços de saúde (CARVALHO et al., 1994).

1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988, pela qual foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), representa um marco democrático no Brasil (BRASIL, 1988). Desde então, se estabeleceu a garantia da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantia esta assegurada mediante formulação de políticas sociais e econômicas, com o objetivo de reduzir os riscos a doenças ou outros agravos à saúde.

A conformação atual do sistema público de saúde, universal, integral e gratuito, começou a ser construída com o processo de redemocratização do país. Um marcante evento que envolveu toda a criação do SUS foi a 8.^a Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986, que contou com expressiva participação da sociedade. Suas conclusões tornaram-se referências que balizaram as mudanças que estariam por vir com a criação do SUS em 1988 (BRASIL, 1988; NEGRI, 2002).

Ficou definido que o acesso aos serviços destinados a promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde deveria ser universal e igualitário (BRASIL, 1988). Para o alcance destes princípios, esforços sinérgicos deveriam ser estabelecidos entre a União, estados e municípios.

Dois anos após a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, foram editadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS), a Lei nº. 8.080/90 e a Lei nº. 8.142/90, regulamentando o SUS em todo o território nacional, bem como assegurando a participação popular. Deste modo, o SUS tornou-se o meio regulador das ações e serviços de saúde realizados pelo poder público ou pela iniciativa privada (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Vários mecanismos foram criados no decorrer da implementação do SUS, entre eles dois importantes instrumentos de regulamentação do processo de descentralização: as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2003).

As NOBs estabeleceram de forma negociada os mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios. Estas normas foram os principais instrumentos do processo de descentralização. De modo eminente, as NOBs tratam os aspectos da divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (BRASIL, 2003). As NOAS vieram em substituição às NOBs e seu objetivo seria promover uma maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2002b).

Mais recentemente, foi aprovado o Pacto pela Saúde. Este pacto redefiniu as responsabilidades sanitárias dos gestores municipais, estaduais e federal. Modificou o processo de habilitação de estados e municípios que passam a aderir ao processo por meio de um Termo de Compromisso de Gestão. Este termo estabelece as responsabilidades e as capacidades na oferta das ações e dos serviços de saúde, determina o alcance de metas nacionais e regionais, possibilitando a atuação

conjunta de acordo com a realidade social de cada localidade e região (BRASIL, 2006c).

O sistema de saúde hoje vigente no país segue as diretrizes e instrumentos de regulação descritos. O que se observou no decorrer destas décadas, com a implantação do SUS, foi um enfrentamento do “velho” modelo tecno-assistencial curativista, geralmente pautado em procedimentos onerosos e de alta complexidade, pois o modelo assistencial preconizado pelo SUS contesta essa hegemonia (SANTOS et al., 2003).

Em seus princípios, o SUS estabelece a assistência integral à saúde e em termos organizacionais, uma rede de atenção constituída por serviços crescentes quanto a sua complexidade, configurada em atenção básica, atenção secundária ou média complexidade e atenção terciária ou de alta complexidade (BRASIL, 1988; NEGRI, 2002; SANTOS et al., 2003).

1.2 A IMPORTÂNCIA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA NO CONTEXTO DO SUS

No Brasil, apesar dos avanços organizacionais normativos, o sistema de saúde ainda reúne muitas fragilidades, como a descentralização insuficiente e incipiência na configuração de redes articuladas, com a ordenação do fluxo (MOURA, 2004).

Dentre os desarranjos organizacionais, destacam-se os serviços de urgência que, muitas vezes, funcionam como desvirtuadas portas de entrada ao sistema de saúde e, além de cumprir o seu papel assistencial, acabam por acolher a demanda

não atendida na atenção básica (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2004).

Segundo Mendes (2002), o usuário é vítima da organização dos serviços voltados para a atenção aguda, embora os valorize e os deseje, por desconhecer a necessidade de uma atenção contínua a saúde. Para Barros (2007), a procura por atendimento em unidades de urgência, em muitas situações, deve-se à busca de atenção para certo sofrimento em conjunto com uma relativa facilidade ao acesso.

Além disso, há dificuldades em definir uma acepção de urgência e emergência com sentido comum e operante aos usuários e prestadores de serviços. A classificação biomédica das urgências a partir de definições objetivas e técnicas é pouco satisfatória para o entendimento claro das situações (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005). Uma das definições é a do Conselho Federal de Medicina que em sua Resolução nº. 1451/95 (1995) considera:

“URGÊNCIA, ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”, e EMERGÊNCIA, como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995, p.3).

No entanto, segundo Le Coutour (apud BRASIL, 2006a) o conceito ampliado de urgência difere em função de quem a percebe ou sente: para os usuários ou familiares pode estar associada a uma ruptura de ordem do curso da vida, relacionado ao que é imprevisto e ao que não se pode esperar. Para os profissionais de saúde, a dimensão da urgência relaciona-se ao prognóstico vital em certo intervalo de tempo. Já para as instituições, a urgência corresponde a uma perturbanção de sua organização, ou seja, aquilo que não pode ser previsto.

No dicionário Michaelis da Língua Portuguesa a palavra emergência pode ser representada como sinônimo de urgência, bem como está relacionada a emergir, ou algo que não existia, ou que não era visto, e que passa a existir ou manifestar-se (MICHAELIS, 2002). Neste sentido, a emergência poderia representar qualquer queixa ou novo sintoma que um paciente passe a referir, e assim, os mais variados adventos poderiam representar ou ser considerados emergência, de uma virose respiratória a uma dor de dente, de uma hemorragia digestiva até um acidente automobilístico, independente da gravidade, prognóstico e tempo.

O conceito americano de urgência tem influenciado nossas definições, pois entende que uma situação de “emergência” é aquilo que não pode esperar e deve ser atendida com rapidez, como incorporado pelo próprio CFM (BRASIL, 2006a).

Diante da diversidade de terminologias no meio médico e no sistema de saúde, a proposta encontrada na Regulação Médica das Urgências é que se passe a adotar no país apenas o termo “urgência”, para todos os casos agudos que necessitem de cuidados. Sugere-se ainda que se faça uma avaliação multifatorial, que incorpore o grau de urgência à gravidade do caso, ao tempo para iniciar o tratamento, aos recursos necessários para o tratamento e ao valor social que envolve cada caso (BRASIL, 2006a).

Tais imprecisões relacionadas ao conceito, associadas às mudanças socioculturais, demográficas, nos padrões de morbidade e problemas relativos à organização dos sistemas de saúde, são relacionadas ao aumento da demanda aos serviços de urgência (CANTERO HINOJOSA et al., 2001), consistindo em preocupação para os gestores e a sociedade em geral.

No Brasil, a formulação das políticas de urgência iniciou-se com a publicação da Portaria GM/MS n.º 2.923 de junho de 1998, na qual se determinou investimentos

nas áreas de assistência pré-hospitalar móvel, assistência hospitalar e centrais de regulação de urgências como resposta à necessidade de ordenar o acesso ao atendimento às urgências e emergências, garantindo assim adequada atenção aos eventos agudos no SUS (BRASIL, 1998).

Posteriormente, foi instituído o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, mediante a Portaria GM/MS nº. 2.048, de 05 de novembro de 2002. Esta Portaria foi instituída com o objetivo de aprofundar o processo de consolidação dos sistemas estaduais de urgência, aperfeiçoando as normas já existentes e ampliando o seu escopo (BRASIL, 2002a).

Em 2003 foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, por meio da Portaria GM/MS n.º 1863 de 29 de Setembro de 2003, na qual seus principais objetivos são garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências. O foco desta política é adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida que identifiquem os determinantes e condicionantes das urgências, sejam clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas ou relacionadas às causas externas. Recomenda ainda que a atenção às urgências no SUS deve fluir em todos os níveis, ou seja, da atenção básica aos cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação. À atenção básica e ao Programa de Saúde da Família (PSF) cabem a resolução da maioria das intercorrências e a coordenação dos fluxos, com encaminhamentos dos casos de maior complexidade (BRASIL, 2006b). Neste sentido, esses serviços poderiam contribuir com a redução da procura por serviços de urgência, acolhendo os casos compatíveis com a sua organização tecnológica.

Barros (2007) adverte que a hegemonia da lógica programática existente nas Unidades de Saúde da Família (USF) acaba por recusar o acolhimento às pessoas

com sofrimentos agudos, fruto de algumas indefinições de responsabilidades relacionadas às urgências na rede assistencial. Deste modo, perpetuam-se falhas no sistema de saúde, nas quais, as leis, portarias e resoluções correm o risco de se tornarem letras mortas.

Para Bittencourt e Hortale (2007), o caminho para superar o modelo atual de atenção nos serviços de urgência deve ser de caráter sistêmico, ter como foco o usuário, redefinir e integrar as vocações assistenciais, reorganizar os fluxos e repactuar o processo de trabalho.

1.3 NECESSIDADE, DEMANDA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O processo de utilização dos serviços de saúde se inicia com a percepção da necessidade pelo indivíduo ou família, existindo uma interação entre o comportamento individual pela procura aos cuidados de saúde e o comportamento profissional que direciona o usuário dentro do sistema (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Ainda que as escolhas individuais exerçam um importante papel nas demandas, nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas. Desigualdades no uso dos serviços de saúde refletem da mesma forma as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer. Diferenças no comportamento individual perante a doença e características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros também influenciam de forma direta a demanda pelos serviços de saúde (PINHEIRO et al., 2002).

A demanda por serviços de saúde é determinada pela conjugação de alguns fatores, tais como sociais e culturais. É de grande relevância o conhecimento da formação da demanda para que as respostas a estas demandas se estabeleçam tendo como critério a equidade no processo de alocação de recursos (SAWYER, LEITE; ALEXANDRINO, 2002). Entretanto, nos serviços de urgência a demanda é irregular e imprevisível, pois não se sabe quando e com que frequência as pessoas vão necessitar deste tipo de atenção, haja vista que a demanda nestes serviços ocorre em circunstâncias atípicas e não programadas (IUNES, 1995).

No campo da saúde, o acesso representa as dificuldades ou facilidades que viabilizam a entrada do usuário na rede de serviços para obter o tratamento desejado nos diferentes níveis de complexidade e modalidades de atendimento, estando, portanto, intrinsecamente ligado às características da oferta e disponibilidade de recursos (VIACAVA, 2003).

Por ser bastante amplo, o conceito de acesso é utilizado muitas vezes de maneira imprecisa em relação ao uso dos serviços de saúde, variando inclusive no tempo e no contexto em que é abordado. O termo também é variável, utilizado como acessibilidade, que é qualidade do que é acessível, ou como acesso, representando o ato de ingressar, ou até mesmo das duas formas, para mostrar o grau de facilidade com que as pessoas conseguem os cuidados em saúde (SOUZA, 2006).

O acesso à saúde, segundo a concepção e desenho idealizado do SUS, com a hierarquização e regionalização, é representado por um modelo tecno-assistencial em forma de pirâmide. Este acesso deve-se dar de um nível menos complexo para o mais complexo de assistência. A base da pirâmide é representada pelos serviços de atenção básica, figurando-se como a principal porta de entrada ao sistema, e seu ápice por serviços de alta complexidade tecnológica (CECILIO, 1997).

Todavia, na prática, essa pirâmide não funciona conforme concebida. Cecilio (1997) destaca a importância de um sistema de saúde com múltiplas alternativas de entrada e saída, considerando a tecnologia certa, no lugar certo, no momento certo. Mendes (2002) corrobora a crítica ao sistema piramidal hierárquico e propõe uma rede horizontal integrada dos serviços de saúde. Ressalta que o nível primário de atenção a saúde é mais complexo quando comparado aos níveis secundário e terciário, embora seja o de menor densidade tecnológica.

Starfield (2002) aborda a acessibilidade a partir da idéia da existência de um ponto de entrada sempre que seja necessário. De forma mais clara, a autora descreve que este ponto de primeiro contato é conhecido como porta de entrada ao sistema de saúde, e preferencialmente deve iniciar-se a partir da atenção básica.

Sob a ótica populacional, o padrão de utilização de serviços de saúde frequentemente é direcionado pelo perfil das necessidades do grupo ou da comunidade. Entretanto, o uso de serviços pode condicionar-se por fatores internos ou externos ao setor saúde. A disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador ou gestor, são aspectos da oferta que fortemente influenciam o padrão de consumo dos serviços pela população (PINHEIRO et al., 2002).

1.4 DA NECESSIDADE DO ESTUDO

Estudos a respeito de fluxos e demandas são fontes de dados que se traduzem em informações necessárias ao planejamento. Por meio da verificação e análise da realidade assistencial, este tipo de estudo tem potencial relevância, haja vista a sua importância como subsídio a propostas de revisão das políticas, pois cria elementos norteadores aos gestores do setor saúde (ROESE, 2005).

Unidades de pronto atendimento, cada vez mais, representam a solução para alguns municípios. Contudo, nem sempre há apoio para elucidação diagnóstica, equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências. Acredita-se que parte dessas unidades atue em desarticulação com a rede assistencial e possa apresentar pouca resolutividade. Ainda que essas unidades cumpram um papel no escoamento de demandas não acolhidas na atenção primária, esses desarranjos organizacionais implicam em repetidos retornos e enorme produção de “consultas de urgência” (BRASIL, 2002a).

A partir de 2002, por meio da Portaria GM/MS nº. 2.048, houve melhor definição dos papéis das unidades de pronto atendimento. Os serviços que integram a rede de atenção às urgências foram classificados. Desta classificação surgiram os serviços de atendimento Pré-Hospitalar Fixo. Nestes serviços, definiu-se que a assistência prestada deveria situar-se em um primeiro nível de atenção às pessoas portadoras de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica. Foram designados para o atendimento Pré-Hospitalar Fixo as UBS, as USF, os ambulatórios especializados e Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências (BRASIL, 2002a).

Os serviços de pronto atendimento desde então passaram a ser incluídos entre Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências. Assim, foi necessário definir as atribuições dessas unidades, bem como, definir seu dimensionamento organizacional e assistencial. Estabeleceu-se que estes serviços funcionassem ininterruptamente durante as 24 horas do dia, prestassem assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade, situando-as em posição intermediária, entre a atenção básica e os hospitais (BRASIL, 2002a).

Quanto ao porte, a mesma Portaria sugeriu que estas unidades se adequassem obedecendo a algumas relações entre cobertura populacional e o número de atendimentos a cada 24 horas; o número de profissionais médicos por plantão; o número de leitos de observação; o percentual de pacientes em observação e o percentual de encaminhamentos. Deste modo, os pronto atendimentos deveriam agregar um papel ordenador dos fluxos na atenção às urgências (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2006b).

Demandas em serviços de urgência se constituem um importante observatório da condição de saúde de uma população, pois resultam da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais. Portanto, o conhecimento do padrão de utilização dos serviços de urgência se torna essencial para que as respostas a essas demandas reflitam decisões equânimes e efetivas (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002).

Investigar a forma de utilização de serviços de saúde é imprescindível para embasar a formulação das políticas organizacionais que visem a adequação do acesso aos cuidados de saúde. Faz-se necessária a identificação de situações nas quais possam ocorrer problemas, muitas vezes, expressos por meio da utilização excessiva ou repressão da demanda (PINHEIRO, 1999).

A observação da realidade do PAM de Londrina, apoiada em estudos, sugere que, em muitas situações, as demandas atendidas nos pronto atendimentos são inadequadas ao papel assistencial destes serviços no sistema. Dada a escassez de pesquisas abordando o tema da urgência no país e a pressuposta utilização indiscriminada do serviço de urgência em questão, fez-se necessário o estudo. Assim, desenvolveu-se esta investigação para melhor compreensão desta realidade, como maneira de contribuir na reordenação dos fluxos da atenção.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as características da demanda atendida no Pronto Atendimento Municipal de Londrina, Paraná.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as pessoas atendidas no PAM segundo variáveis sociais, demográficas e de utilização do serviço.
- Classificar a demanda atendida quanto à adequação ao papel assistencial do PAM no sistema.
- Identificar fatores associados à adequação da demanda ao PAM.
- Comparar a concordância entre dois critérios de classificação da adequação da demanda ao papel assistencial do PAM.

3 METODOLOGIA

3.1 LOCAL DE ESTUDO

3.1.1 O Município e o Sistema de Saúde

O município de Londrina localiza-se na região norte do Estado do Paraná, foi criado e instalado em dezembro de 1934. O município é sede da AMEPAR (Associação dos Municípios do Médio Paranapanema), que congrega 21 municípios e uma população de 847.605 habitantes (LONDRINA, 2005). Segundo dados do IBGE a população residente em 2007 é estimada em aproximadamente 497.833 habitantes (IBGE, 2007).

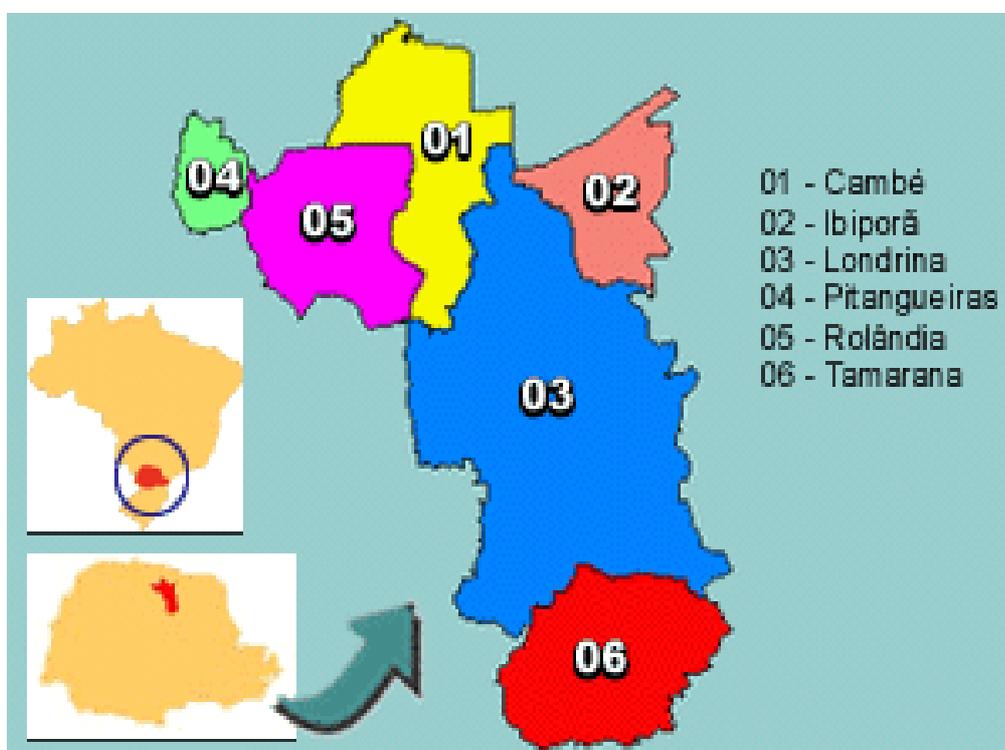


Figura – 1 Localização do Município de Londrina e seus limites geográficos

O Serviço Municipal de Saúde de Londrina conta com 54 unidades básicas de saúde. Em 2005, havia 102 equipes de saúde da família habilitadas, com índice de cobertura de 76%. Na atenção secundária à saúde, o Município dispõe de uma policlínica municipal, uma maternidade, três ambulatórios de saúde mental, um complexo de pronto atendimento situado na região central, e que é subdividido em Pronto Atendimento Infantil e Pronto Atendimento Adulto (LONDRINA, 2006a).

Na atenção pré-hospitalar móvel, dois serviços estão disponíveis à população, o SIATE e o SAMU. O SIATE, Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências, é mantido por parceria firmada entre a Secretaria Estadual de Segurança/Polícia Militar e o Município. O papel assistencial do SIATE é direcionado aos atendimentos pré-hospitalares cujos agravos sejam por causas externas. O SAMU, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, foi implantado em 2003 e seu papel assistencial está direcionado aos casos de urgência clínica. Entretanto, os dois serviços são integrados e quando a demanda ultrapassa a capacidade operacional de um dos serviços, há apoio do outro (LONDRINA, 2006b).

No âmbito hospitalar, em 2005, foram pagas pelo SUS 42.793 internações hospitalares distribuídas entre os 12 hospitais conveniados que integram a rede SUS. Destacam-se em quantidade de internações, o Hospital Universitário de Londrina e a Irmandade Santa Casa de Londrina, responsáveis por mais da metade das internações realizadas.

Na média complexidade hospitalar o Município conta com dois hospitais mantidos pelo Governo do Estado do Paraná. O Hospital Dr. Anízio Figueredo, conhecido como Hospital Zona Norte, possui 56 leitos e foi responsável por 5.141 internações em 2005. Enquanto o Hospital Eulalino Andrade, conhecido por Hospital Zona Sul, possui 41 leitos e foi responsável por 3.704 internações em 2005

(LONDRINA, 2006a). Atualmente os dois hospitais encontram-se em reforma. Segundo previsão do Governo Estadual, após as reformas, o Hospital Zona Norte terá sua capacidade aumentada dos atuais 56 leitos para 100, enquanto o Hospital Zona Sul, terá sua capacidade aumentada dos atuais 41 leitos para 141 (PARANÁ, 2006).

3.1.2 Histórico da Organização do Serviço Municipal de Saúde de Londrina

Até o início de década de 1970, o sistema de saúde em Londrina contava com algumas instituições atuando de forma desordenada e este era um panorama comum no país naquela época. Neste período foi estruturada a Secretaria de Bem-Estar Social e o Serviço Municipal de Pronto Socorro (LONDRINA, 2005).

Na ocasião, a Universidade Estadual de Londrina (UEL) e a Prefeitura Municipal em parceria implantaram duas unidades de saúde em bairros periféricos: uma delas na Vila da Fraternidade e a outra no Jardim do Sol. Em princípio, o objetivo foi servir como campo de estágio aos alunos do Curso de Medicina da UEL (LONDRINA, 2005).

No período de 1977 a 1981 ocorreu a instalação de 16 UBS, incluindo Londrina como cidade pioneira no processo de municipalização. Em 1984, o serviço municipal de saúde contava com o apoio de laboratório clínico e, em outubro de 1987, o Serviço Municipal de Pronto Socorro passou a denominar-se Serviço Municipal de Saúde (LONDRINA, 2007b).

De 1989 a 1992, houve grande incremento na oferta de serviços no município, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Em duas UBS o atendimento

passou a se estender até as 22 horas, e outros dois se transformaram em serviço de pronto atendimento, funcionando 24 horas por dia. Na ocasião as UBS escolhidas para atuar como unidades de pronto atendimento foram, a UBS do Jardim Leonor e o Centro de Saúde José Belinati (LONDRINA, 2007b).

A partir de novembro de 1992, o Centro de Saúde José Belinati tornou-se o responsável pelo serviço de pronto atendimento na região central de Londrina. Em 2004, sua estrutura física de 470 m² foi considerada insuficiente para atender a demanda de aproximadamente 400 pessoas a cada 24 horas, sendo necessária a transferência dos serviços para uma nova estrutura, especificamente preparada para atendimento às urgências (MENEGHEL, 2004). Nesta ocasião, foram desmembrados os serviços de urgência dos serviços de atenção básica, com a inauguração do PAM e da USF da Região Centro respectivamente (LONDRINA, 2007b).

3.1.3 O Pronto Atendimento Municipal

O PAM é referência municipal para atendimentos a pessoas a partir de 12 anos de idade. As crianças com idade inferior a 12 anos são atendidas no PAI. Seu papel assistencial é atender pessoas portadoras de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica. A organização dos serviços não é por especialidades e os profissionais médicos são contratados como plantonistas clínicos generalistas. A demanda é constituída por pessoas referenciadas ou que demandam espontaneamente, independente da área em que residem. Os casos referenciados são provenientes de diversos serviços que compõem a rede

assistencial, como UBS, serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, serviços de assistência social, Polícia Militar e Civil ou casas de repouso. O funcionamento da unidade é ininterrupto nas 24 horas do dia, por todos os dias da semana, durante todo o ano (LONDRINA, 2007a).

O PAM possui uma área física com 827 m² e foi construído em anexo a uma estrutura já existente, o Pronto Atendimento Infantil (PAI), do qual compartilha os serviços de radiologia e laboratório para análises clínicas. Sua área física é composta por quatro consultórios médicos, uma sala para curativos e drenagens, uma sala de espera interna com capacidade para cerca de 15 pessoas, duas salas para observação clínica e terapias endovenosas, uma delas com 8 poltronas e outra com 6 camas. Uma de suas salas é destinada a imunizações em caráter de urgência, contando com vacina e imunoglobulina antitetânica, e vacina anti-rábica. Conta ainda com uma farmácia de apoio e um posto de enfermagem. No posto de enfermagem realizam-se as orientações pós-consulta médica, bem como o preparo das medicações a serem administradas (LONDRINA, 2007a) (Apêndice A).

Para os atendimentos de urgência há uma sala própria, equipada com redes de oxigênio, vácuo e ar comprimido, cardioscópios, desfibrilador cardíaco externo, oxímetro de pulso e material necessário para intubação traqueal. Conta ainda com materiais para suturas, sondagens diversas e com um arsenal de fármacos para utilização em situação de urgência (Apêndice B).

São quatro turnos de trabalho no PAM, o turno da manhã tem seu início às 07:00h, o da tarde às 13:00h e o da noite às 19:00h. Um turno intermediário inicia-se às 18:00h e termina às 24:00h. Durante o dia atuam a cada turno quatro médicos, um enfermeiro, 10 auxiliares de enfermagem, dois auxiliares administrativos, dois auxiliares de serviços gerais e um segurança. No período noturno a equipe é

composta por dois médicos, um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem, um auxiliar administrativo, um segurança e um auxiliar de serviços gerais. Entretanto, 4 auxiliares de enfermagem e dois médicos do período intermediário complementam a equipe do período noturno até as 24:00h. A maioria dos funcionários é servidor público estatutário, apenas os serviços de segurança, higienização e limpeza são terceirizados.

Segundo relatório de produção disponibilizado pela gerência do serviço (Apêndice-C), a consulta médica foi o serviço mais utilizado pela população. Entre janeiro a dezembro de 2006, foram realizadas 89.222 consultas médicas, perfazendo uma média mensal de 7.435 consultas. Foram administrados 40.187 medicações por via parenteral (intravenosas, intramusculares e subcutâneas) e 10.322 medicações via oral, 8.048 exames laboratoriais foram realizados em caráter de urgência. Foram administradas 3.248 doses de vacina antitetânica e 534 de vacina anti-rábica. As suturas, retiradas de corpo estranho e drenagens de abscessos somaram 3.939 procedimentos (LONDRINA, 2007a).

3.1.4 A REDE BÁSICA

Das 54 UBS do município, 43 estão instaladas na área urbana e 11 na área rural. O município tem sua rede básica bem distribuída na zona urbana e alguns serviços especializados centralizados (Figura 2).

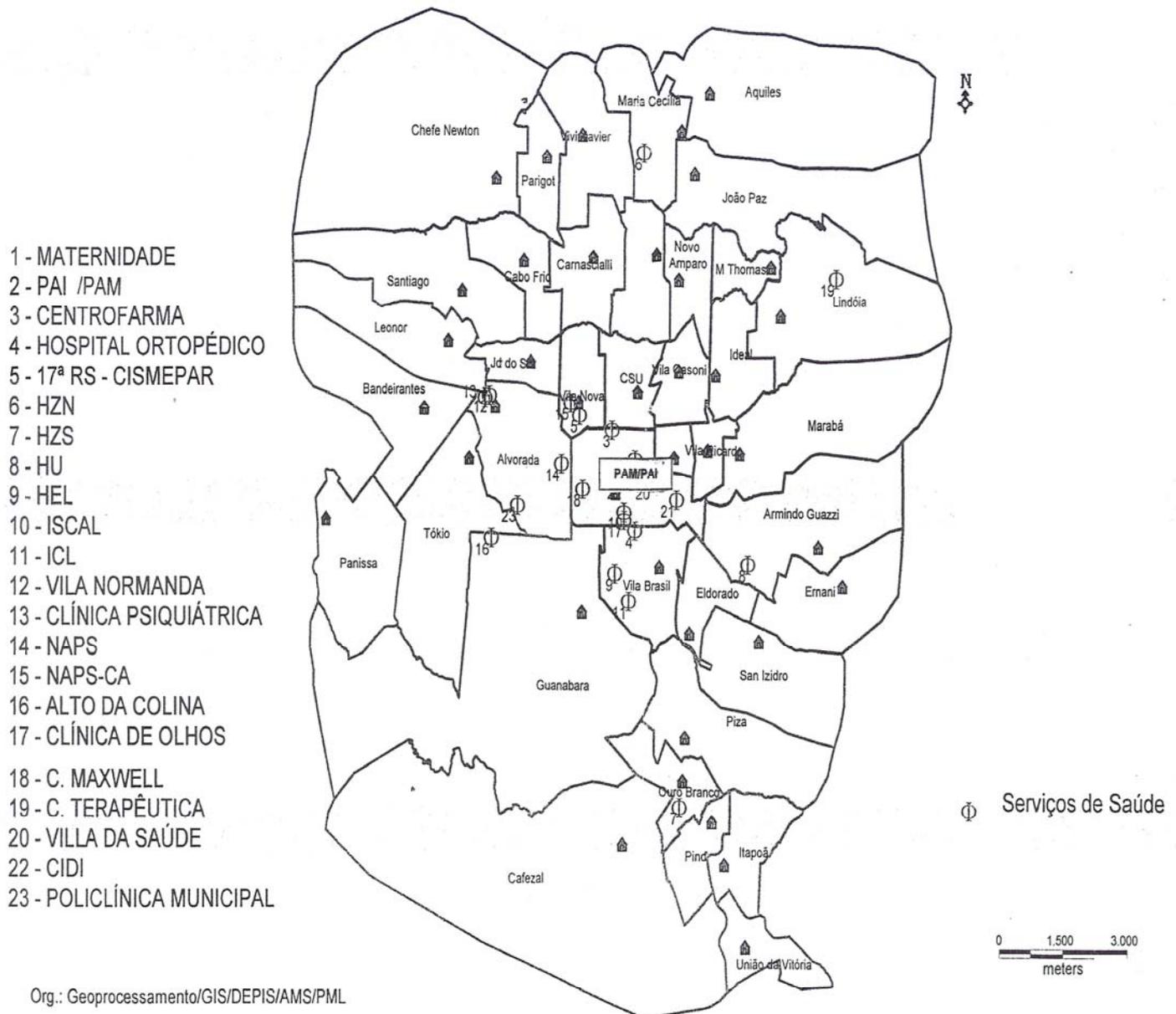


FIGURA 2 – Distribuição urbana dos serviços de saúde no município de Londrina, 2007.

3.2 DESENHO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Trata-se de estudo transversal realizado no Pronto Atendimento Municipal de Londrina-PR. A população de estudo foi composta por uma amostra de pessoas que procuraram por consulta médica no PAM, entre 07:00h e 16:59h, no período de 09 a 20 de julho de 2007, excluindo-se os fins de semana, selecionadas pelo processo de amostragem sistemática.

3.3 FONTES DE DADOS

3.3.1 SISTEMA HYGIA

Na ocasião da pesquisa, a ficha de atendimento utilizada para consulta médica no PAM era emitida pelo sistema Hygia. Este sistema consistia em um software utilizado pelo Município que representava o principal instrumento de processamento de dados da Secretaria Municipal de Saúde. Os prontuários eram disponibilizados em formato eletrônico, sendo possível a consulta a dados pessoais dos usuários, como endereço domiciliar e filiação, por qualquer serviço integrado ao sistema.

O sistema Hygia disponibilizava ainda dados sobre o esquema vacinal, possibilitava agendamentos de consultas em diversas especialidades, permitia a emissão de fichas de atendimento em unidades que não possuíam prontuário físico, como no caso do PAM.

Em virtude dos altos custos para utilização do software, o sistema Hygia foi totalmente desativado em 31 de agosto de 2007. Desde então, está sendo utilizado o sistema desenvolvido no Município chamado Saudeweb (LONDRINA, 2007c). No presente estudo, o sistema de Hygia representou a principal fonte de identificação da demanda e da população amostrada.

3.3.2 REGISTRO DO ATENDIMENTO

Os registros de atendimento representaram a fonte de dados referentes ao tipo de demanda, meios terapêuticos e diagnósticos utilizados, desfechos dos casos após a consulta médica, permanência na unidade para observação clínica e tecnologias utilizadas. Embora houvesse os registros dos atendimentos nas fichas emitidas, esses dados não eram processados no sistema.

3.3.3 DADOS OBTIDOS POR MEIO DAS ENTREVISTAS.

Por meio das entrevistas foram obtidos dados referentes às características sociais, demográficas e do processo de utilização do serviço de saúde (Apêndice D).

3.3.4 CLASSIFICAÇÃO DA DEMANDA E DO NÍVEL DE ATENÇÃO.

Trata-se de uma classificação realizada pelo médico consultante utilizando-se de um instrumento próprio, logo após a consulta médica. O instrumento disponibilizado ao médico consultante para a classificação dos casos foi a ficha classificatória da demanda (Apêndice E). Esta ficha foi desenvolvida pelo próprio pesquisador. Optou-se por formular um instrumento de fácil aplicação e de rápido preenchimento, de modo que a classificação não interferisse na dinâmica do serviço. Foram confeccionadas na cor amarela, diferenciando-as das fichas de atendimento, estas de cor branca.

3.4 PROCESSO DE AMOSTRAGEM:

O tamanho da amostra foi calculado a partir de levantamento prévio do número de atendimentos realizados no PAM no mês de março de 2007. Considerou-se uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95% e 20% de perdas. Neste sentido, optou-se por entrevistar 25% das pessoas que consultaram o médico durante duas semanas seguidas. Estabeleceu-se o horário entre 07:00h e 16:59h, de segunda à sexta-feira, dias e horários em que todas as UBS estão em funcionamento. Os casos foram selecionados por amostragem sistemática. A fração de amostragem foi de 1:4, e o início foi casual de 3.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E PRÉ-TESTE

O instrumento utilizado na entrevista (Apêndice D) foi previamente testado. Realizou-se pré-testes no próprio PAM. Os pré-testes foram realizados no mês de maio de 2007, na ocasião 18 pessoas foram entrevistadas. Verificou-se a aplicabilidade do instrumento segundo o grau de compreensão das perguntas para o entrevistador e para os entrevistados. Por meio do pré-teste, estimou-se o tempo médio necessário a cada entrevista (que variou entre três e 13 minutos), bem como, número de entrevistadores necessários para a pesquisa de campo. Após pré-teste, o instrumento recebeu ajustes considerados necessários. Acredita-se que a realização destes testes na própria unidade de estudo não interferiu nos resultados em virtude das características do serviço, voltado ao atendimento de casos agudos com alta rotatividade de usuários.

3.6 SELEÇÃO DE ENTREVISTADORES

Para definir o número de entrevistadores foi realizado um levantamento do número de consultas/hora realizado pelo pesquisador principal, durante dois dias na primeira e segunda semanas do mês de maio, entre as 07:00h e 19:00h. Optou-se por realizar este levantamento em duas segundas-feiras por ser o dia da semana com maior número de atendimentos nesta unidade, conforme dados disponibilizados pela gerência do serviço. Além do número de consultas/hora e tempo necessário a cada entrevista, o cálculo do número de entrevistadores baseou-se também no número de médicos atendentes por período,. Verificou-se que havia necessidade de

três entrevistadores para o período da manhã e quatro para o período da tarde. No entanto, o número de entrevistadores foi padronizado em quatro por período.

Os entrevistadores foram selecionados entre estudantes do Curso de Enfermagem da UEL. A seleção iniciou-se com a divulgação da necessidade de entrevistadores para pesquisa de campo. Considerando-se o processo operacional optou-se em realizar a coleta durante as férias letivas. Dentre os interessados, foram selecionados, após entrevistas, 14 estudantes com base nos seguintes critérios: disponibilidade, disposição, interesse e habilidade em comunicar-se. Foi realizado treinamento visando informar os objetivos do estudo, a sistemática da amostragem adotada e abordagem dos aspectos éticos em pesquisa. Além disso, foi realizada visita no PAM, antecedendo as entrevistas, na primeira semana do mês de julho com a finalidade de propiciar contato prévio com a estrutura física e com o processo de trabalho.

3.7 COLETAS DE DADOS

Depois de emitidas pela recepção do serviço, as fichas de atendimento foram separadas conforme a sistemática adotada. Os casos que seriam entrevistados foram identificados obedecendo à ordem cronológica de emissão. O primeiro caso foi constituído pelo usuário do serviço cuja ficha foi preenchida a partir das 7:00h e o último até às 16:59h.

Com o objetivo de garantir o rigor necessário para a seleção da população de estudo, no sentido de assegurar a fração de amostragem 1:4, o pesquisador

principal, ou a pessoa designada, permaneceu na recepção do serviço numerando os casos segundo a ordem de chegada.

Na oportunidade, para facilitar aos entrevistadores a identificação dos casos, a ficha amarela, que seria preenchida pelo médico, foi anexada à ficha de atendimento. A escolha da cor amarela para as fichas foi no sentido de permitir a rápida identificação das pessoas pelo entrevistador, bem como, pelo profissional médico para a classificação da demanda (Apêndice E).

Com o intuito de minimizar as recusas, na sala de pré-consulta, um entrevistador, não munido dos materiais utilizados na pesquisa, se apresentava e abordava as pessoas que fariam parte da amostra. Neste primeiro contato, o entrevistador apenas esclarecia as propostas e objetivos da pesquisa, bem como, descrevia o processo de coleta de dados e informava o local e momento em que as entrevistas seriam realizadas.

A classificação da demanda por critérios implícitos foi realizada pelo médico consultante que preenchia a ficha classificatória imediatamente após a consulta. Nos casos classificados como não adequados ao serviço havia um campo em que o profissional deveria indicar o nível de atenção em que cada caso deveria ser atendido (Apêndice E). Foram considerados adequados os casos encaminhados a níveis mais complexos da atenção mesmo quando o médico apontou como inadequado ao preencher a ficha classificatória (amarela). Esta medida foi necessária como forma de assegurar, neste item, uniformidade entre os profissionais na classificação dos casos.

Ao término das consultas médicas e preenchimento da ficha classificatória, procedeu-se a realização das entrevistas, antecedida pela explicitação dos objetivos

do estudo, leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e assinatura por todos que concordaram em participar (Apêndice F).

Todo o processo operacional da coleta de dados realizou-se conforme fluxograma apresentado na figura 3.

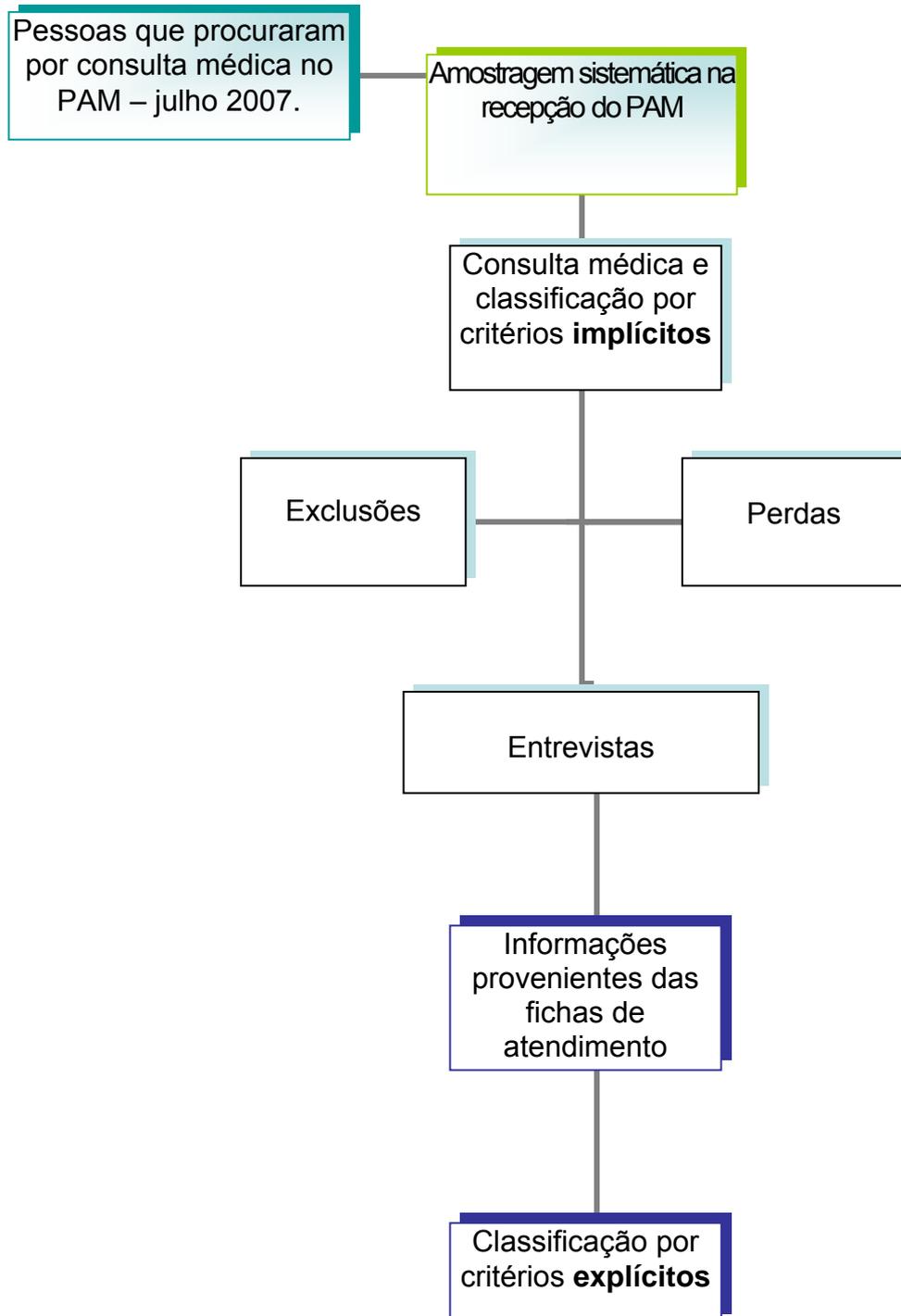


Figura 3 - Fluxograma do processo operacional durante a coleta de dados no Pronto Atendimento Municipal. Londrina-PR, 2007.

Optou-se por realizar as entrevistas em salas ou consultórios disponíveis no PAM. A escolha por esses ambientes privativos foi com o objetivo de manter anonimato, bem como, propiciar ambiente acolhedor. As entrevistas foram realizadas preferencialmente com aqueles que consultaram o médico, no entanto, na impossibilidade ou dificuldade de comunicação, entrevistou-se o acompanhante.

Para o ordenamento do processo operacional e obediência à sistemática de amostragem, foi designado um coordenador. Ao coordenador e ao pesquisador principal foram atribuídas as seguintes funções: auxiliar entrevistadores em situações que considerassem difíceis ou, em caso de dúvidas, supervisionar o processo operacional, selecionar a amostra segundo a sistemática de amostragem, posicionar-se como elo de ligação entre funcionários do serviço e entrevistadores, supervisionar aspectos éticos adotados, auxiliar os entrevistadores diante de recusas, perdas ou exclusões. Assim, o pesquisador principal e/ou o coordenador do processo operacional designado permaneceram na unidade em todos os dias e horários que houve a coleta de dados.

3.7.1 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas as pessoas selecionadas para a entrevista, que estivessem desacompanhadas e apresentassem dificuldades para fornecer informações a fim de assegurar a validade interna do estudo tais como:

- Pessoas com dificuldades na comunicação ou casos cujas condições clínicas fossem desconfortáveis para a realização da entrevista,

como dor intensa ou outras condições que influenciassem nas respostas.

- Dependentes químicos de drogas psicoativas em estado de intoxicação aguda com nível de consciência alterado, ou aqueles que pudessem comprometer a integridade física dos entrevistadores.
- Menores de 15 anos desacompanhados. Este critério baseou-se no entendimento que, nesta faixa etária, as pessoas estariam incapacitadas em consentir oficialmente a sua participação na pesquisa.

3.8 VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.8.1 Variáveis Independentes

3.8.1.1 Variáveis sociais e demográficas

- **Sexo**

- Masculino
- Feminino

- **Faixa etária**

- 12 a 19 anos
- 20 a 39 anos
- 40 a 59 anos
- maior ou igual a 60 anos

- **Escolaridade**

- Sem alfabetização
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio completo
- Ensino superior completo

- **Cobertura por Plano de Saúde privado**

- Sim
- Não

- Atividade de trabalho remunerada

- Sim
- Não

3.8.1.2 Características da utilização do Serviço**- Tipo de demanda**

- Referenciada: Considerou-se referenciada as pessoas cuja busca pela assistência foi intermediada por serviços de saúde, serviços de assistência social ou segurança pública.
- Espontânea: Considerou-se espontânea aquelas demandas cuja busca ao serviço foi motivada pela iniciativa e vontade própria da pessoa atendida.

- Serviço responsável pelo encaminhamento para atendimento no PAM

- SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SIATE – Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências
- Unidade Básica de Saúde
- Outros serviços de saúde: compreendem as unidades ambulatoriais, serviços odontológicos, hospitais da rede pública ou privada, hospitais de outros municípios e serviços de transporte do setor saúde.
- Outros serviços não relacionados à saúde: compreendem serviços ou órgãos de assistência social e segurança pública.

- Meio de transporte utilizado:

- Veículo próprio
- Veículo de terceiros
- Bicicleta
- Transporte coletivo
- Nenhum (andando)
- Veículo de serviço de saúde: compreendem todos os veículos utilizados no setor saúde para transporte de pacientes, incluindo os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel SAMU e SIATE, Transporte Emergencial Centralizado e demais ambulâncias utilizadas nos diversos serviços, públicos ou privados.

- Desfechos após o atendimento no PAM

- Encaminhamentos a serviços de maior complexidade assistencial.
- Reencaminhamento a UBS para acompanhamento do caso.
- Encaminhamentos a ambulatórios de especialidade: situações cuja necessidade de especialistas fosse de atendimento ambulatorial agendado.
- Finalização do caso: foram considerados finalizados os casos cuja terapêutica encerrou-se após o atendimento no PAM.

- Motivos referidos para a escolha do serviço

- Proximidade da residência.
- Proximidade do trabalho.
- Garantia de atendimento no mesmo dia.
- Falta de vagas/acolhimento na atenção básica.

- Opção de atendimento não determinada pelo usuário.

- Contato prévio com outros serviços de saúde no evento atual

- Sim
- Não

- Utilização habitual da UBS

- Sim
- Não

- Dificuldade no acesso à atenção básica

- Sim
- Não

3.8.2 Variável Dependente

A variável dependente foi a adequação dos casos ao papel assistencial do PAM. Os casos foram classificados segundo critérios implícitos e explícitos. Os critérios explícitos foram situações objetivamente definidas pelo pesquisador baseadas nas características do serviço municipal de saúde de Londrina, bem como no papel assistencial do PAM nesta rede. A classificação por critérios implícitos foi realizada pelo médico consultante.

Na classificação por critérios explícitos foram considerados adequados ao serviço de pronto atendimento quando ocorreu uma das seguintes condições:

- Casos referenciados

A escolha desse critério explícito baseou-se na organização do sistema de saúde do município, admitindo-se que os casos encaminhados são provenientes da indisponibilidade de recursos humanos ou tecnológicos em níveis ou serviços de complexidade inferior ao PAM. A inclusão de serviços que se encontram fora do setor saúde, como os de assistência social ou segurança pública, justifica-se dada as características destes serviços, pois a demanda proveniente dos mesmos em sua maioria é formada por grupos vulneráveis, como moradores de rua e pessoas privadas da liberdade.

- Casos encaminhados a serviços hospitalares.

Foram considerados os casos em que o desfecho da assistência resultou em necessidade de avaliação, diagnóstico ou terapêutica disponível somente em serviços hospitalares.

- Utilização das seguintes tecnologias diagnósticas ou terapêuticas não disponíveis na atenção básica:
 - Fármacos utilizados em agravos agudos (Apêndice B).
 - Exames radiológicos em caráter de urgência.
 - Exames laboratoriais em caráter de urgência.
 - Administração de terapias endovenosas com necessidade de observação clínica.
 - Realização de suturas ou drenagens.
 - Monitoramento de frequência cardíaca por meio de cardioscópio.
 - Monitoramento da oximetria capilar por meio de oxímetro de pulso.

3.9 CLASSIFICAÇÃO POR CRITÉRIOS EXPLÍCITOS COMO PADRÃO OURO ENTRE AS FORMAS CLASSIFICATÓRIAS

A classificação por critérios explícitos foi considerada “padrão ouro” na comparação entre as formas classificatórias. A opção por utilizar desta classificação, como “padrão ouro”, baseia-se na menor interferência da subjetividade no critério explícito, e em virtude da classificação basear-se em aspectos da organização do sistema de saúde no município.

3.10 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações registradas nos formulários foram duplamente digitadas em banco de dados criado no aplicativo Epi Info versão 3.4 de 2007 para Windows (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2007). Para o

procedimento de validação, os dois arquivos foram comparados utilizando-se do mesmo programa, e após correção foi obtido o banco de dados final para a análise.

Para análise de associação entre as variáveis independentes e a adequação do PAM utilizou-se o teste de qui-quadrado (χ^2) para testar a significância das associações entre variáveis. Consideraram-se as associações estatisticamente significativas se $p < 0,05$. Para analisar o grau de concordância entre critérios explícitos e implícitos foi utilizada a estatística Kappa (ALTMAN, 1992; MOULD, 1998; PINTO et al., 2007).

3.11 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos estão em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), obedecendo a diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL sob nº. 312/06 (Anexo A), bem como autorizações da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina (Anexos B e C).

As pessoas selecionadas foram informadas sobre as características da pesquisa por meio da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi assinado pelas que afirmaram entender o propósito do estudo e consentiram em participar (Apêndice F).

4 RESULTADOS

Foram entrevistadas 394 pessoas das 433 selecionadas para o estudo. As recusas e perdas corresponderam a 9,0% da amostra inicial.

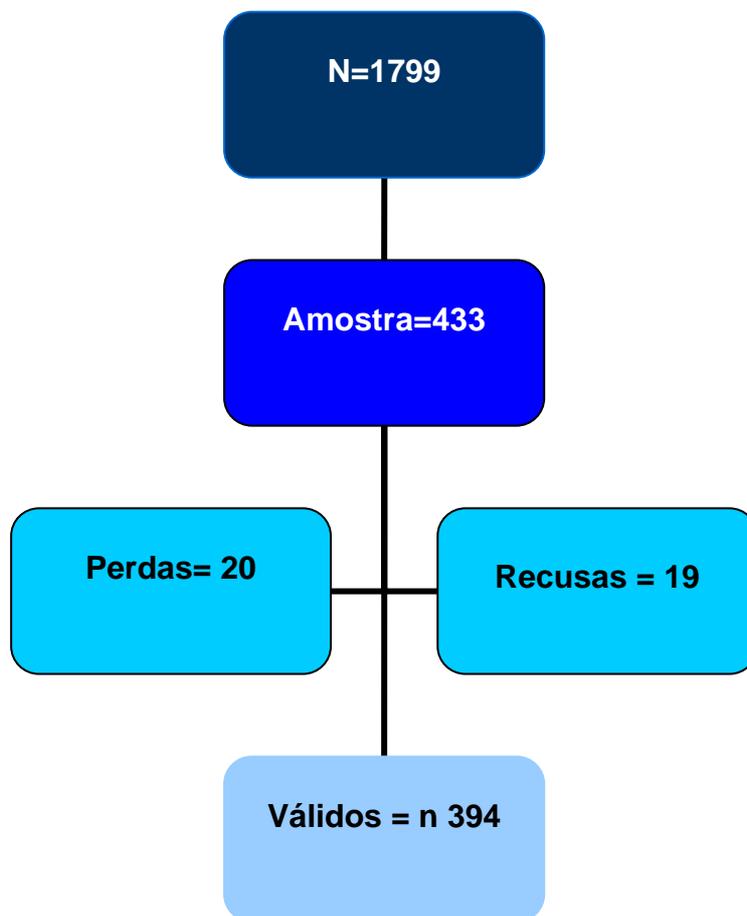


Figura 4 - Fluxograma de coleta de dados no Pronto Atendimento Municipal de Londrina – PR, 2007.

4.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Verificou-se discreto predomínio de pessoas do sexo feminino (55,6%), e 45,9% com idade compreendida entre 20 e 39 anos. Idosos representaram 17,3% dos casos. Quanto ao nível de instrução, 51,7% relataram possuir apenas o ensino fundamental e 3,8% o nível superior (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da demanda atendida no Pronto Atendimento Municipal, segundo variáveis sociais e demográficas. Londrina-PR, 2007.

Características	N	%
Sexo		
Masculino	175	44,4
Feminino	219	55,6
Total	394	100,0
Faixa etária (em anos de idade)		
12 a 19	47	11,9
20 a 39	181	45,9
40 a 59	98	24,9
60 anos ou mais	68	17,3
Total	394	100,0
Escolaridade		
Sem alfabetização	43	10,9
Ensino fundamental	203	51,7
Ensino médio	132	33,6
Superior completo	15	3,8
Total*	393	100,0
Plano de Saúde		
Sim	41	10,5
Não	349	89,5
Total*	390	100,0
Atividade de Trabalho		
Atividade de Trabalho remunerada	255	64,8
Sem atividade de trabalho	138	35,2
Total*	393	100,0

*Excluídos casos cuja classificação é ignorada

A maioria das pessoas (89,5%) referiu não ser coberta por plano de saúde. Pessoas que desenvolvem alguma atividade de trabalho remunerada representaram 64,8% da demanda (Tabela 1).

4.2 CARACTERÍSTICAS DA UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO.

A demanda espontânea foi mais freqüente (77,1%) e a demanda referenciada foi de 22,9%. Das pessoas atendidas, 34,1% relataram ter procurado por outros serviços em virtude do mesmo problema (Tabela 2).

Tabela 2 – Pessoas atendidas no PAM segundo tipo de demanda e contato prévio com serviços de saúde. Londrina-PR, 2007.

Características	n	%
Tipo de demanda		
Demanda espontânea	303	77,1
Demanda referenciada	90	22,9
Total*	393	100,0
Contato prévio com serviços de saúde para o evento atual		
Não	259	65,9
Sim	134	34,1
Total*	393	100,0

*Excluído um caso cuja classificação é ignorada

Dentre as pessoas referenciadas, a UBS foi o serviço que mais encaminhou (76%). Serviços de atendimento pré-hospitalar móvel representaram 13,1% dos encaminhamentos e os realizados por outros serviços de saúde, de

segurança pública e de assistência social foram responsáveis por 11,1% (Tabela 3).

Tabela 3 - Serviços responsáveis pelo encaminhamento dos casos ao PAM.
Londrina-PR, 2007.

Tipo de Serviço	n	%
SAMU	11	12,0
SIATE	1	1,1
UBS	68	76,0
Outros serviços de saúde	6	6,6
Serviço segurança pública ou serviço social	4	4,5
Total	90	100,0

Quanto ao meio de transporte, observou-se que o transporte coletivo foi utilizado por 46,7% das pessoas e veículos do sistema de saúde por apenas 4,4%. Somente 13,1% dos entrevistados não utilizaram nenhum meio de transporte (tabela 4).

Tabela 4 – Pessoas atendidas no PAM, segundo o meio de transporte utilizado.
Londrina-PR, 2007.

Características	n	%
Meio de transporte utilizado		
Transporte coletivo (ônibus)	179	46,7
Veículo próprio	70	18,3
Veículo de terceiros	62	16,2
Nenhum (veio a pé)	50	13,1
Veículo de serviço de saúde	17	4,4
Bicicleta	5	1,3
Total*	383	100,0

*Excluídos 11 casos cuja classificação é ignorada.

A maioria dos casos atendidos durante o período estudado teve como desfecho a finalização do caso imediatamente após o atendimento no PAM, ou seja, não houve necessidade de continuidade da assistência ao agravo que gerou o atendimento (Tabela 5).

Tabela 5 – Desfechos dos casos após o atendimento no PAM.

Desfechos após atendimento no PAM	n	%
Encaminhamento hospitalar	26	6,7
Encaminhamento a Atenção Básica	40	10,2
Encaminhado ao Ambulatório de especialidades	16	4,1
Finalização do caso	308	79,0
Total*	390	100,0

*Excluídos quatro casos cuja classificação é ignorada

O principal motivo referido para a escolha do PAM foi a garantia do atendimento no mesmo dia (40,2%). Apenas 8,0% das pessoas referiram que a proximidade da residência ao PAM foi o principal motivo que influenciou a escolha do serviço em busca da assistência (Tabela 6).

Tabela 6 – Motivos referidos para a escolha do serviço entre as pessoas atendidas no PAM, Londrina-PR, 2007.

Motivos de escolha do serviço	n	%
Garantia de atendimento no mesmo dia	146	40,2
Proximidade do trabalho	81	22,3
Opção de escolha não determinada pelo usuário	61	16,8
Não conseguiu atendimento na UBS	46	12,7
Proximidade da residência	29	8,0
Total*	363	100

*Excluídos 31 casos cuja classificação é ignorada

4.3 ADEQUAÇÃO DA DEMANDA E FATORES ASSOCIADOS

Por critérios explícitos, considerou-se 54,3% da demanda como adequada à unidade, por critérios implícitos foram considerados adequados 51,9% dos casos. Na análise dos fatores associados à adequação por critérios explícitos, verificou-se que a faixa etária, o contato prévio com outros serviços durante o evento atual, exercer atividade de trabalho e utilizar UBS associaram-se significativamente.

As proporções de casos adequados ao serviço foram mais elevadas entre os idosos (67,6%), os que procuram outros serviços de saúde para o mesmo problema (70,4%), os que exercem atividade de trabalho (72,1%), os que utilizam UBS (57,9%). As variáveis sexo, possuir plano de saúde privado, e dificuldades alegadas no acesso à UBS não apresentaram associações estatisticamente significativas (Tabela 7).

Tabela 7 – Fatores associados à adequação por critérios explícitos da demanda ao PAM. Londrina-PR, 2007.

Características	Adequado ao Pronto Atendimento				Total	Estatística	
	Sim		Não			χ^2	p
	n	%	n	%			
Total	214	54,3	180	45,7	394		
Sexo							
Masculino	88	50,3	87	49,7	175	1.94	0,16
Feminino	126	57,5	93	42,5	219		
Faixa etária							
< 60	168	51,4	158	48,6	326	5,99	0,01
≥60	46	67,6	22	32,4	68		
Procura prévia por serviços							
Sim	95	70,4	40	29,6	135	21.94	<0,001
Não	117	45,5	140	54,5	257		
Plano de Saúde							
Sim	21	51,2	20	48,8	41	0.17	0,68
Não	190	54,6	158	45,4	348		
Atividade de trabalho							
Sim	114	72,1	44	27,9	158	33.95	<0,001
Não	94	42,0	130	58,0	224		
Utiliza a UBS							
Sim	191	57,9	139	42,1	330	11.20	<0,001
Não	22	34,9	41	65,1	63		
Dificuldades no acesso à UBS							
Sim	112	56,0	88	44,0	200	0.60	0.43
Não	100	52,1	92	47,9	192		

*Excluídos os casos cuja classificação é ignorada

4.4 CONCORDÂNCIAS ENTRE OS CRITÉRIOS CLASSIFICATÓRIOS

Na classificação por critérios implícitos, 51,9% da demanda foi considerada adequada ao serviço, enquanto 48,1% tiveram seus casos classificados como inadequados ao serviço segundo a avaliação do médico consultante. Quando comparados os diferentes critérios de classificação da demanda, verificou-se concordância de 81,4%, (estatística Kappa = 0,62), considerada substancialmente concordante (Tabela 8).

Tabela 8 – Concordância da adequação da demanda segundo critérios implícitos e explícitos. Londrina-PR, 2007.

Critérios implícitos	Critérios explícitos				Total	
	Adequado					
	Adequado	Sim		Não		n
	n	%	N	%	n	%
Sim	166	80,2	29	17,2	195	51,9
Não	41	19,8	140	82,8	181	48,1
Total	207	55,1	169	44,9	376	100

*Excluídos 18 casos não classificados por critérios implícitos

5 DISCUSSÃO

5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO- DEMOGRÁFICAS

A constatação de que houve maior utilização do serviço por pessoas do sexo feminino difere de outros estudos que apontam maior utilização das unidades de urgência por pessoas do sexo masculino (ARANAZ ANDRÉZ et al., 2004; FURTADO; ARAUJO JUNIOR; CAVALCANTI, 2004; JAARSMA-VAN et al., 2000; SÁNCHEZ LÓPEZ, et al., 2005; VELASCO DÍAZ et al., 2005). Entretanto, em outros estudos, foram encontrados resultados semelhantes com maior utilização dos serviços de urgência por pessoas do sexo feminino (ARANAZ ANDRÉZ et al., 2006; JACOBS; MATOS, 2005; KAMELOGLU; KESKIN; DEMIRBAS, 2004; OLIVEIRA, 1998; SÁNCHEZ LÓPEZ, J. et al, 2005). Todavia, demandas em unidades de urgência parecem ser heterogêneas quanto ao sexo, uma vez que estudos apontam a existência de diferentes resultados no padrão de utilização nesta modalidade de serviço.

A utilização dos serviços de saúde em sua forma genérica, quando desconsiderados os distintos níveis de atenção, é mais freqüente por pessoas do sexo feminino (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; PINHEIRO et al., 2002; RIBEIRO et al., 2006; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). Estudos têm demonstrado que o gênero exerce influência na forma com que homens e mulheres utilizam-se dos serviços de saúde, porém, outros fatores estão associados à utilização das unidades de urgência, como condição social, proximidade geográfica do trabalho ou da residência, faixa etária e a própria estrutura do sistema de saúde (BRAUN et al., 2002; JAARSMA-VAN et al., 2000; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O papel assistencial do PAM consiste em atender pessoas com faixa etária acima dos 12 anos de idade, entretanto, observou-se a predominância de adultos com idades compreendidas entre 20 e 39 anos. Resultados semelhantes foram observados em estudos, cujo foco foi demandas em unidades de urgência (BARROS, 2007; FURTADO; ARAUJO JUNIOR; CAVALCANTI, 2004; JACOBS; MATOS, 2005; KAMELOGLU; KESKIN; DEMIRBAS, 2004). A composição etária observada no estudo pode estar relacionada ao fato de que 64,8% dos entrevistados relataram desenvolver algum tipo de atividade laboral remunerada, resultado esperado nesta faixa etária tipicamente produtiva.

Estudo realizado em Quissamã-RJ apontou que pessoas inseridas no mercado de trabalho teriam mais facilidades ao atendimento em unidades de emergência do que em unidades de saúde da família, creditando este fato ao processo de trabalho destas unidades, que geralmente desenvolvem atividades programadas a determinados grupos populacionais. A ausência da programação de ações em saúde para a população trabalhadora seria um dos fatores preponderantes à utilização de serviços de pronto atendimento por esta população. O atendimento comumente restrito a consultas previamente agendadas também representa uma limitação à utilização das unidades básicas por trabalhadores (BARROS, 2007).

Presume-se que trabalhadores necessitem de respostas ágeis ao problema de saúde referido, tendo em vista suas responsabilidades laborais que possam limitar a capacidade de utilizar serviços em nível primário, incluindo as consultas agendadas. Possivelmente, esta situação influencie os trabalhadores a utilizarem serviços que contemplem atendimento no mesmo dia. A localização do PAM em meio ao centro comercial e empresarial do município facilita o acesso para a classe

trabalhadora, seja destas imediações ou que se utilizam do transporte coletivo, dada a sua proximidade ao terminal de ônibus, ponto de confluência dos deslocamentos urbanos.

Mais da metade da demanda atendida (51,7%) possuía apenas o ensino fundamental. Alguns estudos associam a baixa escolaridade à maior utilização dos serviços de urgência (BRAUN, T. et al, 2002; CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007; SÁNCHEZ LÓPEZ, J. et al.,2005). Sugere-se que a educação formal e a educação em saúde representam meios propagadores do conhecimento a respeito dos serviços de urgência. Pessoas com melhores condições educacionais apresentam melhores conhecimentos das vantagens, desvantagens e riscos em utilizar-se deste tipo de serviços. (CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007).

Dentre os entrevistados 10,5% afirmaram possuir algum tipo de plano ou seguro de saúde alternativo ao SUS. Este resultado sugere que a cobertura parcial dos denominados planos participativos, cujo custo é proporcional à utilização, possa influenciar na opção por um serviço público em busca da assistência gratuita. Segundo Simão e Grossmann (2007), verifica-se no país um aumento de planos participativos em termos de modalidade de cobertura. Em Massachusetts, estudo evidenciou que pacientes cobertos por planos de saúde participativos tiveram menor chance de utilizar os serviços de urgência privados quando comparados a um grupo coberto por planos não participativos. Este fato demonstra existir influência entre a forma de utilização dos serviços de saúde e os gastos gerados em função da utilização (WHARAM et al., 2007). Deste modo, é possível que para os conveniados ou segurados por planos privados, o PAM represente uma alternativa de atenção, seja para eventos urgentes ou não.

Contudo, sob o enfoque populacional, pode-se considerar baixa a cobertura por planos privados de saúde neste grupo, haja vista que na população brasileira esta cobertura atingiu 34,5% em 2003, segundo dados do IBGE (2003).

Estudos revelam que no Brasil existe uma relação entre posse de plano de saúde e inserção no mercado de trabalho (BAHIA et al., 2002; PINTO; SORANZ, 2004). Neste estudo 64,8% das pessoas referiram algum tipo de atividade laboral remunerada, no entanto apenas 10,5% afirmaram possuir cobertura por plano privado de saúde.

5.2 CARACTERÍSTICAS DA UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO

A demanda espontânea foi mais freqüente (77,1%) que a demanda referenciada (22,9%). Vários estudos têm apontado aumento no número de pessoas que recorrem preferencialmente aos serviços de urgência sem contato prévio com outros serviços de saúde (ARANAZ ANDRÉS et al., 2004; CARVALHO; FERREIRA; VILARINHO, 2006; KOVACS et al., 2005).

No entanto o município de Londrina possui sua atenção básica estruturada em uma ampla rede de UBS (LONDRINA, 2005). Esta rede assistencial confere cobertura populacional superior a 70%. O resultado esperado seria maior utilização dessas unidades na referência dos casos a necessitar de encaminhamentos para as unidades de urgência. Ou ainda, que a resolução dos agravos passíveis de intervenção nas unidades básicas de saúde fosse mais efetiva.

Estudo realizado na Espanha concluiu que uma das causas da demanda excessiva aos serviços de urgência provém das desarticulações entre os diferentes

serviços e indefinições do papel assistencial da atenção primária (ARANAZ ANDRÉS, et al., 2004).

No Brasil, um estudo realizado em Recife-PE, apontou que a demanda não referenciada aos serviços de urgência provém do plano macroestrutural do sistema, do descompasso entre as necessidades de atenção e o crescimento da rede básica, da baixa adesão aos protocolos de encaminhamentos e conseqüente baixa resolatividade da atenção básica (KOVACS et al., 2005).

Uma pequena parcela da demanda utilizou-se do transporte disponibilizado pelo sistema de saúde. Provavelmente, a regulação médica tenha influenciado no padrão de utilização dos serviços de transporte. Segundo a Política Nacional de Atenção às Urgências, a regulação médica deve ser um dos elementos ordenadores e orientadores dos fluxos na relação entre os serviços no sistema de saúde. A regulação médica visa tornar disponível o atendimento pré-hospitalar móvel e coordenar os fluxos entre os diversos níveis hierárquicos da atenção, estabelecendo uma via de comunicação entre o público e os serviços. Por meio da regulação médica os pedidos de socorro devem ser recebidos, avaliados e hierarquizados, (BRASIL, 2006a). Acredita-se que a regulação médica possa exercer um papel racionalizador quanto à utilização do serviço de transporte de saúde, tornando disponíveis os meios existentes de acordo com as necessidades, adequando o nível de atenção exigido para cada caso, conforme a complexidade dos agravos (BRASIL, 2006a).

O papel assistencial do PAM segundo diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências é acolher pessoas cujos agravos possam ser atendidos na média complexidade assistencial. Possivelmente, a baixa utilização do transporte do serviço de saúde deve-se à menor limitação da capacidade funcional dos agravos

atendidos em questão, pois se verificou que 46,7% utilizaram transporte coletivo, 13,1% vieram deambulando e 1,3% utilizaram a bicicleta.

Neste estudo verificou-se que 79% das pessoas tiveram a finalização dos casos após o atendimento no PAM. Alguns estudos apresentaram associações entre a não necessidade de internações hospitalares ou permanência na unidade por mais de 12 horas com a inadequação dos casos ao serviço de urgência (PEREDA RODRIGUEZ et al., 2001; SÁNCHEZ LÓPEZ, J. et al., 2005). Entretanto esta comparação não é permitida, no presente estudo, dada as características do papel assistencial do PAM, direcionado a atender urgências de média complexidade.

Um dos motivos apontados como escolha do PAM foi a garantia de atendimento no mesmo dia. Puccini (2005) observou que, quando avaliadas as categorias relacionadas diretamente com a organização do processo de trabalho e acesso aos serviços de saúde, a garantia de atendimento no mesmo dia representa uma das principais motivações a determinar a procura por serviços de urgências.

5.3 ADEQUAÇÃO DA DEMANDA E FATORES ASSOCIADOS

Não se observou associação significativa entre sexo e adequação da demanda, diferentemente de estudo realizado em Pelotas-RS, onde se verificou que pessoas do sexo feminino tinham maior chance de utilizarem de forma inadequada os serviços de urgência (CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007). No entanto, a proporção de casos adequados ao serviço foi mais elevada entre os idosos e, provavelmente, deve-se à maior propensão às doenças crônico-degenerativas e suas agudizações nesta faixa etária (CORRAL CARAMÉS et al., 1999). Em Goiânia-

GO, verificou-se que entre os idosos a freqüência de dor crônica era de 62,5%, sujeitando esta faixa etária a necessitar de consultas médicas em serviços de pronto atendimento (LACERDA et al., 2005).

O resultado referente à associação significativa entre a procura prévia por serviços de saúde e adequação ao PAM é semelhante ao encontrado em outros estudos (ARANAZ ANDRÉS et al., 2004; CALDEIRA et al., 2006; CARVALHO; FERREIRA; VILARINHO, 2006; OTERINO et al., 1999).

Starfield (2002) afirma que a solicitação de um “ponto de entrada”, ou seja, a avaliação prévia por um serviço de saúde antes que uma consulta possa ser realizada em qualquer lugar, está associada à utilização reduzida tanto dos serviços especializados como dos serviços de urgência. É compreensível que a maior proporção de casos adequados à urgência relacione-se com a procura prévia por serviços de saúde, pois se pressupõe uma seleção dos casos mais complexos na triagem exercida nesses serviços. Esta triagem foi abordada em um estudo realizado em Cuba (PEREDA RODRIGUEZ et al., 2001) que a denomina como filtros sanitários e apontou que a demanda inadequada atendida no serviço de urgência provém de procura espontânea da população, resultado semelhante ao verificado em Ribeirão Preto-SP (GUTIERREZ; BARBIERI, 1998). Na Espanha, em um estudo sobre utilização das unidades de urgência, verificou-se duas vezes mais inadequação neste serviço por pessoas que demandaram espontaneamente (ARANAZ ANDRÉS et al., 2004).

Exercer atividade de trabalho associou-se significativamente à adequação da demanda do PAM, diferentemente ao estudo realizado na Espanha no qual não foi verificada esta associação (CORRAL CARAMÉS et al., 1999). Estudos frequentemente associam desestruturação do sistema e dificuldades no acesso à

atenção primária como algumas das razões pelas quais a população busca de forma inadequada os serviços de urgência (ARANAZ ANDRÉS, et al., 2004; CALDEIRA et al., 2006; CARVALHO; FERREIRA; VILARINHO, 2006; GUTIERREZ; BARBIERI, 1998; OTERINO et al., 1999; PEREDA RODRIGUEZ et al., 2001). Neste estudo, é possível que tais questões expliquem a associação significativa entre exercer atividade de trabalho e adequação.

Pessoas que habitualmente utilizam a UBS tiveram seus casos significativamente associados à adequação ao PAM. Em Pelotas-RS, verificou-se que a não utilização habitual das UBS associa-se à utilização inadequada dos serviços de urgência. Vários fatores são atribuídos a este resultado, como a educação em saúde proporcionada pela atenção básica, a orientação no sistema, a diminuição das chances de agudização dos agravos e a “triagem” exercida pelas UBS (CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007).

5.4 CONCORDÂNCIA ENTRE OS CRITÉRIOS CLASSIFICATÓRIOS

Neste estudo, utilizou-se de dois critérios classificatórios de adequação da demanda, no entanto, o padrão ouro foi o critério explícito. Observou-se que a concordância entre os critérios (explícitos versus critérios implícitos) foi de 81,4%. Algumas variações nestas concordâncias são esperadas em função da subjetividade dos critérios implícitos, porém a concordância entre as classificações, de 80,2% para casos adequados e 82,8% para não adequados, permite inferir boa confiabilidade entre as classificações e sugere que se aproxime da realidade analisada.

Unidades de pronto atendimento estabelecem uma interface com a população desvinculada da atenção programada à saúde. Acredita-se que essas unidades poderiam exercer um grande poder de reorientação dos usuários junto à rede assistencial, porém se faz necessária uma revisão das práticas assistenciais e gerenciais. Do ponto de vista populacional, é difícil definir critérios rígidos classificatórios da demanda. A realidade observada no PAM de Londrina revelou que há uma boa adequação da demanda à natureza do serviço. Assim, os resultados observados não confirmaram a pressuposição do estudo. Ainda que o serviço seja uma grande porta “aberta” ao sistema de saúde no município, considerável percentual da demanda é adequado ao serviço, fato pouco observado em estudos semelhantes.

5.5 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A proporção de casos inadequados que procuram os serviços de urgências depende dos critérios utilizados para definir adequação (CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007). A classificação da adequação do uso de um serviço utilizando-se de critérios isolados, sejam implícitos ou explícitos, pode apresentar algumas limitações.

Em vários estudos realizados na Espanha, atribui-se boa parte da variabilidade na proporção de visitas inadequadas aos serviços de urgência, que variaram entre 25% e 79%, à falta de consenso na definição dos critérios de urgência, fazendo com que o emprego de critérios implícitos subjetivos influencie nos resultados (OTERINO et al., 1999).

As perdas e recusas representaram 9,0% da amostra inicial, dados faltosos, não respondidos ou ignorados representaram 1% e 7,9% respectivamente, observando-se que nem todas as variáveis apresentaram dados ignorados. Assim, considera-se que as perdas não influenciaram o resultado do estudo. Acredita-se que o índice de recusas foi minimizado em virtude da apresentação prévia dos objetivos e propostas da pesquisa, realizada na sala de pré-consulta. Deste modo, percebeu-se maior disposição das pessoas em participar.

6 CONCLUSÃO e CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo confirma a importância das pesquisas em unidades de urgência como meio a permitir o apontamento das fragilidades do sistema de saúde e conhecimento sobre o comportamento da população na procura e utilização de serviços de saúde.

Os serviços de urgência representam local privilegiado para observação da forma como a população busca acolhimento às suas necessidades e o grau de resposta das políticas governamentais na atenção a essas demandas. Assim sendo, a análise dos fluxos possibilita compreender melhor como é o acesso da população aos serviços de saúde e identificar as dificuldades, especialmente dificuldades de acesso à atenção básica.

Quanto às características sócio-demográficas, a demanda atendida no Pronto Atendimento Municipal assemelha-se às da população residente no município de Londrina e às de vários estudos com a mesma temática. Verificou-se discreto predomínio das mulheres entre as pessoas atendidas no serviço e os adultos jovens de 20 a 39 anos representaram quase a metade da população estudada.

Constatou-se que o PAM representa uma importante alternativa de acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde, possivelmente em função da sua estrutura organizacional e localização geográfica.

Apenas um terço das pessoas utilizou outros serviços de saúde previamente ao PAM e nem sempre a porta de entrada foi a UBS. Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel também foram pouco utilizados, sugerindo menor limitação da capacidade funcional das pessoas atendidas nesta unidade.

A associação significativa entre a procura prévia por serviços de saúde e adequação ao PAM reforça a importância da triagem exercida pelos serviços básicos no reordenamento da demanda.

O fato de as pessoas em atividades laborais representarem maior proporção da demanda atendida no serviço de pronto atendimento, bem como a associação entre ter alguma atividade de trabalho e a adequação ao serviço, aponta a procura por serviços com respostas mais ágeis ao problema e, de modo geral, possivelmente em situação de urgência.

A pressuposição do estudo, de baixa proporção de casos adequados ao papel assistencial, não se confirmou, pois os resultados permitiram constatar que mais da metade da demanda atendida é adequada ao serviço segundo os critérios explícitos.

O padrão ouro escolhido, foi a classificação por critérios explícitos. A concordância entre os critérios classificatórios de adequação da demanda (explícitos *versus* implícitos) permitiu inferir boa confiabilidade entre as diferentes classificações.

A classificação por dois diferentes critérios confirma a dificuldade de se estabelecer pontualmente a classificação biomédica de urgência. Esta situação tem sido alvo de estudos pois em alguns casos são verificados desfechos e definições divergentes até mesmo entre os profissionais de saúde. Já a população tem seu próprio conceito do que lhe causa sofrimento, recorrendo a estes serviços sempre que considera necessário. Assim, há de se considerar as diferentes percepções de adequabilidade na organização da atenção.

Deste modo, embora a adequação dos casos atendidos no PAM tenha sido acima da esperada, é possível que a procura inadequada ao serviço, segundo critérios adotados, deva-se a essa diferença na percepção. Entretanto, é preciso

destacar que a maioria dos casos considerados inadequados pelo profissional médico deve-se à disponibilidade tecnológica na atenção básica para a resolução do problema, sugerindo a importância de se organizar o sistema de saúde no município conforme as diferentes perspectivas.

Ainda que este estudo aborde a questão da “demanda reprimida” aos serviços, não foi de seu alcance a análise dos fatores que limitam o acesso e utilização dos serviços. Qual a dimensão da demanda reprimida ocasionada pelas dificuldades no acesso à atenção básica? Quantas e quais pessoas desistem da busca por respostas aos problemas de saúde? Assim, este trabalho lançou uma luz sobre os condicionantes, os limites e as possibilidades da produção do cuidado e a importância futura de se aprofundar na análise de outros fatores, inclusive os subjetivos, que influenciam a busca pela assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A.N. O SAMU e sua localização dentro da estrutura de saúde do Brasil In: ALMOYNA, M.M.; NITSCHKE, A.C. **Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência SAMU**. 1999. Disponível em: <http://neu.saude.sc.gov.br/arquivos/manual_de_regulacao_medica_de_urgencia.pdf> Acesso em: 23 jul. 2006.
- ALTMAN, D.G. **Practical statistics for medical research**. London: Chapman & Hall, 1992.
- ARANAZ ANDRÉS, J.M. et al. Adecuación de la demanda de atención sanitária en servicios de urgencias hipitalarios. **Medicina Clínica**, Barcelona, v. 123, n. 16, p. 615-618, 2004.
- ARANAZ ANDRÉS, J.M. et al. Por que los pacientes utilizan los servicios de urgencia hospitalarios por inciativa própria? **Gaceta Sanitária**, Barcelona, v.4, p.311-315, 2006.
- BAHIA, L. et al. Segmentation of the demand of the plans and private insurances of health: an analysis of the information of PNAD/98. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 671-686, 2002.
- BARROS, D.M. **Demanda de pronto-atendimento ao serviço de emergência de um hospital geral em um município coberto pela estratégia de saúde da família: o caso de Quissamã**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.
- BECKER, D. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família**. 2001. 117f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; Rio de Janeiro, 2001.
- BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. Quality in the public health services emergency and some considerations about recent events at Rio de Janeiro city. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 929-934, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Seção II da Saúde. **Diário Oficial da União**, 5 de Outubro de 1988. Brasília: Senado, 1988.
- BRASIL. Lei 8142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 28 de dez 1990b.
- BRASIL. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 Set. 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. ampl. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.923/GM, de 9 de junho de 1998**. Estabelecimento do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.048/GM de 5 de novembro de 2002**. Regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/02, Portaria nº. 373/GM de 27 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.863 de 29 de Setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006c.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf> Acesso em: 15 dez. 2007.

BRAUN, T. et al. Use of emergency medical service and sociodemographic factors. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 16, n. 2, p. 139–144, 2002.

CALDEIRA, T. et al. O dia-a-dia de uma urgência pediátrica **Acta Pediátrica Portuguesa**, Porto, v. 37, n. 1, p. 1-4, 2006.

CANTERO HINOJOSA, J. et al. Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. **Atención Primaria**, Granada, vol. 28, n. 5, p. 326-332, 2001.

CAPILHEIRA, M.F.; SANTOS, I.S. Individual factors associated with medical consultation by adults. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, 2006.

CARRET, M.L.V.; FASSA, A.G.; KAWACHI, I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. **BMC Health Services Research**, London, v. 7, p.131, 2007

CARVALHO, I.; FERREIRA, G.; VILARINHO, A. Análise da referenciação ao serviço de urgência pediátrico. **Acta Pediátrica Portuguesa**, Porto, v.37, n.3, p.95-100, 2006.

CARVALHO, M.S. et al. A survey of demand for medical care in three public health clinics in Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 17-29, 1994.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Epi Info™ Version 3.4**. Atlanta, 2007. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/epiinfo/index.htm>> Acesso em: 15 dez. 2007.

CECILIO, L.C.O. Technical health care models: from the pyramid to the circle, a possibility to be explored. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-478, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.246 de 1 de Janeiro de 1988. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 1988. Seção 1, p. 1574-7.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM no 1451, de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os prontos-socorros. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 17 mar. 1995. Seção 1, p.3.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Urgência e Emergência: situação crítica no sistema público de saúde. **Revista Ser Médico**, CREMESP, v. 29, out./dez. de 2004. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=159>> Acesso em: 22 jun. 2007.

CORRAL CARAMÉS, F. et al. Adequación en el área ambulatoria de un servicio de urgencias. **Emergencias**, Madrid, v. 11, p. 105-113, 1999.

DAVID, H.M.S.L. **Atores, cenários, regulação**: notas sobre a atenção em urgência e emergência no setor de saúde suplementar. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/EAtencaoasaude/Tema2Helena%20David.pdf> Acesso em: 16 jun 2006.

FURTADO, B.M.A.S.M.; ARAUJO JUNIOR, J.L.C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p.279-289, 2004.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Ed. da FIOCRUZ, 2005.

GUTIERREZ, M.R.; BARBIERI, M.A. Sistema Único de Saúde e demanda ambulatorial: os pacientes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 31, n.1, p. 81-98, jan./mar. 1998.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da População 2007**. Rio de Janeiro: IBGE,2007.

IUNES, R.F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, 1995. p.99-122,

JAARSMA-VAN L.I. et al. Patients without referral treated in the emergency room: patient characteristics and motives. **Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde**, Amsterdam, v. 144, n. 9, p. 428-431, Feb. 2000

JACOBS, P.C.; MATOS, E.P. Exploratory study of an emergency unit in Salvador, Bahia, Brazil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 6, 2005.

KALEMOGLU, M.; KESKIN, O.; DEMIRBAS, S. Non-urgent patients in an Emergency Medical Service. **Revista Médica de Chile**, Santiago, vol. 132, n. 9 p. 1085-1089, Sep. 2004.

KOVACS, M.H. et al. Access to basic care for children seen at emergency departments. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, Porto Alegre, v. 81, n. 3,p. 251-258, 2005.

LACERDA, P.F. et al. Estudo da ocorrência de dor crônica em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, vol.7, n. 1, p. 29-40, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/pdf/ORIGINAL_03.pdf> Acesso em: 11 out. 2007.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde de Londrina 2004/2005**. Londrina, 2005.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2005**. Londrina, 2006a.

LONDRINA, Prefeitura Municipal - Núcleo de Comunicação. **Samu e Siate atenderam mais de 70 mil ocorrências**. Londrina, Janeiro de 2006. Disponível em <http://home.londrina.pr.gov.br/news_det.php?id_news=11644> acesso em 12 de Outubro de 2006b.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Dados sobre serviços**. Disponível em: <<http://www.londrina.pr.gov.br/saude/relatorios>> Acessado em 14 maio 2007a.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Histórico da saúde no município**. Disponível em: <<http://www.londrina.pr.gov.br/saude/historico.php3>> Acesso em: 20 nov. 2007b.

LONDRINA, Prefeitura Municipal - Núcleo de Comunicação. **Informática da Saúde estabiliza acesso aos serviços. Londrina, novembro de 2007**. Disponível em:<http://home.londrina.pr.gov.br/noticias/indexnovo.php?acao=mostrar_noticia&id_noticia=19687> acesso em 15 de dezembro de 2007c.

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENEGHEL, S. **Posto José Belinati será desativado em fevereiro.** Brasília: Federação Brasileira de Hospitais, 2004. Disponível em: <http://www.fbh.com.br/index.php?a=principal_temp.php&ID_MATERIA=40> Acesso em: 10 nov. 2007.

MICHAELIS, **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa,** São Paulo: Companhia Melhoramentos, 2002.

MOULD, R.F. Sensitivity and specificity. In: MOULD, R.F. (Ed.). *Introductory medical statistics.* 3. ed. Bristol: IOP, 1998. p. 232-238.

MOURA, I.R. **Avaliação da organização assistencial das unidades não hospitalares de pronto atendimento do município de Goiânia adotando como referência a política nacional de atenção às urgências.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

NEGRI, B. **A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

OLIVEIRA, M.L.F. **A utilização dos serviços de urgência e emergência em Maringá (PR): Analisando determinantes.** 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 1998.

OTERINO, D. et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. **Gaceta Sanitaria,** Barcelona. v. 13, n. 5, p. 361-370, 1999.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Comunicação Social (SECS). Agência Estadual de Notícias. **Obras nos hospitais Zona Norte e Sul de Londrina vão dobrar número de leitos.** Curitiba, 2006.

PEREDA RODRIGUEZ, J. et al. "Filtro sanitario" en las urgencias médicas: Un problema a reajustar. **Revista Cubana de Medicina,** Havana, vol. 40, n. 3, p. 181-188, jul.\set. 2001.

PINHEIRO, R.S. et al. Gender, morbidity, access and utilization of health services in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002

PINHEIRO, R.S. **Estudos sobre variações no uso de serviços de saúde: abordagens metodológicas e a utilização de grandes bases de dados nacionais.** 1999. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1999.

PINTO, J.S. et.al., **Métodos para estimação de reprodutividade de medidas:** Estatística Kappa(K). Porto: Faculdade de Medicina do Porto. Disponível em : <<http://users.med.up.pt/joakim/intromed/estatisticakappa.htm>> Acesso em: 20 maio 2007.

PINTO, L.F.; SORANZ, D.R. Private health plans: populational coverage in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.

PUCCINI, P.T. **Análise de instrumentos de apoio ao monitoramento dos serviços de atenção básica**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

RIBEIRO, M.C.S.A. et al. Sociodemographic profile and utilization patterns of the public health care system (SUS) - PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.

ROESE, A. **Fluxo e acesso aos serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã (RS)**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SÁNCHEZ LÓPEZ, J. et al. Frecuencia y características de la demanda atendida en un Servicio de Urgencia Hospitalario: Circuitos de atención. **Emergências**, Madrid, v. 17, p. 52-61, 2005.

SANTOS, J.S. et al. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando como referência, as políticas nacionais de atenção as urgências e de humanização, **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, p. 498-515, abr./dez. 2003.

SAWYER, D.O.; LEITE, I.C.; ALEXANDRINO, R. Profiles of health services utilization in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 757-776, 2002.

SIMÃO, E.; GROSSMAN, O. Saúde com o próprio bolso. **Correio Brasiliense**, Brasília, 2007. Disponível em:
<<http://clipping.planejamento.gov.br/Noticias.asp?NOTCod=375759>> Acesso em: 19 set. 2007.

SOUZA, R.L.S.P. Desigualdade no acesso aos serviços de saúde no estado da Bahia a partir dos dados da PNAD/2003. **Bahia Análise & Dados**, Salvador, v. 16, n. 2, p. 231-242, set. 2006.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a "porta" In: STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p. 207-246.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 supl. 2, p. S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G.; VIACAVA, F. Geographic and social inequalities in the access to health services in Brazil: 1998 and 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

VELASCO DÍAZ, L. et al. Impact on Hospital Days of Care Due to Unnecessary Emergency Admissions. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 79, n. 5, p. 541-549, 2005.

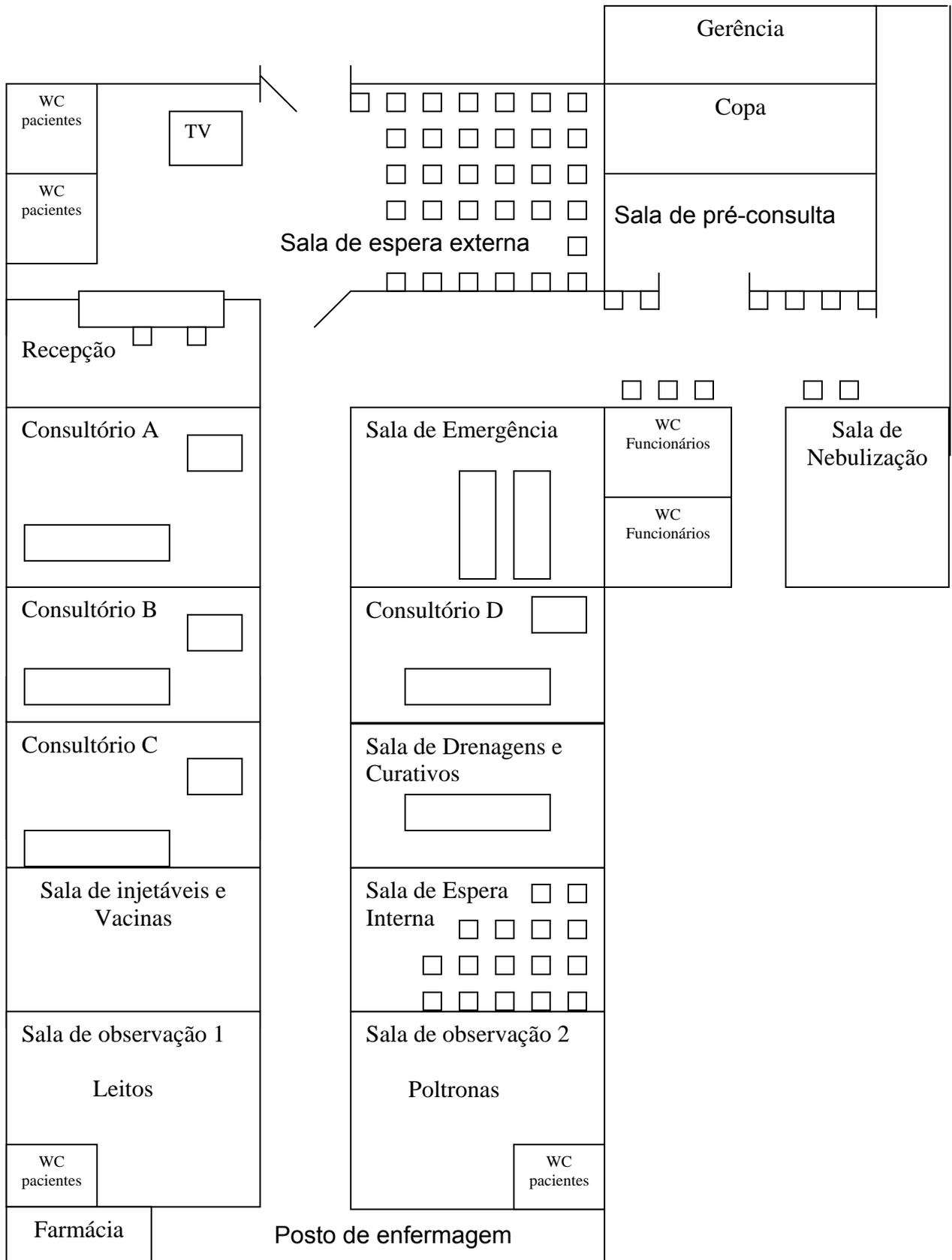
VIACAVA, F. (Coord.). **Projeto: Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS): relatório final.** Rio de Janeiro, Agosto. 2003. Disponível em: <<http://www.proadess.cict.fiocruz.br/>> Acesso em: 14 out. 2007.

WHARAM, J.F. et al. Emergency department use and subsequent hospitalizations among members of a high-deductible health plan. **JAMA**, Chicago, v. 297, n. 10, p. 1093–102, Mar. 2007.

APÊNDICES

APENDICE A
Planta Física do Pronto Atendimento Municipal

Apêndice A
Planta Física do PAM (excluídos os locais de uso comum ao PAI)



APÊNDICE B
Lista de fármacos utilizados em sala de emergência no PAM

APÊNDICE B
Relação de Fármacos disponíveis na sala de emergência do PAM

AAS
Adrenalina
Aminofilina
Amiodarona
Atropina
Bicarbonato de Sódio
Cloreto de Magnésio
Cloreto de Potássio
Cloreto de Sódio
Deslanósido
Diazepam
Dobutamina
Dopamina
Fenitoína
Fenobarbital
Furosemida
Glicose Hipertônica
Gluconato de Cálcio
Hidrocortizona
Insulina Regular
Isossorbida
Lidocaína
Midazolam
Prometazina
Ringer com lactato.
Soluções fisiológicas 0,9% (Diversos volumes)
Soluções Glicofisiológicas
Soluções Glicosadas 5% (Diversos volumes)

APÊNDICE C

Principais procedimentos realizados no PAM durante o ano de 2006

**Apêndice C – Relatório de produção de procedimentos realizados no PAM
entre janeiro e dezembro de 2006**

Procedimentos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Curativos	516	612	652	525	454	280	329	478	327	462	318	297	5250
Terapias inalatórias	614	423	506	815	822	886	987	1102	714	587	610	544	8610
Medicações (IV IM)	3054	2608	2613	4140	2630	4118	3588	5091	3183	3386	2718	3058	40187
Exames laboratoriais	708	620	642	1041	598	694	610	802	728	520	433	652	8048
Consultas Médicas	6840	6603	6523	6987	6468	7909	8113	7945	8534	8609	7568	7123	89222
Observação clínica	3473	2740	2925	4512	3087	3007	3206	3085	2630	3148	3284	2989	38086
Outros*	350	412	456	380	338	310	298	189	231	356	321	298	3939

*Desbridamentos, suturas, retiradas de pontos, retirada de corpo estranho, drenagens

Procedimentos	Média/Mês
Curativos	437,5
Terapias inalatórias	717,5
Medicações (IV IM)	3348,9
Exames laboratoriais	670,6
Consultas Médicas	7435,1
Observação clínica	3173,8
Outros*	328,25

*Desbridamentos, suturas, retiradas de pontos, retirada de corpo estranho, drenagens

APÊNDICE D
Formulário para Coleta de Dados

APÊNDICE D



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

Centro de Ciências da Saúde
Mestrado em Saúde Coletiva

Digitação: (1) (2)

Caso N° _____ N° do formulário: _____

Dados de identificação

Nome: _____ Ficha de atendimento N°: _____

Data de nascimento ___/___/___ Horário de chegada ___:___

Endereço residencial: Rua _____ N° ___ Bairro _____

Município _____ Estado ___ Ponto de referência _____

Data da entrevista: ___/___/___ Dia da semana: _____ Hora: ___:___

(1) Válido (2) Recusa (3) Perda (4) Exclusão

Parte 1 Entrevista

1. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

2. Idade (em anos completos) _____ Anos

3. O Sr.(a) tem algum plano de saúde?

(1) Sim, Qual? _____

(2) Não

(9) Não respondeu/ não sabe

4. Este plano cobre todas as despesas?

(1) Sim

(2) Não, apenas parcialmente

(9) Não respondeu/ não sabe

5. Qual foi a última série de estudo que o Sr.(a) completou?

(1) analfabeto ou primário incompleto

(2) primário completo (1ª a 4ª série) ou ginásial incompleto

(3) ginásial completo (5ª a 8ª série) ou colegial incompleto

(4) colegial completo (2º grau completo) ou superior incompleto

(5) superior completo

(9) Não respondeu/ não sabe

6. Atualmente o(a) Sr.(a) exerce alguma atividade remunerada de trabalho?

- (1) Sim, em atividade
- (2) Sim, mas afastado por motivo de doença
- (3) Sim, e também aposentado
- (4) Não, desempregado
- (5) Não, aposentado ou pensionista
- (6) Não, dona de casa
- (7) Não, só estudante
- (8) Outros _____
- (9) Não respondeu/ não sabe

7. Qual o trabalho principal do(a) senhor(a) atualmente?

- (1) Não exerce nenhuma atividade remunerada – conforme resposta da questão anterior
- (2) empregado assalariado estatutário ou com carteira. profissional assinada
- (3) empregado assalariado sem carteira profissional assinada
- (4) conta própria ou autônomo
- (5) empregador
- (9) Não respondeu/ não sabe

8. Qual o tipo de transporte que o(a) sr.(a) utilizou até sua vinda a este serviço?

- (1) Veículo próprio
- (2) Veículo de terceiros
- (3) Bicicleta
- (4) Transporte coletivo (ônibus)
- (5) Veículo de Serviço de Saúde
- (6) Nenhum, veio andando
- (7) Outro. Qual? _____

9. Quais os motivos que fizeram o(a) Sr.(a) escolher este Pronto Atendimento para o problema atual?

- (1) Proximidade da residência
- (2) Proximidade do Trabalho
- (3) Garantia de atendimento no mesmo dia
- (4) Não conseguiu atendimento na UBS
- (5) Fui encaminhado por outro serviço de saúde
- (6) Outros motivos.

Quais? _____

10. O(a) Sr.(a) procurou outros serviços de saúde antes da vinda para o Pronto Atendimento (PAM) para o problema atual?

- (1) Não
- (2) Sim. Quantos? _____

11. Apenas para os que responderam sim na questão 12

Quais outros serviços de saúde o(a) Sr.(a) procurou antes de vir ao PAM para este problema? Anotar até os últimos 3 serviços procurados.

11.1 Serviços	11.2 Quanto tempo faz que procurou?	11.3 Qual foi o período do dia que procurou?
1.		(1) Manhã (2) Tarde (3) Noite
2.		(1) Manhã (2) Tarde (3) Noite
3.		(1) Manhã (2) Tarde (3) Noite

12. Geralmente, quando necessita de atendimento a saúde qual o serviço que procura como primeira opção? (há apenas uma resposta correspondendo ao primeiro serviço que comumente se procura na ocasião que necessita de cuidado)

- (1) UBS Qual? _____
- (2) Consultório médico particular
- (3) Hospitais Quais? _____
- (4) Ambulatórios: Hospital das Clínicas, Cismepar, Policlínica Municipal;
- (5) Pronto Atendimento Qual? (1) Plantão Leonor (2) Plantão União (4) Plantão M.Cecília
- (5) Outros Plantões UBS (6) PAM
- (6) Pronto Socorro do HU
- (7) Outro. Qual? _____

13. O Sr.(a) utiliza o Posto de Saúde próximo da sua casa?	(1) Sim	(2) Não
14. O Sr.(a) tem dificuldade de ser atendido no Postos de Saúde?	(1) Sim	(2) Não

15. Apenas para os que responderam Sim na questão 17. Quais são essas dificuldades?

- (1) Obstáculos organizacionais ou de oferta: () não consegue vagas, () falta médicos, () espera longas, () falta de acolhimento dos profissionais, () horários incompatíveis.
- (2) Obstáculos econômicos (falta de dinheiro para transporte interferindo no acesso a saúde.)
- (3) Obstáculos geográficos () distancia demasiada, () falta transporte, () aclives ou declives acentuados.
- (4) Outras dificuldades

Entrevistador: _____

Início: ____:____ Término: ____:____

Parte – 2 Coleta de informações em ficha de atendimento

16. Tipo de Demanda

- (1) Espontânea (Procura direta)
- (2) Referenciada SAMU
- (3) Referenciada SIATE
- (4) Referenciada pela UBS
- (5) Referenciada por **outros Serviços de saúde**,
serviço: _____
- (6) Referenciada por outros Serviços **não relacionado aos de
saúde** _____

17. Desfecho após a consulta médica:

- (1) Encaminhado a um nível de maior complexidade - Hospital
- (2) Reencaminhado a UBS para acompanhamento do caso
- (3) Encaminhado ao Ambulatório de especialidades (agendamento pela UBS)
- (4) Finalização do Caso
- (9) Ignorado

TERAPIAS E MEIOS DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS

Procedimentos	Sim	Não
18. Exames Laboratoriais (1)Hemograma (2)Urina 1 (3)Outros _____		
19. Exames radiológicos		
20. Suturas		
21. Drenagens		
22. Retirada de corpo estranho		
23. Lavagem de ouvidos		
24. Curativos		
25. Medicamentos IV, EV – Especificar _____		
26. Medicamentos IM – Especificar _____		
27. Medicamentos SC – Especificar _____		
28. Soroterapia Endovenosa		
29. Terapias inalatórias		
30. Medicamentos Orais – Especificar _____		
31. Vacinas emergenciais (DT,VARH, Imunoglobulina AT)		
32. Permanência na sala de Observação sem procedimento?		

Parte 3 Classificação realizada pelo pesquisador principal e Compilação da Classificação Médica

32. Segundo os critérios explícitos (Procedimentos, demanda referenciada e encaminhamento ao hospital), a demanda é pertinente ao PAM? (1) Sim (2) Não

33. Segundo critérios implícitos do médico que realizou o atendimento, a demanda é pertinente ao PAM? (1) Sim (2) Não

34. Motivo da não pertinente, segundo o médico que realizou o atendimento:

- (1) Demanda Passível de ser atendida na atenção primária
- (2) Demanda de Alta complexidade tecnológica e assistencial
- (3) Demanda para especialidades ambulatoriais
- (4) Outros_____

APÊNDICE E
Ficha classificatória da demanda e do nível de atenção

Apêndice E
Ficha classificatória da demanda e do nível de atenção



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

Departamento de Saúde Coletiva
Programa de Mestrado em saúde coletiva

Classificação por amostragem da Demanda no PAM Julho 2007

Paciente: _____

Caso n°. = _____ Formulário n°. = _____

Critério implícito classificatório da demanda realizado pelo profissional médico

A – Classificação da Demanda

- (1) - Demanda **PERTINENTE** ao serviço de Pronto Atendimento.
- (2) - Demanda **NÃO PERTINENTE** ao serviço de Pronto Atendimento.

B – Caso considere esta demanda como NÃO PERTINENTE por se tratar de :

- (1) - Demanda passível de ser atendida em suas necessidades na **atenção básica**.
- (2) - Demanda de alta complexidade assistencial – Necessidade de **atenção terciária**
- (3) - Demanda pertinente a **especialidades ambulatoriais**.
- (4) - Outros motivos _____

APÊNDICE F
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice F
Centro de Ciências da Saúde – Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

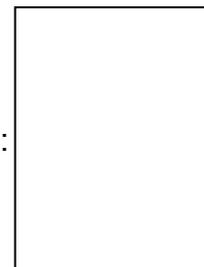
Eu _____ concordo em participar da pesquisa “**Perfil e adequação da demanda atendida em serviço de urgência de média complexidade em Londrina, Paraná, Brasil**” Esta pesquisa tem por objetivo Analisar as características da demanda atendida no Pronto Atendimento Municipal de Londrina.

Entendo que serão feitas perguntas relacionadas à utilização deste serviço bem como outros ofertados pelo SUS.

Estou ciente que as informações por mim fornecidas são confidenciais e quando divulgados os resultados do trabalho serão de forma global e anônima. Sei também que não precisarei efetuar qualquer pagamento por isso.

Em caso de dúvidas poderei esclarecer com os coordenadores da pesquisa, Enfermeiro Ricardo de Oliveira pelo fone: (43) 33477783, ou ainda com os professores e orientadores Prof^adr^a. Regina Kazue Tanno de Souza e Prof^odr. Luiz Cordoni Jr., pelos telefones: (43) 33712254 e (43) 3337 5115. Entendo que tenho a liberdade de aceitar ou não responder as questões da entrevista e de me recusar a participar no momento que eu quiser sem qualquer prejuízo para mim ou minha família.

Autorização: _____ Ou impressão digital:



Entrevistador

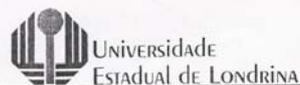
Londrina, ____/____/____

Obs.: Este documento deverá ser feito em duas vias (Uma entregue ao entrevistado e a outra retida)

ANEXOS

ANEXO A
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo A
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Parecer Nº 312/06 CAAE Nº 0268.0.268.000-06 FOLHA DE ROSTO Nº 115287	Londrina, 11 de dezembro de 2006.
-------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

PESQUISADOR(A): RICARDO DE OLIVEIRA

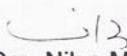
Ilmo(a) Sr(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina – CEP – UEL – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS , **APROVA** a realização do projeto: **“PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL EM LONDRINA: ESTUDO DO FLUXO E DEMANDA, ANALISANDO AS DETERMINANTES.”**

Informamos que o(a) Sr.(a) deverá comunicar, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa e deverá ser apresentado ao CEP/UJEL relatório final da pesquisa.

Situação do Projeto: **APROVADO**

Atenciosamente,


Profª. Dra. Nilza Maria Diniz
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Coordenadora

ANEXO B
Autorização provisória concedida pela Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

Anexo B
Autorização provisória concedida pela Secretaria Municipal de Saúde de Londrina



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

C.P./054/06/Gecape

Informamos para fins de realização da pesquisa: **“Pronto Atendimento Municipal em Londrina: Estudo do fluxo e demanda, Analisando as determinantes”**, no PAM - Pronto Atendimento Municipal da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina, pelo mestrando Ricardo de Oliveira do programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, sob a orientação do Professor Doutor Luiz Cordoní Júnior, que por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da Res. CNS 196/96 e está autorizada, sua execução nesta Autarquia, após a apresentação do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa.

Londrina, 17 de novembro de 2006.


v/ Rosiría Mestre Marques Ojibayashi
Coord. de Estágio Educação Permanente
Gerência de Capacitação de Pessoas
DGP/AMIS/PML

ANEXO- C
Autorização definitiva concedida pela Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

Anexo C

Autorização definitiva concedida pela Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

C.D./007/07/Gecape

Informamos para fins de realização da pesquisa:

“PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL EM LONDRINA: ESTUDO DO FLUXO E DEMANDA, ANALISANDO AS DETERMINANTES”, no Pronto Atendimento da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina, pelo acadêmico **RICARDO DE OLIVEIRA**, do curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, sob orientação do Prof^o Luiz Cordoni Junior, que por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da Res. CNS 196/96 e sua execução nesta Autarquia está autorizada, em concordância com parecer favorável nº 321/06, do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, datado em 11 de dezembro de 2006.

Londrina, 25 de abril de 2007.

Cláudia Rozabel de Souza Hildebrandt
Cláudia Rozabel de Souza Hildebrandt
Diretoria de Gestão de Pessoas
AMS/PMI