

Pronto-atendimento de adultos em serviço de saúde universitário: um estudo de avaliação*

FABIANA DE FÁTIMA BRITO**
IREVAN VITÓRIA MARCELLINO**
ALDAISA CASSANHO FORSTER***
BRENO JOSÉ GUANAIS SIMÕES***

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. Material e métodos; 3. Algumas considerações; 4. Resultados e discussão; 5. Conclusão.

PALAVRAS-CHAVE: avaliação em saúde; participação; assistência ambulatorial.

Este artigo avalia um serviço de pronto-atendimento de adultos em um centro de saúde de extensão de universidade, com a finalidade de instrumentalizar processo de programação em saúde. Foram analisadas a demanda atendida, a assistência médica, a integração dos serviços e a participação dos profissionais e dos representantes da população na decisão de reformular o serviço. O processo envolveu intensa participação dos atores sociais interessados e resultou favorável à manutenção do serviço com as características levantadas no estudo.

Emergency clinic for adults in a university health care center: an assessment study

This paper presents an assessment of the emergency clinic services in a university health care center. The study was undertaken in order to raise data that would support the health planning process, and it analyzed the answered demand, the health care, and the integration between services, as

* Artigo recebido em nov. 1996 e aceito em maio 1997.

** Mestrandos em medicina preventiva pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (FMRPUSP).

*** Professores do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (FMRPUSP).

well as the participation of the professionals and the community leaders in the decision to reformulate the service. The process involved intense participation of the interested social actors and resulted in favor of the preservation of the characteristics revealed by the study.

1. Introdução

Com a implementação do Sistema Único de Saúde no país, cada vez mais as secretarias e departamentos municipais de saúde ficam propensos a instalar serviços de pronto-atendimento.

Entre outros aspectos organizacionais, esses serviços:

- ▼ são geograficamente centralizados;
- ▼ atendem a uma população de referência entre 50 mil e 120 mil habitantes nos grandes municípios;
- ▼ funcionam ininterruptamente;
- ▼ têm o objetivo de dar assistência às pessoas nas situações de sofrimento;
- ▼ absorvem uma demanda espontânea que excede a capacidade das equipes das unidades de saúde ambulatoriais, oferecendo atendimento rápido com baixa resolubilidade;
- ▼ permitem o acesso aos serviços de maior complexidade e tecnologia médica;
- ▼ podem estimular o incremento dos custos operacionais em saúde;
- ▼ em termos operacionais, são pouco vinculados à rede de serviços de saúde.

É fácil perceber o apelo político atrás desses serviços, mas algumas reflexões têm-nos levado a considerar outros aspectos envolvidos, entre os quais a necessidade de avaliá-los como parte da estratégia política local de construir algumas mediações entre a macropolítica do SUS e a microrrealidade dos municípios, buscando a implementação de tais serviços.

Os serviços de pronto-atendimento são soluções de que os gestores lançam mão para responder às reivindicações da população, mas não se devem esgotar como definitivos sem serem contextualizados e avaliados do ponto de vista do modelo assistencial para operacionalizar o Sistema Nacional de Saúde no país.

Entre os questionamentos mais relevantes sobre os serviços de pronto-atendimento, apontamos:

- ▼ como a população percebe essa opção de assistência ambulatorial?
- ▼ como os profissionais de saúde encaram essa forma de atuar em saúde?

- ▼ os gestores municipais, ao decidirem organizar os serviços de pronto-atendimento, procuram articulá-los com os objetivos de um plano de saúde?

Em geral, esses serviços não estão amparados por um sistema integrado de informações da rede ambulatorial: os registros dos pacientes atendidos e das atividades realizadas pelas equipes do pronto-atendimento não estão disponíveis para a continuidade da assistência, e os atendimentos são pouco utilizados pela equipe para complementar as ações curativas com orientações sobre a saúde e a utilização adequada do sistema. Isso reforça o alijamento do compromisso com nossa saúde, sendo o contrário do que preconiza a legislação (Ministério da Saúde, Lei Orgânica nº 8.080, de 1990).

Porém, os países que contam com sistemas de saúde de ampla abrangência populacional têm como estratégias a atenção primária à saúde e a responsabilidade de cada cidadão pela sua saúde (sujeito de sua saúde), para viabilizar a implementação da política de saúde em todo o território.

Este artigo objetiva avaliar um serviço de pronto-atendimento de adultos implantado na unidade-sede do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.

2. Material e métodos

O Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto (CSE) é um serviço de extensão da Universidade de São Paulo, vinculado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto desde 1979, através de convênio assinado entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a universidade para desenvolver atividades de ensino, pesquisa e assistência à saúde.

Desde sua criação, o CSE foi administrado pelo Departamento de Medicina Social, que procurou imprimir-lhe características de atuação conforme as diretrizes políticas de saúde pública no país.

Com essa orientação, a equipe de coordenação vem participando e colaborando de forma bastante ativa com a organização do setor público de saúde no município durante esse período.

Na gestão municipal (1993-96) houve a possibilidade de estreitar os laços com a Secretaria Municipal de Saúde, quando foram tomadas algumas decisões dentro do Plano dos 100 dias (Rocha, 1993).

Ressaltaram-se duas medidas. Uma, bastante arrojada, consistiu em fechar o Pronto-Socorro Central, cujo prédio oferecia risco de vida aos usuários e profissionais que ali trabalhavam. A outra, técnica e política ao mesmo tempo, procurou dar sustentação organizacional à primeira, ao ampliar o funcionamento 24 horas das unidades distritais de saúde do município, incluindo nessa sistemática também o CSE.

Em 15 de março de 1993, o CSE implantou em sua unidade principal um serviço de pronto-atendimento de adultos (PA), organizado para atender os casos de urgência, em funcionamento ininterrupto, em uma área de abrangência populacional de 120 mil habitantes.

A área distrital do CSE, denominada Distrito Saúde Escola (DSE), possui unidades municipais de saúde — unidades básicas de saúde (UBS) — e centros de saúde — unidades FMRPUSP —, que totalizam nove serviços de atenção primária à saúde da mulher, adultos e crianças. A unidade distrital, CSE sede, atua simultaneamente para assistência básica e especializada, além do pronto-atendimento, com abrangência populacional distrital para as duas últimas opções de assistência.

A organização dos serviços rege-se pelos princípios da regionalização e hierarquização, abrangendo os bairros D. Mielli, José Sampaio, Vila Tibério, Jardim Presidente Dutra, Vila Lobato, Ipiranga, Vila Albertina, Vila Recreio, Sumarezinho, Vila Monte Alegre e Campus Universitário, que nomeiam algumas das unidades de saúde.

Este artigo partiu do pressuposto de que a avaliação em saúde tem como principal finalidade instrumentalizar o processo de planejamento e programação (Figueiredo & Tanaka, 1996) e contemplou também aspectos de descentralização e a participação e controle social, ao abordar a discussão dos resultados do estudo de avaliação com os membros da comissão local de saúde do CSE, gerentes das UBS da área distrital e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde. Buscava-se com isso envolver, além dos técnicos dos serviços, os representantes da população na tomada de decisão sobre o serviço de pronto-atendimento.

Para avaliar o serviço de PA foi feita uma amostra aleatória (5%) dos 4.449 pacientes atendidos no mês de outubro de 1994, tendo sido elaborado um formulário para a coleta das seguintes informações:

- ▼ do paciente — idade, sexo, endereço da residência;
- ▼ do atendimento — horário, situação de urgência, conduta, dia da semana, diagnóstico e condição de saída.

Os dados foram processados eletronicamente através do programa EPI Info, versão 5.0.

As informações citadas acima foram obtidas da ficha de pronto-atendimento (FPA), onde são registrados os dados gerados no atendimento médico e de enfermagem prestado ao paciente nesse serviço. Os dados são codificados pelo médico plantonista (rodapé da ficha) e encaminhados para o serviço de informática, sendo revisados e processados eletronicamente, alimentando bancos de dados e gerando algumas estatísticas para organização e faturas do SUS.

3. Algumas considerações

Em 1993, a equipe de coordenação do CSE foi convidada a colaborar com a gestão municipal e instalar o Serviço de Pronto-Atendimento de Adultos, para assistir à população residente na área oeste do município. Apesar de a coordenação do CSE ter tido condições para opinar na implantação do PA na sua unidade principal e participar da organização do serviço, sendo diretamente responsável pelo mesmo, as dificuldades e situações novas exigiam a presença e comunicação constante com os técnicos do nível central da Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

À medida que o serviço era implantado, percebiam-se as ambigüidades e expectativas diversas na clientela, na equipe do PA e nas equipes de outras unidades de saúde. Mesmo os técnicos da secretaria divergiam quanto ao que devia ser atribuição, ou não, do PA.

Nas reuniões com a equipe técnica da secretaria eram freqüentes os questionamentos sobre a falta de um modelo assistencial para orientar a integração dos diferentes serviços, ou seja, faltava, e ainda falta, um plano de saúde que defina as prioridades assistenciais. De certa forma, perpetua-se uma situação de constante contradição, que resulta do contínuo processo de agregar novas atividades e programas/tecnologias a uma estrutura pouco adequada à nova realidade do setor saúde local.

É importante ressaltar que representantes da população na Câmara Municipal, líderes expressivos para a formação da opinião pública e a própria mídia local reforçam na população o senso comum de acesso sem mencionar o recurso necessário, transferindo para a subalternidade a discussão que possa fortalecer a requerida consciência social sobre recursos e utilização.

Sob o enfoque dos profissionais de saúde, é preciso adiantar que parte da equipe transferida do pronto-socorro ao CSE, para atuar no PA, resolveu permanecer no CSE, enquanto a maioria decidiu pelo retorno à equipe e prédio originais após a reforma.

Assim, houve a renovação de grande parte do quadro de profissionais lotados para o serviço de pronto-atendimento do CSE, sendo esta avaliação realizada com a nova equipe.

O fato de avaliar o serviço com outra equipe teve vários significados. Um deles consistiu em considerar o desempenho dos serviços de saúde intrinsecamente relacionado aos profissionais envolvidos, "compromissados com a organização, clientela, resultados dos programas e atividades" (Junqueira & Auge, 1995). O outro, de suma importância, foi contar com profissionais que demonstravam interesse em discutir o trabalho do PA, mencionando as expectativas quanto ao seu papel no desenvolvimento do sistema público de saúde (SUS) e a forma como percebiam a clientela e seus problemas de saúde.

É bom lembrar que os profissionais já vinculados ao CSE, com vivência em assistência programada e atividades de ensino e pesquisa, estranharam muito conviver com essa nova forma de atuar.

O momento da avaliação ocorreu após 19 meses de funcionamento do PA, quando se julgou oportuno propor mudanças que possibilitassem sua integração aos propósitos do *Modelo de assistência à saúde para o DSE* (Alessi & Forster, 1993), aprovado pelo Conselho do Departamento de Medicina Social da FMRPUSP. Esse trabalho substanciou a mudança do CSE, sistematizando os pressupostos para a organização e funcionamento como unidade distrital, reconhecida como tal nos documentos sobre o SUS local.

4. Resultados e discussão

A ficha de pronto-atendimento, único instrumento do registro do atendimento realizado, em geral é preenchida de forma bastante sintética. Ela contém as informações do paciente, da doença ou motivo da procura por assistência, dos procedimentos indicados e realizados pela equipe e a condição de saída (alta, encaminhamento, contra-referência e óbito). Em poucos casos faltou o diagnóstico, havendo também alguma dificuldade de entendimento devido a letras ilegíveis.

Foram amostrados 222 pacientes, cuja análise, segundo a unidade básica de saúde de referência de sua residência, mostrou que o serviço está atendendo pacientes pertencentes às seguintes unidades (tabela 1):

- ▼ unidade-sede CSE (Sumarezinho) — 24,3%;
- ▼ Ipiranga — 20,7%;
- ▼ Vila Recreio — 18,9%;
- ▼ Vila Albertina — 14%.

Relacionados os pacientes às suas unidades de saúde, considerando o horário de funcionamento das mesmas, foram estudados 214 atendimentos (oito casos com informações prejudicadas). Verificou-se que 57,4% da demanda procurou assistência no horário de expediente dos serviços básicos de seus bairros, enquanto 28,4% do total dos atendimentos foram classificados como urgência pelos médicos. Nessa situação o número de atendimentos era semelhante se estava, ou não, em funcionamento a UBS de origem (tabela 2).

Mas chama a atenção o total de atendimentos classificados como não-urgência: 153 casos, sendo 92 atendimentos (43% do total geral) durante o horário de funcionamento do serviço básico, sugerindo constituir demanda reprimida das UBS. A maior demanda provinha de pacientes das áreas abrangidas pelas unidades CSE-sede, Vila Albertina, Vila Lobato e Vila Recreio.

Tabela 1
Número de pacientes segundo a área de origem:
serviço de PA
(CSE-FMRPUSP, 1994)

Área de origem	Frequência	%
Sumarezinho	54	24,3
Ipiranga	46	20,7
Vila Recreio	42	18,9
Vila Albertina	31	14,0
Vila Lobato	18	8,1
Monte Alverne	7	3,2
Marincek	5	2,3
D. Mielie	4	1,8
José Sampaio	4	1,8
Desconhecido	3	1,4
Campos Eliseos	2	0,9
Fazenda Baixadão	1	0,5
Jardim Independência	1	0,5
Jardim Presidente Dutra	1	0,5
Simione	1	0,5
Sítio Santa Maria	1	0,5
Vila Virginia	1	0,5
Total	222	100,0

Tomando-se as unidades em questão e examinando o número de atendimentos em relação ao horário de funcionamento, verificou-se maior frequência de casos de urgência e não-urgência fora do horário de funcionamento da atenção básica do CSE-sede (Sumarezinho).

Nas UBS Ipiranga, Vila Albertina e Vila Recreio, houve maior demanda atendida de casos de não-urgência no PA no horário de funcionamento das mesmas. Na UBS Vila Recreio também houve casos de urgência. Supõe-se que os motivos sejam diversos: não-aderência à equipe de saúde desses serviços; população sem outras opções de atendimento que não pelo serviço público; grande aceitação, pelo usuário, de serviços mais rápidos e de procedimentos considerados melhores.

Foram também observados atendimentos a pacientes residentes em bairros fora dos limites do DSE.

Tabela 2

Distribuição dos pacientes segundo a área de origem, situação de urgência e horário de funcionamento das UBS: serviço de PA
(CSE-FMRPUSP, 1994)

Área de origem	Urgência		Não-urgência		Total*	%
	No horário	Fora do horário	No horário	Fora do horário		
Sumarezinho	3	11	17	23	54	25,2
Ipiranga	6	1	32	5	44	20,6
Vila Recreio	11	4	20	6	41	19,2
Vila Albertina	3	4	13	9	29	13,5
Vila Lobato	4	4	4	6	18	8,4
Vila Tibério	2	-	2	3	7	3,3
Marincek	-	2	-	3	5	2,3
D. Mielle	-	2	-	2	4	1,8
José Sampaio	-	-	-	4	4	1,8
Campos Elíseos	-	1	1	-	2	0,9
Fazenda Baixadão	-	-	1	-	1	0,5
Jardim Independência	1	-	-	-	1	0,5
Jardim Presidente Dutra	-	-	1	-	1	0,5
Simione	-	-	1	-	1	0,5
Sítio Santa Maria	-	1	-	-	1	0,5
Vila Virgínia	1	-	-	-	1	0,5
Total	31	30	92	61	214	100,0
%	15,5	14,0	43,0	28,5	100	

* Oito casos prejudicados.

Procurando entender os achados em relação à unidade-sede do CSE, constatou-se ser relativamente pequeno o número de urgências no horário de funcionamento dos serviços básicos, provavelmente decorrente de necessidade real de assistência especializada (urgência), fora da competência da equipe básica. Nesse sentido, ressalta-se o compromisso da equipe de saúde do adulto que, mesmo com a agenda sobrecarregada, avalia os casos encaminha-

dos pela recepção de enfermagem e presta assistência quando necessário. O grande número de casos fora do horário de atendimento básico, a maioria não-urgente, sugere repressão de demanda, em função da reduzida equipe de saúde do adulto. Essa limitação decorre das prioridades da política de saúde do estado (ESP), uma vez que o CSE historicamente é um centro de saúde pertencente à rede estadual. Ao longo da existência do CSE, várias tentativas sem sucesso foram feitas pelas direções do serviço junto às autoridades, apresentando através de planos as carências e os recursos necessários para organizar a atenção básica à saúde do adulto.

O serviço de PA funciona como opção às UBS, em seu papel de porta de entrada junto ao SUS, no que concerne ao encaminhamento para os serviços hierarquicamente mais complexos. Porém, não se garante a integração dessa modalidade assistencial com o atendimento programático da unidade distrital e com aquele das UBS, como seria desejável (Novaes et alii, 1991; Cecílio, 1995).

A clientela da área das UBS Marincek, D. Mielle e José Sampaio acorreu ao PA apenas no horário em que as mesmas não estavam abertas.

Houve maior demanda na segunda-feira, sábado e domingo, em ordem decrescente de frequência. Com exceção do sábado, quando foram iguais os números de casos de urgência e não-urgência, a relação de urgência é aproximadamente 1/3 do total dos casos atendidos no dia. Dos 62 casos considerados como urgência, 29% foram atendidos no sábado, 19,3% na segunda-feira e 17,7% no domingo. Esses pacientes pertenciam às UBS Vila Recreio (24,4%), CSE-sede (22,8%), Ipiranga e Vila Lobato (13%). Nos outros dias da semana a relação de urgência é inferior a 1/4 dos casos do período (tabela 3).

O médico plantonista classifica o caso em urgência ou não, dependendo dos conhecimentos na área. Percebe-se no dia-a-dia muita variação de critérios entre os profissionais, devido principalmente à pouca formação em assistência de urgência, o que vem preocupando os núcleos de formação profissional em saúde.

A situação da assistência às urgências é bastante complexa, tendo em vista os diversos fatores envolvidos: a necessidade de assistência para os casos de violência e acidentes nos grandes centros urbanos; a difusão dos serviços de pronto-atendimento; o processo de transferência da gestão do sistema público de saúde para os municípios; os interesses dos prestadores; as expectativas de assistência por parte da população etc. Completam esse quadro os serviços de pronto-socorro, cujas atividades mesclam-se com as de pronto-atendimento, em geral sobrecarregados com a excessiva demanda devida à falta de opção de assistência para o usuário dependente do serviço público. Os conselhos regionais, e, nesse caso, o de medicina, decidiram intervir e propuseram critérios e orientações técnicas no sentido de contribuir para o esclarecimento das responsabilidades e melhoria da assistência à população.

Tabela 3

Distribuição dos pacientes segundo a área de origem, dia da semana e situação de urgência: serviço de PA
(CSE-FMRPUSP, 1994)

Área de origem	Segunda-feira		Terça-feira		Quarta-feira		Quinta-feira		Sexta-feira		Sábado		Domingo		Total	%
	Urgên- cia	Não- urgên- cia														
Sumarezinho	3	11	3	5	1	6	-	3	-	4	2	3	5	8	54	24,9
Ipiranga	2	7	1	3	1	5	1	5	-	4	1	7	2	7	46	21,2
Vila Recreio	3	3	-	4	1	5	1	3	1	9	7	2	2	1	42	19,3
Vila Albertina	1	7	-	3	1	1	1	5	2	1	2	1	-	4	29	13,3
Vila Lobato	-	1	2	3	-	3	-	1	1	-	3	2	2	-	18	8,3
Vila Tibério	1	-	-	-	-	1	1	1	-	1	-	1	-	1	7	3,2
Marincek	1	-	-	2	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	5	2,3
D. Mielle	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	2	-	-	-	4	1,8
José Sampaio	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	4	1,8
Campos Eliseos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2	0,9
Fazenda Baixadão	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,5
Jardim Independência	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,5
Jardim Presidente																
Dutra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	0,5
Simione	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,5
Sítio Santa Maria	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	0,5
Vila Virgínia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	0,5
Total	12	31	6	20	4	23	5	20	6	21	18	18	11	22	217	100,0
%	5,5	14,3	2,8	9,2	1,8	10,6	2,3	9,2	2,8	9,7	8,3	8,3	5,0	10,2	100,0	

Considerando que “a modalidade de assistência de urgência conforma um processo de trabalho cujo objeto é constituído por uma demanda que vem à Unidade a qualquer momento do dia, acompanhada pelo atendimento externo da UDSE, por terceiros ou desacompanhada, ou referenciada das UBS, apresentando sintomas e sinais sugestivos de risco de vida, necessitando de atendimento imediato” (Alessi & Forster, 1993), cabe reiterar os conceitos de urgência e emergência, contidos na Resolução nº 1.451/95, aprovada durante o I Encontro dos Conselhos de Medicina, realizado em São Paulo em 10 de março de 1995:

“Parágrafo primeiro — Define-se por *urgência* a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo segundo — Define-se por *emergência* a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.”

A concepção de urgência deve orientar a organização e o funcionamento dos serviços de pronto-atendimento.

Em Ribeirão Preto, a existência de serviços de emergência nos hospitais universitários e conveniados com o SUS permite à Secretaria Municipal de Saúde responsabilizar-se pela gestão do sistema sem ser prestadora das ações e serviços de emergência.

Quanto ao sexo e idade (dois casos prejudicados) foram observados (tabela 4):

- ▼ maior demanda feminina — 116 casos (52,7%) para 104 pacientes masculinos;
- ▼ 88 mulheres (75,9%) residiam fora da área geográfica do CSE-sede;
- ▼ 78 homens (75%) residiam fora da área geográfica do CSE-sede;
- ▼ 176 (80%) pacientes informaram ter entre 20 e 59 anos de idade;
- ▼ 24 (10,9%) pacientes tinham menos de 19 anos;
- ▼ 9,1% pacientes informaram ter mais de 60 anos;
- ▼ entre os casos de urgência, havia 34 pacientes femininos (53,1%);
- ▼ entre aqueles classificados como não-urgentes, havia 82 (52,6%) mulheres;
- ▼ entre as mulheres, 78,6% eram situações não-urgentes, 67,9% tinham entre 15 a 49 anos, e entre os casos urgentes, 50% (três pacientes) tinham 50 anos ou mais;

- ▼ entre os homens, 69,2% eram casos não-urgentes, 76,9% tinham entre 15 a 49 anos, e entre os casos urgentes (oito pacientes), 37,5% tinham 50 anos ou mais.

Tabela 4

Pacientes segundo a faixa etária, situação de urgência, sexo e área básica da unidade CSE-sede
(CSE-FMRPUSP, 1994)

Faixa etária (anos)	Urgência				Não-urgência				Total	%
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino			
	Na área	Fora	Na área	Fora	Na área	Fora	Na área	Fora		
15-19	-	3	1	3	4	4	-	9	24	10,9
20-29	-	9	1	5	3	22	6	19	65	29,5
30-39	1	7	2	6	5	14	9	11	55	25,0
40-49	2	4	1	3	4	6	-	11	31	14,1
50-59	1	3	2	4	3	7	1	4	25	11,4
60 +	2	2	1	1	3	7	2	2	20	9,1
Total	6	28	8	22	22	60	18	56	220	100
%	2,7	12,7	3,6	10,0	10,0	27,3	8,2	25,5	100,0	

Nessa análise é possível perceber que a maioria dos pacientes reside a alguns quilômetros de distância do CSE-sede e está na faixa etária produtiva, o que pode apontar para dificuldades de atendimento por motivo de trabalho. As mulheres procuram assistência mais que os homens (maior proporção de casos de não-urgência). As proporções de pacientes acima de 50 anos de idade entre os casos de urgência podem ter uma expressão importante na assistência de PA, embora os números sejam pequenos.

Fowler (1992), ao discutir as taxas de consultas na assistência primária (médico generalista) na Inglaterra, comenta que “as mulheres consultam duas vezes mais que os homens e os jovens e idosos apresentam altas taxas de consultas”, além de existir taxas de consultas mais altas entre as pessoas de baixa classe social.

Em estudo dos serviços de saúde da SMS de Guarulhos, Junqueira e Auge (1995) verificaram que os usuários são, em sua maioria, jovens (16 a 30 anos de idade) e mulheres casadas.

Os cinco diagnósticos mais frequentes (tabela 5) referiram-se a hipertensão arterial (7,3%), amigdalite e infecções das vias aéreas superiores (5% cada), gastroenterocolites agudas (4,6%) e etilismo, bronquite asmática e gastrite (3,7% cada), num total de 72 diagnósticos.

Tabela 5
Distribuição dos diagnósticos mais freqüentes no PA
(CSE-FMRPUSP, 1994)

CID - Diagnósticos*	Freqüência	% (em relação ao total)
401 - Hipertensão arterial sistêmica	16	7,3
463 - Amigdalite	11	5,0
465 - Infecção das vias aéreas superiores	11	5,0
009 - Gastroenterocolite aguda	10	4,6
303 - Etilismo	8	3,7
493 - Bronquite asmática	8	3,7
535 - Gastrite	8	3,7
Total	72	33,0

* CID: Classificação internacional das doenças, 9ª revisão.

Na busca de melhor entender os diagnósticos acima, formulados nas consultas médicas, utilizou-se uma análise de Fry, citada por Fowler (1992), das afecções na assistência primária na Inglaterra. Essa análise utiliza o critério de gravidade e também de freqüência dos problemas no total das consultas no ano. Assim, os diagnósticos encontrados no presente estudo ficaram dispostos como segue: afecções leves (amigdalite, infecções das vias aéreas superiores e gastroenterocolites); doenças crônicas (hipertensão arterial, etilismo e gastrite); doenças graves (bronquite asmática).

Pressupondo a definição de urgência como mais adequada para um serviço de pronto-atendimento, de forma a possibilitar à clientela acesso aos recursos médicos nas situações de sofrimento, a maior parte dos atendimentos realizados, do ponto de vista dos diagnósticos, seria da competência dos serviços básicos de saúde.

Podem ser considerados situações de sofrimento os diagnósticos de hipertensão arterial (picos hipertensivos), amigdalite, bronquite asmática, etilismo e gastrite, que poderiam ser absorvidos na assistência das UBS, nos períodos de funcionamento, como casos de urgência ou eventuais.

Foram medicados durante o atendimento 37,8% dos pacientes, 22% receberam medicação para tomar em casa e 9,6% tiveram a combinação das condutas anteriores. Foram encaminhados para outros serviços 12,9% dos pacientes, enquanto 9,6% receberam curativos ou suturas, 3,8% foram apenas

orientados e 2,4% tiveram contra-referência, confirmando o caráter medicalizante exercido nesse tipo de assistência (tabela 6).

Conduta médica	Frequência	%
Medicação no atendimento	79	37,8
Medicação para casa	46	22,0
Encaminhamento	27	12,9
Medicação no atendimento e para casa	20	9,6
Curativo ou sutura	20	9,6
Orientação	8	3,8
Raios-X	4	1,9
Contra-referência	5	2,4
Total	205	100,0

Como se vê na tabela 7, receberam alta 149 pacientes (67,8%), tendo havido 63 encaminhamentos (28,4%), cinco contra-referências e cinco retornos (2,2% cada). Entre as pacientes, 73,6% receberam alta, residindo a maioria fora da área do CSE. Dos casos masculinos, 60,9% receberam alta, observando-se o mesmo em relação à residência. Foram encaminhados 28,4% dos pacientes. Todas as faixas etárias apresentaram altas taxas de encaminhamentos (exceto os pacientes entre 40 e 49 anos), sendo estas maiores entre aqueles que residiam fora da área, independentemente de sexo. A contra-referência foi tomada apenas para pacientes masculinos. Foi curiosa a constatação de retornos marcados, uma vez que o serviço não preconiza essa conduta.

Verificou-se que 21,9% dos casos de urgência pertenciam à área do CSE-sede, a maioria deles recebendo alta. Porém, a proporção de alta entre os casos totais de urgência foi relativamente baixa (15%), ao lado de 50% de encaminhamentos para outro nível de assistência. Dos casos classificados como não-urgência, 73,7% receberam alta e 20,5% foram encaminhados para outros serviços, o que mostra uma certa coerência com o esperado como atribuição para um serviço de PA (tabela 8).

Como a finalidade principal do estudo era contribuir para uma proposta de ampliação da assistência básica ao adulto residindo na área de abrangência da unidade-sede CSE, através da organização do terceiro turno, a análise da assistência circunscreve a demanda aos limites do serviço básico.

Tabela 7

Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária, condição de saída, sexo e área básica do CSE-sede
(CSE-FMRPUSP, 1994)

Faixa etária (anos)	Alta		Encaminhamento				Contra-referência				Retorno				Total	%		
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino				Masculino	
	Na área	Fora	Na área	Fora	Na área	Fora	Na área	Fora	Na área	Fora	Na área	Fora	Na área	Fora			Na área	Fora
15-19	2	6	1	6	2	1	-	5	-	-	-	1	-	-	-	-	24	10,8
20-29	3	19	6	17	-	11	1	7	-	-	-	-	-	1	-	1	66	29,7
30-39	5	15	7	8	1	5	4	7	-	-	-	2	-	1	-	-	55	24,8
40-49	6	10	-	9	-	1	1	4	-	-	-	1	-	-	-	-	32	14,4
50-59	4	6	2	5	-	4	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	25	11,3
60 +	3	6	2	1	1	2	-	2	-	-	1	-	1	1	-	-	20	9,0
Total	23	62	18	46	4	24	7	28	-	-	1	4	1	3	-	1	222	100,0
%	10,4	27,8	8,1	20,7	1,8	10,8	3,1	12,6	-	-	0,5	1,8	0,5	1,4	-	0,5	100,0	

Tabela 8

Distribuição dos pacientes segundo a condição de saída, situação de urgência e área básica da unidade: serviço de PA
(CSE-FMRPUSP, 1994)

Condição de saída	Urgência		Não-urgência		Total	%
	Na área	Fora	Na área	Fora		
Alta	11	21	30	85	147	66,8
Encaminhamento	3	28	8	24	63	28,6
Contra-referência	-	-	1	4	5	2,3
Retorno	-	1	1	3	5	2,3
Total	14	50	40	116	220	100
%	6,4	22,7	18,2	52,7	100	

Em 14 de junho de 1995, o trabalho sobre a avaliação do PA foi apresentado em reunião ordinária da comissão local de saúde (CLS), que, de acordo com o regimento interno aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, é constituída de seis representantes da população da área básica da unidade de saúde e cinco representantes dos servidores, além do gerente (diretor técnico) do serviço.

Há muito a comissão discutia as dificuldades de atendimento à clientela da área distrital, uma vez que os pacientes, após receberem o primeiro atendimento no PA e iniciarem o tratamento recomendado, voltavam ao CSE para procedimentos de atenção básica, disponíveis no horário de funcionamento de suas UBS.

Em reunião extraordinária da CLS, com a presença de técnicos da SMS e profissionais do PA, a discussão abordou os desvios dos objetivos do Centro de Saúde Escola, o descontentamento com a qualidade da assistência do PA, a indefinição quanto à finalidade desse serviço, a falta de perspectiva de melhoria e articulação com a rede, a pressão de demanda das outras unidades do distrito pelos recursos de atenção primária do CSE, as contradições do dia-a-dia entre as equipes dos serviços do distrito de saúde e as queixas da clientela referentes ao atendimento, entre outros aspectos.

A direção do CSE sentiu-se autorizada a elaborar a programação do serviço do terceiro turno, para atenção básica à saúde do adulto, além de fazer as modificações correspondentes no PA, que cederia parte de seus recursos para essa ampliação de assistência.

A proposta de reformulação do PA consistia em: buscar a necessária articulação com a assistência programática — primária (UBS) e secundária

(CSE-sede) —; assistir à demanda espontânea, priorizando os casos de urgência; dar o primeiro atendimento e toda a orientação necessária aos pacientes; desenvolver sistematicamente cursos de aprimoramento para assistência de urgências; equipar o serviço para as necessidades de urgência de uma população de 120 mil habitantes; definir a equipe de saúde necessária. A organização do serviço se orientaria pelos documentos oficiais da SMS sobre a regionalização, hierarquização etc.

Enquanto o projeto era preparado, os atores sociais envolvidos — membros da CLS e da associação de bairro, presidente de partido político morador na área do CSE, profissionais do PA e técnicos da SMS — expressavam suas inquietações, de forma direta ou indireta, aos técnicos da SMS. Eles percebiam a decisão, principalmente no tocante ao horário de funcionamento (dias úteis, até as 23h; feriados e fins de semana, das 7h às 18h), como um retrocesso na política de saúde local, pois significava limitar o acesso da população usuária.

Com essa argumentação a opinião pública tornou-se desfavorável ao projeto, sendo importante ressaltar que, mesmo em linhas gerais, a proposta não conseguiu ser divulgada de forma abrangente.

5. Conclusão

A avaliação do serviço de pronto-atendimento permitiu caracterizar a demanda, a assistência prestada, os problemas de saúde e os recursos utilizados para resolvê-los.

Apontou a necessidade de reformular esses serviços, devido à baixa resolubilidade, à falta de comunicação com outros serviços (programáticos), à grande demanda atendida resultante da repressão das UBS (situação também da unidade-sede CSE) e à excessiva medicalização da assistência.

Este artigo pôde traduzir de forma modesta o que significa o processo de construir o SUS em realidades locais (municipais), contemplando as questões da programação em saúde dos pontos de vista técnico e social.

Referências bibliográficas

- Alessi, Neiry P. & Forster, Aldaisa C. *Modelo de assistência à saúde para o DSE*. Ribeirão Preto, Departamento de Medicina Social, FMRPUSP, 1993.
- Cecílio, Luiz Carlos de O. Planejamento em saúde: possibilidades e limites enquanto apoio ao processo de implementação do SUS. In: Oficina de Trabalho Rearticulação da Área de Planejamento e Administração. *Anais*. São Paulo, Abrasco, 1995.

- Figueiredo, Ana Maria A. & Tanaka, Oswaldo. A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde. *Cadernos Fundap*, São Paulo (19):98-105, jan./abr. 1995.
- Fowler, G. H. Atenção primária. O espectro da doença e prática clínica. In: Weatherall, D. J.; Ledingham, J. G. G. & Warrell, D. A. *Tratado Oxford de medicina interna*. São Paulo, Roca, 1992.
- Junqueira, Luciano A. P. & Auge, Antonio Pedro F. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. *Cadernos Fundap*, São Paulo (19):60-78, jan./abr. 1995.
- Novaes, H. Maria D.; Sala, Arnaldo; Cohen, Diane D.; Rego, Ester F. do & Litvoc, Julio. Avaliação do atendimento ambulatorial. *Saúde para Debate* (3):62-4, fev. 1991.
- Rocha, Juan S. Yazlle. Plano dos 100 dias. Ribeirão Preto, Secretaria Municipal da Saúde, 1993. mimeog.