

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

BERY ORNELAS PORTO NETO

**MOTIVOS QUE LEVAM OS USUÁRIOS AO PRONTO ATENDIMENTO EM
PRESIDENTE KENNEDY/ES**

VITÓRIA
2021

BERY ORNELAS PORTO NETO

**MOTIVOS QUE LEVAM O USUÁRIO AO PRONTO ATENDIMENTO EM
PRESIDENTE KENNEDY/ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva

Área de Concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITORIA

2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

Porto Neto, Bery Ornelas
P853m Motivos que levam os usuários ao Pronto Atendimentos em
Presidente Kennedy/ES / Bery Ornelas Porto Neto. - 2021.
74 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Acesso aos serviços de saúde – Presidente Kennedy (ES).
2. Emergências. 3. Serviços de saúde. 4. Necessidades e
demandas de serviço de saúde. I. Silva, Valmin Ramos da. II.
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 362.12

BERY ORNELAS PORTO NETO

**MOTIVOS QUE LEVAM OS USUÁRIOS AO PRONTO ATENDIMENTO EM
PRESIDENTE KENNEDY/ES**

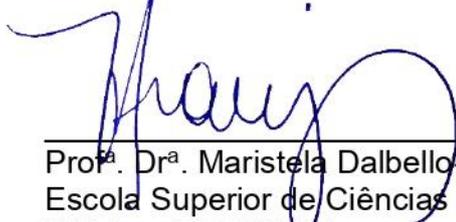
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 06 de abril de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientador



Prof.ª Dr.ª Maristela Dalbello-Araujo
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Prof.ª Dr.ª Maria Angélica Carvalho Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus e segundo a minha Família dedico essa conquista em minha vida.

Agradeço ao Professor, orientador e amigo Professor Valmin Ramos da Silva, pela competência, compreensão e por contornar momentos difíceis que passei no curso. Gratidão é a palavra.

Agradeço ao amigo Thiago Mottas, pelo seu tempo em momentos cruciais do meu trabalho. Obrigado pela atenção e ajuda.

À secretaria de saúde do município de Presidente Kennedy/ES e administração por tornar o estudo possível.

A todos os funcionários da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, representados aqui pela Gabriela que abraça os alunos nas horas mais decisivas e se faz presente em todos os âmbitos da Instituição.

Aos professores da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM pelo apoio e incentivo em todos os momentos.

RESUMO

Introdução: A organização do sistema de saúde brasileiro é marcada por anos de lutas e desafios, sempre na tentativa de buscar uma melhoria de assistência à saúde da população. O presente trabalho discute a utilização e organização dos serviços de Unidade de Pronto Atendimento no SUS, no aspecto proposto de hierarquização dos serviços e a realidade sobre a utilização no município de Presidente Kennedy/ES. Discussões sobre o funcionamento e a importância das UPAS se fazem presente, considerando que estes serviços acabam se tornando uma válvula de escape no atendimento à população como porta de entrada imediata para o cidadão, o que faz esse serviço atender uma demanda cada vez maior de pessoas à procura de atendimento de todo tipo. **Objetivo:** Descrever os motivos que levam o usuário ao Pronto Atendimento Municipal de Presidente Kennedy/ES, na perspectiva do usuário do serviço. **Método:** Trata-se de uma análise quantitativa de dados textuais e pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, que contou com 60 participantes que buscaram espontaneamente o serviço do Pronto Atendimento, em Presidente Kennedy/ES, durante plantões de 24 horas, entre 01/03/2020 a 30/06/2020. Os participantes foram submetidos a entrevista gravada para responder a duas perguntas norteadoras: 1) Por que você veio para consulta no Pronto Atendimento? 2) Por que você não procurou atendimento na Unidade Básica de Saúde? As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, constituindo um arquivo digital, que foi processado pelo software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que é de domínio público e que tem por finalidade descobrir a informação essencial contida num texto, através de análise estatística textual. **Resultados:** Conforme se vislumbra os resultados, a escolha pela realização de consulta no Pronto Atendimento se dá por inúmeros motivos, sejam eles por disponibilidade de horário, atendimento mais ágil, disponibilidade de médicos 24 horas, proximidade com os locais em que residem os participantes e outros. **Conclusão:** O pronto atendimento foi criado com o intuito de prestar um atendimento de emergência a casos mais graves, contudo, na prática vislumbra-se a procura em situações que deveriam ser encaminhadas às Unidade de Saúde dos bairros, indicando que a precariedade do sistema de saúde é um fator relevante para essa busca pelo pronto atendimento, que é um reflexo da precariedade de atendimento nas Unidades de Saúde.

Palavras chave: Necessidades e demandas de serviços de saúde; Acesso aos serviços de saúde; Serviços de saúde; Emergências; Urgência.

ABSTRACT

Introduction: The organization of the Brazilian health system is marked by years of struggles and challenges, always in an attempt to improve the population's health care. This paper discusses the use and organization of the services of the Emergency Care Unit in the SUS, no proposed aspect of hierarchization of services, and the reality of their use in the city of Presidente Kennedy / ES. Discussions about the functioning and importance of the UPAS are present, considering that these services end up becoming an escape valve, not serving the population as an immediate gateway for the citizen, which makes this service meet an increasing demand of people looking for service of all kinds. **Objective:** To describe the reasons that lead the user to the Municipal Emergency Service in Presidente Kennedy / ES, from the perspective of the service user. **Method:** This is a quantitative analysis of textual data and descriptive research with a qualitative approach, which included 60 participants who spontaneously sought the Emergency Care service, in Presidente Kennedy / ES, during 24-hour shifts, between 03/01 / 2020 to 06/30/2020. Participants were told the recorded interview to answer two guiding questions: 1) Why did you come for a consultation at the Emergency Room? 2) Why don't you wait for care at the Basic Health Unit?. The calls were recorded and transcribed in full, constituting a digital file, which was processed by the IRAMUTEQ software (Interface of R pour les Analyzes Multidimensional by Textes et de Questionnaires), which is in the public domain and has to deviate from essential information contained in a text, through textual statistical analysis. **Results:** As the results can be seen, the choice to carry out an appointment in the Emergency Room is due to numerous reasons, whether due to availability of time, more agile care, 24-hour availability of physicians, proximity to the places where the participants live and others. **Conclusion:** The emergency care was created with the aim of providing emergency care for more serious cases, however, in practice, it is possible to see the demand in situations that will be referred to the Health Unit of the neighborhoods, indicating that the precariousness of the health system it is a relevant factor for this search for emergency care, which is a reflection of the precariousness of care in the Health Units.

Keywords: Health Services Needs and Demand. Health Services Accessibility. Health Services. Emergencies. Urgency.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Localização do Município de Presidente Kennedy/ES.....	16
Figura 2 - Dendograma representativo da classificação hierárquica decrescente das repartições em classes e porcentagem de palavras em cada classe, relatadas pelos participantes da pesquisa.....	44
Figura 3 - Dendograma representativo da categorização das classes e os valores percentuais dos segmentos de textos em relação ao total do corpus analisados, relatadas pelos participantes da pesquisa.....	45
Figura 4 - Dendograma representativo das ocorrências entre as palavras e suas conexidades, relatados pelas pessoas participantes da pesquisa. Presidente Kennedy/ES - 2020.....	51
Figura 5 - Dendograma representativo da classificação hierárquica decrescente das repartições em classes e porcentagem de palavras em cada classe, relatadas pelos participantes da pesquisa. Sendo dois subcorpus com três classes.....	52
Figura 6 - Dendograma representativo das ocorrências entre as palavras e suas conexidades, relatados pelas pessoas participantes da pesquisa. Presidente Kennedy/ES - 2020.....	54
Figura 7 - Nuvem de palavras representativa das ocorrências entre as palavras e suas conexidades, relato dos participantes da pesquisa. Presidente Kennedy/ES - 2020.....	55
Quadro 1 - Síntese dos marcos na Atenção Primária à Saúde, Rede de Atenção as Urgências e Emergências.....	36

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BAU	Boletim de Atendimento Único
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IRAMUTEQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
PA	Pronto Atendimento
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PS	Pronto Socorro
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
RAUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
RBCE	Rede Brasileira de Cooperação em Emergências
SEH	Serviços de Emergências Hospitalar
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	12
2.1	OBJETIVO GERAL	12
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3	JUSTIFICATIVA	13
4	METODOLOGIA	14
4.1	LOCAL DO ESTUDO	15
4.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	19
4.3	RISCOS	19
4.4	BENEFÍCIOS	20
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	21
5	CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA	22
5.1	ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUPERLOTAÇÃO	23
5.2	MOTIVOS QUE LEVAM O USUÁRIO AO PRONTO ATENDIMENTO E POLÍTICA NACIONAL DE URGÊNCIAS	29
5.3	ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA	36
6	CAPÍTULO II - RESULTADOS E DISCUSSÕES	40
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS PESQUISADOS	40
6.2	MOTIVOS QUE LEVAM O USUÁRIO AO PRONTO ATENDIMENTO	43
6.3	MOTIVOS QUE LEVAM O USUÁRIO A RECUSAR O ATENDIMENTO NA UNIDADE BASICA DE SAÚDE	51
	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICE A - Carta de Anuência	64
	APÊNDICE B - Questionário para Coleta de Dados	65
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	67
	ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP	69

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado está vinculada à área de concentração em Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local, na linha de pesquisa em Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais, do Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM. Tem por objetivo compreender os motivos que levam o usuário ao Pronto Atendimento Municipal (PAM) de Presidente Kennedy/ES.

A Constituição Brasileira de 1988 representou uma mudança importante para o sistema de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) reconhecendo a saúde como direito social, universal e de cidadania. O SUS significou a incorporação definitiva de amplas camadas da população excluídas do direito à saúde. Neste sentido, o SUS avançou ao propor o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, afirmando no Art. 196 da Constituição Federal que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

A organização do sistema de saúde brasileiro é marcada por anos de lutas e desafios, sempre na tentativa de buscar uma melhoria da qualidade de assistência à saúde da população. O presente trabalho discute a utilização e organização dos serviços de Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no SUS, no aspecto proposto de hierarquização dos serviços, procurando comparar o que foi proposto e a realidade atual de funcionamento.

Inúmeros foram os avanços alcançados pelo SUS, em especial, é possível mencionar a ampliação dos serviços da Atenção Básica. Entretanto, explica LAGO *et al.* (2010, p. 1284, tradução nossa) “Mas, problemas ainda são enfrentados diariamente, principalmente no que se refere à oferta desordenada de serviços que geram grandes filas de espera e uma demanda reprimida por atenção ambulatorial e hospitalar”.

A igualdade pode ser compreendida como um princípio no qual não há discriminação nem privilégios na assistência à saúde. Porém, necessidades de saúde diversas podem existir, ou seja, cabe ao SUS ofertar serviços e ações diferenciadas para as mais diversas necessidades da população (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), segundo Rocha (2005, p. 11), “[...] desempenham um papel fundamental no atendimento secundário de urgência à população brasileira e estão estruturadas de modo a cumprir os princípios de regionalização e hierarquização nas áreas onde estão estabelecidas”.

Discussões sobre a utilização, o funcionamento e a importância das UPAS se fazem presente, considerando que estes serviços acabam se tornando um escape no atendimento à população como porta de entrada imediata para o cidadão, o que faz esse serviço atender uma demanda cada vez maior de pessoas à procura de atendimento de todo tipo (ROCHA, 2005).

Portanto, apesar do fluxo hierarquizado, essas unidades passam a atuar como uma “[...] importante porta de entrada do sistema de saúde pública, ao darem acesso aos pacientes que lá chegam por demanda espontânea e que, em sua maioria, procuram atendimentos de consultas simples e de cuidados básicos” (ROCHA, 2005, p. 12).

Essa ausência de clareza por parte dos usuários se dá, pelo fato, de muitos desconhecerem a hierarquia dos atendimentos, não sabendo distinguir qual atendimento buscar, em que momento buscar. Com isso, os atendimentos básicos nos serviços de urgência modificam a proposta base do sistema de saúde, “[...] proporcionando pouca vinculação do usuário com os serviços de atenção básica e com a equipe de saúde de sua área de origem” (ROCHA, 2005, p. 12).

As UPAS foram criadas para para atuar como porta de entrada aos serviços de atendimento da urgência e emergência, contudo, em decorrência da demora de atendimento nos Postos de Saúde e, muitas vezes, a ausência de médicos, muitos pacientes buscam as UPAs para resolver problemas de saúde que deveriam ser tratados em consultas na Unidade de Saúde. Claro que deve ser assegurado a todos o acesso à saúde e aos cuidados, contudo, para um funcionamento mais adequado, as questões de doença deveriam ser direcionadas a espaços de saúde correspondente (ROCHA, 2005).

Existem condições que indicam a busca direta pelo PA, as mais comuns, mas não necessariamente as únicas que são atendidas ou deveriam estar lá, são: Febre alta;

acima de 39º; Fraturas e cortes com pouco sangramento; Infarto e derrame; Queda com entorse dor intensa ou suspeita de fratura; Cólicas renais; Falta de ar intensa; Crises Convulsivas; Dores fortes no peito; Vômito constante (BRASIL, 2020).

2 OBJETIVOS

Os objetivos norteiam todo trabalho de pesquisa desenvolvido, pois é a partir deles que se torna possível traçar o estudo. O objetivo geral é o tema central a ser analisado, enquanto os objetivos específicos detalham os processos necessários para que se atinja o objetivo geral.

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os motivos que levam o usuário ao Pronto Atendimento Municipal (PAM) de Presidente Kennedy/ES, na perspectiva do usuário do serviço.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Investigar a relação dos usuários com o sistema de saúde, pela busca por atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) em um município do Sul do Espírito Santo.

3 JUSTIFICATIVA

Diante a vivência por profissionais de saúde do PAM de Presidente Kennedy/ES, observa-se uma demanda de atendimentos de um nível básico de atenção, sem necessidade de estar presente neste ambiente de assistência, visto que o PA é um serviço de urgência-emergência, e por vezes observa-se a lotação do mesmo com frequência dos mesmos pacientes nesse ambiente.

A situação descrita sempre gerou inquietações sobre o motivo que leva as pessoas a procurarem o PAM e por vezes o atendimento que lhes é prestado é somente resolutivo naquele momento, podendo esconder algo maior. A partir dessa realidade, houve a necessidade de compreender os motivos que levam o usuário ao PAM de Presidente Kennedy/ES, para que posteriormente o município possa aprimorar os serviços ofertados, refletindo na satisfação do usuário e no uso racional dos recursos existentes.

4 METODOLOGIA

Trata-se de análise quantitativa de dados textuais e pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, de 60 entrevistas que contou com 60 participantes que buscaram espontaneamente o serviço do PA, em Presidente Kennedy/ES, durante plantões de 24 horas, entre 01/03/2020 a 30/06/2020. Os participantes foram escolhidos de forma aleatória após entrada no PA por ordem de chegada, enquanto aguardavam para consulta ou após a consulta e, também, de acordo com a disponibilidade do entrevistador, que acumulou as atividades laborais com as atividades de pesquisa durante as 24 horas dos plantões, sem horários definidos dentro do mesmo para realizar as entrevistas. Depois da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o participante foi submetido a entrevista gravada para responder a duas perguntas norteadoras: 1) Por que você veio para consulta no Pronto Atendimento; 2) Por que você não procurou atendimento na UBS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM pelo parecer n.º3.760.980. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, constituindo um arquivo digital, que foi processado pelo software IRAMUTEQ (CAMARGO; JUSTO, 2018) que é de domínio público e que tem por finalidade descobrir a informação essencial contida num texto, através de análise estatística textual.

Para Camargo (2005), embora se fale em análise quantitativa de dados textuais, a utilização de software como o IRAMUTEQ, não deixa de considerar a qualidade do fenômeno estudado, e ainda fornece critérios provenientes do próprio material, para a consideração do mesmo como indicador de um fenômeno de interesse científico, além do caráter inovador que esse instrumento confere à análise dos discursos, por meio da análise de similitude (CAMARGO, JUSTO, 2013).

Para Ludke e André (2013), o estudo qualitativo é planejado de forma aberta e flexível, focalizando a realidade de forma complexa e contextualizada.

Segundo Yin (2001), as características básicas de um estudo qualitativo fazem com que a investigação sobre um fenômeno contemporâneo possa ser mais bem compreendida no contexto em que ele ocorra e do qual faça parte, devendo ser

analisado de forma integrada.

Souza, Kantorski e Luis (2011), ressaltam a importante contribuição da pesquisa qualitativa no campo da saúde, pois essas pesquisas envolvem questões subjetivas relacionadas aos comportamentos, as interações sociais e o modo de vida dos indivíduos envolvidos no processo saúde-doença.

Para a compreensão da análise textual o IRAMUTEQ analisa: 1) Corpus que é o conjunto de textos que se pretende analisar; 2) Texto é cada entrevista que compõe o Corpus. Se uma determinada análise diz respeito às respostas de “n” participantes a uma questão aberta, cada resposta será um texto, e tem-se “n” textos; 3) Segmentos de texto são partes do texto, na maioria das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo próprio software e visualizado em diferentes cores. Assim, corpus, texto e segmentos de texto constituem o objeto de análise do IRAMUTEQ (CAMARGO; JUSTO, 2013). O programa pode fazer vários tipos de análises de dados textuais, baseados na análise de grafos (THOMAS; SEO; SAEL, 2016), que possibilita identificar as coocorrências (princípio distribucional que diz respeito à possibilidade de unidades ocorrerem uma(s) em combinação com outra(s) entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura da representação).

“A teoria dos grafos estuda a relação entre indivíduos dentro de uma rede, através de estruturas denominadas grafos. Um grafo nada mais é que um conjunto de pontos (que podem ser indivíduos, instalações, países...) que contenham relações entre si” (CHALRÉO, 2016, p. 1, grifo do autor). E identificando quais os indivíduos são mais influentes dentro da rede.

4.1 LOCAL DO ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida no PAM de Presidente Kennedy/ES, cidade com 11.658 habitantes, estimativa segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021a).

Apenas para fins de conhecimento, o município se chamava Batalha, nome que se

dava a localidade, distrito do Município de Itapemirim/ES, contudo, à época ocorreu o assassinato do então presidente norte-americano John F. Kennedy. Com isso, o deputado estadual Adalberto Simão Nader tomou a iniciativa de sugerir uma homenagem ao político que criou a Aliança para o Progresso, programa de ajuda aos países do 3º Mundo, tornando-se, assim, Presidente Kennedy (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Quanto ao seu território, possui uma área de 583,933 Km², confrontando com os municípios de Maratáizes a Nordeste, Itapemirim, ao norte, Atílio Vivacqua e Mimoso do Sul, a Oeste, e o Estado do Rio de Janeiro ao Sul (PRESIDENTE KENNEDY, 2017). Acerca de seus habitantes, basicamente com predominância de residência em área rural (66,65%). No que diz respeito à cor/raça o município apresenta 52,59% da população parda, 36,59% branca, 0,67% amarela e 0,04% indígena (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Figura 1 - Localização do Município de Presidente Kennedy/ES



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021a).

De acordo com os dados domunicípio:

[...] o maior PIB per capita do país, R\$ 815.093,79 (oitocentos e quinze mil, noventa e três reais e setenta e nove centavos), evidenciando como setor de destaque o petrolífero, maior responsável pelo produto interno do município em função da arrecadação de royalties do petróleo (PRESIDENTE KENNEDY, 2017, p. 12).

Sua economia é baseada na agricultura, pecuária, pesca, serviços, indústria de pequeno porte e de grande porte relacionada à exploração do petróleo e gás, e o turismo (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Com relação à educação, de acordo com os dados do IBGE, o município de Presidente Kennedy/ES possui uma taxa de escolarização de 97,1%, entre indivíduos de 6 a 14 anos de idade. Comparando com outros municípios no estado ocupa a posição 54° de 78° e comparando com outros municípios em todo território nacional, ocupa a posição 3514° de 5570° (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021b), contrastando com o seu elevado PIB.

Já a taxa de analfabetismo é preocupante. Em 2000, a pesquisa do Censo IBGE apresentou uma taxa no município de 25,5% da população, reduzindo em 2010, 17,1%, contudo, ainda um número considerável e preocupante (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021b).

A Atenção Primária, no município de Presidente Kennedy/ES é organizada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e é desenvolvida em todo o município, tendo como horário de atendimento de 07:00 horas as 16:00 horas. Possui um alcance de 100% de cobertura de atendimento e é dividida em 05 regiões que dispõem de 9 UBS, sendo 05 com ESF e 04 Unidades de Apoio, localizadas, uma na zona urbana e oito na zona rural (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Em 2017, conforme levantamento no Plano Municipal de Saúde do município, era promovido o acompanhamento de aproximadamente 139 famílias assentadas, 02 famílias ciganas, 300 famílias quilombolas e 31 famílias de pescadores (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

O acesso aos serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC) no município se dá a partir das Unidades Básicas de Saúde, Pronto-Atendimento Municipal (PAM) e Central de Regulação, utilizando como ferramentas o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e o Consórcio Público da Região Polo Sul (CIM POLO SUL). O acesso hospitalar se dá por meio do encaminhamento dos pacientes à hospitais referência na região, que na grande maioria estão localizados no município de Cachoeiro de Itapemirim, como: Hospital Evangélico, Santa Casa de Misericórdia e Hospital Infantil Francisco de Assis (PRESIDENTE KENNEDY, 2017, p. 31).

Os exames solicitados pela rede básica são realizados no Laboratório do PAM de Presidente Kennedy/ES, através de credenciamento municipal com outros laboratórios. Já a Assistência Farmacêutica compreende a distribuição de medicamentos regulamentados na Farmácia Básica, nas unidades básicas de saúde e PAM (PRESIDENTE KENNEDY, 2017). Embora conste no Plano Municipal de Saúde que a assistência farmacêutica compreende todas as unidades de saúde do município, essa informação não foi confirmada neste estudo.

O PA possui área construída de 1.592m², conta com uma recepção, uma sala de espera ampla, uma sala de sinais vitais, quatro consultórios, uma sala de emergência-medicação sendo um leito de emergência e dois de retaguarda, um posto de enfermagem com seis leitos de observação, seis banheiros, uma cozinha, um almoxarifado, uma sala de apoio para motoristas, um laboratório de análises clínicas, uma farmácia, e um equipamento de raios-x. Esta unidade realiza atendimentos 24 horas, todos os dias, atendendo as urgências e emergências e casos que demandam atendimentos não urgentes, mas, considerando prioritário pelos usuários.

Com relação ao quadro de funcionários, equipe é composta por 15 enfermeiros, 4 farmacêuticos, 1 coordenador de enfermagem, 27 técnicos de enfermagem, 3 auxiliares de enfermagem, 22 médicos (Clínicos Gerais), 1 diretor clínico 1 diretor administrativo, 2 assistentes social, 4 recepcionistas, 8 motoristas de ambulância, 2 técnicos de gesso, 3 oficiais administrativos, 6 higienizadoras, 1 nutricionista, 6 cozinheiras, 4 maqueiros, 4 técnicos de RX. Possui farmácia básica que atende 24 horas todos os dias da semana com presença do farmacêutico em horário integral, onde o paciente após passar por consulta médica pode pegar a medicação receitada para casa, se necessário. Importante ressaltar que o pronto atendimento conta com 3 ambulâncias e 2 UTI móvel, responsáveis pela busca do paciente que ligue no pronto atendimento solicitando o transporte para vir consultar e após a consulta por levar o

paciente para casa. Esse transporte inclui os pacientes em todo o município, sem classificação de risco ou qualquer tipo de protocolo.

Ao chegarem ao PA, os pacientes passam na recepção onde a mesma preenche o Boletim de Atendimento Único (BAU) e são encaminhados para a sala de sinais vitais, onde o técnico ou auxiliar de enfermagem aferem a pressão arterial, pulso, glicemia capilar e temperatura, e após são encaminhados para o consultório médico.

O Plano Municipal de Saúde prevê a classificação de risco como uma das metas implantadas e a serem mantidas (PRESIDENTE KENNEDY, 2017), contudo, não foi observada a ação de classificação de risco na unidade avaliada.

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa pacientes residentes no município do PA. Foram excluídos aqueles que 1) foram direcionados para sala de emergência assim que deram entrada no Pronto Atendimento; 2) que permaneceram internados ou em observação na unidade; 3) que chegaram ao Pronto Atendimento com encaminhamento formal de outro serviço de saúde do município; 4) menores de 18 anos e 5) analfabetos. Os pacientes com maior urgência para o atendimento foram excluídos da pesquisa, por se entender ser esse o local obrigatório para o atendimento a esses pacientes. Além disso, em decorrência da pandemia de COVID-19 foram necessários ajustes e modificações no projeto, desde fossem cumpridas todas questões éticas aprovadas no projeto.

4.3 RISCOS

Os riscos desta pesquisa são mínimos e se referem principalmente desconforto para responder ao questionário e a entrevista e também a quebra de anonimato. Para diminuir o desconforto relacionado ao tempo em participar da pesquisa, estimamos no máximo em 40 minutos, sendo 20 minutos para preencher o questionário e 20 minutos para gravar a entrevista. Para atender a questão da segurança do sigilo, a entrevista foi realizada em ambiente privado e o anonimato foi mantido em todas as etapas do estudo, incluindo a divulgação dos resultados, que serão apresentados de modo a

nunca identificar os participantes da pesquisa.

4.4 BENEFÍCIOS

O benefício para os participantes é o de conhecer melhor o funcionamento do PA, de forma direta, além dos benefícios a serem colhidos no futuro a partir das melhorias a serem implantadas no atendimento, tendo como base os resultados do presente estudo.

Isso, porque, estudando a percepção dos usuários dos Serviços de Saúde é possível identificar aspectos essenciais do acesso às unidades, que podem ser implementados pelos gestores na tomada de decisão para abordar as desigualdades regionais, especificamente nos pequenos municípios como Presidente Kennedy/ES.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise de conteúdo, com os dados das entrevistas, foi utilizado o software IRAMUTEQ (CAMARGO; JUSTO, 2018). As variáveis referentes à caracterização dos participantes foram analisadas no *software* SPSS para Windows (Chicago, EUA, versão 25, série 10101141221), utilizando técnicas da estatística descritiva como frequências absolutas e percentuais.

5 CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA

Realizou-se uma revisão narrativa da literatura e incluídos artigos obtidos nas plataformas: Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (Scielo), National Center for Biotechnology Information (PUBMED), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os critérios de inclusão foram: Idioma (português, inglês e espanhol); disponibilidade (texto integral), artigos, periódicos, livros e foram ainda consideradas as referências desses artigos ou livros que abordavam informações relevantes ao tema da pesquisa entre 2015 a 2019. Os descritores de assunto utilizados foram: Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde, Serviços de saúde, Acesso aos serviços de Saúde, Urgência, Emergência, utilizando o BVS DeCS disponível em <http://decs2016.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>, além de busca de termos no HOME – MESH - NCBI disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Procedeu-se a leitura de títulos e *abstract* e dos artigos escolhidos feita a leitura na íntegra. Feito ainda o fichamento dos artigos e a síntese de dados sumariza as informações obtidas neste estudo, como segue.

O Ministério da Saúde exprime que:

Pronto-atendimento - como a unidade destinada a prestar, dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde, assistência a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato (BRASIL, 1987, p. 28).

Pronto-socorro é o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato (BRASIL, 1987, p. 21).

A partir dessa definição, é possível entender que o PA destina-se a pacientes que se encontram com sintomas agudos de algumas doenças e necessitam de atendimento imediato, enquanto o Pronto Socorro (PS) destina-se a pacientes que sofreram alguma ação que agravou a saúde. A exemplo do primeiro, os sintomas já mencionados, como febre, diarreia, cefaleia, enquanto o último, inclui acidentes de trânsito, agressões por armas de fogo e fraturas (ROSAS, 2019).

O PA não necessariamente é vinculado à um hospital, enquanto o PS requer atendimento em Unidades Hospitalares (SAÚDE DA SAÚDE, 2021).

A UPA faz parte da Rede de Atenção às Urgências. Tem como objetivo acumular os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, “[...] compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)” (BRASIL, 2020, p. 1). Deste modo, a população será beneficiada com uma progressão no atendimento, com um aumento da capacidade de atendimento do SUS.

A UPA oferece estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, laboratório de exames e leitos de observação, se necessário o paciente poderá ser encaminhado para um hospital da rede de saúde, para realização de procedimento de alta complexidade (BRASIL, 2020).

As UPAs funcionam de forma ininterrupta, ou seja, 24 horas por dia, todos os dias da semana e podem atender um número expressivo de parte das urgências e emergências. Sobre o atendimento prestado, este por ser: resolutivo e qualificado quanto a pacientes que apresentem quadros agudos ou agudizados de natureza clínica; realização do primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma; garantia no referenciamento dos pacientes que necessitarem de atendimento. Além disso, as UPAs possuem pacientes que permanecem por até 24 horas em observação, “[...] para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminham aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda [...]” (BRASIL, 2020, p. 1).

O serviço de emergência é a porta de entrada de vários serviços de saúde, neste contexto, a emergência torna-se alvo também de exposição e desgaste da imagem do profissional assistencialista (GODOI, 2014). Tal desgaste se dá em decorrência do número excessivo de atendimentos prestados, acima da capacidade e destinação programada para esse setor, o que reflete em profissionais sobrecarregados.

Os Serviços de PA e as UPAs devem ser implantados em locais/unidades estratégicas de forma que estabeleça a rede de atenção às urgências, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco, e desenvolvidos de acordo com o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011a).

A Resolução n.º1.451/95 em seu Parágrafo Primeiro define URGÊNCIA como “[...] a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” e EMERGÊNCIA como “[...] a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

5.1 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUPERLOTAÇÃO

De maneira geral, o conceito de acesso está relacionado de forma dinâmica às características dos indivíduos e de suas demandas e às características do serviço e sua oferta, apontando para um grau de ajustamento entre eles (CERQUEIRA; PUPO, 2008)

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) implementou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), por meio do estímulo à avaliação contínua das práticas de atenção e de gestão (MOTA; DAVID, 2015). Posteriormente, essa Portaria foi revogada pela Portaria n° 1.645, de 2 de outubro de 2015 que dispunha sobre o PMAQ-AB.

Carvalho *et al.* (2018, p. 463) explica que o PMAQ delibera sobre um instrumento para “[...] realização de inquérito com os usuários das unidades de saúde (US), que abrange as condições de acesso e de qualidade em relação à infraestrutura, às condições de funcionamento e às ações de saúde desenvolvidas na APS”.

Diminuir o uso inapropriado de serviços de emergência requer ampliação do acesso à Atenção Básica, entretanto, para que essa substituição ocorra, os usuários precisam ter garantido acesso rápido ao atendimento de urgência no primeiro nível de atenção (CARVALHO *et al.*, 2018).

Reorganizar o modelo de assistência às urgências e emergências requer ainda o funcionamento adequado das unidades não hospitalares para o acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade (BRASIL, 2006a).

Essas unidades não hospitalares constituem “[...] estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e unidade de saúde da família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências [...]”, assim, possuem um importante papel em auxiliar na demanda que hoje são dirigidas aos PS (BRASIL, 2002).

Entre as atribuições que lhe competem, dispõe a Portaria n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002, editada pelo Ministério da Saúde:

Descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade;

Dar retaguarda às unidades básicas de saúde e de saúde da família;

Diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade que hoje atendem esta demanda;

Ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel;

Desenvolver ações de saúde através do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde, para a rede especializada ou para internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária (beneficiando os pacientes agudos e não-agudos e favorecendo, pela continuidade do acompanhamento, principalmente os pacientes com quadros crônico-degenerativos, com a prevenção de suas agudizações freqüentes);

Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra-referência;

Ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviço que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde (BRASIL, 2002).

Visto que o acesso à saúde deve ser universal, todos têm direito, e o mesmo direito de receber as ações e os serviços que necessitam, desde o menos ao mais complexo, independentemente do valor e da origem dos serviços envolvidos. Com isso, o acesso aos serviços de saúde que antes era apenas para os que contribuía para a previdência social, passa a não mais ser determinado por esse fator. As condições socioeconômicas da população, assim como seu vínculo empregatício, não mais

implicam acesso privilegiado para esse grupo aos serviços de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Um estudo realizado em uma Unidade Básica de Referência (UBR) aos serviços de saúde de um município da região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais identificou [...] subfinanciamento do sistema de saúde constituindo uma dificuldade para o acesso aos serviços e para a implantação da Estratégia Saúde da Família [...] (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015, p. 100). Por certo, a avaliação da qualidade em saúde é uma ferramenta de reorganização do trabalho, proporcionando a melhoria do acesso e comportando dimensões relacionadas ao conhecimento, à tecnologia em saúde, às expectativas, às preferências e às necessidades dos usuários e da sociedade em geral acerca das ações ofertadas nos serviços de saúde (ROLAND *et al.*, 2009).

A respeito da superlotação, Oliveira *et al.* (2017, p. 116) afirmam que:

A superlotação constitui um fenômeno contemporâneo que está presente nas diversas partes do mundo, onde suas causas e consequências ocasionam forte impacto sobre a gestão clínica e a qualidade do atendimento. Seu acontecimento ocasiona retardo no atendimento ao paciente, o que pode elevar o risco de mortalidade. Sendo assim, ela representa uma ameaça aos direitos humanos da população, pois os usuários aguardam atendimento em situações críticas, como macas e cadeiras nos corredores de prontos-socorros, sem nenhuma perspectiva de atendimento.

É possível que a população acredite que seus problemas de saúde sejam solucionados somente na atenção médico-hospitalar, e o aumento da expectativa de vida traz aumento de comorbidades com consequente elevação da demanda de internamento. Esses fatores são responsáveis por promover a superlotação nas urgências e emergências (SANTOS; SANTO, 2014)

Os serviços hospitalares de urgência e emergência funcionam acima da sua capacidade de suporte e, além disso, com profissionais sem capacitação, deficiência no gerenciamento e planejamento, atendimento de pacientes com baixa complexidade, excesso de demanda. Esse crescente aumento está relacionado à falta de leitos para internação, falta de agilidade e resolutividade dos serviços de saúde (FEIJÓ *et al.*, 2015).

Uma das formas que vem sendo estudada como modo de reestruturar a rede de Urgência e Emergência é através da disseminação das UPAs que surgiram de forma rápida e de ampla disseminação, a exemplo no estado do Rio de Janeiro. Contudo, ao realizarem o estudo os autores perceberam que as UPAs acabaram, também, enfrentando a superlotação, uma vez que com o acesso ao leito hospitalar é infrequente, as UPAs acabaram se transformando em locais de internação (KONDER; O'DWYER, 2019).

Bitencourt e Hortale (2009) ao abordarem a temática da superlotação, indicam que o principal marcador é o aumento no tempo de permanência, tendo como causa a falta de leitos para internação e a consequência é o atraso no diagnóstico e tratamento o que resulta no aumento da taxa de mortalidade. Tais problemas colocam os serviços de urgência em emergência em permanente críticas e induz a questionamentos dos resultados obtidos.

No estudo citado alguns pontos foram observados, como aumentar número de recursos, atender fora dessas unidades de urgência e emergência pessoas com agravo de baixo risco e introduzir novas tecnologias (BITENCOURT; HORTALE, 2009). Apesar de não mencionar diretamente, o segundo ponto novamente leva à criação e implantação de PAs, que visam o atendimento de pacientes com menor gravidade, mas que necessitam de atendimento imediato, sendo esta uma das características do PA já mencionada.

Conforme Oliveira *et al.* (2017) a,

[...] ocupação total de leitos; pacientes acomodados nos corredores; tempo de espera para atendimento maior que uma hora; profissionais de saúde com estafa física e mental; esses fatores contribuem negativamente para o atendimento à população, o que gera baixo desempenho do sistema de saúde e baixa qualidade assistencial.

É importante conhecer as características dos usuários que utilizam com maior frequência do serviço de PA é fundamental para melhorar a qualidade e eficiência do atendimento. Esses usuários podem necessitar de intervenções individualizadas para melhorar a eficiência do atendimento (AFONSO; LOPES, 2020).

Os usuários frequentes do PA, são aqueles que fizeram pelo menos quatro consultas por ano. Um estudo indicou que entre uma população de 297.182 que visitou o PA, 1,1% utilizaram o serviço pelo menos uma vez por ano e esses se caracterizaram por terem baixo nível socioeconômico, comorbidade mental e física e abuso de substâncias, essas mesmas características foram comuns entre usuários frequentes ocasionais (CHIU *et al.*, 2020).

Um estudo sobre a percepção dos usuários dos Serviços de Saúde possibilita “[...] identificar aspectos essenciais do acesso às unidades, que podem ser implementados pelos gestores na tomada de decisão para abordar as desigualdades regionais, especificamente nos pequenos municípios” (CARVALHO *et al.*, 2018, p. 468), como é o caso do Município de Presidente Kennedy/ES.

Segundo LAPREGA (2015) existem evidências de uma realidade de superlotação dos Pronto Atendimentos nos serviços de emergência, que é um problema no Brasil e no mundo, pois há muita procura e ocupação de todos os leitos incluindo os de retaguarda, com situações de expansão desorganizada de macas para os corredores e outros locais inapropriados como a própria recepção do setor.

O problema de superlotação dos PAs é uma realidade que se tornaram rotina, é comum ver placas na recepção com previsões cada mais longas de atendimento e isso tem gerado uma série de conflitos e tensões, pois tem-se equipe assistencial sobrecarregada, estafada, estressada, além de pacientes e acompanhantes irritados, insatisfeitos em virtude de longo tempo entre o atendimento inicial e a alta, ocasionando com isso, baixa resolutividade e redução na qualidade do atendimento (LAPREGA, 2015). Entretanto, mesmo diante detal quadro, as pessoas ainda persistem a buscar o atendimento nessas unidades, tendo em vista que apesar da superlotação ainda é possível obter atendimento, diferente de outros problemas encontrados nas unidades básicas de saúde que consiste na ausência de médicos e demora para agendamento de consultas (OLIVEIRA *et al.*, 2015a).

Um estudo descreve as características pessoais, socioambientais e da atenção básica associada ao uso inapropriado de duas Unidades de PA do município estudado, por meio de uma amostra representativa da demanda desse serviço. A partir do estudo,

foi possível constatar que em uma das variáveis os usuários não urgentes pertenciam ao grupo dos aposentados. Geralmente os aposentados apresentam maior idade e, por conseguinte, maiores problemas crônicos, demandando maior uso dos serviços de saúde (AMARANTE, 2014).

Ainda segundo Amarante (2014), em outro estudo foi confirmado que as doenças crônicas acometem mais os idosos que os mais jovens o que contribui para a maior busca pelos serviços de urgências nas fases agudas da doença.

O SUS possui problemas crônicos, entre eles, está o da inadequada política de pessoal, que gera a falta de profissionais médicos. É preciso entender que: “A definição em manter a porta aberta para quem chega com demandas na APS não deve ser confundida, necessariamente, com garantia de acesso” (CAMPOS, 2014, p. 260). Neste caso, o acesso está ligado ao alcance de uma determinada ação para que seja resolvido a demanda do usuário. Nesse cenário, o papel do ordenador da APS fica desacreditado quando o usuário não consegue realizar agendamento para consultas e exames e isso se torna defesa quando se tenta deslocar a APS como porta do SUS (CAMPOS, 2014).

Além disso, ensina Campos (2014, p. 252) explica:

[...] a atenção primária é reconhecida como a porta de entrada do sistema de saúde, mas o acesso é dificultado por: problemas de organização; uso do acolhimento como barreira ao acesso; falta de recursos humanos; dificuldades em dar seguimento ao tratamento. O modelo centrado na doença e a falta de análise crítica podem induzir a descrença nos resultados da atenção primária.

Um estudo realizado sobre avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte, “[...] apontou diferenças regionais em aspectos geográficos e organizacionais que interferem no acesso às unidades, que podem ser repensados para tornar a atenção à saúde mais equitativa” (CARVALHO *et al.*, 2018, p. 462).

Ainda segundo Carvalho *et al.* (2018), a região Nordeste foi mais caracterizada pela não marcação de consultas e pelo fato do horário de funcionamento não suprimir as

demandas dos usuários. Já as regiões Sul e Sudeste apresentaram características no mesmo sentido, no que diz respeito ao funcionamento das unidades durante todos os dias da semana e quanto ao horário de funcionamento atender às demandas dos usuários e à realização da marcação de consultas. Por fim, as regiões Norte e Centro-Oeste foram semelhantes no que diz respeito ao maior tempo gasto para acessar as unidades e ao grau de dificuldade desse acesso.

Segundo Tesser, Normam e Vidal (2018, p. 363):

[...] quanto à cobertura da APS brasileira, a mais recente Pesquisa Nacional de Saúde mostrou que 72% da população não têm planos de saúde privados; 56% desta estão cadastradas em uma equipe de saúde da família; 60% dos respondentes que foram atendidos em algum serviço ambulatorial, o foram no SUS; e mais na APS em relação às pesquisas anteriores.

De acordo com Tesser, Normam e Vidal (2018), os dados apresentados pelo Ministério da Saúde convergem entre si. Os dados estimam 3 mil usuários por equipe de saúde da família e uma cobertura de 62,4% da população com 42.855 equipes implantadas até 05 de abril de 2018. Os autores explicam que não é possível afirmar qual a proporção da população atendida pela APS, é também atendida na ESG, mas a partir de dados do censo de unidades básicas do PMAQ-AB realizado em 2012, foram computadas 38.812 unidades, espalhadas em 5.543 municípios, identificando que em 77% havia alguma equipe da ESF, com ou sem equipe de saúde bucal.

5.2 MOTIVOS QUE LEVAM O USUÁRIO AO PRONTO ATENDIMENTO E POLÍTICA NACIONAL DE URGÊNCIAS

Há décadas que se observa o crescimento do número de pessoas que buscam atendimento em serviços de atenção às urgências e emergências. Os motivos são diversos, tais como:

[...] a baixa resolutividade das unidades básicas de saúde (pouca disponibilidade de especialistas, exames e medicamentos), as dificuldades de acesso (demora na marcação de consultas, com meses de espera, filas longas e horários restritos de atendimento) e utilização dos serviços pela população de municípios menores por baixo investimento na rede própria ou conveniada (DESLANDES, 2007, p. 388).

As mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais em todo mundo levam a uma

preocupação com a assistência às urgências. Desta forma, houve uma necessidade de organização dos sistemas de urgência por parte de muitos países a fim de diminuir morbidade e mortalidade (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Segundo Freire *et al.* (2015), as justificativas que levam o usuário procurar pelo Serviço de Pronto Atendimento (SPA) se deve as suas potencialidades, a alta densidade tecnológica, considerando a conduta médica na solicitação de exames e prescrição de medicamentos que ali mesmo administrados, atendendo assim sua necessidade imediata.

Ainda segundo Freire *et al.* (2015), a prescrição de medicações, no ato do atendimento, reforça o modelo de atenção baseado na queixa-conduta dos casos agudos, buscando resolver as necessidades momentâneas e de curto prazo de saúde do usuário. Isto explica as voltassequintes dos mesmos ao SPA, e acrescenta que:

[...] uma estratégia proposta é o acolhimento com classificação de risco, que permite a priorização do atendimento aos pacientes com doenças graves ou com instabilidade de órgãos/sistemas, otimizando recursos, melhorando a qualidade da assistência, [...] (FREIRE *et al.*, 2015 p. 198).

No Brasil, mesmo com a ampliação da atenção básica desde 1990, a população continua buscando assistência médica nos pronto-socorro dos hospitais. Tal fato pode ser justificado pelas dificuldades de acesso em tempo hábil à assistência básica, assim como no acesso a exames complementares e atenção especializada (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Compreendendo a atenção às urgências como uma Porta de Entrada do SUS, foi elaborada a Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE) em 1995. A criação da Rede foi estimulada pela estruturação inicial de alguns serviços de atendimento pré-hospitalar no Brasil no início da década de 90 (Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, Vale do Ribeira e Campinas no estado de São Paulo) (BRASIL, 2006b).

Para organizar esse panorama, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 2.923, em 1998, que determinou investimentos nas áreas de assistência às urgências (hospitalar e

extra-hospitalar) e, em 1999, a Portaria GM/MS n.º 479 cadastrou os hospitais que, depois de habilitados, receberiam investimentos conforme uma lista pré-determinada de procedimentos de urgência. Outros recursos também foram direcionados para equipar e modernizar hospitais que atendessem às urgências (BRASIL, 1998; BRASIL, 1999).

Assim sendo, em abril de 2000, em Goiânia (GO), durante o IV Congresso da RBCE junto com o Ministério da Saúde, a atenção às urgências, que até então era baseada nos serviços que atendiam 24 horas e que absorviam os pacientes os quais não conseguiam atendimento na atenção primária, passa a ser discutida visando à assistência integral e regionalizada. Tal cenário serviu de base para a estruturação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (BRASIL, 2006a).

A Portaria n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, apresenta os itens para elaboração do Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, trata sobre a regulação Médica das Urgências e Emergências, Atendimento Pré-Hospitalar Fixo, realiza uma abordagem sobre o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, trata sobre os componentes hospitalares, discorre sobre a regulamentação da Transferência e Transporte Inter-hospitalar, descreve os Núcleos de Educação em Urgências, sendo eles os responsáveis pela formação de profissionais de saúde que farão parte da atenção às urgências (BRASIL, 2002).

A partir de então, entre 2003 e 2008, surgem portarias que vão sedimentar a Atenção às Urgências, assim como implantar a PNAU e formalizar a Coordenação Geral de Urgências e Emergências em nível ministerial (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Então a Portaria GM/MS n.º 1.863, de 29 de setembro de 2003, que institui a PNAU com a proposta de ser implantada em todas as unidades da federação, respeitando as três esferas de gestão, com base na necessidade de instituir uma rede hierarquizada de serviços de atendimento integral às emergências em qualquer nível de complexidade, modificando uma assistência antes concentrada nos prontos-socorros (BRASIL, 2003).

Então a partir de 2008, a atenção às urgências transpõe uma nova etapa. Surgem no contexto as UPAs 24 horas e as Salas de Estabilização que compõem a assistência Pré- Hospitalar Fixa, regulamentada pela Portaria GM/MS n.º 1.020, de 2009, e revogada pela Portaria GM/MS n.º 1.601, de 2011 (BRASIL, 2011a).

Já em janeiro de 2017, considerando a necessidade de aprimorar as condições para a implementação de todos os componentes da PNAU e viabilizar o funcionamento das UPA 24h em todo o país, resolve redefinir as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h, como componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017b).

Com funcionamento 24h, após acolhimento e classificação de risco dos pacientes, tais unidades visam a realizar o primeiro atendimento de casos cirúrgicos e de trauma, assistir os casos de natureza clínica, com estabilização dos pacientes e diagnósticos iniciais, transferindo-os para a rede assistencial de maior complexidade, conforme a gravidade (BRASIL, 2003; BRASIL, 2017b).

Em julho de 2011, entrou em vigor a Portaria GM/MS n.º 1.600 que reformulou a PNAU e instituiu a RAU no SUS (BRASIL, 2011b). A RAU no SUS surgiu como um modelo de assistência centrado no paciente, voltado para o acolhimento com classificação do risco, para a qualidade e resolutividade, que prioriza a assistência ao trauma, doença cerebrovascular e cardiovascular (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013). Dentre as diretrizes dessa Rede, citam-se a garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas. e causas externas (trauma, violências e acidentes), humanização do cuidado, implantação de um modelo que conecta os diferentes pontos de atenção e qualificação das equipes, com educação permanente na Atenção às Urgências (BRASIL, 2011b).

Em estudo realizado para identificar o perfil de usuários frequentes do serviço de emergência, verificar fatores associados e analisar os motivos para utilização frequente do serviço, foi classificado como usuários frequentes os indivíduos que procuram, repetidamente, os serviços de pronto atendimento em curto espaço de tempo, estes podem demandar até 31% dos atendimentos, e demonstrou que esta alta

procura por assistência é influenciada por fatores sociais e epidemiológicos, além de aspectos relativos à organização do sistema de saúde e a insuficiente estruturação dos serviços. Em alguns casos esses serviços representam uma alternativa fácil de atendimento, porta de entrada ao sistema de saúde, e acesso à assistência de maior tecnologia e resolutividade (ACOSTA; LIMA, 2015).

[...] quando decidem que necessitam de uma consulta, [algumas pessoas] definem seu problema como emergência, acreditando que os sintomas de período prolongado são uma necessidade imediata. Com isso concluem que procurar uma Emergência é a atitude mais correta para solucionar seus problemas de rotina. Neste mesmo sentido, aqueles que não têm atendimento médico regular tendem a procurar este serviço tanto pelas suas características como pela diferenciação do atendimento médico (GUEZ, 2015, p. 17).

Embora as UPAs tenham sido implementadas em território nacional com o principal intuito de atender quadros graves e desafogar o fluxo dos hospitais, considerando que são integrantes da Rede de Atenção às Urgências (RAU), hoje grande parte das consultas se enquadram em atendimentos pouco urgentes como relata o artigo *Acolhimento com Classificação de Risco: Caracterização da Demanda em Unidade de Pronto Atendimento*. Existe evidências que em uma UPA do interior do Paraná, entre os meses de junho e julho de 2014, foram realizados 500 atendimentos sendo 4 (0,8%) classificados como emergentes, 175 (35%) como urgentes, 245 (49%) como pouco urgentes, 68 (13,6%) como não urgentes e 8 (1,6%) sem informação. Dos 175 pacientes priorizados como urgentes, grande parcela do grupo recebeu alta médica sem sequer realizar exames e/ou administração medicamentosa (GODOI *et al.*, 2016).

Ainda no ano de 2016, uma pesquisa com os usuários da UPA da cidade de Assis, interior de São Paulo, apresentou que mesmo havendo um número muito maior de estabelecimentos da rede de atenção básica, a preferência dos pacientes foi por um serviço disponível 24 horas, com médicos e outros profissionais resolvendo seus quadros em um curto espaço de tempo (MENDONÇA; PINCERATI, 2016). Quando questionados sobre o funcionamento da UPA, revelaram que suas principais insatisfações com o local se davam pela demora no atendimento (34%), ao descaso dos profissionais (28%) e a falta de médicos (23%).

Também em 2016, outro estudo buscou descrever o padrão de uso e compreender os

motivos e as estratégias desenvolvidas por usuários hiperutilizadores de baixo risco clínico atendidos em Serviços de Emergências Hospitalar (SEH).

Na percepção dos gestores, os motivos que incidem na hiperutilização do SEH por parte de usuários de baixo risco clínico são: fidelização do usuário em função da vinculação institucional aos ambulatórios especializados; o acesso ineficaz à rede de serviços; a regulação profissional efetuada pelos próprios trabalhadores do SEH que controlam os “segredos da porta”; a baixa capacidade da atenção básica em produzir acolhimento e vínculo; entre outros. Não foram identificadas estratégias do SEH para um olhar diferenciado para a hiperutilização do serviço. A inexistência de ações de articulação junto aos demais pontos da rede de urgência e emergência do SUS apresenta-se como ponto crítico (SACOMAN, 2019, p. 11).

Segundo Cassettari e Mello (2017) os usuários buscam a Unidade de Pronto Atendimento que está mais próxima de sua moradia e que procuram o serviço por motivos não urgentes, que poderiam ser atendidos na atenção primária, segundo estudo realizado em unidades de Pronto Atendimento de Florianópolis, Brasil.

Com o objetivo de reconhecer os motivos pelos quais pacientes que possuem problemas de saúde não graves procuram atendimento médico em serviço de PS, não optando pelos serviços de Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, Pimentel *et al.* (2016) realizou um estudo observacional, analítico e transversal. A pesquisa englobou 197 pacientes que procuraram de forma espontânea o pronto atendimento do Hospital do Trabalhador (HT), localizado no município de Curitiba, que é um hospital de grande porte e referência em assistência de urgência e emergência traumatológica.

Dos pacientes entrevistados 65% eram homens. Apenas 47% entendiam a real função do PS. Sobre o Manchester Triage System (MTS), 52% conheciam o sistema e sabiam que seriam triados, mas mesmo assim a maioria destes vieram buscando melhor resolutividade para seus problemas. Mesmo após esclarecimento sobre a função do PS em atender os casos graves, 73% afirmaram que teriam vindo da mesma forma ao PS e 83% consideram a aplicação do MTS um sistema justo de triagem (PIMENTEL *et al.*, 2016, p. 109).

Sendo assim Pimentel *et al.* (2016, p. 109) concluiu “[...] que não é somente a falta de informação que faz pacientes não graves se direcionarem ao PS, mas sim a falta de confiança na capacidade resolutiva da UBS e UPA 24horas”.

A Portaria n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002), descreve:

- Os itens para elaboração do Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências
- A Regulação Médica das Urgências e Emergências é definida e suas atribuições são descritas e operacionalizadas pelas Centrais de Regulação das Urgências, que atendem pelo número nacional das urgências, 192, e podem ser estruturadas a nível estadual, regional ou municipal.
- Aborda a estruturação do Atendimento Pré-Hospitalar Fixo e no Capítulo IV, o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel é abordado, vinculado à Central de Regulação, por intermédio da equipe e frota de veículos conforme as necessidades de saúde da população da área de abrangência, seja ela municipal ou regional.
- São definidos os tipos de veículos terrestres (ambulâncias) assim como sua tripulação disponível para atendimento Pré-Hospitalar. Trata também, da Capacitação Específica dos Profissionais de Transporte Aeromédico, incluindo a descrição de sua tripulação e os tipos de Aeronaves que podem ser utilizadas para esse fim (Aeronaves de Asas Rotativas - Helicópteros - e Aeronaves de Asas Fixas - Aviões) e Embarcações de Transporte (Ambulanchas).
- O componente Hospitalar é caracterizado e as equipes são descritas, assim como a Área Física e recursos tecnológicos.
- Discorre sobre a regulamentação da Transferência e Transporte Inter-hospitalar, podendo ser aéreo, aquaviário ou terrestre, de acordo com a geografia de cada região e as distâncias percorridas. A condição clínica do paciente deve ser considerada na tomada de decisão quanto ao melhor meio de realizar essa transferência.
- Núcleos de Educação em Urgências, esses Núcleos são os responsáveis pela formação de profissionais de saúde que farão parte da atenção às urgências. Trata-se de um espaço interinstitucional, a nível regional, estadual ou nacional e também propõe a temática a ser abordada e a carga horária destinada aos temas que são distribuídos conforme a função do profissional.

Os principais marcos de conquistas na Atenção primária a Saúde, à RAUE estão sintetizados no Quadro 1.

Quadro 1 - Síntese dos marcos na Atenção Primária à Saúde, Rede de Atenção as Urgências e Emergências

Declaração De Alma Ata	Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde - setembro de 1978 realizada em alma ata no Cazaquistão em defesa da Atenção Primária a Saúde
Constituição Brasileira de 1988	Criação do SUS – Art. 196 – Saúde é direito de todos e dever do estado
Descentralização do SUS	1990 – Fortalecimento da APS 1991 - Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS) 1994 - Programa Saúde da Família (PSF) derivado do PACS 1995 - Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE) - desde 1995 trabalha pela criação de bases para uma política pública nacional de atenção as urgências – compreendendo as urgências como porta de entrada no SUS. Portaria GM/MS n.º 2.923 - 1998 que determinou investimentos nas áreas de assistência às urgências (hospitalar e extra-hospitalar). portaria GM/MS n.º 479 - 1999 - cadastrou os hospitais que, depois de habilitados, receberiam investimentos conforme uma lista pré-determinada de procedimentos de urgência 2000 – IV congresso da RBCE – junto com ministério da saúde realizado em goiania. 2006 –Estratégia Saúde da Família (ESF) –eixo estruturante dos sistemas municipais de saúde
PNAU	2003 - Pela Portaria GM/MS n.º 1.863, de 29 de setembro de 2003 foi instituída Política Nacional de Atenção as Urgências (PNAU).
UPA	2008 – Inicia a implantação da Unidade de Pronto Atendimento.
RAU	2011 - PNAU reformulada e instituída a Rede de Atenção as Urgências (RAU) entrou em vigor a Portaria GM/MS n.º 1.600 que reformulou a PNAU e instituiu a RAU no SUS
UPA24- RAU	2017 – Redefinição de modelo assistencial de UPA24h como componente da RAU.

Fonte: Elaborado pelo autor.

5.3 ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Constituição Federal de 1988 reconheceu a política de saúde no seu Artigo 196 e no caput do Artigo 3º da Lei 8.080 / 1990, reconhece o conceito de saúde, conforme segue:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre

outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), que passou a ser considerado como a mais importante estratégia da atenção primária. Por sua vez, devido a sua potencialidade, complexidade e abrangência, o PSF deixou de ser apenas um programa focalizado e foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde, como ESF. Logo, a adoção da estratégia de Saúde da Família e sua evolução, no início da década de 90, incorporando importantes elementos políticos e técnicos e demonstrando seu potencial transformador, evidencia uma proposta para a organização dos sistemas municipais de saúde viabilizando o cumprimento dos princípios do SUS (STARFIELD, 2002).

Buscou-se reorganizar a prática assistencial de atenção à saúde em novas bases, de forma a levar a saúde pública para mais perto da família visando a melhoria da sua qualidade de vida. Primando por ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua das pessoas, além de fortalecer a Atenção Primária em Saúde (APS) no País em conformidade com os princípios do SUS.

BONOTTO (2017, p. 2) aborda que:

A atenção é centrada na família percebida e entendida em seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e educação não meramente curativas. Desta forma dentro do conceito que distinguem o que se chama de práticas e ações em saúde da família encontramos o que podemos definir como Atenção Primária a Saúde e/ou Atenção Básica.

Tendo como base os princípios da promoção e proteção à saúde, e da prevenção de agravos, seja no âmbito individual ou coletivo, o PSF tornou-se eixo estruturante dos sistemas municipais de saúde, passando a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF), no ano de 2006 (MIRANDA *et al.*, 2017).

O contato entre a equipe de saúde e o usuário garante uma maior aceitação dos usuários aos tratamentos e às intervenções propostas, pois isso permite um atendimento mais humanizado, onde se conhece o paciente, a família e a vizinhança.

O resultado disso tem sido uma maior resolução nos problemas de saúde resolvidos ainda na Atenção Básica, dispensando intervenções de média e alta complexidade em UPAs ou hospitais. A Equipe de Saúde da Família está ligada à UBS local. “Esse nível de atenção resolve 80% dos problemas de saúde da população. Entretanto, se a pessoa precisar de um cuidado mais avançado, a ESF faz este encaminhamento” (BRASIL, 2021, p. 1).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2021, p. 1).

O atendimento é prestado numa UBS ou no domicílio do paciente, pelos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, isto é, profissionais de diferentes categorias que formam uma equipe multidisciplinar, que busca trabalhar de forma articulada, isto é, de forma interdisciplinar, considerando as pessoas como um todo, levando em conta vários fatores, dentre eles: suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade, sendo responsável cada equipe, por cerca de quatro mil pessoas. Esses profissionais compõem as equipes de Saúde da Família. Isso faz com que esses profissionais e a população criem vínculos de corresponsabilidade, o que contribui para facilitar a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade em que está inserido (BRASIL, 2000).

Para atingir em plenitude, é necessário que a ESF conheça a realidade da população que está sob sua responsabilidade, bem como seus contextos familiares e sua vida comunitária, por meio do desenvolvimento de um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases, que são: programação, execução e avaliação. Na prática, têm-se os agentes de saúde que fazem o cadastro das famílias, com dados pessoais dos seus integrantes, as condições das moradias, o histórico de saúde, existência de enfermidades, dentre elas: tuberculose, hanseníase, malária, hipertensão, diabetes, desnutrição e outras. Marcam as consultas necessárias, e às vezes fazem acompanhamentos das pessoas até o centro de saúde (BRASIL, 2009).

Esses agentes também fazem controle da medicação dos doentes crônicos, e também

orientam sobre outros cuidados com a saúde, como no caso de situações de dengue, leptospirose e higiene básica. Tem também as visitas domiciliares de médicos, enfermeiros e auxiliares, que ocorrem somente em situações especiais que são identificadas pelos agentes, como por exemplo: idosos em situação de abandono, com dificuldades motoras, acamados e com feridas (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde tem o ESF como uma estratégia que atende o indivíduo e a sua família de forma integral e contínua, com o desenvolvimento de ações que promova a proteção e recuperação da saúde. Além disso, objetiva também, reorganizar a prática assistencial, ora centrada no hospital, passando assim, a focar a família em seu ambiente físico e social (BRASIL, 1997).

A ESF se define como um modelo de atenção à família, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; através de serviços humanizados, resolutivos e integrais, pois quando funciona adequadamente, resolve mais de 80% dos problemas de saúde na comunidade que está inserido, oferecendo atendimento de bom nível, além de prevenir doenças, evitar internações desnecessárias e também de melhorar a qualidade de vida da referida população (ROSA; LABATE, 2005).

Portanto, a ESF, hoje é fundamental para a mudança do modelo assistencial visando a qualidade de vida da comunidade. O acolhimento, o ouvir suas necessidades e percebendo aquilo que muitas vezes não é dito, é uma das formas de concretização do princípio desse programa que também, se caracteriza como um modo de dar atenção a todos que procuram esses serviços. Percebe-se então, a saúde mais perto da família, e, com isso, tem contribuído para a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros de um modo geral (BRASIL, 1997).

6 CAPÍTULO II - RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente capítulo visa apresentar os resultados obtidos a partir da pesquisa aplicada, de forma a dar veracidade e embasamento ao tema proposto. A partir das entrevistas realizadas no Pronto Atendimento, em Presidente Kennedy/ES é possível traçar um perfil e características inerentes aos usuários entrevistados, conforme resultados a seguir apresentados. Em conjunto, faz-se uma discussão com pesquisas já realizadas sobre o tema.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS PESQUISADOS

A construção da abordagem da realidade deu-se início com as observações realizadas pelo pesquisador nas portas de entrada do PAM de Presidente Kennedy/ES, buscando a abordagem aos usuários e a observação de como eram as dependências da Unidade e também quanto ao fluxo de usuários.

Nesse sentido, foi possível observar que o usuário, ao chegar ao PA, normalmente procura a recepção para fazer a ficha e se dirige para o local indicado, ou para o local onde deverá aguardar o chamado para o atendimento médico. Não existe no PA uma classificação de risco implantada. Tais informações geralmente são fornecidas pelos funcionários da recepção. Na maioria das vezes os usuários acompanham atentos à movimentação da equipe de profissionais de saúde que passam pelo local.

Ressalta-se que os usuários que esperam atendimento, não demonstram sinais de dor, ou estar em situação de urgência, isto, porque, foram excluídos da pesquisa os pacientes com urgência maior, pois estes são direcionados de imediato para sala de emergência. Os funcionários da recepção estão sempre solícitos a responderem perguntas feitas a eles, em geral, preenchem os dados de identificação dos usuários.

A característica da amostra é de jovens iniciando a fase adulta na faixa de 18 anos até usuários idosos com 70 anos ou mais, no intuito de ouvir perfis diferentes, sem priorizar uma única idade, com presença de ambos os sexos disponíveis no momento da abordagem sem distinção, sendo 22 do sexo masculino (36,6%) e 48 (63,4%) do sexo feminino. Dos 60 usuários entrevistados, 80% trabalham, 66,7% moram no

centro da cidade e 33,3% moram no interior. A escolaridade predominante é de ensino médio completo conforme verificado na Tabela 1, representando 60% da amostra, quanto ao plano de saúde, 81,6% declararam não possuir.

Na amostra avaliada 60 participantes concordaram em gravar a entrevista. A caracterização sociodemográfica da amostra é descrita na Tabela 1.

Tabela 1–Caracterização sociodemográfica dos usuários do Pronto Atendimento de Presidente Kennedy/ES (n=60)

Variável sociodemográfica	n (%)
Sexo	
• Masculino	22 (36,6)
• Feminino	38 (63,4)
Trabalham	
• Sim	48 (80)
• Não	12 (20)
Possuem plano de saúde	
• Sim	11 (18,4)
• Não	49 (81,6)
Escolaridade	
• Superior completo	11 (18,4) - 8 sexo feminino
• Superior incompleto	6 (10,0) - 5 sexo feminino
• Ensino médio completo	36 (60,0) - 19 sexo feminino
• Ensino médio incompleto	2 (3,3) - 2 sexo feminino
• Ensino fundamental completo	3 (5,0) - 2 sexo feminino
• Ensino fundamental incompleto	2 (3,3) – 2 sexo feminino
Local de moradia	
• Centro da cidade ou próximo	40 (66,7)
• Região do interior	20 (33,3)

Fonte: Elaborada pelo autor.

Conforme verificado nos dados apresentados, as mulheres representam a maioria dos atendimentos realizados, isto é, 63,4% da amostra. Uma procura menor por parte dos homens talvez seja decorrente da própria socialização, onde o cuidado não é visto como uma prática masculina. Além disso, os homens possuem a visão que os serviços oferecidos são destinados: as pessoas idosas, mulheres e crianças, o que não ajuda, assim, a presença masculina, conforme estudo realizado por Lopes, Sardagna e Lervolino (2017).

Os homens normalmente procuram os setores de emergência para a solução de seus problemas de saúde, isso, porque, conforme mencionado existe uma questão social de que os homens não devem reter essa preocupação com a saúde, por isso, só o fazem na urgência maior ou emergência. Mesmo assim, apontam falhas na assistência recebida como falta de atenção, compreensão e comunicação por parte dos profissionais, e isso constitui um desafio aos profissionais de saúde e gestores, pois envolvem percepções e perspectivas não consideradas no atendimento à população masculina (BARRETO; ARRUDA; MARCON, 2015).

Alguns homens fazem da Atenção Secundária uma referência para a entrada no SUS, por acreditarem na resolução imediata de suas queixas que são prioridade. Acreditam que o acesso imediato à medicação para alívio da dor e a realização de exames laboratoriais é sinônimo de resolução para os seus problemas de saúde e procura pelos serviços de saúde. Conclui-se, dentre outros aspectos, que o refletem e que as Unidades Básicas de Saúde não estão preparadas para atender suas necessidades de saúde (LOPES; SARDAGNA; LERVOLINO, 2017).

A representação do cuidar como tarefa feminina, as questões relacionadas ao trabalho, a dificuldade de acesso aos serviços e a falta de unidades especificamente voltadas para a saúde do homem são os principais motivos expressos pelos sujeitos para a pouca procura pelos serviços de saúde. Conclui-se, dentre outros aspectos, que o imaginário social que vê o homem como ser invulnerável acaba contribuindo para que ele menos se cuide e mais se exponha a situações de risco (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007, p. 572).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 pelo IBGE reforçam essa mesma discrepância da procura de atendimento entre homens e mulheres. Conforme pesquisa, de um total de 17.261 pessoas de 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço de saúde da Atenção Primária de Saúdenos últimos 06 meses antes da entrevista 12.057 eram mulheres e 5.204 eram homens, isto é, do total, 69,8% são mulheres e 30,2% são homens (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

Tal fator também pode estar associado ao fato de que “O adoecimento e o cuidado de si são ações pouco valorizadas pelo homem, fato que os afastam do acesso ao serviço de saúde”, explica Oliveira *et al.* (2015b, p. 274).

A proximidade com o PA, como já mencionado, é um dos fatores pela busca mais frequente de pessoas próximas, ou seja, da área urbana, conforme demonstram os dados. No município em questão, a maior parte da população reside em área rural, contudo, ainda assim, sobressaiu o resultado da procura maior por aqueles que residem mais perto do PA.

A respeito do nível de escolaridade, conforme já mencionado, a taxa de analfabetismo na cidade de Presidente Kennedy, na última pesquisa realizada pelo IBGE, em 2010 era de 17,1%. Analisando a faixa etária de 15 a 24 anos, essa taxa cai para 2,6% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Essa taxa encontra-se um pouco abaixo da taxa nacional, que é de 2,5% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Tais números demonstram, em comparação com os resultados, que melhores condições de educação, associam-se à uma melhor condição de saúde, talvez relacionado a maior conhecimento e educação em saúde.

Outro ponto que chama atenção é a procura pelo Pronto Atendimento, ao invés das UBS, tendo em vista que esta última é considerada a principal porta de entrada para o sistema público de saúde no Brasil. Contudo, conforme informação coletada, 80% dos entrevistados trabalham, razão pela qual, dificulta a busca pelas UBS, tendo em vista que estas funcionam no horário de 07:00h as 16:00h, enquanto o Pronto Atendimento possui atendimento 24 horas.

Além disso, a maior parte dos participantes da pesquisa não possui plano de saúde e residem próximo ao PA, o que reforça, ainda mais, essa busca pelo atendimento.

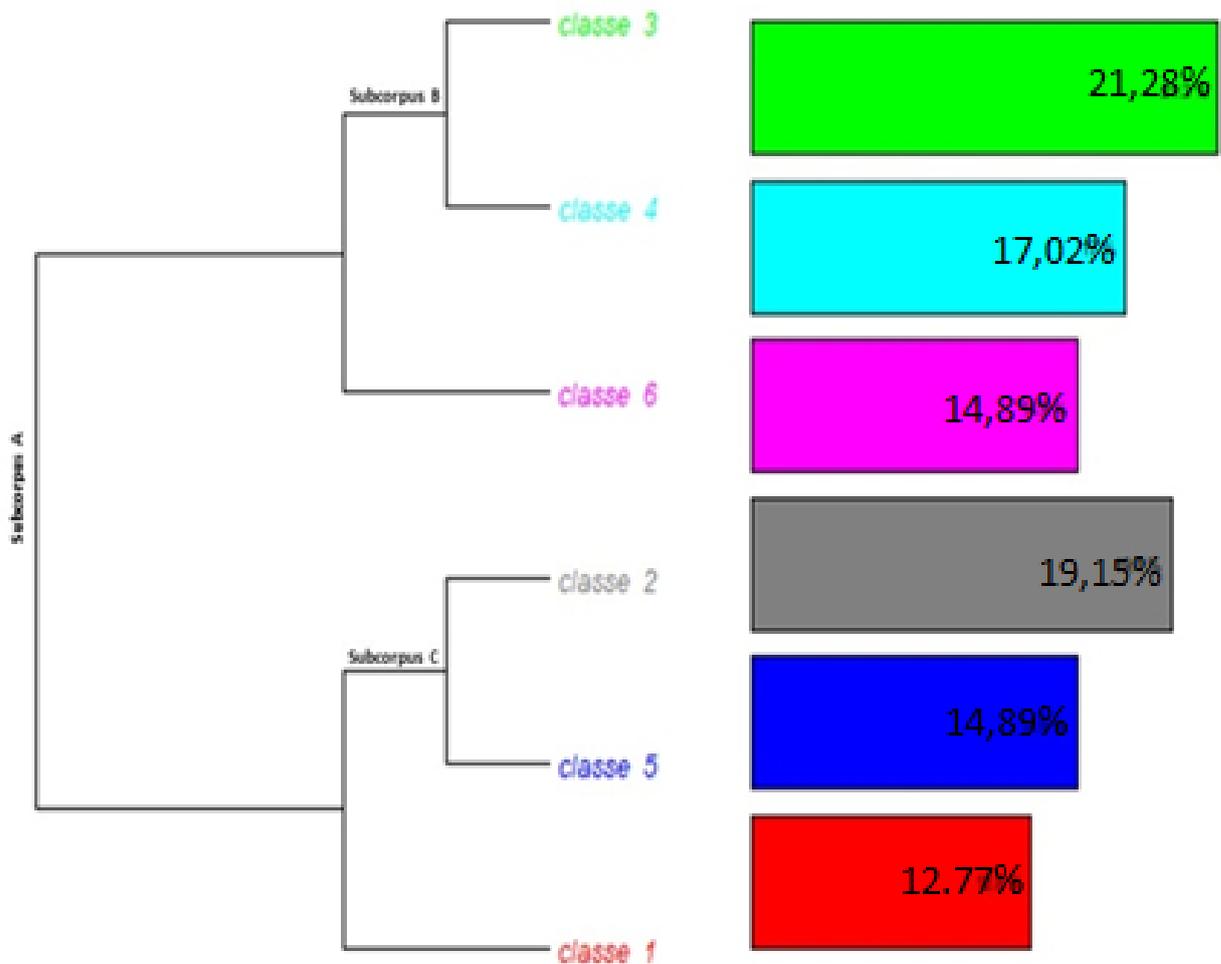
Sobre planos de saúde no Brasil, pesquisa apresentada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019) apontou que apenas 28,5% da população possuía plano de saúde, o que reforça a grande procura pelo SUS no Brasil, refletindo nos atendimentos do Pronto Atendimento.

6.2 MOTIVOS QUE LEVAM O USUÁRIO AO PRONTO ATENDIMENTO

Para a análise qualitativa realizada no software Iramuteq® indicou que o corpus geral

que serviu de base para a análise do questionário semiestruturado com a pergunta: **Por que você veio para consulta no Pronto Atendimento?** A pergunta foi constituída por 60 textos, separados em 63 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 47 seguimentos de textos (74,60%). Emergiram 1226 ocorrências (palavras, formas ou vocabulários), sendo 299 palavras distintas e 160 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em seis classes: Classe 1, com 6 ST (12.77%); Classe 2, com 9 ST (19.15%); Classe 3, com 10 ST (21.28%); Classe 4, com 8 ST (17.02%); Classe 5, com e ST (14.89) e Classe 6, com 7 ST (14.89%), conforme a Figura 2.

Figura 2 - Dendograma representativo da classificação hierárquica decrescente das repartições em classes e porcentagem de palavras em cada classe, relatadas pelos participantes da pesquisa

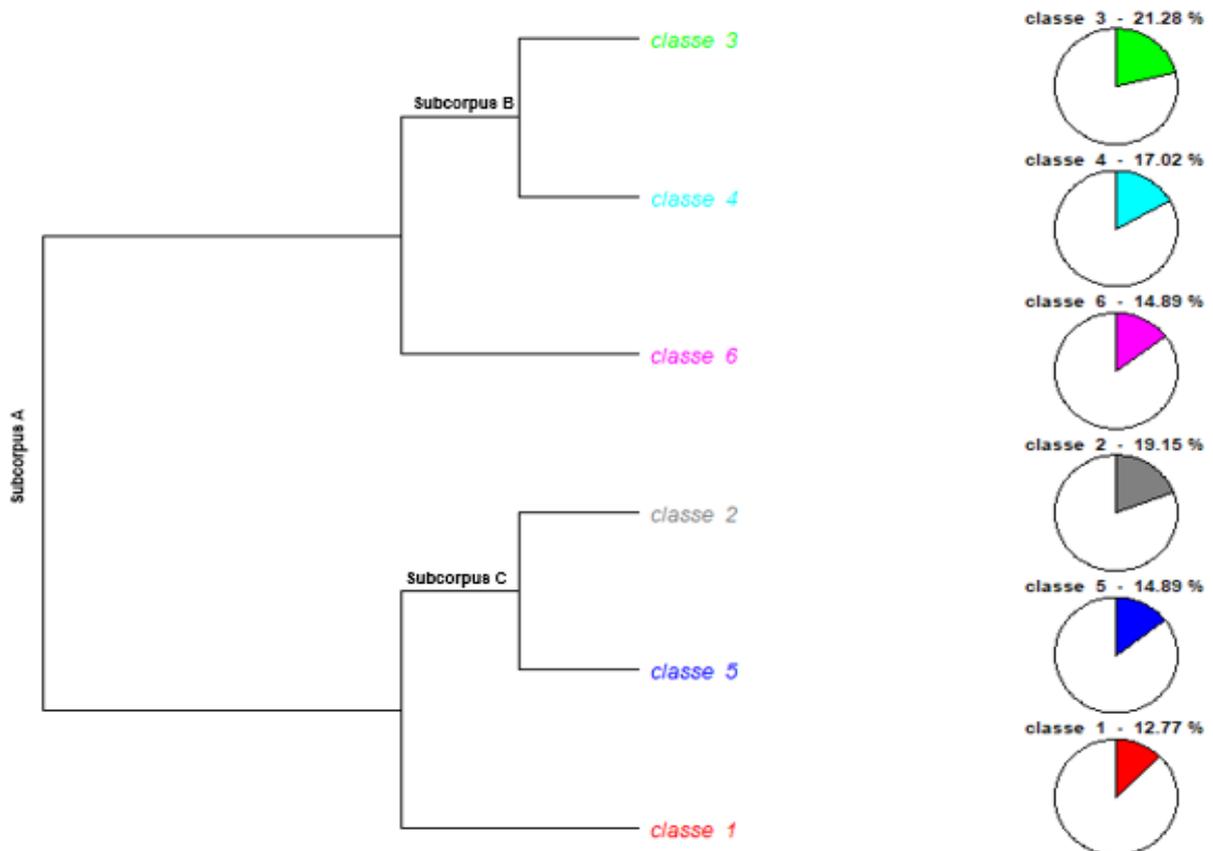


Fonte: Elaborada pelo autor.

As seis classes estão divididas em cinco ramificações (A, B e C). A Figura 3 apresenta a categorização das classes e os valores percentuais dos segmentos de textos em relação ao total do corpus analisados.

No corpus do texto existem diferentes classes que emergem dentro dos espaços no sentido das palavras expressas que sugerem elementos às concepções dos entrevistados (E) que estão sendo atendidas no pronto atendimento.

Figura 3 - Dendograma representativo da categorização das classes e os valores percentuais dos segmentos de textos em relação ao total do corpus analisados, relatadas pelos participantes da pesquisa



Fonte: Elaborada pelo autor.

Ao subcorpus A, estão agregados ao subcorpus (B e C), composto pela classe 1 e classe 6 (acesso ao atendimento) uma entrada mais simples e rápida ao atendimento. A classe um dentro do subcorpus A, sobressaiu a palavra *Fácil* e englobou os cinco fragmentos descritos a seguir:

“Porque é mais fácil mais rápido mais cômodo e sai com o remédio na hora e é atendido na hora bem mais rápido” (P35).

“Aqui é mais perto para mim mais fácil e sou mais bem atendido vou no médico que eu quero” (P53).

“Eu vim na consulta aqui no pronto atendimento porque é mais fácil mais rápido e mais perto da minha casa o atendimento também é mais rápido” (P54).

“Porque é um local de fácil acesso é um setor de urgência e emergência e é um local que a gente tem um rápido acesso devido o carro buscar as pessoas em casa e por isso que a gente tem esse acesso rápido” (P55).

“É mais rápido” (P60).

As insatisfações anteriormente mencionadas, no que diz respeito a demora no atendimento, descaso de profissionais e falta de médicos não refletem o observado na pesquisa, revelando justamente o contrário quando vislumbrado os resultados da pesquisa.

Já na classe 6 dentro do subcorpus B (Médico e Procurar) atendimento não realizado por falta de médico. A classe seis sobressaiu a palavra *Não*, e foi englobado os sete fragmentos descrito a seguir:

“Porque lá no posto só atende agendando” (P08).

“Porque a minha garganta tava doendo muito e eu não tenho dinheiro para pagar um médico particular” (P09).

“Porque não tinha médico no posto de saúde onde eu moro” (P39).

“Porque lá no postinho tinha que agendar e eu estava com diarreia e febre e muita dor de cabeça ai eu procurei aqui porque lá no postinho não adiantava eles iriam me mandar para cá aí eu vim aqui porque é mais rápido” (P43).

“O motivo de eu vir para cá é porque lá hoje mesmo não tem médico e tive que procurar aqui” (P49).

“Porque no postinho do bairro não tem cardiologista” (P50).

“Porque eu procurei lá e o médico não estava” (P51).

Houve na pesquisa relatos que relacionaram a falta de médicos clínicos

especializados com a não procura da UBS. Esses procuram uma UBS por atendimento de um profissional médico, não sendo possível a consulta com este profissional, pensam que nenhum outro membro da equipe de saúde conhece ou pode resolver o seu problema, isso faz com que ele procure por outro serviço de saúde. Essa conduta, tomada pelo usuário, representa um rompimento na assistência prestada pela Atenção Básica (SOUZA; PINTO; FIGUEIREDO, 2010).

Porém, o PA por ser um serviço de atendimento geralmente rápido, com especialidades médicas, terapias medicamentosas, e que exige apenas registros de intercorrências, isto é, um controle simples das ações, permite o acesso mais rápido aos médicos, aos exames, a medicações entre outros, fazendo que se torne um serviço desburocratizado e mais resolutivo para esse perfil de população (SOUZA; PINTO; FIGUEIREDO, 2010).

O subcorpus B, contém discursos correspondentes à classe 3 (Passar e Mal) e Classe 4 (Sentir e Estar), que estão ligados a ida ao Pronto Atendimento por estarem passando mal. As falas são expressas em 18 falas, mas apenas 10 foram transcritas a seguir:

“Sou gestante passei mal e vim” (P04).

“Porque eu não estava me sentindo bem e é o único lugar aqui em Kennedy que fornece atendimento então eu vim aqui porque tem médicos e eu vim aqui eu estava passando mal” (P06).

“É porque se você for muita das vezes no posto do bairro tem que ser consulta agendada e você está passando mal você está precisando para aquele momento né é por isso que eu procuro o pronto atendimento” (P25).

“Eu tava passando muito mal vomitando muito e com muita dor no corpo” (P27).

“Então eu tenho pouco tempo eu trabalho quase que de sete às sete e ir no posto para mim é quase que impossível ai hoje eu estava passando muito mal de manhã cedo porque eu tenho sinusite esses negócios e eu fico só adiando aí hoje eu resolvi vir” (P38).

“Eu vim porque não estava me sentindo bem e aqui o acesso para mim é mais fácil” (P01).

“Porque eu estava me sentindo mal” (P12).

“Porque eu estava sentindo muita dor” (P16).

“Porque é mais perto da minha casa e também porque ah porque eu estava sentindo dor e seu fosse para outro lugar iria ser mais longe e eu preferi vir aqui porque é mais perto também” (P26).

“Porque eu estou sentindo muita dor no ouvido e porque é bem mais perto” (P44).

O subcorpus C, contém discursos correspondentes a Classe 2 (Pronto Atendimento e Rápido) e Classe 5 (Logo e Aproveita), que contemplam um recebimento no Pronto Atendimento mais rápido e aproveitamento das pessoas por estarem ali neste ambiente. As falas são expressas em 16 falas, mas apenas 11 foram transcritas a seguir:

“Porque o pronto atendimento é mais rápido o atendimento por ser portas abertas o atendimento é melhor e mais rápido” (P20).

“Só mesmo no último caso porque eu não sou muito de ficar procurando pronto atendimento e procurando postinho não ai na hora da necessidade para o atendimento ser mais rápido eu procuro aqui o atendimento aqui é bom né graças a deus por isso e então vim consultar aqui” (P25).

“Porque o atendimento é mais rápido e eficaz” (P31).

“Porque aqui no pronto atendimento é mais cômodo no posto de saúde no caso onde eu moro são poucas vagas para consultar parece que são vinte e oito por dia e aqui não a hora que chega você é atendido o médico te olha” (P34).

“Porque aqui é mais rápido” (P48).

“No meu caso de hoje eu vim de companhia com minha esposa, mas sempre venho porque o atendimento é vinte e quatro horas também e as vezes no interior você não tem o atendimento de um médico a noite mesmo sendo de dia automaticamente a gente vem sempre aqui” (P02).

“Porque a gente trabalha e só pode vir a noite” (P15).

“Porque eu vim pegar um raio x e aproveitei para mostrar o médico logo” (P21).

“Olha eu vim trazer a minha esposa e minha menina para se consultar e ai eu aproveitei e me consultei aqui também por isso que eu não fui lá mas se eu voltasse para casa agora sem me consultar aqui” (P28).

“Com certeza amanhã eu teria que ir lá porque eu tomei uma pancadinha

de moto e tenho sentido bastante a costela ai aproveitei o embalo e já me consultei logo também” (P28).

“Porque é uma consulta mais eficiente mais rápida e agente sempre sai com um bom medicamento e logo vê melhora” (P41).

Percebe-se nos fragmentos das falas dos Pronto Atendimento avaliados, que se apresenta de forma diversa dos demais, reconhecido por maior rapidez no atendimento, divergindo do imaginário popular sobre a demora no atendimento e à superlotação. A possível explicação para essa constatação é o fato de se tratar de um município com uma população pequena, o que, por consequência, demanda menor número de atendimento.

A partir da análise baseada na teoria dos grafos (ramo da matemática que estuda as relações entre os objetivos de um determinado conjunto) é possível identificar as ocorrências entre as palavras e as indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura do conteúdo de um corpus textual. Observa-se que há uma palavra que mais se destaca no discurso: *Porque* utilizado para dar a resposta as perguntas e ramificando para três palavras principais: *Estar*, *Mais* e *Atendimento*.

A palavra *Estar*, se ligou mais as palavras: *Ficar*, *Passar*, *Muito*, *Mal*, *Febre*, *Sentir* e *Dor*. Nas sete palavras que estão vinculadas à primeira pergunta observou-se que as pessoas estão procurando o Pronto Atendimento ligada diretamente a um estado físico da pessoa, dando assim uma procura imediata para sanar o seu problema de saúde como por exemplo a dor existente, conforme indicação nos fragmentos a seguir e representado na Figura 4.

“Porque eu estava com uma febre muito alta” (P11).

“Porque eu estava me sentindo mal” (P12).

“Porque eu estava sentindo muita dor assim no pé da barriga e eu resolvi porque eu já estava sentindo dor bastante tempo já” (P23).

Uma próxima ligação se refere a palavra *Mais* que se ligou a *Sair*, *Perto*, *Casa*, *Bem*, *Cômodo*, *Rápido*, *Próximo* e *Remédio*. Estas oito palavras analisaram que de acordo com os atendimentos do *Pronto Atendimento* tem mais praticidade em chegar, ser

atendido e resolver o caso de imediato.

“Porque eu não estava me sentindo bem e eu achei o mais próximo de casa aqui é melhor para mim e o pronto atendimento aqui é muito bom” (P07).

“Porque é mais fácil mais rápido mais cômodo e sai com o remédio na hora e é atendido na hora bem mais rápido” (P35).

“Aqui é mais perto para mim mais fácil e sou mais bem atendido vou no médico que eu quero” (P53).

A terapia medicamentosa faz do PA, aos olhos do usuário, um serviço de solução de seu problema de saúde no momento, levando-o a pensar que o uso de medicamento é única forma de assistência à saúde, sendo assim, torna-se mais viável a espera por atendimento dentro de um PA do que em uma UBS, tornando cada vez mais distante o vínculo com a UBS (CAVALCANTI, 2014).

Na palavra *Atendimento* ligou-se a cinco palavras: *Melhor*, *Ve*, *Também*, *Facilidade* e *Achar*. A palavra *Pronto* é a ligação da palavra *Pronto Atendimento* das respostas das pessoas. As ligações das palavras estão a clareza das pessoas em saber que ali no Pronto Atendimento vão achar o que precisam e também está relacionada à proximidade que os pacientes tem com os profissionais ali.

“Por conta da rapidez também no atendimento e facilidade que tem no atendimento” (P13).

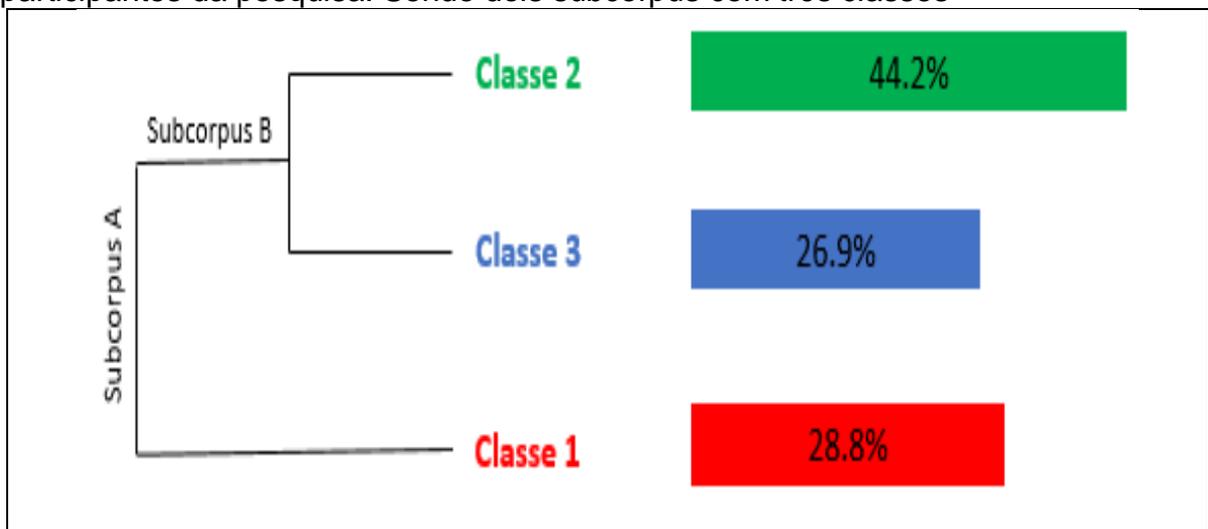
“Eu acho aqui mais rápido e é melhor o atendimento e eu conheço os médicos e no posto de saúde geralmente eu não conheço” (P33).

“Eu vim consultar aqui no pronto atendimento porque eu acho que tem o melhor atendimento são rápidos os atendimentos as consultas os profissionais são de confiança essa é um dos motivos que eu venho pra cá” (P56).

característica das classes e os valores percentuais dos segmentos de textos em relação ao total do corpus analisados.

No corpus do texto existem diferentes classes que emergem dentro dos espaços no sentido das palavras expressas que sugerem elementos às concepções dos Participantes (P) que não foram na UBS, e sim direto ao Pronto Atendimento.

Figura 5 - Dendograma representativo da classificação hierárquica decrescente das repartições em classes e porcentagem de palavras em cada classe, relatadas pelos participantes da pesquisa. Sendo dois subcorpus com três classes



Fonte: Elaborada pelo autor.

O subcorpus A está ligado a classe 1 (não, número, atender e médico) médico não atende o número maior que dez pessoas. Está também agregado ao subcorpus B composto pela classe 1 e 2 (muito, demorar, marcar, atendimento, acesso, posto, consulta e precisa) o atendimento na unidade básica demora muito e o pronto atendimento é melhor e rápido.

“Porque o acesso aqui no pronto atendimento é melhor e mais rápido que no posto da minha localidade” (P11).

“A burocracia é que faz com que eu não vá procurar esse atendimento as vezes não tem médico falta médico outro dia o médico não vai e é muito burocrático para marcar a consulta lá” (P20).

“Porque é mais difícil para marcar demora de quinze vinte trinta dias para marcar uma consulta com especialista” (P54).

“Porque demora muito para marcar e aqui ia ser bem mais rápido porque eu estava com muita dor” (P09).

A partir da análise baseada na teoria dos grafos (ramo da matemática que estuda as relações entre os objetivos de um determinado conjunto) é possível identificar as ocorrências entre as palavras e as indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura do conteúdo de um corpus textual. Observa-se que há uma palavra que mais se destaca no discurso: *Atendimento* ligando com as partes mais perceptíveis das perguntas e ramificando para as palavras principais, definidas como: *Posto, Atender, Saúde, Marcar e Rápido*.

A palavra *Posto* se ligou com a palavra *Burocracia e Médico* relatando assim a demora e as vezes a falta de médico na UBS.

“Porque no postinho nem sempre tem o médico que a gente precisa e a burocracia é maior e aqui tem mais facilidade” (P24).

“Não tinha médico lá atendendo” (P39).

Existem várias *palavras* com ligações forte como por exemplo: *Consulta, Marcar, Rápido* e *Demorar*. Estão todas interligadas a uma falha que está acontecendo na UBS referente ao atendimento das consultas.

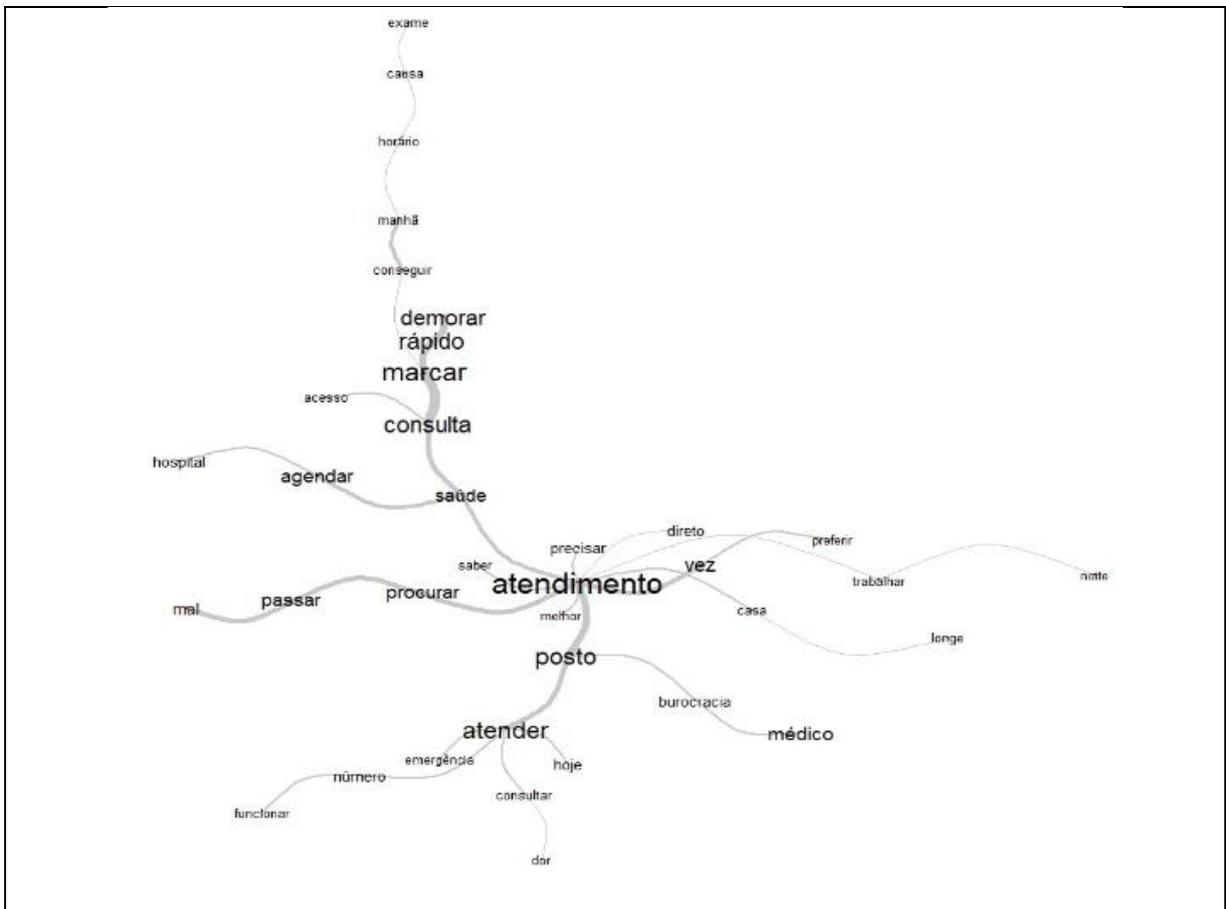
“Porque temos dificuldades de marcar consulta no posto de saúde” (P29).

“Porque demora mais tem que agendar para depois ser atendido outro dia” (P42).

“Lá é mais enrolado você chega lá tem hora que demora tem vez eu prefiro vir aqui porque de todo jeito é mais rápido do que lá” (P48).

A representação gráfica é mostrada na Figura 6.

Figura 6 - Dendograma representativo das ocorrências entre as palavras e suas conexões, relatados pelas pessoas participantes da pesquisa. Presidente Kennedy/ES – 2020



Fonte: Elaborada pelo autor.

Observa-se que há uma palavra que mais se destaca nos discursos: Atendimento. Através dela podemos notar a sequência das ramificações diminuindo na ordem das palavras expressivas na nuvem (Dendograma), mostrando as palavras: *Marcar*, *Posto*, *Agendar*, *Atender*, *Demorar*, *Rápido*, *Médico*, *Consulta*, *Procurar*, *Saúde*, *Hospital* entre outras que perdem a força de aparição de tamanho conforme indicada na Figura 7, representado pela núvem de palavras.

A saúde no Brasil ainda é um ponto que carece de atenção devida pelo Estado, contudo, não será discutido no presente por não ser o tema deste, entretanto, um dos problemas enfrentados no Brasil diz respeito a ausência de médico e a demora na marcação de consultas em todo o território, o que também desencadeia um dos motivos pela procura dos prontos atendimentos.

Reportagem veiculada no sítio eletrônico G1 Globo relata que de forma geral, em média, o tempo de espera para atendimento pelo SUS é de um ano e quatro meses (SEGALA, 2020). Ou seja, o paciente busca pelo atendimento no posto de saúde próximo a sua residência e se depara com falta de médicos, demora na marcação, então, vislumbra no Pronto Atendimento uma forma de consulta mais ágil para atender sua necessidade.

O PA foi criado com o intuito de prestar um atendimento de emergência a casos mais graves, contudo, na prática vislumbra-se a procura em situações que deveriam ser encaminhadas aos postos de saúde dos bairros. Um estudo realizado por Oliveira *et al.* (2015a) relata que os casos atendimentos geralmente não se enquadram como urgência, o que gera um grande fluxo de pacientes, excedendo a capacidade do serviço.

O estudo apresenta, ainda, uma concepção por parte dos profissionais de saúde que atuam nas unidades de pronto atendimento e que reconhecem que há uma falha no sistema de saúde, inclusive, muitos pacientes relatam a busca inicial por um posto de saúde, mas são informados que não há médico para atendimento, ou que a agenda já estava lotada, devendo aguardar semanas ou meses, assim, procuram pelo pronto atendimento, pois sabem que não pode haver negativa no atendimento (OLIVEIRA *et al.*, 2015a).

Ou seja, denota-se que a precariedade do sistema de saúde é um fato relevante para essa busca pelo pronto atendimento, que é um reflexo da precariedade de atendimento dos postos de saúde, mas, não somente. Trata-se de uma narrativa que envolve inúmeros fatores, mas que demonstram, tão somente, a busca por cuidados pessoais com a saúde de cada paciente atendido nos prontos atendimentos.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, Aline Marques; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 337-44, abr. 2015.
- AFONSO, Sandra; LOPES, Sílvia. Differences in Clinical Characteristics and Utilization of Emergency Department by High-Frequency Users. **The Journal of Emergency of Medicine**, New York, v. 59, n. 1, p. 153-60, Jul. 2020.
- AMARANTE, Lidiane Cintia de Souza. **Caracterização da demanda dos serviços de saúde em unidades de pronto atendimento segundo critérios classificação de risco, características sociodemográficas e superutilização**. 2014. 69 f. Dissertação (mestrado), Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP, 2014.
- BARRETO, Mayckel da Silva; ARRUDA, Guilherme de Oliveira; MARCON, Sonia Silva. Como os homens adultos utilizam e avaliam os serviços de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.17, n. 3, p. 1-8, jul./set. 2015.
- BITENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-54, jul. 2009.
- BONOTTO, Marta Viviana. **A efetivação do matriciamento em saúde mental do NASF de Araranguá**. 2017. 31 f. Dissertação (Especialização em Educação e Direitos Humanos) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2017.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1988.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: diretrizes do NASF**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia saúde da família (ESF)**. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>. Acesso em: 31 maio 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da unidade de saúde da família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000

Saúde, 2013.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e Nasf**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. Brasília, DF:Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Regulação médica das urgências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministerio da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

Brasil. Ministério da Saúde. **Unidade de pronto atendimento (UPA 24h)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/u/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. Portaria n.º 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24 h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 jan. 2017b. Edição 3, seção 1, p. 34

BRASIL. Portaria n.º 479, de 15 de abril de 1999. Institui a importância do atendimento hospitalar na assistência ao paciente em situações de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 1999. Seção 1, p. 79.

BRASIL.Portaria n° 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Portaria n.º 1.601, de 07 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 2011a.Republicado por ter saído, no Diário Oficial da União n.º 130, de 8-7-2011, seção 1, p. 70-72, com incorreção no original.

BRASIL. Portaria n.º 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas da gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 out. 2003. Seção 1, p. 56.

BRASIL. Portaria n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da**

União, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 32-54.

BRASIL. Portaria n.º 2.923 de 9 de junho de 1998. Institui o programa de apoio à implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento de Urgência/Emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jun. 1998. Seção 1, p. 92.

CAMARGO, Brígido Vizeu. Alceste: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. *In*: Moreira, Antonia Silva Paredes *et al.* (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. p. 511-39.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-8, dez. 2013.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. **IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)**. Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – UFSC, 2018.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp. p. 252-64, 2014.

CARVALHO, Bruna Ré *et al.* Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 462-9, 2018.

CASSETTARI, Sonia da Silva Reis; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. Demanda e tipo de atendimento realizado em Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis, Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. E3400015, 2017.

CAVALCANTI, Joseane da Rocha Dantas *et al.* Assistência integral a saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 628-34, out./dez. 2014.

CERQUEIRA, Monique Borba; PUPO, Lígia Rivero. Modos de vida e acesso em duas favelas da Baixada Santista. *In*: Escuder, Maria Mercedes Loureiro, Monteiro Paulo Henrique Nico, Pupo Lígia Rivero (Org.). **Acesso aos serviços de saúde em municípios da Baixada Santista**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. p. 193- 214.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.451, de de março de 1995. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos Pronto Socorros Públicos e Privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 de março de 1995. Seção 1, p. 3666.

CHALRÉO, Fernando. **Teoria dos grafos e análise de redes**. 2016. Disponível em: <https://www.ilos.com.br/web/teoria-dos-grafos-e-analise-de-redes/>. Acesso em 20 jun.

2020.

CHIU, Yohann Moanahere *et al.* Persistent frequent emergency department users with chronic conditions: A population-based cohort study. **PloSone**, San Francisco, v. 15, n. 2, p. e0229022, Feb. 2020.

DESLANDES, Suely F. O cuidado humanizado como valor e ethos da prática em saúde. *In*: PINHEIRO, Rosani; MATTOS, Rubens Araujo de (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2007. p. 385-95.

FEIJÓ, Vivian Biazon El Reda *et al.* Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.106, p.627-36, jul./set. 2015.

FREIRE, Ariana Bôllaet *al.* Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? **Revista Saúde**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 195-200, jan./jul. 2015.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GODOI, Claudete Divina de. **Análise da qualidade na assistência à saúde com o acolhimento e classificação de risco**. 2014. 24 f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

GODOI, Vanessa Carolina Grigini *et al.* Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 3, p. 1-8, jul./set. 2016.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-74, mar. 2007.

GUEZ, Viviane Maisa de Ávila. **O perfil da demanda de pacientes do serviço de emergência da Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio**. 2015. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização de Gestão em Saúde Pública) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração. Novo Hamburgo, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e estados**: Presidente Kennedy. 2021b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/presidente-kennedy.html>. Acesso em: 26 maio 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama: Brasil / Espírito Santo / Presidente Kennedy**. 2021a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/presidente-kennedy/panorama>. Acesso em: 24 mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde – PNS**: tabelas: atendimentos realizados: classificação por gênero. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados>. Acesso em: 11 nov. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Presidente Kennedy**: censo universo: indicadores sociais e municipais: analfabetismo: censo 2010. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/presidente-kennedy/pesquisa/23/25124>. Acesso em 26 mai. 2021.

KONDER, Mariana; O'DWYER, Gisele. As unidades de pronto atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 1-24, 2019.

LAGO, Liane Maria *et al.* Itinerarioterapêutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Suppl. 1, p. 1283-91, 2010.

LAPREGA, Milton Roberto. **Os hospitais de ensino no Brasil**: história e situação atual. 2015. 290 f. Tese (Livre Docência) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

LOPES, Grazielle dos Santos Savaget Paiva; SARDAGNA, Maria Claudete; LERVOLINO, Solange Abrocesi. Motivos que levam os homens a procurar um serviço de pronto atendimento. **Revista Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p. 151-65, maio/ago. 2017.

LUDKE, Menga; ANDRE, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagem qualitativa. 2. ed. São Paulo: EPU, 2013.

MACHADO, Cristiani Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Serviço de atendimento móvel de urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-28, jun. 2011.

MASSARO, Isis Aparecida Cunácia; MASSARO, Altair. O uso do kanban na gestão do cuidado: superando limites. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 66, jan./mar. 2017.

MENDONÇA, Gabrielle Helloyse de Novaes; PINCERATI, Caroline Lourenço de Almeida. **Superlotação no serviço de urgência e emergência**: visão dos usuários. 2016. Disponível em: <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqPics/1211370358P673.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

MIRANDA, Gabriela Moraes Duarte *et al.* Ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 131-45, jan./abr. 2017.

MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: questões a problematizar. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1,

p. 122-7, jan./fev. 2015.

OLIVEIRA, Gabriela Silva *et al.* Superlotação das urgências e estratégias de gestão de crise: uma revisão de literatura. **Caderno de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde UNIT**, Aracaju, v. 4, n. 2, p. 115-26, out. 2017.

OLIVEIRA, Max Moura de *et al.* A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 273-8, jan. 2015b.

OLIVEIRA, Saionara Nunes de *et al.* Unidade de pronto atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto Contextoem Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 238-44, jan./mar. 2015a.

PIMENTEL, Sylvania Klug *et al.* Análise dos motivos para uso do serviço de urgência e emergência pelo paciente não grave. **Revista Médica da UFPR**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 109-13, 2016.

PRESIDENTE KENNEDY. Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy-ES. **Plano municipal de saúde**: exercício 2018-2021. Presidente Kennedy, ES: Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy-ES. 2017.

ROCHA, Andréa Fonseca Silva. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte**. 2005. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2005.

ROLAND, Martin *et al.* Reliability of patient responses in pay for performance schemes: analysis of national General Practitioner Patient Survey data in England. **BMJ**, v. 339, p. b3851, 2009.

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, dez. 2005.

ROSAS, Isabela. **Qual a diferença entre pronto-socorro e pronto atendimento?** entenda a diferença entre os dois e quais atividades o enfermeiro pode desenvolver nas 2 áreas. 2019. Disponível em: <https://www.educamaisbrasil.com.br/cursos-e-faculdades/enfermagem/noticias/qual-a-diferenca-entre-prontosocorro-e-pronto-atendimento>. Acesso em: 22 abr. 2021.

SACOMAN, Thiago Marchi. **Hiperutilizadores de baixo risco clínico em pronto socorro de um hospital universitário**: usuários produzidos ou produtores de cuidado? 2019. 55 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo, 2019.

SANTOS, Carlos Alberto Silva; SANTO, Eniel Espírito. Análise das causas e consequências da superlotação dos serviços de emergências hospitalares: uma revisão bibliográfica. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 31-

44, fev. 2014.

SAÚDE DA SAÚDE. **Qual a diferença entre pronto-socorro e pronto atendimento?** 2021. Disponível em: <https://saudedasaude.anahp.com.br/diferenca-entre-pronto-socorro-e-pronto-atendimento/>. Acesso em: 22 abr. 2021.

SCOLARI, Giovana Aparecida de Souza *et al.* Unidades de pronto atendimento e as dimensões de acesso à saúde do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, supl. 2, p. 864-70, 2018.

SEGALA, Lorena. **Tempo médio de espera para atendimento pelo SUS é de um ano e 4 meses, diz levantamento de comissão da ALMT.** 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/mt/mato-grosso/noticia/2020/03/11/tempo-medio-de-espera-para-atendimento-pelo-sus-e-de-um-ano-e-4-meses-diz-levantamento-de-comissao-da-almt.ghtml>. Acesso em: 11 nov. 2020.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; LUIS, Margarita Antonia Villar. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-8, maio/ago. 2011.

SOUZA, Marlana Figuelredo; PINTO, Ione Carvalho; FIGUEIREDO, Luana Alves. Análise da utilização do serviço de pronto socorro na percepção do usuário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 13-20, jan./mar. 2010.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAM, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na atenção primária à saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 361-78, set. 2018.

THOMAS, Jaya; SEO, Dongmin; SAEL, Lee. Review on Graph Clustering and Subgraph Similarity Based Analysis of Neurological Disorders. **International Journal of Molecular Sciences**, Basel, v. 17, n. 6, p. 862, Jun. 2016.

VIEGAS, Anna Paula Bise; CARMO, Rose Ferraz; LUZ, Zélia Maria Profeta da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100-12, 2015

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Tradução de Daniel Grassi. Original em Inglês. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A - Carta de Anuência**Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy - ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****CARTA DE ANUÊNCIA**

Estamos de acordo com a realização do projeto de pesquisa **“MOTIVO QUE LEVA O USUÁRIO AO PRONTO ATENDIMENTO EM PRESIDENTE KENNEDY/ES”**, realizado no Pronto Atendimento Municipal de Presidente Kennedy/ES. O projeto será executado pelo farmacêutico Bery Ornelas Porto Neto, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES (EMESCAM). Ressaltamos que o projeto somente poderá ser iniciado depois da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM.

Presidente Kennedy/ES, 01 de novembro de 2019.

Jairo Fricks Teixeira Secretário
Municipal de Saúde
Município de Presidente Kennedy/ES

**Rua Sebastião de Menezes, nº123, - Centro – Presidente Kennedy/ES – CEP
29.350-000
Tel.: (28) 3535-1321 / 3535-1374**

APÊNDICE B - Questionário para Coleta de Dados

TÍTULO: MOTIVO QUE LEVA O USUÁRIO AO PRONTO ATENDIMENTO EM PRESIDENTE KENNEDY/ES QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS

1 SEXO: () FEMININO - () MASCULINO

2 IDADE: _____

3 ESCOLARIDADE: (..) ENSINO FUNDAMENTAL (..) ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO (..) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO () ENSINO MÉDIO COMPLETO () ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO () ENSINO SUPERIOR COMPLETO.

4 VOCÊ TRABALHA? () SIM () NÃO.

SE SIM: () EM CASA, () AUTÔNOMO () APOSENTADO, () DESEMPREGADO .

OUTROS: _____

5 QUAL A SUA RENDA FAMILIAR MENSAL (R\$)? _____

6 ONDE VOCÊ RESIDE? () NA SEDE DO MUNICÍPIO () NO INTERIOR DO MUNICÍPIO QUAL COMUNIDADE? _____

7 NA SUA COMUNIDADE TEM POSTO DE SAÚDE? () SIM () NÃO

8 VOCÊ POSSUI PLANO DE SAÚDE? () SIM () NÃO

9 COMO VOCÊ FAZ PARA VIR AO PRONTO ATENDIMENTO? () POR MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA DO PRONTO ATENDIMENTO () TRANSKENNEDY () VAN MUNICIPAL.

() OUTROS _____

10 VOCE BUSCOU ATENDIMENTO NO POSTO DE SAÚDE (POSTINHO, UNIDADE DE SAÚDE, PSF) ANTES DE PROCURAR O PRONTO ATENDIMENTO? () SIM () NÃO.

SE BUSCOU SEU PROBLEMA FOI RESOLVIDO? () SIM () NÃO

11 QUAL ESPECIALIDADE VOCÊ ESTÁ BUSCANDO? () MÉDICO GERAL () MÉDICO ORTOPEDISTA () MÉDICO PEDIATRA .

OUTROS: _____

12 QUAL O MOTIVO DE NÃO PROCURAR ATENDIMENTO NO POSTO DE SAÚDE? NESTA OPÇÃO VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE 1 ALTERNATIVA. () NO POSTO DE SAÚDE TENHO QUE MARCAR CONSULTA () NÃO CONSIGO MARCAR CONSULTA NO POSTO DE SAÚDE () O ATENDIMENTO NO POSTO DE SAÚDE DEMORA (.) É MAIS FÁCIL CONSULTAR NO PRONTO ATENDIMENTO, PORQUE TEM MÉDICO 24 HORAS.

() OUTROS: ESPECIFICAR _____

13 DIGA A DIFICULDADE PARA TER ACESSO A ATENDIMENTO MÉDICO NO POSTO DE SAÚDE: () NÃO VEJO DIFICULDADE DE CONSEGUIR ATENDIMENTO () É MUITO DIFÍCIL EU CONSEGUIR ATENDIMENTO () NÃO UTILIZO O POSTO DE SAÚDE DA MINHA LOCALIDADE .

14 QUAL LOCAL QUE VOCÊ VAI QUANDO ESTÁ DOENTE OU PRECISA DE CUIDADOS MÉDICOS? () POSTO DE SAÚDE DA MINHA LOCALIDADE () POSTO DE SAÚDE DE OUTRA LOCALIDADE () HOSPITAL DE KENNEDY - PRONTO ATENDIMENTO () FARMÁCIA () HOSPITAL OU CLINICA PARTICULAR

() OUTROS:ESPECIFICAR: _____

15 VOCE CONSIDERA SEU CASO DE EMERGÊNCIA? () SIM () NÃO

16 COMO VOCÊ AVALIA O ATENDIMENTO DO POSTO DE SAÚDE DA SUA LOCALIDADE? () BOM () REGULAR () RUIM.

() OUTROS:ESPECIFICAR: _____

17 VOCÊ VEIO AO PRONTO ATENDIMENTO PARA: NESTA OPÇÃO VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE 1 ALTERNATIVA. () CONSULTAR () TROCAR RECEITA OU PEGAR UMA RECEITA NOVA () FAZER CURATIVO () PEGAR REMÉDIOS () PEGAR ENCAMINHAMENTO () PEGAR REQUISIÇÃO DE EXAMES () PORQUE ESTOU DOENTE

() OUTROS:ESPECIFICAR: _____

18 QUEM LHE ENCAMINHOU PARA O PRONTO ATENDIMENTO? () VIM POR CONTA PRÓPRIA () MÉDICO DO POSTO DE SAÚDE () FAMILIAR

OUTROS _____

19 QUANTAS VEZES NOS ULTIMOS 3 MESES VOCÊ PROCUROU O PRONTO ATENDIMENTO DE KENNEDY- HOSPITAL?

20 QUANTAS VEZES O SR.(A) CONSULTOU O MÉDICO NOS ÚLTIMOS 3 MESES?

21 POSSUI ALGUMA DOENÇA CRÔNICA? () NÃO () SIM QUAL: () HIPERTENSÃO () DIABETES () PROBLEMA CARDÍACO () BRONQUITE () ASMA () RINITE OUTROS: _____

22 TOMA ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO? () SIM () NÃO

QUAL? _____

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE): Nº _____

Ao _____

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**Motivos que leva o usuário ao pronto atendimento em Presidente Kennedy/ES**”. A pesquisa será realizada pelos mestrandos **Bery Ornelas Porto Neto e Leandro Gomes de Faria**, alunos do Programa de Mestrado da EMESCAM, com orientação do Prof. Dr. **Valmin Ramos da Silva**, do mesmo Programa de Mestrado. O objetivo é analisar e compreender o motivo que leva o usuário ao Pronto Atendimento Municipal de Presidente Kennedy/ES, na perspectiva do usuário do serviço e caracterizar o perfil demográfico socioeconômico e clínico dos usuários. A sua participação é muito importante e se você decidir participar é necessário que você responda um questionário, com 22 perguntas simples e, também os 60 primeiros participantes identificados pelo número sequencial de TCLE, nos dê uma entrevista que será gravada. Para diminuir o desconforto relacionado ao tempo em participar da pesquisa, estimamos ocupar o seu tempo no máximo em 40 minutos, sendo 20 minutos para preencher o questionário e 20 minutos para gravar a entrevista. Para garantir o sigilo o questionário e a entrevista serão realizados em sala privativa no Pronto Atendimento de Presidente Kennedy. Você não é obrigado a participar deste estudo, e caso não queira participar não haverá nenhum problema e todos os seus direitos ao atendimento médico continuará sendo mantido, sem nenhum prejuízo para você. Mesmo depois de ter consentido participar, você poderá desistir a qualquer momento, sem dar nenhuma explicação, bastando apenas dizer que não quer mais participar. Você não receberá e não pagará nada para participar da pesquisa. Você terá a garantia de que as suas respostas serão mantidas no mais absoluto sigilo e seu nome nunca será revelado em nenhuma hipótese. Embora a pesquisa represente risco mínimo, fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Caso surja alguma dúvida você poderá falar com o Pesquisador, ou com o orientador da Pesquisa ou diretamente no Comitê de Ética em Pesquisa da Emescam, cujos contatos estão descritos abaixo.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Declaro que depois de ter lido e recebido todas as informações referentes à minha participação neste projeto **CONCORDO EM PARTICIPAR**, razão pela qual estou assinando esse TCLE. Reafirmo que entendo que que tenho o direito de sair da pesquisa, a qualquer tempo, sem dar nenhuma justificativa, sem nenhum prejuízo dos meus direitos como usuário dos serviços de saúde do município. Declaro ainda, que recebi uma via deste TCLE, devidamente assinado pelo pesquisador.

Em _____ de _____ de _____

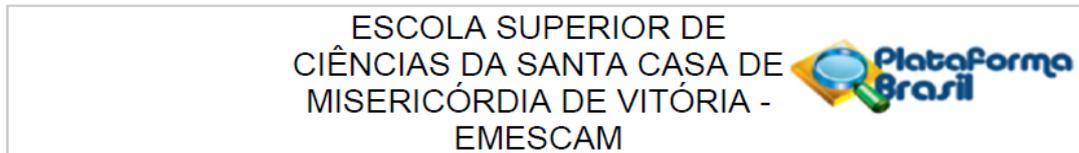
Participante

Bery Ornelas Porto Neto

Leandro Gomes de Faria

Bery Ornelas Porto Neto – Telefone (28) 35351166 e-mail: beryneto@hotmail.com
Leandro Gomes de Faria – Telefone (28) 35351166 – e-mail:
leoimobilizacao49@hotmail.com
Valmin Ramos da Silva – Telefone (27) 33343543 – e-mail:
Valmin.ramos@emescam.br
Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM – Telefone 3334-3506 ou pelo E-mail:
comite.etica@emescam.br, ou ainda diretamente Av. N. S. da Penha, 2190, Santa
Luiza - Vitória - ES - 29045-402 (Prédio da Fisioterapia).

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MOTIVO QUE LEVA O USUÁRIO AO PRONTO ATENDIMENTO DE PRESIDENTE KENNEDY

Pesquisador: BERY ORNELAS PORTO NETO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25491319.3.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.760.980

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado “Motivo que leva o usuário ao pronto atendimento em Presidente Kennedy – ES” é uma pesquisa vinculada ao mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Emescam, de caráter descritivo, de corte transversal e de abordagem quantitativa e qualitativa. Participarão da pesquisa 385 pacientes que buscarem espontaneamente o serviço do Pronto Atendimento do município de Presidente Kennedy, durante as 24 horas do dia, entre 01/03/2020 a 30/06/2020, que após assinatura do TCLE responderão a um questionário, contendo 23 perguntas semiestruturada, e desses os 60 primeiros serão entrevistados.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar e compreender o motivo que leva o usuário ao Pronto Atendimento Municipal de Presidente Kennedy – ES, na perspectiva do usuário do serviço e caracterizar o perfil demográfico, socioeconômico e clínico dos usuários.

OBJETIVO SECUNDÁRIO

Descrever o perfil demográfico, socioeconômico e clínico do usuário no Pronto Atendimento Municipal de Presidente Kennedy.

Identificar e compreender o motivo que leva o usuário a buscar assistência no pronto atendimento

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa			
Bairro: Bairro Santa Luiza	CEP: 29.045-402		
UF: ES	Município: VITORIA		
Telefone: (27)3334-3586	Fax: (27)3334-3586	E-mail: comite.etica@emescam.br	

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.760.980

e o que desestimula a busca de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde no município de Presidente Kennedy.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

Os pesquisadores reconhecem que os riscos desta pesquisa são mínimos e se referem principalmente desconforto para responder ao questionário e a entrevista e também a quebra de anonimato. Para diminuir o desconforto estimam que o tempo para sua realização será breve, em torno de 40 minutos; para a segurança do sigilo oferecem 'ambiente privado' e garantem anonimato em todas as fases do estudo.

BENEFÍCIOS:

Os pesquisadores não descrevem benefícios individuais, mas coletivos uma vez que " [...] os resultados poderão trazer melhorias para o atendimento aos mesmos no futuro".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, pois pretende identificar as internações por causas sensíveis à APS e a partir dos resultados propor melhorias para o sistema local de saúde.

A metodologia é compatível com normas éticas, pois serão excluídos aqueles usuários "[...] direcionados para sala de emergência assim que deram entrada no Pronto Atendimento; [...] que permaneceram internados ou em observação na unidade". Serão excluídos também aqueles com encaminhamento formal de outro serviço de saúde do município, menores de 18 anos e analfabetos.

O tamanho da amostra levou em conta o total de atendimentos no PA, no ano de 2019, e de acordo com os pesquisadores com "[...] nível de confiança de 95%, uma margem de erro de 5%, e sem conhecimento do tamanho da população, também foi considerado uma prevalência anterior de 0,5 já que é desconhecida". A análise dos dados será realizada através do software "IRAMUTEQ", além de estatística descritiva com apresentação de resultados em média, mediana e desvio padrão e para estatística inferencial, se necessário será utilizado teste qui-quadrado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentadas Carta de Anuência assinada pelo Secretário Municipal de Saúde de Presidente

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 3.760.980

Kennedy.

Apresentadas Folha de rosto, projeto completo e cronograma adequados.

O TCLE apresentado atende as recomendações realizadas pelo CEP, em atendimento à Resolução nº 466/2012: explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa e da aplicação da entrevista aos 60 primeiros participantes da pesquisa.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugere-se aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1465103.pdf	02/12/2019 16:49:10		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/12/2019 16:46:58	BERY ORNELAS PORTO NETO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	06/11/2019 15:24:01	BERY ORNELAS PORTO NETO	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	06/11/2019 15:12:43	BERY ORNELAS PORTO NETO	Aceito
Outros	cartaanuencia.pdf	06/11/2019 15:06:05	BERY ORNELAS PORTO NETO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/11/2019 15:03:57	BERY ORNELAS PORTO NETO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.760.980

VITORIA, 11 de Dezembro de 2019

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br