

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO  
AMBIENTE

**JANAÍNA RODRIGUES DE ATAÍDE**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O ACESSO AOS NÍVEIS DE  
ASSISTÊNCIA**

**VOLTA REDONDA  
2016**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO  
AMBIENTE**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O ACESSO AOS NÍVEIS DE  
ASSISTÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do UniFOA como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Aluna:

Janaína Rodrigues de Ataíde

Orientadora:

Prof. Dr. Ilda Cecília Moreira da Silva

**VOLTA REDONDA  
2016**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tação Wagner - CRB 7/RJ 4316

A862e Ataíde, Janaína Rodrigues de.

Educação em saúde e o acesso aos níveis de assistência. /  
Janaína Rodrigues de Ataíde. - Volta Redonda: UniFOA, 2016.

80 p. : II

Orientador(a): Prof. Dra. Ilda Cecília Moreira da Silva

Dissertação (Mestrado) – UniFOA / Mestrado Profissional em Ensino  
em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, 2016.

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

Aluna: Janaína Rodrigues de Ataíde

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O ACESSO AOS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA**

Orientadora:

Profa. Dra. Ilda Cecília Moreira da Silva

Banca Examinadora

Ilda Cecília Moreira da Silva

Profa. Dra. Ilda Cecília Moreira da Silva

Maria da Luz Barbosa Gomes

Profa. Dra. Maria da Luz Barbosa Gomes

Denise Celeste G. de A. Rodrigues

Profa. Dra. Denise Celeste G. de A. Rodrigues

À Deus que sempre esteve no comando de tudo.

“Isso de ser exatamente o que se é ainda  
vai nos levar além...”

Paulo Leminski

À minha mãe, irmãs, familiares e amigos pelo estímulo e apoio durante toda a trajetória do curso de mestrado.

Ao meu marido, André Ricardo, pela compreensão e incentivo.

À minha orientadora Professora Doutora Ilda Cecília pelo auxílio e apoio constantes.

## RESUMO

O pronto-socorro é o nível de assistência destinado ao atendimento de casos mais graves, porém frequentemente é acessado por pacientes estáveis. Assim sendo, o estudo trata da dinâmica de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) de forma que foram estabelecidos como objetivos, elaborar orientações para os usuários do SUS a respeito dos recursos disponíveis nos níveis de assistência; caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários do SUS atendidos em um pronto-socorro e identificar a demanda por período de atendimento. Para tanto foi realizada uma pesquisa quanti-qualitativa, retrospectiva, observacional e descritiva, baseada na análise dos boletins de atendimento do período de julho a dezembro de 2011, do pronto-socorro do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful, localizado em Volta Redonda - RJ. Optou-se por uma revisão da literatura, que concomitantemente à análise dos dados coletados, norteou a construção de um produto educacional para os usuários do SUS. Verificou-se que a prevalência de mulheres e usuários entre faixa etária de 21 e 30 anos foi de 57,7% e 20%, respectivamente. Em relação aos sinais ou sintomas, ocorreu predomínio de cefaléia (11,2%), tosse (8,6%) e dor abdominal (6,3%). Dentre as hipóteses diagnósticas observou-se predomínio de hipertensão arterial sistêmica e lombalgia (5,5%). Foi identificado o predomínio de procura por atendimento das 07:00 AM às 18:00 PM, correspondendo a 72% dos atendimentos. Este estudo resultou na elaboração de material multimídia de orientação aos usuários do SUS sobre o acesso aos níveis de assistência e caracterizou o perfil epidemiológico da demanda do pronto-socorro.

**Palavras-chave:** Educação em saúde; acesso aos serviços de saúde; atenção primária; serviços médicos de emergência



## ABSTRACT

Although the assistance in the emergency room is destined to severe cases, it is frequently accessed by stable patients. For this reason, this study deals with the dynamics of the access to the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde-SUS) with the objective of: developing guidelines for users of the SUS regarding the resources available in each level of care; epidemiologically characterizing the patients assisted in the emergency room and identifying the demand for in each shift of service. To this end, it was developed a quantitative, qualitative, retrospective, observational and descriptive study, based on the analysis of Emergency Department patient record forms from July to December 2011, at the Emergency Room of the Dr. Munir Rafful Municipal Hospital, located in Volta Redonda - RJ. A review of literature, combined with the analysis of the collected data, guided the construction of an educational product destined for patients of the SUS. It was found a prevalence of women and patients in the age group of 21 to 30 years old of 57.7% and 20%, respectively. Regarding the patient's complaints and symptoms, there was a prevalence of headache (11.2%), cough (8.6%) and abdominal pain (6.3%). Among the diagnostic hypotheses, it was observed a prevalence of hypertension and back pain (5.5%). There was a predominance of demand for assistance in the Emergency Room from 07:00 AM to 18:00 PM, corresponding to 72% of all patients. This study resulted in the development of a multimedia material that guides SUS patients on the access of the proper levels of care, and the epidemiological characterization of the demand in the emergency room.

**Keywords:** Health education; access to health services; primary attention; emergency medical services

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1 OBJETIVO GERAL .....	14
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
1.3 REVISÃO DA LITERATURA .....	14
<b>2. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO</b> .....	24
2.1 TIPO DE PESQUISA .....	24
2.2 LOCAL DE ESTUDO .....	26
2.3 CAMPO DE PESQUISA .....	26
2.4 POPULAÇÃO .....	27
2.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS .....	27
2.6 METODOLOGIA DE DESENVOLVIMENTO DO PRODUTO .....	28
2.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	29
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	30
3.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O ENSINO NÃO-FORMAL .....	30
3.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E OS TEÓRICOS DA EDUCAÇÃO .....	32
<b>4. HISTÓRICO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	38
<b>5. NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA</b> .....	43
5.1 ATENÇÃO BÁSICA .....	45
5.2 MÉDIA COMPLEXIDADE .....	48
5.3 ALTA COMPLEXIDADE .....	49
5.4 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS .....	50
<b>6. RESULTADOS</b> .....	53
<b>7. DISCUSSÃO</b> .....	57
<b>8. O PRODUTO</b> .....	644
<b>9. CONCLUSÃO</b> .....	68
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	69
<b>APÊNDICE A – TABELA 1 – QUEIXAS (SINAL OU SINTOMA)</b> .....	75
<b>APÊNDICE B – TABELA 2 – HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS</b> .....	77

## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 1** - Distribuição dos usuários atendidos no pronto socorro adulto do HMMR por gênero e número de atendimentos, no ano de 2011, Volta Redonda, RJ.....53

**Gráfico 2** - Distribuição dos usuários atendidos no pronto socorro adulto do HMMR por faixa etária e número de atendimentos, no ano de 2011, Volta Redonda, RJ....54

**Gráfico 3** - Distribuição dos usuários atendidos no pronto socorro adulto do HMMR por horários de atendimento, no ano de 2011, Volta Redonda, RJ.....55

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** – Distribuição dos usuários atendidos no pronto socorro adulto do HMMR, segundo sinais e sintomas, no ano de 2011, Volta Redonda, RJ..... 55

**Tabela 2** – Distribuição dos usuários atendidos no pronto socorro adulto do HMMR, segundo as hipóteses diagnósticas, no ano de 2011, Volta Redonda, RJ..... 56

## LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde  
CAPS - Caixa de Aposentadorias e Pensões  
CDI - Centro de Doenças Infecto Contagiosas  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
DNV - Distúrbio Neurovegetativo  
DRGE - Doença do Refluxo Gastroesofágico  
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica  
HMMR – Hospital Municipal Dr.Munir Rafful  
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio  
IAPS - Instituto de Aposentadorias e Pensões  
ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência  
INPS - Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões  
ITU - Infecção do Trato Urinário  
IVAS - Infecção das Vias Aéreas Superiores  
MMII - Membros Inferiores  
MS - Ministério da Saúde  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PA - Pressão Arterial  
PACS - Programa de agentes Comunitários de Saúde  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
PNM - Pneumonia  
PSF - Programa de Saúde da Família  
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SISREG - Sistema Nacional de Regulação  
SMSVR - Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCE - Traumatismo Crânioencefálico

UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

## 1. INTRODUÇÃO

O estudo trata da dinâmica de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) de forma a propor um processo de educação em saúde para o usuário, que o possibilite transitar de forma mais organizada pelos serviços de saúde. Desta forma é proporcionada uma melhor gestão dos recursos e, conseqüentemente, melhorias na qualidade do atendimento.

O surgimento deste tema perpassa por minha formação profissional como médica. Desde o período em que eu era acadêmica do curso de Medicina, nos estágios realizados no pronto-socorro, observava que grande parte dos pacientes que se dirigiam a estes serviços, não apresentava demandas de alta complexidade, ou seja, não apresentava quadro de saúde que configurasse uma situação de urgência ou emergência como seria o esperado para aquele setor.

Inúmeras vezes pude presenciar que os médicos plantonistas do pronto-socorro se dedicavam aos pacientes com ou sem risco iminente de vida, mas com necessidade de assistência médica imediata e, após a estabilização do quadro clínico destes indivíduos, davam seqüência ao atendimento dos pacientes que buscavam espontaneamente assistência no setor de emergência.

Na maioria das consultas era possível observar que as queixas apresentadas pelos pacientes eram de caráter eletivo, ambulatorial e não condizente com o setor de emergência, o que causava o descontentamento dos profissionais, com o acesso de pacientes estáveis àquele setor, e dos pacientes, com a longa espera para atendimento.

Esta observação foi reforçada quando tive a oportunidade de trabalhar como médica supervisora no Serviço de Regulação Controle Avaliação e Auditoria da Prefeitura Municipal de Volta Redonda – RJ. Ao realizar mensalmente auditoria de um hospital particular conveniado ao SUS, observava o grande montante de consultas de perfil ambulatorial realizadas no pronto-socorro, assim como os gastos

gerados com as mesmas, que poderiam ser evitados e destinados a investimentos em outros setores.

Essas constatações serviram de estímulo para o desenvolvimento deste estudo. Para fundamentá-lo foi necessária uma investigação documental, que foi oportunizada em 2012, durante a Residência Médica em Medicina da Saúde da Família e da Comunidade, em que pude coletar dados dos boletins de atendimento do pronto-socorro adulto do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful, situado na cidade de Volta Redonda (RJ).

Estabeleceu-se essa como a base do estudo proposto, que fundamenta todo o contexto da temática, ou seja, a partir do levantamento de dados referentes ao tipo de atendimento realizado no pronto-socorro, foi possível obter informações pertinentes para traçar o perfil epidemiológico dos usuários SUS e consubstanciar a elaboração de orientações para os mesmos.

A importância desta análise foi a geração de dados que permitem planejar de forma mais adequada ações programáticas para organizar o acesso aos diversos níveis de assistência em saúde e possibilitar a redução de atendimentos de baixa complexidade em pronto-socorro, gastos e a superlotação dos mesmos, como também, prevenir e tratar as doenças de forma mais eficaz.

Podemos considerar como questões norteadoras deste estudo:

- Os usuários do SUS compreendem a diferença entre uma consulta eletiva e uma situação de urgência / emergência?
- Os usuários do SUS têm conhecimento quanto a qual nível de assistência à saúde devem se remeter para resolução de suas demandas?
- Os usuários do SUS têm conhecimento sobre os recursos disponíveis nos diferentes níveis de atenção à saúde?



## 1.1 OBJETIVO GERAL

Diante do exposto, estabeleceu-se como objetivo geral:

- elaborar orientações para os usuários do SUS a respeito dos recursos disponíveis nos níveis de assistência.

## 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivos específicos optou-se por:

- caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários do SUS atendidos em um pronto-socorro e;
- identificar a demanda por período de atendimento em um pronto-socorro.

## 1.3 REVISÃO DA LITERATURA

Inicialmente faz-se necessário o entendimento de como se dá o acesso aos serviços de saúde pública no Brasil, e também que sejam feitas algumas reflexões a este respeito para uma melhor visualização do contexto a ser trabalhado. Para tanto foi realizado o levantamento bibliográfico sobre o tema, baseado no estudo de vários referenciais teóricos já existentes.

É possível afirmar que o acesso aos serviços de saúde no Brasil é garantido com embasamento nos princípios do SUS, que se fazem válidos a partir do empenho e compromisso das esferas governamentais Federal, Estadual e Municipal, somado ainda, a atuação dos servidores da saúde e dos usuários do sistema, que atuam em corresponsabilidade a fim de garantir este direito (SCHWARTZ, 2010).

De Jesus e Assis (2010) afirmam que acesso aos serviços de saúde é a “porta de entrada”, ou seja, é o trajeto percorrido pelo usuário dentro do sistema de saúde em busca da resolução de seu problema e o local no qual é atendido.

Esta “porta de entrada” é claramente visualizada pelos profissionais de saúde que, por terem conhecimento do modo como estão dispostos os serviços, sabem qual o trajeto ideal a ser percorrido no sistema de saúde para que seja solucionada cada demanda. O mesmo não ocorre com o usuário que, desprovido do conhecimento de como é estruturado o sistema de saúde, muitas vezes adentra aos serviços por setores inadequados para suas demandas.

A hierarquização e a regionalização são princípios organizativos do SUS que ordenam os serviços de saúde em níveis de assistência: a atenção básica, a média e a alta complexidade. Desta forma, os serviços de saúde são organizados em níveis crescentes de complexidade tecnológica e a Atenção Básica se destina a atender à população de uma determinada área de abrangência, o que permite um conhecimento maior dos problemas de saúde existentes neste território e propicia que as ações sejam mais efetivas (COELHO, 2009).

A atenção básica é composta pelas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) que são os popularmente conhecidos postos de saúde, os quais estão dispostos próximos aos domicílios, o que facilita o acesso da população. Ao mesmo tempo propicia um maior contato da equipe de saúde com a realidade daquela comunidade, o conhecimento do perfil epidemiológico do território, e desta forma, possibilita condutas mais precisas no processo do cuidado em saúde.

É esperado que o acesso inicial da população à rede de saúde ocorra na Atenção Básica (“porta de entrada”), que deve estar qualificada para atender com o máximo de resolubilidade às demandas, e desta forma, não sobrecarregar os serviços de maior complexidade. A Atenção Básica deve encaminhar a estes serviços, somente os casos que ultrapassem a sua alçada (COELHO, 2009).

Desta forma, as demandas da Atenção Básica que exigem a avaliação de especialistas ou exames mais específicos podem ser triadas e encaminhadas

adequadamente para outros serviços de saúde, propiciando que o usuário percorra um trajeto mais apropriado pelos serviços de saúde.

Starfield (2004) aponta que a atenção primária tem um importante papel na organização dos sistemas de saúde. Refere que este nível de atenção exige menos recursos por ter como foco a prevenção, ao contrário da atenção especializada que necessita de densidade tecnológica para manutenção da vida. Mas ressalta que esta maior utilização de recursos, não ocorre na mesma proporção da ampliação da saúde, visto que a prevenção das doenças supera qualquer ação especializada.

A Atenção Básica deste modo, apesar de utilizar recursos simples e pouco dispendiosos como a anamnese, o exame físico completo e escuta qualificada (que envolve não somente o ato de escutar as queixas dos pacientes, mas também a busca de soluções para estas), consegue propiciar o cuidado integral que engloba tanto a abordagem preventiva em saúde, quanto o diagnóstico, tratamento e cura de doenças.

Assim, os cuidados básicos de saúde são prestados de forma integral, ou seja, da prevenção à cura, baseados em métodos e tecnologias práticas, o mais próximo possível da população e mediante sua plena participação (OMS, 1978).

A participação da comunidade é um dos princípios que norteiam o SUS e representa um grande avanço da democracia visto que estabelece o diálogo entre o Estado e a sociedade, e valoriza o conhecimento que a população tem da realidade da comunidade nas tomadas de decisão sobre as ações na saúde (ROLIM, 2013).

A “Carta dos direitos dos usuários da saúde” estabelece que o cidadão deve ter assegurado o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando um atendimento mais justo e eficaz. Refere ainda que o acesso dar-se-á prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia, e que nas situações de urgência/emergência, o atendimento se dará de forma incondicional, em qualquer unidade do sistema (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Desta forma, quando há um quadro de urgência ou emergência, o usuário tem assegurado o acesso por todas as portas de entrada dos serviços de saúde, haja vista a gravidade do quadro e a necessidade de rápido atendimento e transferência ao serviço de maior complexidade, para melhor atendê-lo.

Neste ponto faz-se necessário a explanação sobre o acesso aos serviços de emergência. Podemos destacar que, segundo a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1451/95, o pronto-socorro é uma área destinada aos pacientes que apresentam a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida.

Apesar disso o pronto-socorro é frequentemente procurado por pacientes estáveis que poderiam ser atendidos no primeiro nível de atenção, ou seja, nos postos de saúde, mas que preferem se dirigir às emergências sobrecarregando estes serviços com demandas não imediatas.

A procura de atendimento em unidades de atenção às urgências por esta demanda de baixa complexidade resulta em gastos desnecessários para atendimentos simples, superlotação nos hospitais e insatisfação dos usuários e dos profissionais de saúde (RIBEIRO, 2011).

O presente estudo buscou a definição do perfil epidemiológico do pronto-socorro ao analisar dados dos boletins de atendimento, como forma de consubstanciar a elaboração de orientações para os usuários do SUS a respeito dos recursos disponíveis nos níveis de assistência e, deste modo, propiciar um acesso mais planejado e menos dispendioso pelos serviços de saúde.

A definição do perfil epidemiológico é de fundamental importância para a programação e planejamento em saúde, por permitir que sejam criadas estratégias para orientar os pacientes, que visem a resolubilidade de seus problemas sem que os mesmos se remetam, desnecessariamente, a unidades de atenção às urgências (RIVIERA, 1995).

O sistema brasileiro, assim como outros sistemas de saúde universal, é voltado para situações agudas, contrariando o perfil epidemiológico de predominância de doenças crônicas. Desta forma, devem ser desenvolvidas estratégias inovadoras capazes de responder aos 75% da carga de doenças que compreendem as doenças crônicas de forma a modificar este modelo de atenção voltado para as condições agudas (BRASIL, CONASS, 2006).

Contrapondo ao fato de haver um sistema de saúde mais voltado para situações agudas, a atuação dos serviços de urgência e emergência é alvo de constante crítica (BITTENCOURT, 2009). Pesquisas revelam que 65% dos atendimentos em serviços de urgência/emergência, não constituem de fato emergências (LOVALHO, 2004; O'DWYER, 2009).

Dados do Ministério da Saúde apontam que apesar da Atenção Básica ser capaz de resolver cerca de 85% das demandas de saúde, paradoxalmente, são predominantes nos serviços de urgência/emergência os atendimentos de caráter ambulatorial, os quais poderiam ser absorvidos pelo primeiro nível de atenção, o que gera problemas para a gestão dos serviços (BARROS,2010).

Nesse raciocínio, observa-se a necessidade dos gestores federais, estaduais e municipais mobilizarem-se para criar estratégias de melhorias à acessibilidade na rede pública, e também de promover agilidade/resolutividade aos casos atendidos na Atenção Básica.

Por outro lado, por tratar-se de um problema que afeta toda a população, faz-se necessário a participação dos profissionais de saúde envolvidos no processo. Dessa forma entende-se que uma das ações que poderiam trazer resultados satisfatórios, seria a educação em saúde.

Para Cecílio (1997) os hospitais continuam sendo a principal porta de acesso aos serviços de saúde, haja vista a superlotação e superioridade em número de atendimentos observada nestes serviços, sejam eles públicos ou privados, quando comparados com o número de atendimentos na atenção primária. Não obstante os tipos de atendimento observado nos hospitais (incluindo ambulatórios e pronto-

atendimento), são em sua maioria, caracterizados por baixo nível de complexidade, ou seja, poderiam ser solucionados no primeiro nível de atenção.

Para o autor é um equívoco caracterizar este tipo de acesso como inadequado, por acreditar que o usuário é guiado por suas necessidades e pela possibilidade de ser atendido, e caso perceba que é no nível de alta complexidade que irá obter o que busca, irá se remeter a este nível de assistência. Como consequência a esse acesso de baixa complexidade nos serviços de urgência/emergência, irá acarretar desgastes tanto para os profissionais de saúde quanto para os usuários destes serviços (CECÍLIO,1997).

Os poucos atendimentos de verdadeira gravidade são prestados em permeio ao grande volume de casos não graves, como por exemplo as doenças crônico-degenerativas (diabetes, obesidade, hipertensão arterial, doenças osteo-articulares, doenças pulmonares crônicas, doenças de fundo emocional, entre outras), que necessitam de acompanhamento a longo prazo e acabam recebendo apenas tratamento sintomático e paliativo, contrariando a integralidade do cuidado (CECÍLIO,1997).

O usuário do SUS ao recorrer aos serviços de emergência com demandas de baixa complexidade acaba por gerar gastos elevados e desgaste da equipe de profissionais com o uso indevido de uma estrutura preparada para o atendimento de pacientes mais graves (RIVIERA, 1995).

Educar este usuário para que ele saiba recorrer aos serviços de saúde de modo mais ordenado e informá-los dos benefícios que esta conduta poderá acarretar, faz-se necessário para que esta realidade de uso inapropriado dos recursos de saúde e de mobilização de cuidado para com a saúde apenas nos momentos agudos, seja modificada.

A educação em saúde que surgiu no início do século XX como instrumento para o combate de epidemias e endemias, representa a interligação entre os serviços e a forma com a qual a população entende e se comporta em relação à saúde (VASCONCELOS, 2012). A educação em saúde fornece subsídios à

população para que esta possa gerir o cuidado e fomenta a co-responsabilidade para com a própria saúde (PINAFO, 2011).

O usuário precisa ser informado de que quando se dirige aos serviços de urgência e emergência com problemas de saúde que poderiam ser resolvidos de forma eletiva, está prejudicando o andamento daquele serviço, sobrecarregando os profissionais atuantes no setor e, ainda, onerando o sistema de saúde com gastos que poderiam ser revertidos em investimentos que beneficiariam a ele próprio.

Deve ser informado ainda de que o cuidado integral em saúde dar-se-á apenas se o fizer de forma preventiva, ou seja, realizando consultas e exames periódicos no primeiro e segundo níveis de atenção, a fim de prevenir e tratar as doenças, e não apenas recorrendo às emergências nos casos agudos, o que resulta em um cuidado fragmentado e parcial.

Munir a população de informações de como gerir o próprio cuidado, de como, quando e onde acessar os serviços de saúde, mostra-se como caminho para reduzir o cuidado fragmentado em saúde voltado apenas para as situações agudas. O usuário informado poderá agir a favor do bom funcionamento do SUS e verificar o quanto é importante ter as emergências disponíveis para os casos necessários.

É necessário que ocorra o aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde oferecidos e para tanto é fundamental que haja o planejamento das ações tornando-as adequadas às necessidades da população, aos custos e aos recursos disponíveis (RIVIERA, 1995).

Desta forma, é de fundamental importância que haja um planejamento do acesso dos pacientes aos diferentes níveis de atenção à saúde, para que os recursos sejam geridos de modo melhor e, conseqüentemente, adequados às necessidades da população.

Contrapondo este raciocínio, Barros (2010), acredita que não seria válido esclarecer o usuário a respeito do acesso mais adequado para resolução de suas demandas de saúde devido ao fato da atenção básica não encontrar-se em

condições adequadas para receber este usuário de forma resolutiva. Refere que a atenção básica ainda mantém suas ações baseadas no modelo assistencialista em detrimento do cuidado integral.

Aponta como possíveis causas para a procura dos serviços de urgência/emergência, a ausência de formação adequada dos profissionais e carência de perfil para a atividade assistencial. Além disso, assinala a ausência de vínculo e relação de confiança entre os profissionais e a comunidade como fator de impedimento para atrair e reter a demanda de baixa complexidade nas unidades básicas (BARROS, 2010).

Sinaliza que também são responsáveis por essa demanda na rede de urgência/emergência a presença de maior densidade tecnológica nesses serviços, associado à cultura popular e entraves no acesso às unidades básicas (BARROS, 2010).

E, por fim, ressalta que a maneira como o usuário é recebido nas unidades, o tipo de assistência e resolubilidade que recebe em relação à demanda apresentada, é determinante para manter o vínculo entre a atenção básica e a comunidade. Do contrário equivale a conduzir o usuário para fora do primeiro nível de assistência sem acompanhar o trajeto que irá percorrer pelos outros níveis de assistência, contrariando a premissa de cuidado integral da Estratégia de Saúde da Família (BARROS,2010).

Neste contexto, a gestão de pessoal na rede pública também merece especial atenção no que tange a remuneração e a satisfação dos trabalhadores no cumprimento de suas funções. A falta de motivação para o trabalho, pode em muitos casos, comprometer o atendimento aos usuários. Uma vez fragilizados pela doença e não recepcionados adequadamente nas unidades básicas, surge um ambiente de descrédito para com o serviço e propicia a busca por recursos em outros níveis de assistência pelos usuários.

Para Alfradique et al (2009) as atividades propostas pela atenção básica, incluem da prevenção ao diagnóstico precoce, tratamento de doenças agudas e o



acompanhamento das doenças crônicas. Assim sendo, deveriam ter como reflexo a diminuição da frequência da população nos hospitais e se isso não ocorre, pode sinalizar problemas de acesso à atenção básica para resolução de problemas sensíveis a este nível de atenção.

Sousa (2009) sustenta que por mais que tenham ocorrido inúmeros avanços e investimentos na mudança do modelo assistencial, os usuários ainda permanecem com o hábito “cultural” de recorrer aos serviços hospitalares com demandas de mínima complexidade, por acreditarem ser o único nível de assistência capaz de responder as suas necessidades. E defende que enquanto não se reunir em um mesmo local, o médico, o exame complementar e o medicamento, os hospitais continuarão sobrecarregados.

Franco (2003) propõe que a mudança do processo de trabalho seria o caminho mais adequado para alteração do modelo assistencial. Acredita que o simples estabelecimento do Programa de Saúde da Família como reordenador do sistema de saúde não foi suficiente para tal, e que se faz necessário a modificação do modelo médico-centrado hoje existente.

Destaca a importância do real envolvimento, não somente do médico, mas de toda a equipe com a comunidade, a fim de constituir vínculos sólidos, capazes de verdadeiramente superar o modelo meramente prescritivo, em favor do cuidado integral (FRANCO, 2003).

O’Dwyer et al (2009) destaca como possível causa da utilização excessiva da rede de urgência/emergência, a ineficiência da atenção primária e a baixa qualidade da rede hospitalar, o que resulta na caracterização do atendimento emergencial como principal forma de acesso aos recursos para a manutenção da saúde.

O grande percentual de usuários com demandas de simples resolução nos serviços de urgência/emergência direciona para a dificuldade de acesso à atenção primária que, por funcionar em horário restrito e com demanda agendada, se mostra

menos atraente do que um serviço que trabalha de modo ininterrupto, é acessível a qualquer usuário e que detém altos recursos tecnológicos (SIMONS, 2008).

Porém ressalta, que o atendimento às demandas simples que ocorre no pronto-atendimento se dá, muitas vezes de forma incompleta haja vista que configura uma distorção da missão deste nível de atenção, que é voltado para pacientes graves (SIMONS, 2008).

Assim sendo, após apresentar de maneira geral como ocorre o acesso aos serviços de saúde no Brasil, expor os entraves para a organização do mesmo e os argumentos tanto para justificar a situação atual, quanto para propor soluções que visem um acesso mais planejado, faz-se necessário expor as delimitações do estudo proposto.

O estudo poderia tratar da necessidade de educação continuada dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, para que estes estivessem instrumentalizados suficientemente para solucionar os casos de baixa complexidade mais frequentes do pronto-socorro.

Poderia ainda buscar estruturar a Atenção Primária à Saúde para que esta pudesse captar a demanda de baixa complexidade, evitando que esta se remetesse aos serviços de emergência, ou também, procurar delimitar os motivos que levam os usuários a buscarem atendimento nos serviços de emergência.

Porém optou-se por ofertar orientação aos usuários do SUS quanto aos recursos de saúde disponíveis nos diferentes níveis de assistência, objetivando organizar o acesso aos mesmos.

## 2. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

O presente estudo traçou como objetivo geral elaborar orientações para os usuários do SUS a respeito dos recursos disponíveis nos níveis de assistência, e como objetivos específicos, caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários do SUS atendidos em um pronto socorro e identificar a demanda por período de atendimento.

Diante disso, fez-se necessário a análise documental de boletins de atendimento médico, que concomitantemente à revisão da literatura, consubstanciaram o desenvolvimento da pesquisa. O percurso metodológico realizado para alcançar os objetivos propostos estão descritos a seguir.

### 2.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa com desenho metodológico quanti-qualitativo, do tipo descritivo, retrospectivo e observacional, com a utilização de dados de boletins de atendimento médico de um pronto socorro adulto.

A pesquisa quantitativa é caracterizada por fundamentar-se no componente estatístico, ao passo que, a pesquisa qualitativa é fundamentada no entendimento dos significados conferidos a um fenômeno. Para o desenvolvimento desta pesquisa foi necessário utilizar as duas abordagens, ou seja, uma pesquisa quanti-qualitativa (LOPES, 2006).

A pesquisa quanti-qualitativa é caracterizada por uma análise estatística de dados numéricos em correlação a dados que permitem a investigação do significado das relações humanas. Desta forma a junção dos dois métodos (quantitativo e qualitativo) amplia a investigação e evita as limitações de cada abordagem (FIGUEIREDO, 2004).

Este método tem sido utilizado cada vez com mais frequência e tem como fator complicador a possibilidade de ocorrer incoerência dos resultados mediante as dificuldades de interpretação, mas também possibilita o redirecionamento da pesquisa ou até mesmo a ampliação da mesma mediante tais entraves (FIGUEIREDO, 2004).

O estudo caracteriza-se ainda, por ser descritivo, visto que visa alocar no tempo, espaço e de acordo com características, as doenças diagnosticadas nos indivíduos, ou seja, determinar quando, onde e quem adoece (LIMA-COSTA, 2003). A descrição das características de uma determinada população ou fenômeno é o principal objetivo do estudo descritivo (FIGUEIREDO, 2004).

Visto que os dados que foram coletados estavam previamente registrados em boletins de atendimento o estudo é considerado retrospectivo. Quanto ao tipo de pesquisa, é caracterizada como observacional por não ocorrer nenhuma intervenção por parte do investigador que possa alterar o desfecho. Ele apenas atua como expectador, ou seja, um observador dos acontecimentos (FONTELLES, 2009).

Foi necessário ainda, realizar uma revisão da literatura a fim de obter fundamentação teórica para o assunto abordado. A revisão da literatura baseia-se no estudo de vários referenciais teóricos já existentes (como artigos, livros, dissertações e teses) e utiliza este conhecimento prévio para esclarecer uma questão. Representa o ponto de partida da pesquisa científica, visto que faz um apanhado do que já foi estudado sobre determinado tema, para em seguida, dar sequências à pesquisa com mais propriedade (LOPES, 2006).

A pesquisa não envolveu riscos e analisou boletins de atendimento médico com o objetivo de obter como desfecho primário a verificação do perfil epidemiológico dos usuários ao definir o gênero e a faixa etária mais prevalente, assim como destacar principais sinais, sintomas e hipóteses diagnósticas.

## 2.2 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no município de Volta Redonda, RJ, situado no sul do Estado do Rio de Janeiro, com área territorial de 182.483 Km<sup>2</sup>, e 262.970 habitantes (IBGE, 2015).

A cidade conta com 7 hospitais (sendo 2 públicos), 5 unidades de emergência e 1 Hospital Regional Estadual de alta complexidade (em construção). Apresenta ainda 59 Equipes de Saúde da Família; 32 Unidades Básicas de Saúde da Família; 9 Unidades Básicas de Saúde; 6 Clínicas Odontológicas Concentradas; 5 Centros de Atenção Psicossocial; 3 Residências Terapêuticas; Policlínica da Mulher; Policlínica da Melhor Idade; Policlínica de Especialidades; Follow Up do Desenvolvimento Infantil; Centro de Doenças Transmissíveis; Centro de Imagens; Centro Regional de Saúde do Trabalhador; Núcleo de apoio à saúde da família; 3 Centros de Reabilitação Física; Laboratório Municipal; Farmácia Municipal e Farmácia Popular do Brasil (PORTAL VR, 2016).

## 2.3 CAMPO DE PESQUISA

O campo de pesquisa utilizado foi o pronto socorro adulto do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful situado em Volta Redonda (RJ), que faz atendimentos exclusivamente pelo SUS, classificado como hospital de ensino, considerado um hospital de médio porte com nível de atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade.

## 2.4 POPULAÇÃO

A população de estudo foi composta por 913 atendimentos realizados no período de julho a dezembro de 2011, no pronto socorro adulto do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful.

Os boletins de atendimento analisados correspondem a dias de semana distintos visando uma homogeneização da amostra. Seria inviável analisar todos os boletins do período, desta forma optou-se por analisar a primeira segunda-feira de julho, a primeira terça-feira de agosto, e assim sucessivamente, com exceção de setembro, em que foi analisada a segunda quarta-feira do mês (devido ao fato de que a primeira foi feriado) e dezembro, em que pela ordem escolhida seria analisado sábado, mas repetiu-se a sexta-feira, para manter amostra em dias úteis.

Foram instituídos como critério de inclusão os boletins de atendimento analisados no período, e como critério de exclusão os boletins sem o carimbo do médico que realizou o atendimento, com dados incompletos e ou ilegíveis. Deste modo foram excluídos 3 boletins de atendimento e restaram, portanto, 910 boletins válidos.

## 2.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Para caracterizar os atendimentos do pronto socorro adulto do HMMR foi realizada análise documental dos boletins de atendimento médico. Estabeleceu-se como variáveis de interesse neste estudo: gênero, idade, horário de atendimento, sinais e sintomas e hipótese diagnóstica. Este conjunto de variáveis permite o conhecimento do perfil epidemiológico dos usuários do SUS do pronto socorro estudado.

A classificação utilizada foi criada no próprio estudo. Diante de uma infinidade de sinais, sintomas e hipóteses diagnósticas encontrados, a fim de facilitar o

entendimento, os mesmos foram agrupados por similaridade, região anatômica de acometimento e pelo termo mais abrangente que fosse capaz de englobar todos os outros encontrados.

Desta forma os sinais, sintomas e hipóteses diagnósticas foram resumidos da seguinte forma: coriza, rinorréia, congestão nasal por congestão nasal; bronquite por asma; sinusite, amigdalite, faringite, síndrome gripal por IVAS (infecção das vias aéreas superiores); lombociatalgia por lombalgia; dor no joelho, ombro, membros inferiores, membros superiores por artrite; etilismo e alcoolismo por embriaguez; alteração emocional, estresse, distúrbio neurovegetativo (DNV), ansiedade por crise nervosa; epigastralgia, gastrite, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), úlcera por dispepsia; corpo estranho ocular e outros por corpo estranho; metrorragia, menorragia por alteração do fluxo menstrual; hiperemia, infecção, edema, eritema, secreção ocular ou cutânea por afecção cutânea e afecção ocular; tosse produtiva e seca por tosse.

Quanto à metodologia de análise, os dados coletados foram armazenados em planilhas do programa Microsoft Excel. Posteriormente foram contabilizados, e convertidos em valores percentuais, planilhas e gráficos utilizando o mesmo programa. Com base na análise de dados e no estudo bibliográfico realizado foi possível apresentar resultados, assim como, a discussão dos mesmos.

## 2.6 METODOLOGIA DE DESENVOLVIMENTO DO PRODUTO

O produto consiste em um material áudio visual, disposto em 46 slides, produzidos no programa Power Point. O conteúdo foi organizado de forma clara e as ilustrações utilizadas são todas de domínio público e estão disponíveis no site denominado Pixabay.

Para a confecção do produto foram utilizados como referenciais teórico-metodológicos, manuais e guias do Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, além de outras publicações relevantes, com a finalidade de fornecer

conhecimento técnico-científico e subsidiar desta forma, o conhecimento popular em relação aos serviços de saúde.

## 2.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo foi dispensado de fornecer termo de consentimento livre e esclarecido por se tratar de um estudo retrospectivo, o que torna inviável a coleta de assinaturas, e por manter sigilo da identidade dos pacientes e médicos constantes nos boletins de atendimento. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful protocolo nº. 52221.

Antes de discorrer sobre o referencial teórico, assunto do próximo capítulo, convém destacar que a análise dos dados coletados norteou a produção de material multimídia (produto), contendo informações sobre os recursos disponíveis na Rede Básica de Saúde e nos demais níveis de assistência. A confecção do produto visa atender à proposta deste Mestrado Profissional e será abordado em capítulo oportuno.



### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O ENSINO NÃO-FORMAL

Tendo por base que o presente estudo objetivou elaborar orientações para os usuários do SUS, na tentativa de direcioná-los ao serviço de saúde que melhor atenda a suas necessidades, nos deparamos com o desafio de tornar um cidadão comum (desprovido de formação na área de saúde), capaz de entender os níveis de assistência e a importância de transitar adequadamente por estes. Ou seja, o desafio de proporcionar informação de modo que a aprendizagem seja refletida na prática.

Para os profissionais da área de saúde este conhecimento foi proporcionado na formação e com a vivência diária nos serviços de saúde. Em contrapartida o usuário, sem conhecimentos prévios em educação em saúde, é movido pela necessidade e pelo desejo de resolubilidade, que o guiará ao local de atendimento que julgar ser capaz de lhe atender, seja este o nível de assistência mais adequado ou não.

Desta forma, inúmeras vezes, os usuários adentram a média complexidade com queixas de baixa complexidade, e igualmente direcionam-se à atenção básica com demandas de urgência/emergência tendo que ser transferidos para outros serviços, gerando gastos e falta de precisão e integralidade no atendimento.

Assim educar este usuário “leigo”, envolve a necessidade de disponibilizar de forma clara e objetiva, informações sobre os recursos de saúde disponíveis em cada nível de assistência, como propõe o produto (material multimídia) desenvolvido neste estudo.

É importante salientar que este produto terá como campo de ação para cumprimento de seu objetivo, espaços não-formais de educação, ou seja, o produto

será socializado em salas de espera de postos de saúde, pronto-socorro, hospitais, terminais rodoviários, ônibus de circulação municipal, e até mesmo comércio local.

Neste sentido faz-se necessário abordar a modalidade de ensino-aprendizagem denominada educação não-formal. Para Gohm (1999), Colley et al (2002), existem três formas de ensino-aprendizagem: educação escolar formal, educação informal e a educação não-formal. A primeira é desenvolvida nas escolas, a segunda pelos pais, amigos, convívio em clubes, teatros e outros, e a terceira, é a educação não-formal, que ocorre fora espaço escolar.

A educação não-formal pode ser entendida como aquela que apesar de não ocorrer em ambiente escolar, transmite conteúdos da escolarização formal. Desta forma ela pode acontecer em museus, centros de ciências, e outros, realizada por sujeitos que querem cumprir determinados objetivos (GOHM, 1999).

Neste sentido o Material Multimídia atua nos espaços de ensino não-formal como instrumento para o cumprimento de um objetivo, identificado como uma necessidade da comunidade, que seria o esclarecimento dos recursos disponíveis nos níveis de assistência à saúde.

A modalidade de educação não-formal envolve a possibilidade de capacitar os indivíduos para a solução de problemas da comunidade e para uma maior compreensão do que se passa ao redor, ou seja, uma releitura da forma como vive e do universo que circula os indivíduos e suas relações sociais (GOHM, 2006).

Pinto (1982) valoriza o saber popular e desfaz a ideia de que este seria apenas baseado em ignorância e superstição. Destaca que o saber popular é o ponto de partida para a organização da população em defesa dos interesses comuns, e que com o auxílio do saber técnico-científico, o saber popular se transforma em um processo educativo.

O encontro entre o saber técnico e o saber popular deve se dar de forma dialogada, sem haver imposições ou transmissão unidirecional de um sobre o outro. É necessário que ocorra uma transformação mútua, de modo que propicie

modificações bilaterais dos saberes e dos sujeitos do processo em busca da transformação da realidade (PINTO, 1982).

Deste modo, ao esclarecer a população em espaços de educação não-formal a respeito dos níveis de assistência à saúde, dos recursos disponíveis e a forma como acessá-los, estaremos propiciando uma releitura da comunidade sobre o acesso aos serviços de saúde.

Talvez esta ação possa possibilitar que o acesso aos serviços de saúde seja mais planejado e menos dispendioso, de forma a proporcionar como consequência, mais efetividade nas ações em saúde e maior satisfação dos usuários do SUS, ou seja, reflexos diretos sobre a realidade em que este indivíduo está inserido, como propõe a educação não-formal.

### 3.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E OS TEÓRICOS DA EDUCAÇÃO

Seguindo o raciocínio de que o produto desenvolvido se dirige para os usuários do SUS, que seriam leigos em termos de formação em saúde, são necessárias algumas reflexões e aproximações com alguns autores, a respeito do processo de aprendizagem destes usuários.

Os usuários do SUS apesar de não terem formação formal em saúde, têm um histórico de utilização dos serviços de saúde, seja por conta de demandas próprias ou de seus familiares. Essas vivências compõem os conhecimentos que esses indivíduos têm a respeito de acesso, estrutura e resolubilidade dos serviços de saúde e, portanto, não podemos considerar que estamos nos dirigindo a um usuário leigo.

Do ponto de vista vygotskyano a palavra “leigo” torna-se ainda mais relativa, visto que desconsidera a possibilidade de existir um ser sem conhecimentos prévios, inatingível pelas ocorrências do meio, passivo e apenas receptor de conceitos. Ele acredita no processo de aprendizagem ativo, em que mecanismos internos

interagem e, até mesmo se refazem mediante os acontecimentos ao redor (NEVES, 2006).

A abordagem vygotskyana propõe que através de modificações feitas pelo homem sobre o meio, e mútuas modificações do meio para com o homem, é que se dá o desenvolvimento humano, ou seja, resulta em um ser que transforma e é transformado pelas relações sociais e pela própria cultura (NEVES, 2006).

Neste contexto, as informações que forem apresentadas aos usuários do SUS, irão interagir com os conhecimentos que eles já detêm sobre acesso aos serviços de saúde, e desta interação surgirá um novo modo de guiar os cuidados, que se refletirá no meio em que estão inseridos.

Levando-se em consideração essa conexão entre conhecimentos prévios com novos conhecimentos e, conseqüentemente o surgimento de novos significados para o aprendiz, a aprendizagem significativa, também se faz presente.

Ausubel denomina estes conhecimentos prévios (e especificamente relevantes) de subsunçores, que auxiliarão a interação com novos conceitos. Neste processo surgem novos significados a partir da modificação do conhecimento precedente (MOREIRA, 1997).

Ausubel destaca que a capacidade de aprendizagem do ser humano se deve a uma estrutura cognitiva já existente (subsunçores) que permite que haja aprendizado mesmo quando o conteúdo é fornecido já em seu formato final, completo. Ou seja, o ser humano não tem necessidade de descobrir para aprender. A informação pode ser ofertada e ele irá processá-la e aprender por recepção (MOREIRA, 1997).

Há, portanto, um elo entre a abordagem à aprendizagem vigotskyana e a aprendizagem significativa proposta por Ausubel, visto que ambas compreendem os conhecimentos do indivíduo como parte fundamental, ativa e indispensável para que ocorra o aprendizado (MOREIRA, 1997).

O paciente através de sua trajetória de vida, constrói uma maneira de conduzir seu próprio cuidado, seja ela guiada por influência cultural, ou até mesmo, intuitiva. Ao se deparar com o processo de adoecimento, cada indivíduo tende a se comportar de forma individualizada.

Alguns têm a tendência de procurar auxílio imediato para resolução de sua demanda, seja ela de grande ou pequena repercussão, outros apenas recorrem aos serviços de saúde quando sofre agravamento de um problema de saúde, e ainda outros que cuidam da saúde preventivamente, realizando exames e consultas periódicas.

Os sujeitos são diferentes em seus modos de ser e viver, de adoecer, de se tratar, de se cuidar. As pessoas percebem, vivem e explicam seus problemas de saúde de formas diferentes, do mesmo modo de como se organizam, e essa forma diferente de ser é influenciada por determinantes estruturais, políticos, econômicos, ideológicos, espirituais, ambientais e subjetivos (FIGUEIREDO, 2011, p.91).

Essas diferentes formas de lidar com o processo de adoecimento, são influenciadas por diversos aspectos, mas estão diretamente relacionadas com o grau de esclarecimento e de conhecimento em educação em saúde que o indivíduo possui e/ou adquiriu com a vivência. Assim sendo, acreditamos que um usuário minimamente informado sobre quando, onde e como ter acesso a um serviço de saúde, o fará de forma mais ordenada.

A ausência de esclarecimentos técnicos para os usuários em relação aos serviços de saúde leva muitas vezes ao entendimento equivocado de que os hospitais e redes de urgência, por possuírem maior densidade tecnológica seriam mais resolutivos.

Mas em contrapartida também é possível observar indivíduos que acessam as unidades básicas e dão prosseguimento aos cuidados em saúde neste nível de atenção, o que nos faz refletir se de certa forma estes indivíduos obtiveram informações sobre os recursos deste serviço, ou se até mesmo pela vivência que obtiveram com a utilização do mesmo, não fortaleceu esta porta de entrada.

O indivíduo que acessa os serviços de saúde de forma preventiva tem maior possibilidade de receber instruções de cuidados para com a saúde do que um indivíduo que adentra os serviços com uma necessidade imediata de cuidado, pois o foco neste momento é preservar a vida e reduzir danos, o que muitas vezes não contempla educação em saúde.

Esta diferenciação na forma de guiar os cuidados em saúde por cada indivíduo nos faz compreender que as vivências de cada sujeito exercem influência no caminho percorrido para obtenção de assistência à saúde.

Cecílio (1997) propõe que a partir do estudo dos trajetos reais executados pelos usuários, do estudo dos desejos e necessidades que os movem, seja construído um sistema de saúde que de fato acolha as pessoas, no sentido de que promova o atendimento integral e resolutivo das demandas de forma humanizada.

Assim sendo, ao propormos um material voltado para a educação em saúde dos pacientes, devemos levar em consideração as suas vivências e experimentações em saúde, visto que estas auxiliarão no aprendizado como propõe Ausubel e Vigotsky (MOREIRA, 1997)

Vigotsky sugere que os processos sociais darão origem aos processos mentais superiores (pensamento, linguagem, comportamento voluntário). Mas para que isso ocorra é necessário a mediação por instrumentos (algo que pode ser usado para fazer alguma coisa) e signos (algo que significa alguma coisa) (MOREIRA, 1997).

Para Vygotsky o desenvolvimento cognitivo depende de como o indivíduo trabalha internamente os instrumentos e signos e ainda, refere que, quanto mais o sujeito os utiliza, novos significados e instrumentos surgem. Desta forma ao propor um processo educacional voltado para o usuário do SUS faz-se necessário a utilização de um instrumento que conduza os signos de forma a interagir com o meio social (MOREIRA, 1997).

Assim o material multimídia desenvolvido, atua como instrumento na condução das informações pertinentes transmitidas através de imagem e linguagem escrita e falada (signos) e que visa instruir o usuário para melhor utilização do sistema de saúde público. Ao mesmo tempo apresenta-se como uma ferramenta da gestão em saúde, visto que sua aplicação implica em otimização de recursos.

Outro ponto importante é que, levando-se em consideração que o presente estudo busca instruir os usuários dos SUS a respeito dos níveis de assistência à saúde e, conseqüentemente propõe melhorias no acesso aos serviços de saúde, nos deparamos com um elo entre o ensino e a sociedade. Ou seja, através da educação busca-se dar uma resposta a uma demanda verificada na sociedade, que seria o acesso desordenado aos serviços de saúde, e suas conseqüências.

É possível observar tanto na ótica ausbeliana quanto na vygotskyana a importância da interação social para a aprendizagem haja vista que não é possível ao indivíduo descobrir os significados senão por meio deste intercâmbio (MOREIRA, 1997).

Podemos entender desta maneira que o instrumento irá exercer influência no modo de condução do cuidado da sociedade, assim como a forma desordenada como essa sociedade busca recursos para a saúde motivou o desenvolvimento do instrumento.

Para reforçar este elo entre ensino e sociedade podemos acrescentar que Paulo Freire (1996) propõe o aprendizado como uma maneira de intervir e transformar a realidade e não apenas como uma forma de se adaptar. E coloca como tarefa do educador provocar, instigar, o aprendiz a desenvolver uma nova leitura e entendimento do contexto em que vive e/ou está inserido.

Neste sentido, o autor acredita que a educação é uma maneira de se intervir no mundo, que pode se dar tanto de forma a reafirmar conceitos já predominantes, quanto propor outras formas de pensar, agir e se comportar. Desta maneira a educação gera o desmascaramento dos conceitos vigentes e abre novos caminhos dentro de uma mesma vivência (FREIRE, 1996).

Espera-se assim, que os usuários dos serviços de saúde com suas vivências e saberes populares ao serem munidos de informações técnicas, tenham a oportunidade de transformar os conhecimentos prévios e modificar a própria realidade, com uma nova maneira de guiar o cuidado em saúde.



#### 4. HISTÓRICO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Para que possamos reforçar a importância da organização do acesso aos serviços de saúde faz-se necessário uma breve retomada da história da saúde em nosso país. Entender como o sistema foi estruturado ao longo do tempo, auxilia na análise dos problemas de saúde da atualidade e norteia a busca de soluções. Além disso, compreendendo todo o processo que culminou com a estrutura atual podemos evitar que possíveis retrocessos ocorram.

Podemos observar que a história da saúde em nosso país parte de uma realidade em que o acesso à saúde era restrito a grande parte da população e, com o passar dos anos tornou-se universal, garantindo o acesso a todos. Restringir os cuidados em saúde a apenas uma parcela da população seria um retrocesso haja vista as melhorias da qualidade de vida que foram proporcionadas com a maior abrangência do acesso.

No início do século XX, anteriormente à criação do SUS, as principais ações em saúde do poder público eram relacionadas ao saneamento e a medidas preventivas, visto que as origens e formas de transmissão das doenças, foram reveladas a partir do advento da microbiologia ao final do século XIX, o que oportunizou o desenvolvimento das primeiras vacinas (RODRIGUES, 2009).

As ações voltadas para o saneamento foram de tamanha intensidade e alteraram o cotidiano da população de tal forma que, acabou por despertar a ira da mesma, o que culminou na Revolta da Vacina. Em relação à assistência à saúde, somente em 1923 com a Lei Eloy Chaves que regulamentava o funcionamento das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), é que se deu início uma ação mais efetiva do Estado em relação à área de saúde (RODRIGUES, 2009).

As CAPs eram mantidas com contribuições dos trabalhadores, dos empregadores e do próprio estado e tinham por finalidade proporcionar assistência à saúde dos trabalhadores e de suas famílias. Porém as CAPs representavam uma

cobertura ínfima, ou seja, somente uma diminuta parcela da população tinha acesso a serviços de saúde (RODRIGUES, 2009).

Desta forma, com a Revolução de 1930, o novo governo criou os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), que respondiam pela aposentadorias, pensões e pela assistência à saúde dos trabalhadores. Os IAPs eram compostos por categorias de profissionais que contribuía de forma obrigatória para com os mesmos com percentual calculado sobre seus salários. Porém, apesar de os IAPs serem mais abrangentes do que as CAPs, uma grande parcela da população permanecia desassistida como os trabalhadores informais e os trabalhadores rurais (RODRIGUES, 2009).

Podemos observar que nesta época o acesso à saúde era restrito a grande parte da população, o que muito difere dos dias atuais em que a saúde é um direito constitucional e dever do Estado, propiciando o cuidado incondicional a todos os cidadãos de forma universal, independente do fato de pertencer ou não a uma classe trabalhista.

Muitos hospitais e centros de saúde foram construídos pelos IAPs utilizando o grande montante financeiro que possuíam, visto que poucos eram os beneficiários aposentados e pensionistas naquele momento e, por conseguinte, pouco era debitado do fundo (RODRIGUES, 2009).

Ou seja, como havia mais trabalhadores na ativa, contribuindo com os IAPs do que aposentados ou pensionistas que desfalcariam o fundo, o saldo arrecadado era positivo e esse recurso acabou sendo desviado para investimentos na área de saúde e demais setores, gerando débitos. Deste modo, a partir dos anos de 1940, o país vivia um intenso processo de industrialização e o Estado utilizava as reservas dos IAPs para investir em infraestrutura industrial, o que acabou por desfalcá-los (RODRIGUES, 2009).

Os diversos institutos de aposentadorias e pensões (IAPs) se fundiram formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que deu origem

posteriormente ao INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência) (SOUZA, 2002).

O INAMPS foi criado em 1977 e promoveu a junção de toda a assistência médica prestada pelos diversos órgãos da Previdência Social e oportunizou a ampliação do acesso à assistência à saúde no Brasil, mas não o universalizou. O acesso permanecia diretamente ligado a contribuição de cada trabalhador e, como uma importante parcela da população fazia parte do mercado informal, esta se manteve sem acesso aos serviços de saúde (RODRIGUES, 2009).

Neste período o Ministério da Saúde atuava em ações, em sua maioria, voltadas para a prevenção, e o Ministério do Trabalho e Previdência Social em ações de assistência médica, ações curativas, as quais acabavam predominando em detrimento das ações preventivas, em razão do maior montante financeiro deste ministério (RODRIGUES, 2009).

É possível destacar que desde esta época a Medicina Preventiva era trabalhada e também se mostrava menos dispendiosa do que ações curativas, que atuam sobre o indivíduo já adoecido e necessitado de insumos mais caros em saúde, do que as ações preventivas que englobam vacinas, educação em saúde e consultas periódicas.

A população brasileira começou a se manifestar no final dos anos de 1970 contra o modelo de saúde que cursava com dificuldades de acesso aos serviços e carecia de políticas de promoção e prevenção da saúde. O INAMPS começou a ter problemas de ordem financeira na década de 1980 e, desta forma, a Previdência Social estava em crise. O sistema de saúde clamava por mudanças (RODRIGUES, 2009).

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, realizada em Alma Ata em 1978, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foi um importante marco na saúde por propor um conceito ampliado de saúde e por defender a saúde como um direito de cidadania. Este conceito ampliado surgiu da crítica ao modelo

centrado na doença/cura, com evidência na assistência médica hospitalar (RODRIGUES, 2009).

Conceito abrangente de saúde (Conferência da OMS de Alma Ata – 1978)“... a saúde, estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, é um direito fundamental, e a consecução do mais alto nível possível de saúde, é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos setores sociais e econômicos, além do setor de saúde” (OMS, 1978).

A universalização do direito à saúde teve sua primeira demonstração em 1985 quando o INAMPS (que atendia somente mediante a apresentação da carteira de trabalho outra identificação de beneficiário da Previdência Social), passou a assistir a qualquer cidadão (RODRIGUES, 2009).

A unificação dos movimentos de diversos setores da sociedade que lutavam pela mudança da saúde pública brasileira, pela Reforma Sanitária, resultou no Movimento Sanitário, composto por estudantes, professores universitários, médicos, funcionários do INAMPS e moradores dos grandes centros que lutavam pela criação de um sistema único de saúde e contra as condições precárias de vida e saúde da população (RODRIGUES, 2009).

Assim, em meio a lutas e mobilização da sociedade, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, surgiu como oportunidade de discutir os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária com destaque para o tema do direito à saúde que começou a ser definido como um direito de todos e dever do Estado (RODRIGUES, 2009).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação - Artigo 196 (BRASIL, 1988).

Em 1987 foi criado o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) e desta forma, os governos estaduais e municipais passaram a atuar diretamente na execução de ações e serviços de saúde. E com a promulgação da Constituição Federal em 1988 foi estabelecido o Sistema Único de Saúde (SUS), que é o sistema de saúde brasileiro, com princípios e diretrizes válidos por todo o país e cujas ações

abrangem as esferas municipal, estadual e federal, acrescido da complementaridade do setor privado (AGUIAR, 2011).

O SUS oferta assistência integral e gratuita a toda a população e é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo (SOUZA,2002). É norteado por princípios doutrinários e organizativos. São três os princípios doutrinários: a equidade, a integralidade e a universalidade. Os princípios organizativos são compostos por: descentralização, regionalização, hierarquização e participação e controle social (AGUIAR, 2011).

A *universalidade* diz respeito ao direito de atendimento concedido a todos os cidadãos, ou seja, o acesso universal; a *equidade* se refere ao atendimento de acordo com as necessidades de cada cidadão e visa a diminuição das desigualdades; a *integralidade* implica na integralidade do cuidado, da prevenção à cura, através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (OLIVEIRA, 2008).

Em relação aos princípios organizativos pode-se entender que a *resolutividade* propõe que um indivíduo ao adentrar um serviço de saúde, tenha sua necessidade sanada até o limite de possibilidades presentes naquele nível de assistência; a *participação dos cidadãos ou controle social* diz respeito a atuação da população, através de entidades representativas, na criação e controle de execução de políticas de saúde e a *complementariedade do setor privado*, prevê a contratação de serviços privados quando estes inexitem no setor público e/ou são insuficientes (OLIVEIRA,2008).

Temos ainda a *descentralização* que é a divisão das responsabilidades das ações e serviços de saúde entre as esferas federal, estadual e municipal; a *regionalização* se refere ao fato de que todas as regiões tenham os serviços de todos os níveis de atenção baseado na população e território, o que favorece as ações por garantir maior conhecimento dos problemas de saúde de determinada área e a *hierarquização*, que ordena os serviços de saúde em níveis de assistência: a atenção básica, a média e a alta complexidade (OLIVEIRA, 2008).

## 5. NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA

Diante do fato do presente estudo se propor a tratar do acesso aos níveis de assistência faz-se necessário explorarmos este tema, que como citado anteriormente, é dirigido pelo princípio organizativo do SUS da hierarquização.

Segundo Aguiar (2011) os níveis de assistência são organizados por grau de complexidade crescente e o paciente deve transitar por estes níveis conforme suas necessidades a fim de obter o cuidado integral e resolutivo, e de acordo com o fluxo estabelecido entre os serviços.

Oliveira (2008) destaca em pesquisa realizada, que a hierarquização se caracteriza pela organização dos serviços de saúde em forma de pirâmide, ou seja, em cada nível de assistência o paciente receberia atendimento até o limite do grau de complexidade presente naquela esfera de atenção, e transitaria para os outros níveis através de encaminhamento pelo profissional de saúde.

Porém os profissionais entrevistados na referida pesquisa relataram que a hierarquização não é respeitada, visto que os pacientes adentram os serviços de emergência para resolução de toda e qualquer queixa, desrespeitando a organização por grau de complexidade dos serviços e definem a utilização desses serviços pelos usuários como indevida (OLIVEIRA, 2008).

Mendes (2009) faz uma importante ponderação a respeito do entendimento do princípio de hierarquização do SUS, que por dividir a atenção à saúde em níveis de complexidade, gera o risco de se compreender que a Atenção Básica como menos complexa do que os outros níveis de atenção, sobrevalorizando a atenção secundária e terciária, que exigem maior densidade tecnológica e banalizando a Atenção Primária à Saúde.

Para o autor, esta divisão hierárquica, definida por níveis de “complexidade” crescentes fortalece a fragmentação do sistema de saúde, formando pontos

isolados, sem comunicação e, por conseguinte, incapazes de prestar atenção integral à saúde dos indivíduos (MENDES, 2009).

Podemos entender deste modo que apesar da Atenção Básica ser pautada em baixa densidade tecnológica (procedimentos simples e de baixo custo), exige alta complexidade de conhecimento dos profissionais envolvidos, visto que atende a todas as faixas etárias, com as suas diferentes comorbidades, que transitam por conhecimentos em diversas especialidades e, portanto, não pode, erroneamente, ser considerada menos complexa do que os demais níveis (BRASIL, CONASS, 2007).

Em contrapartida a organização do sistema através de Redes de Atenção à Saúde, garante a existência de comunicação entre os níveis de atenção (primário, secundário e terciário) e gera uma responsabilização pela população adstrita, como também, proporciona uma atenção contínua e integral à saúde (MENDES, 2009).

Nas Redes de Atenção à Saúde, ao invés do sistema se organizar em formato de uma pirâmide hierárquica, com diferentes graus de importância, organiza-se como uma rede horizontal (poliarquia), com diferentes densidades tecnológicas, porém com igual importância (MENDES, 2009).

A concepção de Redes de Atenção à Saúde desfaz, portanto, a ideia de que a Atenção Básica seria menos importante que os demais níveis de atenção, visto que a coloca como parte fundamental para uma saúde pública de qualidade.

Cecílio (2003) acredita que a integralidade do cuidado não pode existir em um sistema de saúde que é configurado de forma desarmônica, com várias formas de acesso a diferentes graus de tecnologia, transitado por pacientes de modo muitas vezes informal. Para o autor a integralidade somente será obtida com a possibilidade de transversalizar de todo o sistema, ou seja, em rede.

Tendo em vista que não ocorre um percurso pelos níveis de atenção guiado por uma lógica de considerar o grau de complexidade das demandas e o nível de

tecnologias disponíveis, Cecílio (1997) propõe que hierarquização modelada em pirâmide seja repensada e “arredondada”.

O autor acredita que desta forma haverá mais maleabilidade e possibilidade de adequar os recursos de acordo com as necessidades dos usuários, de forma que resulte na construção de um sistema de saúde mais humanizado (CECÍLIO, 1997).

Expostas as intrincações presentes no princípio da hierarquização, podemos avançar um pouco mais, discorrendo a respeito de cada nível de assistência, iniciando pela Atenção Básica.

## 5.1 ATENÇÃO BÁSICA

No material de apoio fornecido pelo Ministério da Saúde e construído conjuntamente pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), é referido que o Programa de Saúde da Família (PSF), baseada nos princípios do SUS é a estratégia primordial para a organização da Atenção Básica (BRASIL, CONASS, 2007).

Matta (2006) amplia este conceito e refere que internacionalmente a Atenção Primária à Saúde (APS) representa este papel de ordenadora da atenção à saúde e observa que no Brasil é adotada a denominação de Atenção Básica à Saúde (ABS), por incorporar os princípios da Reforma Sanitária e ressaltar a reorientação do modelo assistencial.

Desta forma o Programa Saúde da Família (PSF) surge alocado no momento histórico em que se teve o entendimento de que o modelo assistencial focado em tecnologias e meramente hospitalocêntrico não estava sendo eficaz, no sentido de que não estava atendendo às reais necessidades da população. Assim o PSF amplia o cuidado antes, destinado unicamente ao indivíduo adoecido, para o cuidado de toda a família e, principalmente, de forma preventiva (ROSA, 2005).



Andrade et al. (2005) acrescentam que o PSF, mais do que exercer a função de organizador da atenção básica, atua diretamente na estruturação do sistema público de saúde, visto que demonstrou na prática a transição do modelo assistencialista para um modelo de atenção voltada para a prevenção, proteção e promoção de saúde e permitiu a solidificação e o exercício dos princípios do SUS. Defende ainda que diante da abrangência de ações envolvidas, deveria ser conhecido como estratégia e não simplesmente como programa.

Neste contexto podemos retomar que o Programa Saúde da Família, iniciado oficialmente em 1994, foi o fundamental propulsor para o progresso da Atenção Primária à Saúde. A história deste programa é antecedida pelo Programa de Agentes de Saúde, que foi criado em 1987 em caráter emergencial, visando à redução da mortalidade infantil no estado do Ceará. A medida foi tão promissora que o programa tornou-se permanente, foi ampliado para Programa de Saúde da Família e, posteriormente, estendido para todo o Brasil (SAMPAIO, 2012).

Em 2006, o Pacto pela saúde trouxe entretanto a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como estratégia complementar para facilitar a regulamentação da Atenção Básica e qualificar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como organizadora das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde. Foi ratificada a Saúde da Família como um programa nacional e, alterado seu nome para Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006; BRASIL, CONASS, 2007).

A Portaria do Ministério da Saúde n. 648/2006, aprovou a PNAB e instituiu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nela está definida a atenção básica em saúde da seguinte forma:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias

de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.(...) (BRASIL, CONASS, 2007).

Assim, a Atenção Básica é o primeiro nível da atenção à saúde e utiliza tecnologias de baixa densidade, ou seja, métodos econômicos, porém baseados em conhecimentos densos a fim de responder à maioria dos problemas da população.

Conforme o Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde Alma Ata (1978), o nível de assistência intitulado Atenção Básica, é responsável pelos cuidados primários de saúde. Utiliza tecnologias leves, cientificamente comprovadas, de baixo custo, destinadas a atender a população de área específica. E é neste nível de assistência que deverá ocorrer o primeiro contato dos indivíduos com o Sistema Único de Saúde (OMS, 1978).

Matta (2006) ressalta que as ações da atenção Básica devem contemplar a prevenção e a cura, ou seja, a integralidade do cuidado, e responder à maior parte das necessidades da população de um determinado território, de forma regionalizada.

Destaca-se desta forma o caráter ordenador dos serviços de saúde que a Atenção Básica exerce, haja vista que sendo ela a “porta de entrada”, pode responder a grande parte das demandas da população com ações de baixo custo (consultas, curativos, educação em saúde, dentre outros serviços) e, ainda, direcionar este paciente para outros níveis de assistência de forma organizada.

No guia fornecido pela Secretaria de Saúde de Volta Redonda (SMSVR) é informado que as Unidades Básicas de Saúde da Família contam com equipes multidisciplinares compostas por: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionistas, assistentes administrativos e auxiliar de serviços gerais (SMSVR, 2013).

No mesmo material de apoio são enumerados os serviços ofertados pela Atenção Básica:

- Grupos de Educação e Saúde (planejamento familiar, prevenção do tabagismo, cuidados com a hipertensão e diabetes, atividade física, prevenção da obesidade, cuidados no pré-natal, saúde bucal, geração de renda);
- Rodas de Terapia Comunitária;
- Acompanhamento do pré-natal, da puericultura, vigilância nutricional;
- Vacinas, teste do pezinho, coleta do preventivo, escovação orientada;
- Consultas de Medicina da Família e Comunidade realizadas por médicos, enfermeiros e dentistas, além de consultas médicas com ginecologistas e pediatras;
- Visita domiciliar por agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, dentistas;
- Coleta descentralizada para exames de laboratório;
- Cuidados de enfermagem (aferições da pressão arterial, curativos, administração de medicamentos com prescrição, nebulização);
- Dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica;
- Integração ensino serviço (participação de acadêmicos da área de saúde nas atividades do cotidiano da equipe);
- Integração com a rede escolar através do Programa Saúde na Escola;
- Integração com diferentes níveis e serviços que constituem a Rede de Atenção à saúde (Urgência e Emergência, Hospitalar, Vigilâncias, etc);
- Integração com diferentes setores da sociedade, visando a integralidade do cuidado em saúde (ação comunitária, conselho gestor, Ministério Público, etc.);

Apresentada a Atenção Básica e suas características, origem, composição e formas de acesso, podemos abordar a Média Complexidade.

## 5.2 MÉDIA COMPLEXIDADE

Segundo Aguiar (2011) A Média Complexidade é composta pelos serviços ambulatoriais e hospitalares, integrada por especialistas, e utiliza recursos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Conforme a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a Média Complexidade é definida por um cuidado em saúde que necessite da atuação de profissionais especializados e de recursos tecnológicos para a definição do diagnóstico e tratamento dos principais problemas de saúde da população (BRASIL, CONASS, 2007).

O Ministério da Saúde enumera os procedimentos realizados pela Média Complexidade (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009):

- procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio;
- cirurgias ambulatoriais especializadas;
- procedimentos traumatológico-ortopédico;
- ações especializadas em odontologia;
- patologia clínica;
- anatomopatologia e citopatologia;
- radiodiagnóstico;
- exames ultra-sonográficos;
- diagnósticos;
- fisioterapia;
- terapias especializadas;
- próteses e órteses;
- anestesia.

Os atendimentos neste nível de atenção são programados via encaminhamento do médico da atenção básica e do profissional da rede de especialidades através de agendamento via internet, pelo SISREG (Sistema Nacional de Regulação).

Após o atendimento o especialista deve responder à contra-referência e remeter este paciente para a unidade de origem para que o médico de família que o acompanha possa ter acesso ao tratamento e exames propostos e dar continuidade ao atendimento. O especialista também poderá manter o acompanhamento do paciente pelo tempo que avaliar ser necessário.

Após a abordagem da Atenção Básica e da Média Complexidade, daremos sequência à explanação sobre os níveis de assistência com a Alta Complexidade e suas características.

### 5.3 ALTA COMPLEXIDADE

A Alta Complexidade é um conjunto de ações que demanda alta tecnologia e alto custo. Os procedimentos da Alta Complexidade causam grande impacto financeiro e constam na tabela do SUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

No guia fornecido pela Secretaria de Saúde de Volta Redonda, são enumerados alguns procedimentos realizados pela Alta Complexidade (SMSVR, 2013) :

- assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise);
- assistência ao paciente oncológico;
- cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica;
- procedimentos da cardiologia intervencionista;
- procedimentos endovasculares extracardíacos;
- laboratório de eletrofisiologia;
- assistência em traumatologia-ortopedia;
- procedimentos de neurocirurgia;
- assistência em otologia;
- cirurgia de implante coclear;
- cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical;
- cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- procedimentos em fissuras lábio-palatais;
- reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono;
- assistência aos pacientes portadores de queimaduras;
- assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica);
- cirurgia reprodutiva;
- genética clínica;
- terapia nutricional;
- distrofia muscular progressiva;
- osteogênese imperfeita;
- fibrose cística e reprodução assistida.

Para finalizar a abordagem aos níveis de assistência temos a Rede de Atenção às Urgências que foi instituída por Portaria, com o objetivo de dinamizar o atendimento dos pacientes graves.

#### 5.4 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

O Conselho Federal de Medicina, na Resolução 1451/95 define como urgência “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”; e como emergência “a constatação médica de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida, ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”.

A Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, com o objetivo de proporcionar o atendimento integral aos usuários em situação de saúde aguda com a agilidade que a ocorrência exige.

Esta Portaria define que a Rede de Atenção às Urgências engloba todas as portas de entrada dos serviços de saúde, com a finalidade de garantir e articular o acesso humanizado e integral a todos os usuários em situação de urgência e emergência, haja vista que nestas situações o atendimento deve ser prestado por todos os serviços de saúde e, sequencialmente perpassando, de modo hierarquizado e de acordo com a necessidade, até o serviço de maior complexidade.

A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

- I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- II - Atenção Básica em Saúde;
- III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- IV - Sala de Estabilização;
- V - Força Nacional de Saúde do SUS;
- VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;
- VII - Hospitalar; e
- VIII - Atenção Domiciliar.

Desta forma as Redes de Atenção às Urgências desenvolvem ações de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde e educação permanente, que visam prevenir as doenças e agravos não transmissíveis (violência, acidentes, mortes no trânsito, doenças crônicas), e ações que englobem a participação social (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O componente Atenção Básica amplia o acesso e o primeiro atendimento, haja vista sua localização próxima ao local de moradia dos usuários e, conseqüentemente fortalece o vínculo e responsabilização, por oportunizar o acompanhamento deste usuário (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências oportuniza o rápido atendimento aos pacientes e a transferência para o serviço de saúde mais adequado dentro da rede hierarquizada do SUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O componente Sala de Estabilização refere-se ao local provido de equipamentos e recursos para o atendimento e estabilização de pacientes graves. Já a Força Nacional de Saúde do SUS está pautada pela equidade e integralidade no atendimento de populações vulneráveis e/ou áreas de difícil acesso (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas representam um elo intermediário entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar. Estes serviços devem receber e estabilizar os pacientes com quadros agudos que lhes são referenciados e, se necessário encaminhá-los ao Componente Hospitalar (serviços hospitalares de emergência, enfermarias de retaguarda, unidades de cuidados intensivos e serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

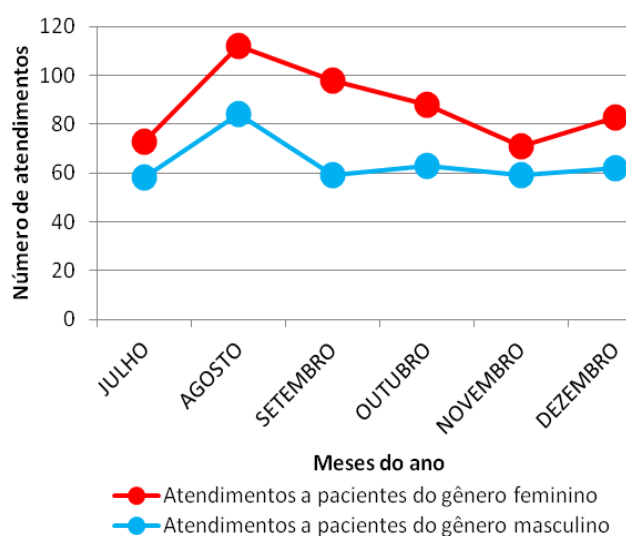
E, por fim, o componente Atenção Domiciliar engloba ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, voltadas para os pacientes acamados e que garantem a integralidade e equidade do cuidado (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011).

## 6. RESULTADOS

O acesso aos serviços de saúde de forma desordenada gera consequências negativas não somente para os usuários do SUS, como também para gestão de serviços. Neste sentido, faz-se necessário orientar o acesso desses usuários, assim como conhecer o perfil epidemiológico, de forma a fundamentar ações programáticas que visem organizar o acesso aos serviços de saúde.

Para tanto foram coletados dados de 913 boletins de atendimento do pronto socorro adulto do HMMR. Desta amostra foram excluídos três boletins de atendimento médico, devido ao fato de estarem ilegíveis e/ou sem carimbo do médico, e foram considerados válidos, portanto, 910 boletins de atendimento.

Inicialmente são apresentados dados relativos ao gênero dos usuários. Conforme demonstrado no **gráfico 1**, nesta amostra de 910 boletins de atendimento tem-se que 525 (57,7%) dos usuários eram do gênero feminino e 385 (42,3%) dos usuários eram do gênero masculino.

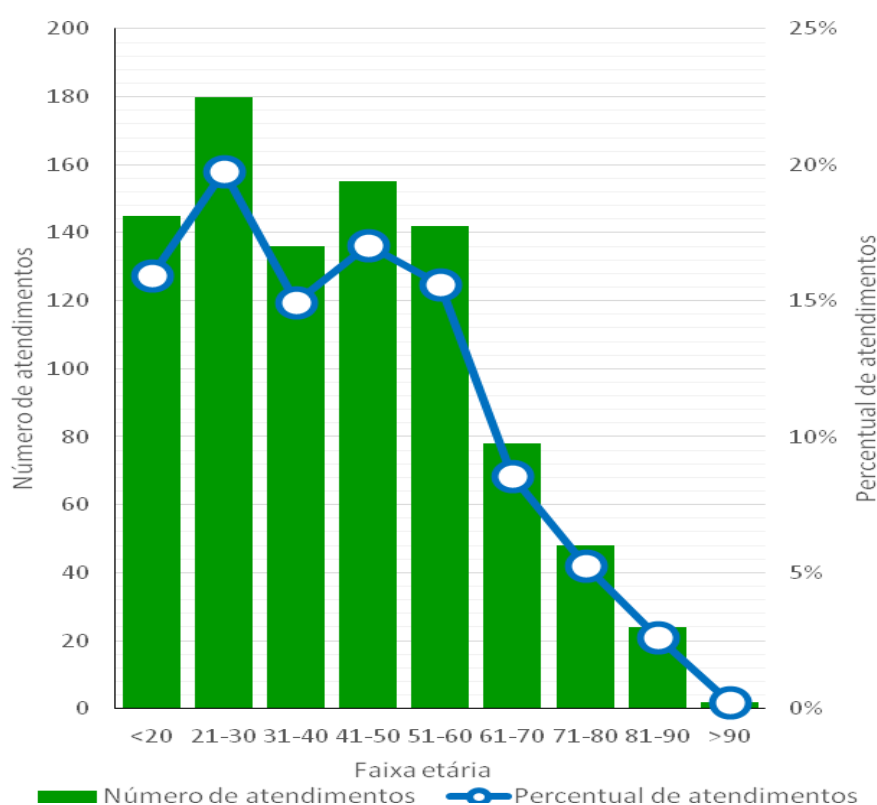


**Gráfico 1.** Distribuição dos usuários atendidos no pronto socorro adulto do HMMR por gênero e número de atendimentos, no período de julho a dezembro de 2011, Volta Redonda, RJ



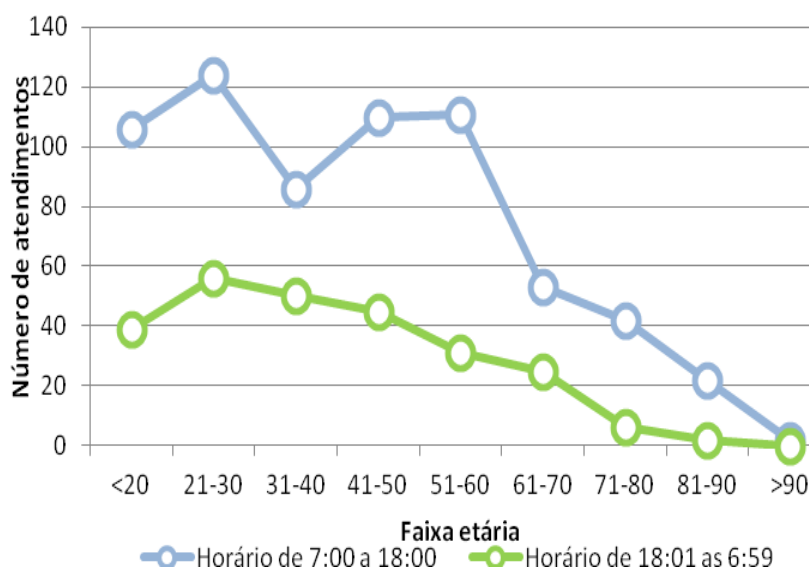
Ainda no **gráfico 1**, é possível observar a distribuição dos usuários por meses no período analisado na amostra. No mês de agosto ocorreu o maior número de atendimentos e foram contabilizados 196, seguido por setembro (157), outubro (151), dezembro (145), julho (131) e novembro (130).

O **gráfico 2** apresenta a distribuição dos usuários conforme a faixa etária, número e porcentagem de atendimentos. A faixa etária mais frequente foi a de 21 a 30 anos e corresponde a 20% dos atendimentos.



**Gráfico 2.** Distribuição dos usuários atendidos no pronto socorro adulto do HMMR por faixa etária e número de atendimentos, no período de julho a dezembro de 2011, Volta Redonda, RJ

O **gráfico 3** apresenta a distribuição dos usuários por horários de atendimento. Para o estudo foi estabelecido o período de 07:00 AM às 18:00 PM e o período de 18:01 PM às 06:59 AM. Obteve-se como resultado o predomínio de procura por atendimento das 07:00 AM às 18:00 PM, correspondendo a 72% dos atendimentos.



**Gráfico 3.** Distribuição dos usuários atendidos no pronto socorro adulto do HMMR por horários de atendimento, no período de julho a dezembro de 2011, Volta Redonda, RJ

As queixas foram definidas por sinal ou sintoma conforme descrito na íntegra na **Tabela 1** (APÊNDICE A), e totalizaram 81 na amostra. Em primeiro lugar preponderou a cefaléia 11,2%, seguida pela tosse 8,6% e dor abdominal 6,3%. A seguir apresentamos um recorte da tabela 1, com os principais sinais e sintomas encontrados.

TABELA 1 – Distribuição dos usuários atendidos no pronto socorro adulto do HMMR, segundo sinais e sintomas, no período de julho a dezembro de 2011, Volta Redonda, RJ

Queixa (Sinal ou Sintoma)	Total	%
Cefaléia	109	11,214%
Tosse	84	8,642%
Dor abdominal	62	6,379%
Febre	56	5,761%
Odinofagia	48	4,938%

Fonte: Boletins de Atendimento Médico do pronto-socorro adulto do HMMR do período de julho a dezembro de 2011

Dentre as hipóteses diagnósticas observou-se conforme **Tabela 2** (APÊNDICE B) predomínio de hipertensão arterial sistêmica e lombalgia com 5,5%;

amigdalite 4,9%; infecção do trato urinário e gastroenterite com 4,6%; e Síndrome Gripal com 4%.

A seguir apresentamos um recorte da tabela 2, com as principais hipóteses diagnósticas encontradas. A tabela na íntegra encontra-se em APÊNDICE B.

TABELA 2 – Distribuição dos usuários atendidos no pronto socorro adulto do HMMR, segundo as hipóteses diagnósticas, no período de julho a dezembro de 2011, Volta Redonda, RJ

Hipóteses diagnósticas	Total	%
HAS	50	5,5%
Lombalgia	50	5,5%
Amigdalite	45	4,9%
Gastroenterite	42	4,6%
ITU	42	4,6%

Fonte: Boletins de Atendimento Médico do pronto-socorro adulto do HMMR do período de julho a dezembro de 2011

## 7. DISCUSSÃO

A maioria de usuários do sexo feminino prevalece por todo o período analisado, e corrobora com as evidências de que as mulheres procuram mais atendimento médico do que os homens. Esta constatação assinala a importância da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica.

Esta política tem por objetivo reduzir os agravos à saúde do homem através de medidas de prevenção primária. Segundo o Ministério da saúde os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada e tem como consequência o agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Figueiredo (2005) e Pinheiro et al. (2002) afirmam que os homens utilizam menos a Atenção Básica, preferindo utilizar outros serviços como os pronto-socorros que responderiam mais objetivamente às suas demandas.

A justificativa para este fato segundo Albano et al. (2010) estaria associada a ideia culturalmente difundida de que os homens são educados para serem mais fortes do que as mulheres. Isso resultaria nesta maior procura por atendimento de caráter curativo (com a doença já instalada) no pronto socorro, do que na atenção básica (de forma preventiva), como fazem as mulheres e os idosos.

Silva et al. (2010) atribuem como justificativa para o fato dos homens procurarem menos atendimento na atenção básica, não somente os aspectos culturais, como também, à forma de organização dos horários de atendimento do serviço e, ainda, e à ausência de conhecimento da importância do cuidado para com a saúde.

O maior desafio das políticas públicas neste caso seria conscientizar os homens de que todos nós somos susceptíveis às doenças, e igualmente informá-los sobre a importância do cuidado preventivo. Um caminho para construir vínculo entre

o homem e o cuidado em saúde, assim como o hábito de consultar de maneira preventiva, seria o bom aproveitamento da consulta. Ou seja, quando esse homem adentra a Atenção Básica, deve receber cuidado integral e ser estimulado a cuidar da própria saúde (ALBANO, 2010).

Outro ponto importante seria adequar os horários de atendimento da Atenção Básica às necessidades desse público masculino, de modo que eles possam ser consultados em horários alternativos ao período em que estão no trabalho. Essa medida viria de encontro à necessidade de uma maior conexão dos homens com os cuidados em saúde (SILVA, 2010).

Com relação à faixa etária, a maioria dos atendimentos (19,8%) foi a pacientes de 21 a 30 anos, seguida pela faixa etária de 41 a 50 anos (17%) e menores do que 20 anos (16%). Tal informação vai de encontro aos resultados apresentados em outras pesquisas semelhantes.

Coelho (2009) em estudo realizado para caracterizar a demanda de um serviço de urgência de um hospital de ensino, no interior de São Paulo no ano de 2007, encontrou como faixa etária mais frequente entre 18 e 59 anos.

Outro estudo realizado com amostra referente ao período de janeiro a dezembro de 2008 na unidade de emergência referenciada de um hospital de ensino no interior do Estado de São Paulo para identificar o perfil sociodemográfico, a média de idade foi de 41,6 anos (OLIVEIRA, 2011).

E por fim, em estudo também realizado como objetivo de identificar o perfil de usuários atendidos no pronto atendimento de um distrito do município de Ribeirão Preto – SP, entre janeiro a junho de 2009, igualmente pôde-se observar uma demanda mais acentuada de usuários entre 20 e 50 anos, representando 63,3% dos atendimentos (GOMIDE, 2012).

É importante destacar que a maioria dos atendimentos se refere à população em fase produtiva e cujo adoecimento gera consequências socioeconômicas. Este

dado permite a identificação de grupos vulneráveis e sugere a adoção medidas específicas para reduzir agravos à saúde (COELHO,2009).

Dentre os sintomas a cefaléia (11,2%) foi o mais comum, seguida pela tosse (8,6%) e dor abdominal (6,3%). Dentre as hipóteses diagnósticas observa-se predomínio de hipertensão arterial sistêmica e lombalgia com 5,5%; amigdalite 4,9%; infecção do trato urinário e gastroenterite com 4,6%; e Síndrome Gripal com 4%.

Os dados encontrados coincidem com dados de outros estudos. O estudo de Oliveira et al. (2011) identificou que entre as queixas mais frequentes, estavam presentes a cefaléia, lombalgia, dor abdominal, dor torácica, dor em MMII, dentre outras. Gomide et al. (2012) identificaram como principais sintomas tosse, resfriado ou gripe, dor de garganta, diarreia, epigastralgia, torção, cefaléias e lombalgia. E Olivati et al. (2011) contataram o predomínio de problemas respiratórios (11,97%) e sintomas como febre (11,38%) e dores gerais pelo corpo (8,98%).

A cefaléia foi o sintoma mais comum. Segundo Pinto et al (2009) a maioria da população adulta pode vir a ter episódios de cefaléia, sendo esta uma condição prevalente, porém muitas vezes diagnosticada e tratada de forma inadequada. Estatísticas apontam que a cefaléia aguda corresponde a 4% das queixas em Pronto Socorro (BOUNES, 2011) e a 9% das consultas por problemas agudos na atenção primária (BIGAL, 2000).

Em relação à hipótese diagnóstica há predomínio de HAS e Lombalgia, sendo a primeira contemplada com um programa próprio na Atenção Básica, largamente difundido, que dispõe de agenda com vagas facilitadas para estes pacientes que, portanto, não precisam enfrentar a fila matutina, e que ainda tem acesso gratuitamente a uma ampla lista de medicações anti-hipertensivas, nas farmácias das unidades básicas de saúde. No entanto os pacientes recorreram ao Pronto Socorro.

Somando-se a isto, a Lombalgia também representa uma causa freqüente de morbidade, sendo o segundo principal causa de idas ao médico nos Estados Unidos

(DEYO,1996). E não obstante poderia ser tratada e, rastreada eletivamente através de exames complementares na Atenção Básica.

Cabe destacar que apesar da lombalgia ter sido citada não apenas neste estudo, mas também em outros, como hipótese diagnóstica muito frequente, os trabalhos nacionais sobre este tema referenciam apenas dados internacionais. Assim sendo, a literatura nacional apresenta carência de dados em relação à lombalgia, o que pode sinalizar um necessário campo de estudo.

De um modo geral, maioria dos dados identificados no estudo (sinais, sintomas, hipóteses diagnósticas), não trariam riscos imediatos à saúde e não justificariam a procura de atendimento no pronto socorro. No entanto, os usuários se remeteram ao serviço.

Esta postura, mediante um claro predomínio epidemiológico de doenças crônicas, é considerada temerária, haja vista que o pronto socorro irá prestar atendimento apenas sob o aspecto sintomático da doença, não investindo na prevenção de agravos, visto que tal conduta não compete a este setor.

Para Almeida et al. (2002) e Mendes (2008), as doenças crônicas são predominantes com o envelhecimento da população e com o atual perfil epidemiológico. De tal modo que, caso os serviços de saúde direcionem sua atenção apenas para as situações agudas, haverá uma fragmentação do cuidado, distanciando de um atendimento de qualidade e voltado para as reais necessidades da população.

Ou seja, tendo em vista que o atual perfil epidemiológico no Brasil é configurado por doenças crônicas, os esforços devem ser ampliados para as ações preventivas e de cuidados contínuos destes doentes, de tal modo que seja assegurado o acompanhamento do quadro clínico, a contenção de danos e a reabilitação dos agravos sofridos, e não somente direcionar os investimentos apenas para o pronto-atendimento, para a assistência à saúde no momento de agudização das doenças.

Direcionar os programas de saúde apenas para o momento da agudização das doenças ocasionará um desastre econômico do sistema de saúde visto que após a estabilização momentânea de um quadro, o mesmo irá progredir silenciosamente, aumentando o agravo e, conseqüentemente os gastos, por ausência de ações preventivas (BRASIL, CONASS, 2006).

Portanto, é importante salientar que muitos pacientes que não fazem acompanhamento periódico e preventivo de saúde, ao se remeterem aos serviços de urgência durante uma situação aguda de baixa complexidade, terão o atendimento voltado apenas para o tratamento sintomático do problema.

Este comportamento gera muitas vezes, uma melhora temporária do quadro ao invés de um atendimento integral, que possibilite a prevenção de uma doença crônica, haja vista que os serviços de emergência não são voltados para este tipo de abordagem.

As doenças crônicas raramente existem de modo isolado, ou seja, em geral elas têm ligação com o contexto no qual o indivíduo vive, e vão evoluindo ao longo do tempo, oportunizando um profissional de atenção primária de intervir preventivamente, e ampliar desta forma o tratamento da enfermidade. O mesmo não ocorre em relação ao olhar do especialista, que irá fornecer atenção pontual a uma enfermidade específica (STARFIELD, 2004).

Deste modo, o olhar do especialista sobre o doente acaba por ser limitado apenas aos sinais e sintomas relativos à sua área, ao passo que a atenção básica, com seus cuidados preventivos e atenção permanente, atua no indivíduo como um todo, e impede muitas vezes, que uma doença seja descoberta apenas após seu agravamento.

O modelo de saúde voltado para a atenção às situações agudas faz com que o Brasil apresente uma alta taxa de mortalidade por doenças crônicas, valor este que chega ao dobro de ocorrências em relação ao Canadá. Para que esta realidade seja modificada faz-se necessário desfazer a idéia culturalmente disseminada de que a atenção básica destina-se apenas a procedimentos menos complexos



enquanto que de fato atua com intervenções de baixa densidade tecnológica, porém de alta complexidade (AGUIAR, 2011).

Promover um sistema de saúde voltado para situações agudas, contrariando o perfil epidemiológico evidencia uma maior incidência de doenças crônicas na população, é percorrer um caminho inverso ao de uma saúde pública preparada para absorver e dar resolubilidade às demandas.

Retomando a discussão dos resultados apresentados, em relação ao horário de maior atendimento no pronto-socorro, temos que 72% dos atendimentos ocorreram entre 7 e 18 horas, ou seja, no horário de funcionamento das unidades básicas.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Coelho (2009) que identificou que no período de 12 às 24h ocorreram 67,1% dos atendimentos, e também no estudo de Gomide et al. (2012) em foi constatado que 70,7% dos atendimentos ocorreram durante o dia.

Este dado gera uma série de reflexões que exigem uma investigação científica com outro nível de evidência, mas que nos permitem alguns questionamentos.

Poderíamos questionar o porquê da procura do atendimento no pronto-socorro ao invés da unidade básica próxima ao domicílio; se o número de vagas ofertadas nas unidades são suficientes para atender à demanda; se os usuários conhecem os serviços ofertados por estas unidades e se conseguem distinguir uma consulta eletiva de uma consulta de urgência.

Há que se pensar ainda, se não continua prevalecendo sobre a população o pensamento hospitalocêntrico das décadas anteriores, em que se supunha que um atendimento rápido e eficiente, ocorreria apenas no ambiente hospitalar.

Essas discussões deságuam no “nó crítico” da necessidade de educar os usuários para que os mesmos saibam transitar de maneira mais planejada pelos

serviços de saúde, ou seja, ratifica a necessidade de um trabalho educacional que oriente o acesso aos serviços de saúde como propõe esta presente dissertação.

Desta forma, a necessidade de elaboração de orientações para os usuários do SUS a respeito do acesso aos serviços de saúde na tentativa de direcioná-los ao serviço de saúde que melhor atenda a suas necessidades, revelou-se como alicerce deste estudo, assim como fundamentou a construção do produto para compor o Mestrado Profissional. Para tanto foi desenvolvido material multimídia contendo informações sobre os recursos disponíveis nos níveis de assistência à saúde.

Neste sentido o produto pode prestar-se a um papel estratégico para o gestor dos serviços de saúde visto que a informação disseminada poderá esclarecer aos usuários a respeito do fluxo de rede ideal para resolver as demandas, o que poderá contribuir para a redução de gastos em setores de alta complexidade com atendimentos desnecessários e para a redução superlotação de setores, o que poderá colaborar diretamente com a satisfação dos usuários.

## 8. O PRODUTO

Como exposto anteriormente, a análise dos dados coletados norteou a produção de material multimídia (produto), contendo informações sobre os recursos disponíveis nos níveis de assistência.

É importante destacar que presente estudo foi desenvolvido para compor a dissertação de um Mestrado Profissional. Esta modalidade de pós-graduação propõe-se a atender à necessidade de uma parcela de profissionais com interesse em formação altamente qualificada, mas que não necessariamente sejam ligados à academia e a pesquisas (BARROS, 2005).

O Mestrado profissional propicia a criação de um elo entre a universidade e a sociedade e tem por objetivo desenvolver conhecimentos que possam se aplicados para a resolução de demandas da sociedade. Os conhecimentos produzidos nas pesquisas são transferidos para diversos setores da sociedade, o que resulta em transformações e coopera para o desenvolvimento sócioeconômico do país (BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2009).

Deste modo, diferentemente do Mestrado Acadêmico, o Mestrado Profissional, implica na confecção de um produto que sintetize os resultados da pesquisa e que possibilite a aplicabilidade na sociedade, em resposta a um problema definido.

O estudo sinalizou para a necessidade de construção de um material que possibilitasse o fornecimento de informações à população a respeito dos serviços de saúde. Foi observado que há uma carência de informações direcionadas aos usuários a respeito do acesso e dos recursos dos serviços de saúde, haja vista a presença de demandas de baixa complexidade em setores de saúde de alta complexidade, como demonstrado.

Assim sendo foi desenvolvido um material multimídia voltado para os usuários dos serviços de saúde, com conteúdo informativo referente aos níveis de assistência

existentes, os recursos disponíveis em cada nível e orientações de quando, onde e como acessá-los.

A escolha do material multimídia se deve ao fato de que este produto poderá ser disseminado em espaços de educação não-formal, como nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), nas salas de espera de hospitais e pronto-atendimento, nas escolas, no comércio, nos ônibus, terminais rodoviários, dentre outros espaços de convívio da comunidade. Neste contexto, por contemplar som e imagem poderá atingir um público maior, visto que será acessível ao público não alfabetizado e também aos portadores de necessidades especiais.

A informação disseminada poderá contribuir para uma melhor condução do cuidado em saúde e para o empoderamento da população com uma maior consciência sanitária, possibilitando inclusive o surgimento de multiplicadores deste conhecimento com a comunidade. Assim, ao atender a uma demanda social, cumpre-se o objetivo do Mestrado Profissional e estabelece-se um elo permanente entre o meio acadêmico e a sociedade.

Neste ponto podemos passar para descrição do conteúdo do produto propriamente dito. Primeiramente é feito o questionamento se o usuário do SUS sabe buscar atendimento para os problemas de saúde que apresenta. E em seguida faz-se a explanação sobre a Atenção Básica, e é esclarecido que este nível de atenção é composto pelos postos de saúde e exposto quais os serviços estão disponíveis no mesmo.

É informado que nos postos de saúde é possível realizar coleta de preventivo; teste do pezinho; administração de vacinas; acompanhamento do pré-natal e puericultura; visitas domiciliares; coleta de exames laboratoriais; oferta de medicamentos da farmácia básica; aferição de pressão arterial; curativos; administração de medicamentos prescritos; nebulização; consultas realizadas por médicos, enfermeiros e dentistas e grupos de educação em saúde.

Em seguida é esclarecido como é possível acessar os serviços da Atenção Básica. Para os grupos prioritários (portadores de hipertensão arterial sistêmica,

diabetes mellitus, maiores de sessenta anos, puericultura, pré-natal, saúde do homem e portadores de necessidades especiais) as consultas podem ser agendadas previamente pelo usuário ou pelo agente comunitário de saúde.

Também é explicado que caso seja detectada a necessidade de avaliação por um especialista, o médico da unidade fará o encaminhamento e será agendada uma consulta. Já para a administração de vacinas, realização do teste do pezinho, aferição de pressão arterial e glicemia, aplicação de medicamentos e orientações, é esclarecido que o atendimento ocorrerá no mesmo dia.

A respeito da coleta de material para exames laboratoriais e coleta do preventivo, assim como as atividades em grupo, é informado que este tipo de atendimento ocorre de acordo com dia e horário programados na unidade básica. E as consultas de saúde bucal são agendadas nas unidades básicas pelo próprio paciente.

É feito um alerta quanto à importância de cuidar da saúde e de prevenir contra as doenças, e é dado destaque ao fato de que foram enumerados vários serviços ofertados nos postos de saúde e do quanto é importante conhecê-los.

Em seguida é esclarecido que caso o problema de saúde apresentado não possa ser resolvido integralmente na Atenção Básica, o usuário será encaminhado para um especialista. São enumeradas algumas especialidades às quais o usuário poderá ser referenciado.

O material informa que os serviços da Média Complexidade serão ofertados em ambiente ambulatorial e que, para acessar os serviços da Média Complexidade é necessário encaminhamento da Atenção Básica (postos de saúde).

É esclarecido que o público alvo da Média Complexidade compreende os pacientes com necessidades que ultrapassem os recursos disponíveis nos postos de saúde (Atenção Básica). E ressaltado a importância de somente ser direcionado ao especialista ou aos centros especialidade os pacientes que realmente necessitam,

pois assim é possível evitar superlotação, falta de vagas e propiciar o acesso rápido e eficaz como deve ser.

Na sequência é feita a explanação sobre a Alta Complexidade (hospitais), esclarecendo que este nível de assistência é composto por procedimentos de alta tecnologia e alto custo, e que dentre eles temos a hemodiálise, a assistência ao paciente com câncer, a neurocirurgia, as cirurgias cardiológicas, ortopédicas e vasculares, o cateterismo, dentre outros.

Posteriormente é abordada a Rede de Urgência e Emergência. É esclarecido que o Pronto Socorro é a unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato, como no caso de acidentes, fraturas, pneumonia, suspeita de infarto ou derrame, apendicite, e outras complicações.

É feito o alerta de que muitas vezes o pronto socorro é procurado para renovação de receitas, exames de rotina ou de gravidez, atestados de saúde, encaminhamentos e outras solicitações que não são de urgência. Mas que para que não haja superlotação do pronto-socorro e o atendimento seja rápido como as ocorrências exigem, deverá ser procurado apenas nas situações com necessidade imediata de atendimento.

Acrescenta-se ainda que o usuário ao utilizar o pronto-socorro de forma apropriada estará contribuindo para redução da superlotação e melhoria da agilidade e qualidade de atendimento. E a apresentação é finalizada dando destaque para a importância de se tomar conhecimento dos serviços disponíveis em cada nível de assistência, a fim de que seja evitada a superlotação dos serviços, gastos excessivos para atendimentos simples e a insatisfação com o atendimento prestado.

## 9. CONCLUSÃO

O estudo possibilitou o desenvolvimento de um trabalho educacional para orientar o acesso aos serviços de saúde aos usuários do SUS, visto que as queixas e hipóteses diagnósticas predominantes na amostra eram sensíveis ao atendimento na atenção básica, todavia os pacientes recorreram ao pronto-socorro. E, assim sendo, subsidiou o desenvolvimento desta dissertação e a elaboração do produto deste Mestrado Profissional.

Permitiu ainda, a caracterização do perfil epidemiológico da demanda do pronto-socorro ao evidenciar que a maioria dos usuários é do sexo feminino e a faixa etária mais frequente é a de 21 a 30 anos. Destacou a cefaléia, a tosse e a dor abdominal como os principais sinais e sintomas. E entre as hipóteses diagnósticas ocorreu preponderância da hipertensão arterial e lombalgia.

Quanto ao período de atendimento foi identificado o predomínio de procura por atendimento das 07:00 AM às 18:00 PM, correspondendo a 72% dos atendimentos.

Espera-se que a disseminação do produto desenvolvido, assim como a caracterização da demanda do pronto-socorro, possam contribuir para melhoria do acesso aos serviços de saúde, assim como, oferecer subsídios para ações programáticas que visem uma melhor gestão dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ALBANO, Bruno Ramos et al. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem Integrada**, Minas Gerais, v.3, n.2, nov./dez. 2010.

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.

ALMEIDA, Márcia Furquim de et al. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.743-756. 2002.

AMB, Associação Médica Brasileira; CFM, Conselho Federal de Medicina. Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade; Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação; Academia Brasileira de Neurologia. **Cefaléias em Adultos na Atenção Primária à Saúde: Diagnóstico e Tratamento**. Projeto Diretrizes, 2009.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BEZERRA, Roberto Cláudio Rodrigues; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, v. 39, n. 2, p. 327-350, mar-jan. 2005.

BARROS, Delba Machado; SÁ, Marilene de Castilho. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência e saúde coletiva** Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2473- 2482, ago. 2010.

BARROS, Elionora Cavalcanti de; VALENTIM, Márcia Cristina; MELO, Maria Amélia Aragão. O debate sobre o mestrado profissional na Capes: trajetória e definições. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília, ano 2, n.4, p. 124-138, jul. 2005.

BIGAL M E, BORDINI C A, SPECIALI J G. Etiology and distribution of headaches in two Brazilian primary care units. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 40, n. 3, p. 241-247, 2000.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação em emergência hospitalar. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p. 1439-1454, jul. 2009.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700002>.



BOUNES V, EDLOW J A. Migraine: diagnosis and pharmacologic treatment in emergency department. **Eur Rev Med Pharmacol Sci**, v. 15, n. 2, p. 215-21, fev. 2011.

BRASIL. Artigo 196. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007, v.9, p.248, 1.ed.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006. 164 p. ISBN 85-89545-07-5

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria normativa nº 17, de 28 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 dez 2009. Seção 1, p. 20.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. ISBN978-85-334-1359-71 [www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_direito\\_usuarios\\_2ed2007.pdf](http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde**. 3.ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480p. ISBN 978-85-334-1552-2

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Série Pactos pela Saúde Política Nacional de Atenção Básica**. v.4. 60p. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. ISBN 85-334-1186-3

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 46p.

BREVIDELLI, Maria Meimei. SERTÓRIO, Sonia Cristina Masson. **TCC-Trabalho de Conclusão de Curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde**.4.ed.São Paulo: látria, 2010.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira, MEHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2003.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno- assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada . **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469- 478, jul- set, 1997.

COELHO, Mônica Franco. **Caracterização dos atendimentos de urgência clínica em um hospital de ensino**. 2009, 79f. Tese de Mestrado (Programa de Enfermagem Fundamenta). Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, SP.  
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-07102009-143905/pt-br.php>

COLLEY, H.; Hodkinson, P. & Malcolm, J. "Non-formal learning: mapping the conceptual terrain". A consultation report, Leeds: University of Leeds Lifelong Learning Institute. 2002. Disponível no endereço: [http://www.infed.org/archives/etexts/colley\\_informal\\_learning.htm](http://www.infed.org/archives/etexts/colley_informal_learning.htm) In: In: VIEIRA, Valéria et al. Espaços não-formais de ensino e o currículo de ciências. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v.57, n.4, out./dez. 2005. On-line version ISSN 2317-6660

DE JESUS, Washington Luiz Abreu; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010.

DEYO R A, PHILLIPS W R. Low back pain: a primary care challenge. **Spine**, v. 21, n. 24, p. 2826-2832, 1996.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de et al. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 1.ed. São Paulo: Difusão Editora, 2004. 247p. 106-109

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; TONINI, Teresa, **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**, São Paulo: Yendis, 1. ed., 2011. p 117-312

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.105-9, 2005.

FONTELLES, Mauro José et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, p. 55-124, 2003.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GOHN, Maria da Glória. **Educação não-formal e cultura política. Impactos sobre o associativismo do terceiro setor**. São Paulo: Cortez, 1999. In: VIEIRA, Valéria et

al. Espaços não-formais de ensino e o currículo de ciências. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v.57, n.4, out./dez. 2005. On-line version ISSN 2317-6660

GOHN, Maria da Glória. Educação não-formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas. **Revista Ensaio-Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v.14, n.50, p. 27-38, jan./mar. 2006.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza et al. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 45, n. 1, p. 31-38, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=330630>. Acesso em: 08 fev. 2016, 11:05.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

LOPES, Gertrudes Teixeira; CLOS, Araci Carmem; SANTIAGO, Maria Madalena de Andrade. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos: normas da ABNT, estilo Vancouver, bioética**. Petrópolis: EPUB, 2006. 72p.

LOVALHO, Adriana de Freitas. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. **Mundo saúde**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 160-171, abr.- jun. 2004.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio et al. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde (Org.). Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

MENDES, Eugenio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.  
ISBN: 978-85-7967-075-6

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.  
ISBN: 978-85-7967-075-6

MOREIRA, Marco Antônio et al. **Aprendizagem significativa: um conceito subjacente**. In: Actas Del Encuentro Internacional sobre el Aprendizaje Significativo. Burgos: Universidade de Burgos, 1997, p 19-44.

MOREIRA, Marco Antônio. Pesquisa Básica em Educação em Ciências: uma visão pessoal. **Revista Chilena de Educação Científica**, v.3, n.1, p.10-17, 2004.

NEVES, Rita Araújo; DAMIANI, Magda Floriana. Vygotsky e as Teorias da Aprendizagem. **UNirevista**, v. 1, n. 2, p. 1-10,abr. 2006.

O'DWYER, Gisele Oliveira et al. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.35,

p.1881-1890, dez. 2009. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500030>.

OLIVATI, Fabrício Narciso et al. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 15, n. 3, 2011.

OLIVEIRA, Gabriella Novelli et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 548-56, 2011.

OLIVEIRA, Denize Cristina et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 197-206, jan. 2008.

OMS. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde [Internet]. Alma Ata, 1978. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/05> . Acesso em: 23 setembro 2013.

[www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011\\_por.pdf](http://www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf)

PINAFO, Elisangela et al. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 201- 221, jul.- out. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> . Acesso em 01 setembro 2015.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000200003> On-line version  
ISSN 1981-7746

PINHEIRO, Rejane Sobrinho et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PINTO, João Bosco. Ação educativa através de um método participativo no setor saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. **Ação Participativa: metodologia; anais do Encontro de Experiências de Educação e Saúde da Região Norte**. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982. p. 15 - 19. [Série F: Educação e Saúde,4].

PORTAL VR. Disponível em: <http://www.portalvr.com/2012-12-20-11-24-20/caracteristica> - Acesso em: 10/02/2016 09:23.

RIBEIRO, Ailton Lima. **Emergência X Atenção Eletiva, um problema a ser resolvido**. 2011. Monografia (Especialização). Curso de Gestão em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011.

RIVEIRA, Francisco Javier Uribe. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.  
[www.books.scielo.org/id/4ghgb/pdf/rivera-9788575412480.pdf](http://www.books.scielo.org/id/4ghgb/pdf/rivera-9788575412480.pdf)

RODRIGUES, Paulo Henrique; SANTOS, Isabela Soares. **Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. São Paulo: Atheneu, 2009.

ROLIM, Leonardo Barbosa et al. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan/mar. 2013.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 13, n. 6, p.1027-34, nov-dez. 2005.

SAMPAIO, Luís Fernando Rolim; MENDONÇA, Claunara Schiling; JÚNIOR, Nulvio Lermen. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti Lopes. **Tratado de Medicina da Família e da Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 28-39.

SCHWARTZ, Talita Dourado et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, jul. 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA (SMSVR). (Brasil): **Guia de Saúde Pública de Volta Redonda**. Brasil. Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda, 2013, 88 p.

SILVA, Maria Enoia Dantas da Costa. Resistência do homem às ações de saúde: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar**, Teresina. v.3, n.3, p.21-25, jul/set. 2010.

SIMONS, Dione Alencar. **Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do programa Saúde da Família**. 2008. 160p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2008.

SOUSA, Maria Fátima de; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 711-729, 2009.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300009>

SOUSA, Renilson Rehem de. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Seminário Internacional. Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002, p. 32-33.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.

VASCONCELOS, Eymar Mourão; VASCONCELOS, Marcos Oliveira Dias. Educação Popular. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti Lopes. **Tratado de Medicina da Família e da Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.91-92.

## APÊNDICE A

**Tabela 1** – Distribuição dos usuários atendidos no pronto socorro adulto do HMMR, segundo sinais e sintomas, no ano de 2011, Volta Redonda, RJ

TABELA 1 – SINAIS OU SINTOMAS

<b>Queixa (Sinal ou sintoma)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Abscesso cutâneo</b>	1	0,103%
<b>Afecção cutânea</b>	17	1,749%
<b>Afecção ocular</b>	10	1,029%
<b>Alergia</b>	1	0,103%
<b>Alucinação Auditiva e visual</b>	1	0,103%
<b>Amenorréia</b>	5	0,514%
<b>Ansiedade</b>	7	0,720%
<b>Anúria</b>	1	0,103%
<b>Artralgia</b>	13	1,337%
<b>Ascite</b>	1	0,103%
<b>Astenia</b>	7	0,720%
<b>Cefaléia</b>	109	11,214%
<b>Colelitíase</b>	1	0,103%
<b>Congestão nasal</b>	33	3,395%
<b>Corpo estranho</b>	2	0,206%
<b>Derrame pleural</b>	1	0,103%
<b>Diarréia</b>	45	4,630%
<b>Diminuição da acuidade visual</b>	1	0,103%
<b>Disfagia</b>	3	0,309%
<b>Disfonia</b>	3	0,309%
<b>Dispnéia</b>	24	2,469%
<b>Distensão muscular</b>	1	0,103%
<b>Disúria</b>	27	2,778%
<b>Dor abdominal</b>	62	6,379%
<b>Dor em cotovelo</b>	1	0,103%
<b>Dor em face</b>	6	0,617%
<b>Dor em membro inferior</b>	16	1,646%
<b>Dor em membro superior</b>	10	1,029%
<b>Dor inguinal</b>	1	0,103%
<b>Dor na coluna</b>	10	1,029%
<b>Dor no joelho</b>	16	1,646%
<b>Dor no ombro</b>	7	0,720%
<b>Dor pleurítica</b>	2	0,206%
<b>Edema</b>	8	0,823%
<b>Emagrecimento</b>	2	0,206%
<b>Epigastralgia</b>	20	2,058%
<b>Epistaxe</b>	2	0,206%
<b>Espirros</b>	1	0,103%
<b>Estrangúria</b>	2	0,206%

<b>Estresse</b>	2	0,206%
<b>Febre</b>	56	5,761%
<b>Fogachos</b>	3	0,309%
<b>Fotofobia</b>	2	0,206%
<b>Hematoma</b>	3	0,309%
<b>Hematúria</b>	3	0,309%
<b>Hérnia umbilical</b>	1	0,103%
<b>Hipoacusia</b>	3	0,309%
<b>Hordéolo</b>	1	0,103%
<b>Inapetência</b>	1	0,103%
<b>Infecção Cutânea</b>	3	0,309%
<b>Insônia</b>	3	0,309%
<b>Leucorréia</b>	5	0,514%
<b>Lesão genital</b>	2	0,206%
<b>Lesão corto-contusa</b>	4	0,412%
<b>Lombalgia</b>	39	4,012%
<b>Mal estar</b>	26	2,675%
<b>Mialgia</b>	37	3,807%
<b>Náusea</b>	36	3,704%
<b>Nervosismo</b>	5	0,514%
<b>Obstipação</b>	1	0,103%
<b>Odinofagia</b>	48	4,938%
<b>Oligúria</b>	2	0,206%
<b>Otalgia</b>	7	0,720%
<b>Palpitação</b>	2	0,206%
<b>Parestesia</b>	3	0,309%
<b>Pirose</b>	1	0,103%
<b>Plenitude pós-prandial</b>	3	0,309%
<b>Polaciúria</b>	10	1,029%
<b>Precordialgia</b>	12	1,235%
<b>Prostação</b>	4	0,412%
<b>Prurido</b>	8	0,823%
<b>Sangramento de mucosas</b>	1	0,103%
<b>Sibilos</b>	5	0,514%
<b>Síncope</b>	3	0,309%
<b>Tosse</b>	84	8,642%
<b>Torpor</b>	1	0,103%
<b>Varizes</b>	1	0,103%
<b>Vertigem</b>	21	2,160%
<b>Vômito</b>	39	4,012%
<b>Zumbido</b>	1	0,103%
	972	100 %

## APÊNDICE B

**Tabela 2** – Distribuição dos usuários atendidos no pronto socorro adulto do HMMR, segundo as hipóteses diagnósticas, no ano de 2011, Volta Redonda, RJ

TABELA 2 – HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Hipóteses diagnósticas	Total	%
<b>ABCESSO</b>	4	0,4%
<b>ACIDENTE C/ MATERIAL BIOLÓGICO</b>	1	0,1%
<b>ADENOPATIA</b>	1	0,1%
<b>ADINAMIA</b>	1	0,1%
<b>AFECÇÃO CUTÂNEA</b>	2	0,2%
<b>AFECÇÃO OCULAR</b>	4	0,4%
<b>AFERIR PA</b>	3	0,3%
<b>ALERGIA</b>	10	1,1%
<b>ALTERAÇÃO DO FLUXO MENSTRUAL</b>	8	0,9%
<b>AMIGDALITE</b>	45	4,9%
<b>ARTRITE</b>	37	4,1%
<b>ARTROSE</b>	3	0,3%
<b>ASMA</b>	15	1,6%
<b>ATENDIMENTO À GESTANTE</b>	1	0,1%
<b>ATESTADO DE SAÚDE PARA A JUSTIÇA</b>	1	0,1%
<b>AVE</b>	1	0,1%
<b>BEXIGOMA</b>	1	0,1%
<b>CEFALÉIA</b>	34	3,7%
<b>CERÚMEM</b>	3	0,3%
<b>CERVICALGIA</b>	3	0,3%
<b>CISTO CUTÂNEO</b>	2	0,2%
<b>CÓLICA BILIAR</b>	4	0,4%
<b>CÓLICA RENAL</b>	4	0,4%
<b>CONJUNTIVITE</b>	18	2,0%
<b>CONTUSÃO</b>	1	0,1%
<b>CORPO ESTRANHO</b>	4	0,4%
<b>CRISE CONVULSIVA</b>	2	0,2%
<b>CRISE NERVOSA</b>	21	2,3%
<b>DENGUE</b>	4	0,4%
<b>DERMATITE</b>	4	0,4%
<b>DERRAME PLEURAL</b>	1	0,1%
<b>DIARRÉIA</b>	1	0,1%
<b>DIMINUIÇÃO DA ACUIDADE VISUAL</b>	1	0,1%
<b>DISMENORRÉIA</b>	5	0,5%
<b>DISPEPSIA</b>	19	2,1%
<b>DISRRITMIA CEREBRAL</b>	1	0,1%
<b>DISTENSÃO MUSCULAR</b>	22	2,4%
<b>DM</b>	14	1,5%
<b>DOR ABDOMINAL À ESCLARECER</b>	26	2,9%



<b>DOR MMII</b>	1	0,1%
<b>DOR NO GENITAL</b>	1	0,1%
<b>DOR TORÁCICA À ESCLARECER</b>	9	1,0%
<b>DPOC</b>	9	1,0%
<b>DST</b>	3	0,3%
<b>EDEMA MMII À ESCLARECER</b>	1	0,1%
<b>EMBRIAGUEZ</b>	2	0,2%
<b>ENDOMETRIOSE</b>	1	0,1%
<b>ENTORSE</b>	6	0,7%
<b>ENXAQUECA</b>	3	0,3%
<b>EPIGASTRALGIA</b>	3	0,3%
<b>EPISTAXE</b>	2	0,2%
<b>ERISPELA</b>	2	0,2%
<b>ESCABIOSE</b>	1	0,1%
<b>ESPORÃO</b>	4	0,4%
<b>FARINGITE</b>	6	0,7%
<b>FERIDA CORTO-CONTUSA</b>	8	0,9%
<b>FIBROMIALGIA</b>	2	0,2%
<b>FRATURA</b>	2	0,2%
<b>FURÚNCULO</b>	1	0,1%
<b>GASTRITE</b>	15	1,6%
<b>GASTROENTERITE</b>	42	4,6%
<b>GOTA</b>	5	0,5%
<b>GRAVIDEZ</b>	4	0,4%
<b>HAS</b>	50	5,5%
<b>HÉRNIA</b>	3	0,3%
<b>HÉRNIA DE DISCO</b>	3	0,3%
<b>HERPES SIMPLES</b>	1	0,1%
<b>HERPES ZOSTER</b>	1	0,1%
<b>HIPEREMESE GRAVÍDICA</b>	1	0,1%
<b>HIPOGLICEMIA</b>	3	0,3%
<b>HIPOSENSÃO</b>	3	0,3%
<b>HORDÉOLO</b>	1	0,1%
<b>IAM</b>	7	0,8%
<b>ICC</b>	3	0,3%
<b>INFECÇÃO CUTÂNEA</b>	10	1,1%
<b>INSÔNIA</b>	1	0,1%
<b>INTOXICAÇÃO ALIMENTAR</b>	1	0,1%
<b>INTOXICAÇÃO EXÓGENA</b>	3	0,3%
<b>ITU</b>	42	4,6%
<b>IVAS</b>	33	3,6%
<b>LABIRINTITE</b>	4	0,4%
<b>LEUCORRÉIA</b>	4	0,4%
<b>LIPOMA</b>	1	0,1%
<b>LOMBALGIA</b>	50	5,5%
<b>MAL ESTAR INESPECÍFICO</b>	1	0,1%
<b>MEDICAÇÃO</b>	28	3,1%
<b>MIALGIA</b>	3	0,3%

<b>MIASTENIA GRAVIS</b>	1	0,1%
<b>MICOSE</b>	1	0,1%
<b>MOSTRAR EXAME</b>	3	0,3%
<b>NÁUSEA</b>	1	0,1%
<b>NEOPLASIA</b>	3	0,3%
<b>OSTEOCONDRITE</b>	2	0,2%
<b>OTITE</b>	7	0,8%
<b>PICADA DE ANIMAL PEÇONHENTO</b>	1	0,1%
<b>PICADA DE INSETO</b>	2	0,2%
<b>PNM</b>	16	1,8%
<b>PRECORDIALGIA</b>	2	0,2%
<b>QUEDA</b>	5	0,5%
<b>RENOVAR RECEITA</b>	2	0,2%
<b>SÍNCOPE</b>	1	0,1%
<b>SÍNDROME ARTERIAL OCLUSIVA</b>	1	0,1%
<b>SÍNDROME GRIPAL</b>	36	4,0%
<b>SINUSITE</b>	31	3,4%
<b>SOLICITAR ENCAMINHAMENTO</b>	1	0,1%
<b>SOLICITAR EXAME</b>	6	0,7%
<b>TCE</b>	1	0,1%
<b>TENDINITE</b>	7	0,8%
<b>TOSSE ALÉRGICA</b>	7	0,8%
<b>TRAUMA</b>	29	3,2%
<b>TUBERCULOSE</b>	1	0,1%
<b>ÚLCERA DUODENAL</b>	1	0,1%
<b>VARICELA</b>	1	0,1%
<b>VARIZES</b>	4	0,4%
<b>VERMINOSE</b>	1	0,1%
<b>VIROSE</b>	13	1,4%
<b>ZUMBIDO</b>	1	0,1%
	910	100%