

**UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE:
DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS**

EUGENIO GONZALEZ CAÇÃO

**AVALIAÇÃO DA DEMANDA DE ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS NO
PRONTO SOCORRO DA CIDADE DE CUBATÃO E O DIREITO
CONSTITUCIONAL À SAÚDE**

SANTOS/SP

2019

EUGENIO GONZALEZ CAÇÃO

**AVALIAÇÃO DA DEMANDA DE ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS NO
PRONTO SOCORRO DA CIDADE DE CUBATÃO E O DIREITO
CONSTITUCIONAL À SAÚDE**

Dissertação apresentada à
Universidade Santa Cecília
como parte dos requisitos para
obtenção de título de Mestre no
Programa de Pós-Graduação em
Direito da Saúde sob orientação
da Profa. Dra. Rosa Maria
Ferreiro Pinto.

SANTOS/SP

2019

AUTORIZAÇÃO DE REPRODUÇÃO

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

(verso da folha de rosto)

FICHA CATALOGRÁFICA

CACAO, Eugenio Gonzalez

AVALIAÇÃO DA DEMANDA DE ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS NO PRONTO SOCORRO DA CIDADE DE CUBATÃO E O DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE.

Conclusão : 2019

70 folhas. 344.04 - C124a

Orientadora : PINTO, Rosa Maria Ferrero

Dissertação (Mestrado) - Universidade Santa Cecilia

Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde: dimensões individuais e coletivas, Santos/SP, 2019.

1.Direito à Saúde 2. Unidade de emergência em Cubatão 3. Sistema Único de Saúde 4.HumanizaSUS 5.Direito à informação| PINTO, Rosa Maria Ferreiro,Orientadora. II AVALIAÇÃO DA DEMANDA DE ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS NO PRONTO SOCORRO DA CIDADE DE CUBATÃO.

DEDICATÓRIA

A Todos aqueles que compartilham sua dor

A todos aqueles que nos olham com desespero

A todos aqueles que nos contam suas fraquezas

A todos aqueles que nos pedem socorro

A todos aqueles que nos fazem entrar em suas vidas

A todos aqueles que enxergam nossas fraquezas

A todos aqueles que respeitam nossos erros

A todos aqueles que nos fazem ser iguais uns aos outros

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que há mais de 60 anos migraram para este país, com pouco estudo e mesmo assim entenderam que o estudo abre portas para o mundo e permite criar asas para experimentar outros conhecimentos.

A minha esposa que vivendo a advocacia conseguiu colocar em mim um filete de dúvida e do desconhecido que são os propulsores da procura científica.

Aos meus filhos que sempre seguiram nossos caminhos no estudo e na formação de caráter para que saibam que o conhecimento não tem fim e que, a cada degrau concluído, outro se apresenta mais alto e difícil de subir.

A minha orientadora que descobriu que a paciência pode ser mais difícil do que parece e que só foi possível conquistá-la pelo dom que existe na sua procura do saber.

“Amigos médicos e não médicos, deixa eu contar uma história pra Vcs....

Ontem foi meu último plantão de segunda-feira...

Há alguns meses, numa segunda (dia internacional do atestado) logo após um feriado prolongado eu atendi um senhor de 42 anos, vou chama-lo de José.

José estava trabalhando numa obra quando sentiu uma forte dor na “barriga” ele não sabia, mas era hipertenso.” Chamou um amigo e disse que estava passando mal, o amigo pegou o carro e levou ele até o hospital onde eu trabalhava as segundas a noite.

DA obra ao hospital ele demorou 10 minutos.

Eram 14:30 a hora que ele pegou uma senha de atendimento para fazer uma ficha... attem para os horários...

Uma breve descrição da situação do hospital...

Pós feriado, abarrotado de jovens adultos insatisfeitos com sua carreira profissional em busca de que?

Ajuda? Conforto? Atestado? Malandragem?

Junto dos jovens adultos tinham também muitas mulheres de meia idade, insatisfeitas com seu casamento, com filhos e porque não com sua vida e suas frustrações?

Some aos jovens adultos e as mulheres de meia idade alguns vizinhos fofuras que de tão só, contentam-se em esperar longas horas para apenas conversarem com a recepcionista, as enfermeiras e os médicos.

Somando todos eles?

67 fichas de atendimento na frente de José, que de tanta dor na “barriga” estava quietinho sentado aguardando longos 42 minutos para ABRIR a ficha.

Depois de ficha aberta, José aguardou mais de 33 minutos para passar pela triagem do hospital, para quem não conhece, é um sistema que classifica o risco do doente.

Depois de 75 minutos (fazer a ficha + triagem) a enfermeira chama Jose e faz uma breve anamnese e afere sinais vitais. Pressão arterial de 240X130 mmHg (normal é de 120X80mmHg), sudoreico, agachado de tanta dor, por ser analfabeto, José mal sabia descrever o que estava sentindo..

A enfermeira seguindo o protocolo me chama imediatamente

José? Você tem pressão alta?

Quietinho...."Tímido" foi a única coisa que me respondeu:

Não sei senhora ...me ajuda...

Não, eu jamais vou esquecer essa cena.

Em menos de 2 minutos eu estava com um eletrocardiograma na mão com um infarto extenso e gravíssimo, coloca José na maca, leva pra sala de emergência, enquanto a medicação era preparada José teve uma parada cardiorrespiratória.. Mesmo depois de incansáveis 65 minutos de reanimação, José foi a óbito.

*O infarto era grava, jamais saberemos se ele teria chance de sobreviver.
Mas a chance foi tirada por:*

Jessica, 22 anos, bronzeada do sol do feriado, atendente de telemarketing queixando-se de rouquidão.

Tiago, 19 anos, auxiliar administrativo queixando-se de diarreia.

Eduardo, 28 anos, caixa de banco queixando de resfriado do ar condicionado.

Marta, 52 anos, dona de casa, queixando de tontura.

Cleber, 38 anos queixando de dor na perna há 8 meses.

João, 82 anos, queixando de fraqueza.

Esses foram os 6 pacientes que eu atendi antes de José.

Tentei por alguns meses educar a população sobre a importância do pronto socorro ...

Perdi... Adeus segundas

E agora José?"

AUTOR DESCONHECIDO.

RESUMO

Tem-se observado que os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), tendem a procurar os serviços de urgência e emergência para serem atendidos quando a maioria das queixas poderia ser perfeitamente resolvida na rede de atenção básica, fato que pode causar aumento da demanda no pronto socorro prejudicando o atendimento de urgência e emergência. Assim, o presente estudo teve como principal objetivo avaliar os fatores que interferem no uso inadequado do serviço de emergência de Cubatão /SP por usuários do SUS. Para tanto foi realizada uma pesquisa qualitativa, de natureza compreensiva e explicativa realizada no Pronto Socorro Municipal de Cubatão, durante o primeiro semestre de 2018, através das fichas dos atendimentos realizados no Pronto Socorro (P.S.) por médicos plantonistas das 7:00 às 19:00 horas, em dias úteis, aleatoriamente. Os resultados apontaram que dos 32 pacientes selecionados para essa pesquisa, apenas 34% deles eram casos de urgência e que realmente deveriam ser atendidos no Pronto Socorro Central enquanto que 66% poderiam se atendidos nas Unidades Básicas de Saúde por tratarem-se de doenças crônicas. A grande maioria dos atendimentos ocorreu em horários em que os pacientes poderiam estar recorrendo às UBSs o que reforça o uso inadequado do pronto socorro ou, por falta de informação e desconhecimento dos serviços prestados nas UBSs, ou a conveniência de utilizar o pronto socorro como consultório médico.

Palavras Chave: urgência e emergência; uso inadequado de serviços de saúde; usuários do SUS.

ABSTRACT

It has been observed that users of the unified health system (SUS), tend to seek urgent and emergency services to be met when the majority of the complaints could be perfectly resolved on the network of primary health care, which can cause increased the emergency room demand hurting the urgent and emergency care. Thus, the present study had as main objective to evaluate the factors that interfere in the misuse of the emergency service of Cubatão/SP by users of SUS. For both a qualitative research, understanding and explanatory in nature held in Cubatão Municipal emergency room, during the first half of 2018, through records of calls made in the emergency room (P.S.) by doctors on the 7:00 to 19:00 hours in business days, randomly. The results showed that of the 32 patients selected for this survey, only 34% of them were cases of urgency and that really should be met in the Central Emergency room while 66% might be served in basic health units for treating of chronic diseases. The vast majority of calls occurred at times when patients could be using the UBSs which reinforces the misuse of emergency room or, for lack of information and lack of awareness of the services provided in the UBSs, or the convenience of using the ER as doctor's Office.

Key words: urgency and emergency; misuse of health services; users of SUS.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1: Mudanças dos Sistemas Piramidais e Hierárquicos para Redes de Atenção Básica à Saúde	30
Figura 2: Hospital Guilherme Álvaro – Santos	54
Figura 3: Hospital Zona Noroeste Santos/SP	55
Quadro 1: Distância da UBS ao Pronto Socorro	46
Quadro 2: Diagnóstico X Motivo de Não Ir à UBS	48

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1: Endereço dos Pacientes X Distância do Pronto Socorro .	45
Tabela 2: Especialidades Médicas Por UBS	47
Gráfico 1: Sexo dos Pacientes	43
Gráfico 2: Idade dos Pacientes	44
Gráfico 3: Quanto à Raça (autodeclarada)	44
Gráfico 4: Motivo da Procura ao PS	49
Gráfico 5: Diagnostico mais frequente	49
Gráfico 6: Urgência X Não Urgência em Relação ao Atendimento	50
Gráfico 7: Destinação do Paciente Após o Atendimento	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica

AP: Atenção Primária

APS: Atenção Primária à Saúde

AVC: Acidente Vascular Cerebral.

CC: Condições Crônicas

CF: Constituição Federal.

COSIPA: Companhia Siderúrgica Paulista

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio.

MS: Ministério da Saúde

OEA: Organização dos Estados Americanos

OMS: organização mundial de saúde

ONU: organização das nações unidas

PIB: produto interno bruto

PNAB: política nacional de atenção básica

PNHAH: programa nacional de humanização da assistência hospitalar

PNH: politica nacional de humanização

PS: pronto socorro

PSF: programa saúde da família

RAS: redes de atenção à saúde.

RUE: Rede de Urgência e Emergência.

SAMU: serviço de atendimento móvel de urgência

SUS: sistema único de saúde

TEIAS: territórios integrados de atenção à saúde

UBS: unidade básica de saúde

UPA: unidade de pronto atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1. A SAÚDE COMO DIREITO	18
2. ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE, REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS E DIREITO À SAÚDE	22
2.1. O Sistema Único de Saúde	22
2.2. Atenção Básica de Saúde	24
2.3. Rede de Atenção Básica	27
2.4. HumanizaSUS	31
2.5. Serviços de Urgência e Emergência X Atenção Básica	36
3. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA	40
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1. Resultados	43
4.2. Discussão	51
4.2.1. Direito à Informação	53
4.2.2. O Uso do Pronto Socorro como Consultório Médico	56
CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS.....	62
ANEXOS	66
Anexo 1: Carta de autorização da PM de Cubatão	66
Anexo 2: Ficha de atendimento usada até Julho de 2018 no Pronto Socorro Municipal de Cubatão	67

INTRODUÇÃO

Cubatão é uma cidade localizada no litoral sul do Estado de São Paulo, com 129.760 mil habitantes e um historio PIB enriquecido por grandes indústrias petrolíferas, químicas e de laminação de aço, pertenceu à cidade de Santos até conquistar emancipação política e autonomia em 9 de abril de 1949.

À época da monarquia Cubatão era uma cidade de passagem para escoamento de produtos para o Porto de Santos. Sua produção agrícola era composta da banana e posteriormente café e cana-de-açúcar até ser escolhida para abrigar o maior parque industrial da época na era republicana.

A Cia. Fabril, inaugurada em 1922 e a Usina Henry Borden em 1926, foram as primeiras grandes construções industriais no município a se instalarem próximas a escarpa da serra com vilas operárias planejadas.

Após a construção da Companhia Fabril de Cubatão e da Usina Henry Borden na encosta da serra do mar, na margem esquerda do rio Cubatão, outras indústrias foram construídas com a implantação da Refinaria Presidente Bernardes em 1951, orientada pelo Plano de Metas do Governo Federal iniciado no governo de Getúlio Vargas (1934-1945/1951-1954) e levado a cabo por Juscelino Kubistchek (1956-1961).

À construção da Refinaria, seguiram-se a construção da Companhia Siderúrgica Paulista (Cosipa), empresas petroquímicas e de fertilizantes ainda nos anos 50, atraídas pelos fatores comuns de infraestrutura, localização, energia, mas também pela possibilidade de fácil obtenção de derivados de petróleo vindos da refinaria para sua produção.

Para instalação do polo industrial, muitas modificações foram realizadas no município inclusive com a transformação das áreas rurais em áreas urbanas devido à ocupação pelas indústrias da maior parte da área caracterizada por sítios e uma tradição campesina (SILVA, 2006, p. 105).

Graças a um extenso polo industrial e petroquímico e a uma total despreocupação com o meio ambiente, chegou a ser considerada pela ONU como a cidade mais poluída do mundo.

A favela de Vila Parisi também foi um exemplo mundial de descaso e humilhação com o ser humano. Criada inicialmente para abrigar os trabalhadores da COSIPA, fundada em 1955 recebeu toda carga de poluentes em doses muito acima do permitido (500 mcg/m³ ao dia). Em 1983 a Vila Parisi recebeu o nome de “VALE DA MORTE”, devido à destruição da fauna e flora da serra do mar e contaminação dos rios. Ocorreram as primeiras mortes neonatais por anencefalia, casos até hoje mal explicados.

Em 24 de fevereiro de 1984, outra tragédia ocorre em Cubatão: o incêndio da Vila Socó, com a morte, oficialmente de 93 pessoas (mais de 300 pessoas foram consideradas desaparecidas). A Vila Socó estava assentada sobre os dutos da Refinaria Presidente Bernardes.

As tragédias ganham conhecimento nacional e mundial, pois a explosão dos dutos da Petrobrás, sobre os quais se erguia uma favela, pôs a nu os problemas advindos de políticas energéticas não planejadas e de erros. Tais acontecimentos de repercussão mundial fizeram com que Cubatão não medisse esforços para o desenvolvimento na área da saúde através de financiamentos públicos e privados.

Esta situação levou através da união da comunidade, do governo e das indústrias a realização de um programa de recuperação do meio ambiente e a cidade conseguiu controlar 98% do nível de poluentes no ar. Com isto em 1992, a ONU conferiu à cidade o título de “Cidade símbolo da Recuperação Ambiental”.

Em 1993, o Ministério Público/SP ordenou o fechamento da fábrica da Rhodia (do grupo francês Rhone-Poulenc), tendo em vista a existência de “lixões” tóxicos escavados em Cubatão, São Vicente e Itanhaém.

A cidade de Cubatão ganha nessa década um hospital que depois foi denominado de Hospital Modelo, graças a sua planta moderna, amplo número de vagas para internação em enfermarias e UTI, além de um Centro Cirúrgico com inúmeras salas de cirurgia, laboratórios de análises clínicas e exames de imagem.

Hoje conta com 1 Hospital Geral, 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) , 18 ambulatorios e atendimento da saúde da família com 20 equipes e 1 Policlínica.

Seu pronto socorro conta com médicos clínicos, cirurgiões gerais e plásticos, ortopedistas, intensivistas, médico da sala emergência, pediatras 24hs, dentistas generalistas e bucomaxilo faciais. O hospital municipal (hospital modelo) sempre apresentou suporte completo com leitos de enfermaria e UTI, especialistas em todas as áreas, laboratório, radiologia, tomografia computadorizada, que junto com as 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS), e uma UPA localizada no bairro do Casqueiro com leitos de internação, laboratório e RX completam a malha de saúde da cidade .

Por mais que existam inúmeros postos de atendimentos ambulatoriais e domiciliares que proporcionam, além do exame clínico colheita e exames laboratoriais, Eletrocardiográficos e a remoção para exames hospitalares como Rx e Tomografia, ainda é grande a procura por atendimento diretamente no Pronto Socorro Central e na UPA.

Toda unidade de pronto atendimento emergencial tem como característica a completude do atendimento caracterizado por equipe médica equipe de enfermagem, equipe de suporte para mobilização e transporte de pacientes, deve conter suporte laboratorial e aparelhos de ressuscitação e monitorização além de colaboradores no sentido de identificação do indivíduo que procura atendimento na urgência.

Sabe-se que a atenção básica à saúde é a grande estratégia para a sustentabilidade do sistema de saúde em qualquer país do mundo, pois, além de evitar o surgimento de algumas patologias pode controlar inúmeras doenças crônicas e nestas minimizar o sofrimento.

A preocupação é com o excesso de consultas em ambiente preparado para atendimento de pacientes graves ou em vias de se tornarem graves. Nesse ambiente, o número de atendimentos e a demora no início do atendimento podem ser responsáveis pelo agravamento dos casos levando muitas vezes à morte de indivíduos graves nas salas de espera (arritmia cardíaca, edema agudo de pulmão, infarto subclínico, acidentes vasculares cerebrais, e outras). Além das consequências médicas, os exames laboratoriais e eletrocardiográficos que poderiam ter sido realizados nos ambulatorios,

ocupam os laboratórios que fornecerão resultados mais demorados pela demanda elevada.

Nossa experiência de 30 anos como médico nos serviços de urgência e emergência tem demonstrado que os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), tendem a procurar esses serviços para serem atendidos quando a maioria das queixas poderia ser perfeitamente resolvida na rede de atenção básica. Na prática, observamos que o atendimento no Pronto Socorro na Cidade de Cubatão é muito alto, e muitos desses se devem a atendimentos não emergenciais ou de não urgentes, conforme levantamento elaborado em 2016 de maneira empírica através de um questionário aplicado com os pacientes com um intuito de uma aproximação maior com a realidade com a qual convivíamos, cujo resultado nos estimulou a aprofundar cientificamente problema em questão.

Por este motivo definimos como objeto de estudo, compreender as razões que levam os usuários do SUS a utilizarem os serviços de emergência, ao invés do atendimento ambulatorial que visa à prevenção, controle e tratamento das enfermidades nas unidades básicas de saúde (UBS).

Assim, optamos por desenvolver um estudo qualitativo através de uma pesquisa descritiva¹ que tem como objetivos:

Objetivo Geral:

Identificar os fatores que se relacionam ao uso inadequado do Pronto Socorro de Cubatão /SP por usuários do SUS.

Objetivo Específico:

Compreender os motivos que levam os usuários do SUS a procurar o serviço de emergência de Cubatão / SP.

Os dados que deram substância a esse estudo foram coletados no Pronto Socorro de Cubatão através das fichas de atendimento aos pacientes realizados por médicos do serviço durante o segundo os meses de agosto e setembro de 2018.

¹ Esse tipo de estudo pretende observar, registrar, correlacionar e descrever fatos ou fenômenos de uma determinada realidade em tempo e espaço determinados.

1. A SAÚDE COMO DIREITO

A saúde como direito foi reconhecida internacionalmente em 1948, quando da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU), no artigo XXV, que define:

[...] todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis.

Ou seja, o direito à saúde é indissociável do direito à vida, que tem por inspiração o valor de igualdade entre as pessoas.

No âmbito da Organização dos Estados Americanos (OEA), o sistema interamericano tem como principal instrumento a Convenção Americana de Direitos Humanos, denominada “Pacto de San José da Costa Rica”, em 22 de novembro de 1969 e que entrou em vigor internacional em 18 de julho de 1978. No Brasil entrou em vigor em 25 de setembro de 1992 através do Decreto N° 678, de 6 de novembro de 1992.

O Pacto de San José da Costa Rica é o documento de maior importância no sistema regional americano. No Capítulo II que trata dos direitos civis e políticos, o artigo 4º refere-se ao “direito à vida” e, mais especificamente no inciso 1: *“Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente.”*

Em 1988, a Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos adotou um Protocolo Adicional, denominado Protocolo de San Salvador o qual entrou em vigor em 1999 e no Brasil, através do Decreto nº 3.321, de 30 de dezembro de 1999. Nesse Protocolo, o artigo 10 trata do direito à saúde.

Artigo 10

Direito à Saúde

1. Toda pessoa têm direito à saúde, compreendendo-se como saúde o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.

2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados-Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir esse direito:

a) assistência primária à saúde, entendendo-se como tal à assistência médica essencial ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade;

b) extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado;

c) total imunização contra as principais doenças infecciosas;

d) prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza;

e) educação da população com referência à prevenção e ao tratamento dos problemas da saúde; e

f) satisfação das necessidades de saúde dos grupos de maior risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis.

Considerando o que está previsto nos acordos internacionais, o direito à saúde é um direito humano fundamental. No contexto brasileiro, o direito à saúde está inscrito no Título II da Constituição Federal de 1988, “Dos Direitos e Garantias Fundamentais”:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, CF, 1988).

A luta pela Reforma Sanitária teve como um de seus pontos altos a realização, em 1986, da 8.ª Conferência Nacional de Saúde, evento que, pela primeira vez na história do país, permitiu a participação da sociedade civil organizada no processo de construção de um novo ideário para a saúde. A conferência foi norteadada pelo princípio da “saúde como direito de todos e dever do Estado”.

Suas principais resoluções foram confirmadas na Constituição de 1988. (MS, 2007, p.8) e na Lei Orgânica 8.080/90, de 19/09/90 que estabelece o Sistema Único de Saúde e que traz no Título I “Das

Disposições Gerais”, artigo 2º: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” (BRASIL, Lei 8.080/90).

As Constituições brasileiras do passado não foram totalmente omissas quanto à questão da saúde, já que todas elas apresentavam normas tratando dessa temática, geralmente com o intuito de fixar competências legislativas e administrativas. Entretanto, a de 1988 foi a primeira a conferir a devida importância à saúde, tratando-a como direito social-fundamental, demonstrando com isso uma estreita sintonia entre o texto constitucional e as principais declarações internacionais de direitos humanos. (SILVA, s/d)

No entanto, direito à saúde não se restringe apenas a poder ser atendido no hospital ou em unidades básicas. Embora o acesso a serviços tenha relevância, como direito fundamental, o direito à saúde implica também na garantia ampla de qualidade de vida, em associação a outros direitos básicos, como educação, saneamento básico, atividades culturais e segurança.

A saúde não é apenas um direito de segunda geração, mas de todas as gerações, pois saúde é vida e vida está relacionada à simbiótica do ser humano e aos direitos sociais. Assim não basta o controle repressivo da doença, mas as condições que possam dar ao ser humano uma vida digna para que possa ter um cuidado com a saúde.

Em um país marcado por profundas desigualdades sociais, a promoção da equidade constitui-se em desafio de primeira grandeza, a ser assumido pelas políticas públicas. No campo da Saúde, isso implica o enfrentamento das vulnerabilidades e iniquidades que atingem segmentos específicos, tais como mulheres, idosos, crianças, população negra, grupos de orientação sexual – GLBT –, populações do campo e da floresta e em situação de rua. (Brasil, MS, 2007, p. 17).

Significa também avançar na consolidação dos princípios da transversalidade e da intersetorialidade, indispensáveis para reverter as tendências à fragmentação da ação do Estado, tanto no interior do setor Saúde

quanto na sua interface com os demais setores. É impreterível, ainda, avançar no processo de qualificação da atenção integral disponibilizada pelas unidades de saúde do SUS, de forma a oferecer ao conjunto da população serviços de saúde de boa qualidade e ações de prevenção e promoção da saúde. (MS, 2007, p.17)

Conforme afirmam Oliveira e Ferreira, 2017:

Em que pese o direito à saúde seja expressamente um direito fundamental, ligado à preservação da vida e da dignidade da pessoa humana e, ainda, estejam as normas nacionais em concordância com as internacionais, a grande quantidade de demandas judiciais no âmbito da saúde demonstram a existência de uma busca por sua efetivação, principalmente, porque o Estado é o principal responsável pela proteção e pela promoção dos meios para a efetividade do referido direito, tanto no âmbito individual, quanto no coletivo (OLIVEIRA; FERREIRA, 2017, p.82).

Por certo, boas condições de saúde são fundamentais para a realização do direito individual à vida, em outras palavras, a saúde é um pressuposto, essencial, à manutenção e gozo da vida, referindo-se à vida com dignidade, saudável e com certa qualidade.

Logo, inegável a relação existente entre o direito à saúde e os outros direitos fundamentais, já que a proteção à saúde é indispensável ao usufruto desses, pois sem saúde nenhum ser humano consegue gozar dos demais direitos ou reivindicar para que estes sejam cumpridos. (OLIVEIRA; FERREIRA, 2017, p.85)

2. ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

2.1. Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988, TÍTULO VIII - Capítulo II, Seção II - Da Saúde, Art. 196, estabelece:

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

E, no Art. 198:

Art. 198. (*) As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. Parágrafo único. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (*) Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

A LEI Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências e, no Título II trata do Sistema Único de Saúde. Com a Lei nº 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais (das esferas federal, estadual e municipal).

Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida.

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõem o SUS é ampla e abrange tanto ações diretas ou indiretas nos serviços de saúde. Ela engloba a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

São princípios do SUS:

Universalidade: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação interssetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

São princípios operacionais:

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem,

visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva é prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

No âmbito do Sistema Único de Saúde a atenção básica é a porta de entrada do sistema público de saúde brasileiro.

2.2. Atenção Básica de Saúde

Como referem Mello, Fontanella e Dermazo (2009, p. 205), há uma frequente discussão acerca da terminologia ideal para designar o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, esta discussão ganha contornos especiais. Em contraste com a tendência internacional do uso de “Atenção Primária” (AP), a expressão “Atenção Básica” (AB) foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a denominar assim suas secretarias e documentos oficiais (BRASIL, 2006a).

Nas “Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão” (BRASIL, 2006b) pode-se ler “Fortalecimento da Atenção Básica” como prioridade do Pacto pela Vida. (MELLO, FONTANELLA, DERMAZO, 2009, p.205).

A história da organização de serviços de saúde orientados pela atenção primária é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções até se consolidar como uma política de reforma, uma alternativa diante da permanente crise dos sistemas de saúde contemporâneos (CONILL, 2008). Do ponto de vista administrativo, o delineamento teórico de um sistema de saúde hierarquizado e integrado em rede, baseado na assistência primária, secundária e em hospitais de ensino terciários, surge em 1920, na Inglaterra, com as propostas do “Relatório Dawson” (ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DE SAUDE, 1964).

O Relatório Dawson, publicado em 1920, foi o marco da ideia de APS como forma de organização dos sistemas nacionais de saúde, no qual se propôs a reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra em serviços organizados segundo os níveis de complexidade e os custos do tratamento. Centros de saúde primários deveriam resolver a maior parte dos problemas de saúde da população e funcionar como a porta de entrada e núcleo do sistema, de forma vinculada e com o suporte de centros de saúde secundários e hospitais de ensino (MINISTRY OF HEALTH, 1920). As propostas do documento estiveram presentes na base da criação do Sistema Nacional de Saúde na Inglaterra e inauguraram um conjunto de dimensões ainda centrais nas discussões contemporâneas acerca da organização de sistemas de saúde com ênfase na APS, como a atenção ao primeiro contato, a hierarquização dos níveis de atenção à saúde e a regionalização a partir de bases populacionais. (PORTELA, 2017, p. 256).

A primeira definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata no Cazaquistão. De acordo com a declaração de Alma-Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo

possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (ALMA-ATA, 1978).

A atenção primária à saúde (APS) portanto, pode ser entendida como o primeiro nível do sistema de serviço de saúde, o qual deve funcionar como porta de entrada preferencial do sistema, com ações resolutivas sobre os problemas de saúde, articulando-se com os demais níveis de complexidade, formando assim uma rede integrada de serviços direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. (STARFIELD, 2004).

Pode ser vista como uma estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipes de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo, sustentado por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados, a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores, organizado em consonância com a comunidade a fim de proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, suas famílias e da comunidade em um processo conjunto de produção social de saúde, mediante um pacto social que inclui aspectos biopsicossociais e do meio ambiente não discriminando nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural de raça ou sexo (LAGO & CRUZ, 2001). No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS (BRASIL, 2004).

Até o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (hoje denominado Estratégia de Saúde da Família), a atenção básica à saúde organizava-se, sobretudo com base em serviços norteados pelos princípios de um modelo que entendia a saúde apenas como a ausência de doença, baseando-se em práticas frequentemente clientelistas e de conteúdo curativo. A oferta de atenção concentrava-se no indivíduo e suas demandas, desconsiderando a realidade e autonomia locais, o planejamento a partir de perfis epidemiológicos e a participação comunitária (PAIM, 2003).

De acordo com Sampaio (2008), muitos movimentos foram realizados visando ao fortalecimento da APS no país, merecendo destaque a criação do Departamento de Atenção Básica pelo Ministério da Saúde em 2000, a

implementação da Política Nacional de Atenção Básica e do Pacto pela Saúde e Pela Vida no ano de 2006, documentos que reiteraram como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de APS e centro ordenador das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006).

2.3. Rede de Atenção Básica

As redes de Atenção à saúde foram idealizadas na década de 1920, em Londres com a ideia da regionalização da saúde através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e familiar (Programa Saúde da Família), hoje é aplicada em outros países como o Canada, Espanha, Suíça, Holanda, França, Alemanha entre outros, na América Latina, a implementação ainda é inicial porem o Chile destaca-se no emprego deste sistema de saúde com mais experiência (ALEJANDRO GOIC G., 2015).

O estímulo à organização de redes integradas de atenção à saúde nos sistemas municipais e estaduais de saúde, como forma de garantir a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população brasileira, adquire maior relevância no final da década de 1990 e culmina com a publicação da Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010. (Curso de Auto Aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde, Brasília, 2012).

Conforme consta do Curso de Auto Aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde, 2012, p.7, esta discussão ocorre no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), diante de um perfil epidemiológico alarmante, comumente caracterizado pela **tripla carga de doenças**.

Este processo decorre de profundas transformações socioeconômicas e conseqüentemente de estilo de vida, e impacta diretamente na saúde dos indivíduos e comunidades. Uma das conseqüências mais claras é a ascensão das condições crônicas de doença. Em outras palavras, as condições crônicas

(CC), antes incipientes, agora assumem papel de destaque junto às prioridades da agenda de saúde. (MS, 2012, p.7)

A rápida ascensão epidemiológica das CC demonstrou, entre outros fatores, a ineficácia do sistema de saúde brasileiro em lidar com essa demanda, já que está centrado em eventos agudos e organizado segundo preceitos de hierarquização, fragmentação e medicalização. Por isso, é urgente que se estabeleçam novos processos organizativos, de gestão e atenção à saúde no SUS, baseados em evidências científicas, que levem em conta as reais necessidades de saúde da população e que de fato sejam **efetivos e eficientes**.

Nesta conjuntura, as Redes de Atenção à Saúde surgem como uma possibilidade para a reestruturação dos serviços e processos de saúde, rumo ao restabelecimento da coerência entre os princípios e diretrizes do SUS e o perfil epidemiológico da população brasileira. (MS, 2012, p.7).

A implementação das RAS tem como desafio a construção de sistemas integrados de saúde que se articule, em todos os níveis de atenção à saúde, e de forma interfederativa mais harmônica possível.

As redes têm sido propostas para lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção em saúde, onde há interação de diferentes agentes e onde se manifesta uma crescente demanda por ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde e por participação da sociedade civil organizada.

No âmbito da saúde, todos esses aspectos estão presentes nas RAS, que devem ter foco na população, de forma integral, por meio de um serviço contínuo de cuidados que visem prioritariamente à promoção da saúde. Dessa forma, as RAS são definidas, oficialmente, segundo o anexo da Portaria **GM nº 4.279/2010**¹ que as instituiu no SUS, como: *“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”*.

As RAS têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de

qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Na Portaria que instituiu as RAS no âmbito de SUS, é possível identificar seis características importantes e inerentes à sua matriz conceitual. Assim, as RAS podem ser caracterizadas por:

a) Formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção: essa característica pressupõe que os pontos de atenção passem a ser entendidos como espaços onde são ofertados alguns serviços de saúde, sendo todos igualmente importantes para que sejam cumpridos os objetivos da rede de atenção. Assim, para a lógica das RAS, um pronto socorro e um centro de especialidades, por exemplo, são igualmente importantes na garantia da atenção à saúde do usuário, pois ambos cumprem papéis específicos para necessidades específicas.

b) Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação: a lógica de organização do SUS em redes de atenção a partir da APS reafirma o seu papel de (1) ser a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde; (2) de ser responsável por coordenar o caminhar dos usuários pelos outros pontos de atenção da rede, quando suas necessidades de saúde não puderem ser atendidas somente por ações e serviços da APS; (3) e de manter o vínculo com estes usuários, dando continuidade à atenção (ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, entre outros), mesmo que estejam sendo cuidados também em outros pontos de atenção da rede.

Essa posição estratégica da APS, no fluxo da atenção à saúde do usuário, objetiva potencializar a garantia da integralidade, continuidade, eficiência e eficácia do sistema de saúde. A figura 01 a seguir ilustra bem a APS como centro de comunicação da RAS.

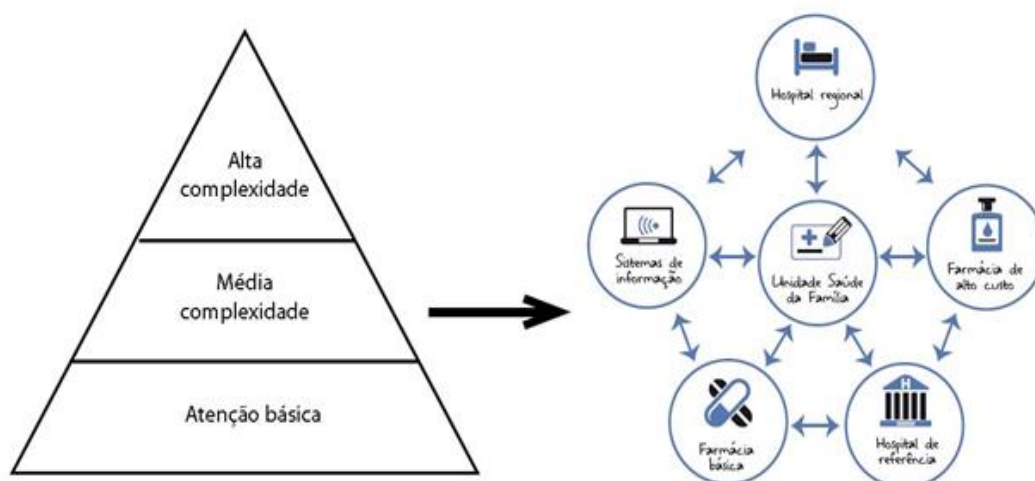


Figura 01. Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para Redes de Atenção à Saúde.
Fonte: adaptado de MENDES

c) Planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica: as ações, serviços e programações em saúde devem basear-se no diagnóstico da população adscrita à equipe de saúde, considerando fatores e determinantes da saúde desta população.

d) Ofertar atenção contínua e integral: serviços e sistemas integrados poderão ser capazes de dar atenção integral aos usuários na medida em que, conseguindo solucionar aproximadamente 80% dos problemas de saúde que são demandados pela APS18, os outros 20% dos casos seguem um fluxo cuja densidade tecnológica do tratamento aumenta a cada nível de atenção que se sucede. Ao final, a continuidade da atenção deverá ser mantida pelas equipes da APS.

e) Cuidado multiprofissional: faz-se necessária a composição multiprofissional das equipes de saúde porque os problemas de saúde muitas vezes são multicausais e complexos, e necessitam de diferentes olhares profissionais para o devido manejo. Porém, mais do que a multiprofissionalidade, a ação interdisciplinar desta equipe deve ser um objetivo a ser estabelecido, de modo a garantir o compartilhamento e a corresponsabilização da prática de saúde entre os membros da equipe.

f) Compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos: a missão de uma equipe de saúde deve

contemplar objetivos sanitários de modo a gerar o melhor custo benefício para à população atendida.

As Redes de Atenção à Saúde são formadas por três elementos sem os quais não seria possível implantar uma Rede capaz de cumprir plenamente seu papel: população, estrutura operacional e modelo de atenção. Esses elementos permitem que as RAS sejam organizadas segundo atributos e fundamentos que levem em consideração a realidade e os determinantes de saúde específicos de um território sanitário e das pessoas que nele vivem.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS.

Outra grande estratégia das redes é promover a mudança de hábitos que possam estar agindo em uma determinada população e com isso determinar uma menor incidência e uma melhora dos índices de prevalência de determinadas doenças.

É nestas redes básicas que pode ser possível, por exemplo, racionalizar o uso de medicamentos evitando assim medidas intervencionistas. Conduzir a procura de serviços terciários da saúde para a efetividade, pois causando menores filas e menores custos com exames desnecessários, geralmente solicitados nos serviços de urgência, possam levar a eficiência no tratamento através de hipóteses diagnosticas mais próximas ao que realmente esta acontecendo com este.

2.4. HumanizaSUS

No contexto das noções de qualidade, equidade, satisfação e autonomia do usuário do SUS, a partir dos anos 1990 é incorporada também a humanização da atenção à saúde.

Humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma. Segundo Rech (2003), é tratar as pessoas levando em conta seus valores e vivências como únicos, evitando quaisquer formas de discriminação negativa, de perda da autonomia, enfim, é preservar a dignidade do ser humano. (FORTES, 2004, p.31).

Ainda segundo Fortes (2004), humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde (p.31).

No campo da atenção em saúde o termo humanização tem sido utilizado com diferentes significados. Porém o conceito veio se modificando no decorrer dos últimos anos. Na fase inicial, confundiu-se com a luta por direitos dos pacientes/usuários podendo-se afirmar que humanização da atenção à saúde fundamentou-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Fortes (2004) refere que a reflexão sobre práticas humanizadoras em saúde se inicia nos anos 1970 por meio da discussão e luta sobre os “direitos do paciente”. Segundo o autor, a primeira declaração de direitos dos pacientes foi emitida pelo Hospital Mont Sinai, em Boston/USA, em 1972. Um ano depois, a Associação Americana de Hospitais lança a Patient’s Bill off Rights [Carta dos Direitos dos Pacientes], que foi posteriormente revisada em 1992 (FORTES 1998).

Porém, essa fundamentação ganha força na Declaração da Conferencia Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata, Kazaquistão, de 6 a 12 de setembro de 1978, chamada Declaração de Alma-Ata.

A Declaração de Alma-Ata enfatiza que: “[...] a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde

é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.” (OMS, 1978). Traz ainda que:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1979).

Continuando, no Inciso VII a Declaração de Alma-Ata diz que:

[...] os cuidados primários de saúde refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública. (OMS,1978).

No Brasil, além das bases constitucionais relativas a direitos individuais, coletivos e sociais, a legislação infraconstitucional referente ao setor de saúde traz diretrizes e normas que se referem, de forma direta ou indireta, à humanização da atenção em saúde, tais como a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e o direito à informação das pessoas assistidas sobre sua saúde (Lei federal 8080/90, art. 7º, III, IV e V).(FORTES, 2004, p.32).

No artigo 198 da Constituição Federal, cita em uma das suas diretrizes, a importância da prevenção como prioridade :

II – “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

O final da década de 90 foi marcado pela ampliação de proposições políticas governamentais referentes à humanização na atenção à saúde.

Em 2001, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Programa este que propõe um conjunto de ações integradas com o objetivo de alterar os padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar público. O Programa enfocava a necessidade de ocorrer uma transformação cultural no ambiente hospitalar, orientada pelo atendimento humanizado ao usuário, entendendo que resultaria em maior qualidade e eficácia das ações desenvolvidas.

Expressava que as relações humanas que caracterizam o atendimento à saúde exigem “agregar à eficiência técnica e científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e imprevisível, que aceite os limites de cada situação” (MS, 2001, p.11).

O Programa objetivou capacitar os trabalhadores da saúde para lidarem com a dimensão psicossocial dos usuários e de suas famílias. Estimulou o trabalho em equipe multiprofissional, entendendo ser esta uma das condições essenciais para a eficácia da prática humanizada, devido à exacerbada especialização e tecnificação dos atos realizados por profissionais de saúde e ao aparecimento de novas formas organizacionais do trabalho que resultam em progressivo afastamento dos profissionais de saúde dos usuários sob sua responsabilidade, diminuindo o vínculo nas relações, tornando-as mais distantes, impessoais e despersonalizadas. (MS, 2001).

Em 2003, o Ministério da Saúde iniciou a condução da expansão da humanização para além do ambiente hospitalar e estabeleceu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – **HumanizaSUS**.

Esta política, de caráter transversal, visa a atingir todos os níveis de atenção à saúde, entendendo humanização como uma transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho que devem perpassar todas as ações e serviços de saúde.

Na análise efetuada por Fortes (2004) o autor enfatiza que a proposta do **HumanizaSUS** apresenta algumas diferenciações com as anteriores ao incorporar no conceito de humanização empregado. Ou seja, além dos direitos dos usuários e do “cuidar do cuidador”, aponta a necessidade da melhoria de aspectos organizacionais do sistema e dos serviços de saúde, aspectos esses que são fundamentais para proporcionar adequadas condições para o desenvolvimento de medidas humanizadoras (p.33).

Assim, resgatam-se princípios e diretrizes da construção do SUS, contidos nas leis e atos regulamentadores, tais como assistência integral, universalidade, hierarquização e regionalização de serviços, além do controle social.

O HumanizaSUS trata, ainda, a questão das dificuldades de acesso dos usuários aos serviços e suas injustas consequências como as filas de espera, a necessidade de ampliação dos mecanismos de comunicação e informação, o incentivo a formas de acolhimento que levem à otimização dos serviços e ao acesso dos usuários a todos os níveis de atenção do sistema de saúde, com mecanismos de referência e contra referência como prática humanizadora. (MS, 2003).

Em síntese, a Política Nacional de Humanização (PNH) vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde visa efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Promover a comunicação entre estes três grupos pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, <http://portalms.saude.gov.br/artigos/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>, acesso em 19/09/2018).

A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade

compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde. (MS, 2018).

Assim, o Humaniza SUS surge atrelado ao compromisso de uma efetivação real do Sistema Único de Saúde, partindo do reconhecimento do “SUS que dá certo”. E, no âmbito da atenção básica o aumento do acesso aos serviços de saúde e de uma melhor qualidade do cuidado.

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2006) caracteriza este nível de atenção como um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde - ações que devem ser desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente nos lugares em que vivem essas populações. (MS, 2009).

2.5. Serviços de Urgência e Emergência X Atenção Básica

Buscando sempre o acolhimento com classificação de risco e resolutividade, a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. São componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências: promoção e prevenção; Atenção primária: Unidades Básicas de Saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24h; SAMU 192; Portas hospitalares de atenção às urgências – SOS Emergências; Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos; Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: AVC, IAM, traumas; Atenção domiciliar – Melhor em Casa. (MS, <http://dab.saude.gov.br>, acesso em 19/09/2018).

A Portaria Nº 1.600, de 7 de Julho de 2011, Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) trata no Capítulo I das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e no seu artigo 3º, § 1º:

Art. 3º Fica organizada, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção às Urgências. § 1º A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. (MS, 2011, grifos nossos).

Do ponto de vista histórico, pode-se dizer que a preocupação com a assistência às urgências e emergências ocupou a agenda dos diversos órgãos que trabalham em conjunto para a organização da assistência hospitalar no sistema de saúde brasileiro.

As concepções relativas ao papel dos hospitais no auxílio a esses problemas têm variado entre modelos mais hospitalocêntricos, no qual a estrutura de redes era formada por hospitais locais – micro regional ou regional, de acordo com o porte, cobertura populacional e oferta de serviços –, até a sua inserção em redes regionalizadas e temáticas de atenção com a integração com os diferentes níveis de assistência.

Essas últimas formas de organização sofreram substancial incremento no desenvolvimento do SUS de corte universalista apoiado nas recentes mudanças ocorridas na sociedade brasileira que afetaram o setor da saúde nas últimas décadas.

Tal fato vem apontando de maneira mais aguda para um descompasso entre estas mudanças e as respostas político-estruturais do sistema de saúde capaz de atendê-las de maneira eficiente e eficaz.

As principais mudanças indicada em diferentes textos e análises podem ser resumidas nos seguintes aspectos: uma transição demográfica acelerada caracterizada por um grau de urbanização e metropolização da população brasileira, pois mais de 70% desta concentra-se em capitais e

municípios acima de 100 mil habitantes; aumento da expectativa de vida e o consequente envelhecimento da população; a redução dos níveis de fecundidade; condições de saúde, pois a persistência de situações relacionadas às infecções, problemas nutricionais e saúde reprodutiva soma-se a crescente predominância de doenças crônicas e ao forte crescimento da violência e de outras causas externas.

Na atenção às urgências, a elevada procura pelos serviços de pronto atendimento, significativamente superior à capacidade de oferta tem sido motivo de discussões sobre a organização do sistema, como a integração entre os níveis de atenção e as responsabilidades de cada um deles.

Atualmente, mesmo casos que poderiam ser atendidos nas unidades básicas, os pacientes procuram pelo pronto atendimento.

Como se sabe, a Atenção Básica à Saúde constitui o primeiro nível de atenção à saúde, conforme modelo adotado pelo Sistema Único de Saúde e engloba um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, com o objetivo da promoção da saúde, da prevenção de doenças, do diagnóstico, do tratamento e reabilitação de pacientes. É, portanto, o ponto de contato preferencial dos usuários com o Sistema Único de Saúde, onde deverão ser abordados (atendimento) os problemas mais frequentes e relevantes de saúde da população, tais como as especialidades de clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia.

Deduz-se que uma atenção básica bem estruturada faz com que se reduzam filas nos pronto-socorros e hospitais, além de se evitar o consumo abusivo de medicamentos e gasto indiscriminado com equipamentos de alta tecnologia. Neste contexto, surgiram as Unidades Básicas de Saúde que são estruturas físicas básicas de atendimento aos usuários do SUS.

A atenção primária quando atendida pelas Unidades Básicas de Saúde, desafoga os ambulatorios de especialidades e hospitais, resultando em uma maior satisfação dos usuários bem como a utilização mais racional dos recursos existentes.

Como componente da Atenção Básica o Programa Estratégia Saúde da Família prioriza as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde junto à comunidade, mediante relação permanente entre profissionais de saúde e

população assistida, prestando atendimento humanizado e resolutivo aos problemas de saúde mais frequentes.

Cada Equipe Saúde da Família está vinculada a uma Unidade Básica de Saúde, responsabilizando-se pela atenção básica em saúde da população de uma determinada área. O Pacto pela Saúde² reafirmou a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica e como reordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

Ao lado das Unidades Básicas de Saúde, existem as Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h – que são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências.

São integrantes do componente pré-hospitalar fixo e devem ser implantadas em locais/unidades estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

As UPAs fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde, que tem o objetivo de organizar e qualificar este nível de atenção à saúde. Por sua vez, fazem parte da estratégia das TEIAS (Territórios Integrados de Atenção à Saúde), que fortalecem e articulam a rede de serviços já existentes e complementam as lacunas que ainda persistem.

Elas possuem um importante potencial de resposta à enorme demanda que hoje se dirige às portas hospitalares de urgência, além do papel ordenador de seus fluxos.

As UPAs são classificadas em três diferentes portes, levando-se em conta a população da região a ser coberta, a capacidade instalada – área física, número de leitos disponíveis, recursos humanos e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos.

A cidade de Cubatão se encontra hoje com 18 UBS, 6 delas com clínicos gerais, e 12 com médicos generalistas³, 17 com pediatras e as 18 com ginecologistas, 1 policlínica, 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

² Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.

³ São Médicos Clínicos Gerais que também prestam atendimento a crianças e outras especialidades.

localizada no bairro Casqueiro, 1 Pronto Socorro Central em contato com um Hospital Geral (Hospital MODELO).

Como visto anteriormente, os serviços de saúde emergência têm como objetivo prestar um tratamento imediato e provisório aos casos de acidentes ou enfermidades imprevistas, os quais não podem ser resolvidos nos outros níveis de assistência.

A capacidade de atender casos de alta complexidade, de forma rápida e eficaz, leva a uma persistente e histórica preferência por consultas nesse tipo de serviço, independente da adequação desse atendimento e do modelo assistencial de saúde apesar da infraestrutura existente na cidade, especialmente com 18 UBSs.

Embora as unidades de urgência hospitalares tenham concentrado grande parte da demanda por atendimento de usuários em situação aguda ou agudizada, observa-se que muitos usuários têm demonstrado persistente preferência na procura pelos serviços de urgência, buscando repetidamente assistência nesses serviços. Também conhecidos como hiperutilizadores, usuários frequentes são pessoas que procuram muitas vezes os serviços de urgência, colaborando para aumento da demanda e superlotação desses serviços.

Por outro lado, este serviço tem como característica o alto custo em relação ao atendimento realizado nas unidades básicas de saúde, bem como, na maioria das vezes, a falta de continuidade no atendimento, levando à baixa adesão ao tratamento e solicitação de exames complementares desnecessários.

Cubatão é um município do estado de São Paulo, na Região Metropolitana da Baixada Santista, microrregião de Santos, cuja população estimada no ano de 2018 foi de 129.760 habitantes. A cidade ocupa 142,3 km² de área, o que resulta numa densidade demográfica de 830,91 hab/km². É o único município da Baixada Santista que não é litorâneo.

Considerando a relação entre a rede de serviços de saúde existentes na cidade e a população de Cubatão, pode-se afirmar que os equipamentos

existentes são suficientes para a demanda atendida. Segundo a Fundação SEADE, em 2016, o município dispunha de 1,13 leitos SUS por 1.000 habitantes. (SEADE, PERFIL DOS MUNICÍPIOS PAULISTAS, 2016).

3. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Para a realização desta investigação optou-se por desenvolver uma pesquisa qualitativa explicativa, cujo principal objetivo foi “Avaliar os fatores que se relacionam ao uso inadequado do Pronto Socorro de Cubatão/SP por usuários do SUS”.

A pesquisa foi realizada no Pronto Socorro Municipal de Cubatão, durante os meses de agosto e setembro de 2018, após os trâmites legais entre o pesquisador e a Secretaria de Saúde de Cubatão e a direção do Pronto Socorro, autorizando a mesma. (Anexo 1)

Os dados foram coletados através da ficha de atendimento (Anexo 2), realizados por médicos que se apresentaram como voluntários com 2 anos de formação, durante o atendimento no Pronto Socorro (P.S.) das 7:00 às 19:00 horas, em dias úteis aleatoriamente de acordo com a disponibilidade dos pacientes e dos médicos atendentes . O processo de coleta de dados ocorreu durante o primeiro semestre de 2018.

A ficha de atendimento contém dados de identificação pessoal, sendo o nome composto apenas pelas iniciais, endereço e bairro, raça, idade, se contem alguma doença crônica (Hipertensão, diabetes, Doenças cardíacas e outras a serem informadas pelo examinado), pergunta-se o que está sentindo, e há quanto tempo, informações sobre o conhecimento do ambulatório e se já passou por consulta alguma vez e, se nesta consulta, resolveu o problema de saúde. Embora não conste da ficha de atendimento o medico plantonista de maneira geral sempre faz perguntas tais como o porque do aparecimento da doença, se já era seguida por outro medico em outro serviço como as UBS e UPA .

Após o questionário, o atendimento médico é avaliado e caracterizado como urgente ou não, se era passível de tratamento nas UBS ou mesmo em casa, o destino dado ao paciente após o atendimento, fatores estes independentes dos protocolos que classificam as patologias como urgência ou emergência.

Foram considerados critérios de inclusão: moradores de ambos os sexos, com idade superior aos 12 anos, moradores de Cubatão que se submeteram a este atendimento. Foram considerados como critérios de exclusão: indivíduos não moradores de Cubatão, atendimentos ocorridos fora do atendimento nos ambulatórios (das 7:00 às 19:00)⁴, crianças até os 12 anos por serem atendidas em Pronto Socorro específico (Pronto Socorro Infantil); atendimentos de urgência por trauma automobilístico (não existe a possibilidade de atendimento além da urgência).

Foram sujeitos da pesquisa 32 pacientes atendidos no PS Central de Cubatão, independente do sexo e idade, de acordo com os critérios de inclusão descritos.

Os dados foram analisados considerando-se: informações sócio-demográficas (idade, sexo, grau de instrução, a profissão e cor auto-declarada); as distancias percorridas pelos pacientes até o pronto socorro e ao ambulatório do seu bairro; o conhecimento ou não da existência do ambulatório; se foi atendido anteriormente nessa unidade e se houve sucesso no tratamento; o tempo de apresentação dos sintomas em relação a ter procurado atendimento ambulatorial; as razões pelas quais preferiu buscar atendimento no PS.

Tais informações foram consideradas no que constou na ficha de atendimento e nas observações do profissional medico que atendeu o paciente e, a caracterização por parte dele em relação à situação de urgência ou não.

Os dados coletados foram organizados para proceder-se sua análise e interpretação articulando eixos referenciais que emergiram da realidade investigada que deram substância à discussão dos resultados.

⁴ Após as 19hs as unidades básicas estão fechadas e fica obrigatória a procura pelo PS.

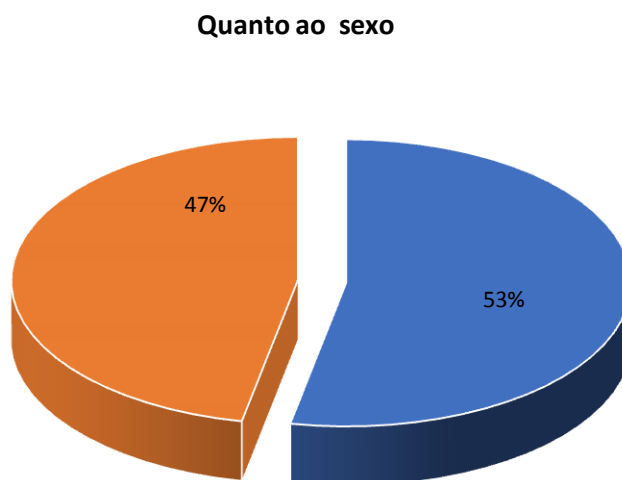
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Resultados

A pesquisa foi realizada com 32 pacientes atendidos, aleatoriamente, no período das 07h00min às 19h00min horas no Pronto Socorro Central⁵ da cidade de Cubatão, conforme os critérios apresentados no item três que descreve a metodologia utilizada a partir das fichas de atendimento dos usuários que continham os dados sócios demográficos e demais as demais informações pertinentes ao estudo.

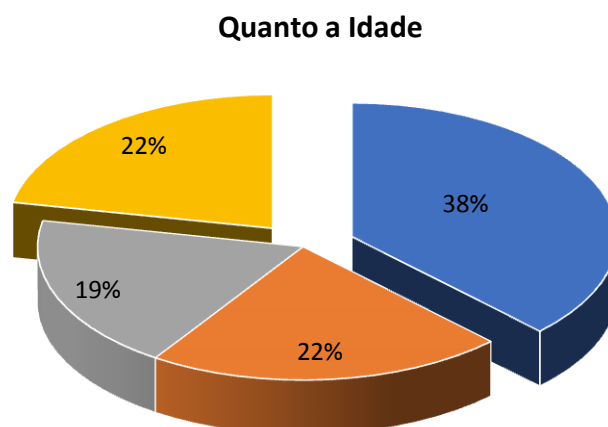
Dos 32 pacientes, 53% eram do sexo feminino e 47% do sexo masculino.

Gráfico 1. Sexo dos Pacientes



Em relação à idade dos pacientes atendidos observou-se que 38% corresponde a faixa etária de 12 aos 30 anos; 22% correspondiam a 30 até 45 anos e de 61 até os 90 anos e 19% dos 45 aos 60 anos.

⁵ Observe-se que no horário estabelecido para coleta dos dados no Pronto Socorro Central as unidades básicas de saúde estão em pleno funcionamento.

Gráfico 2. Idade dos Pacientes

Em relação à raça, a branca foi a mais prevalente (40,63%), seguida da parda (31,25%) e não informada (opção legal) e por ultimo os negros (9,38%), conforme descrito no gráfico 3:

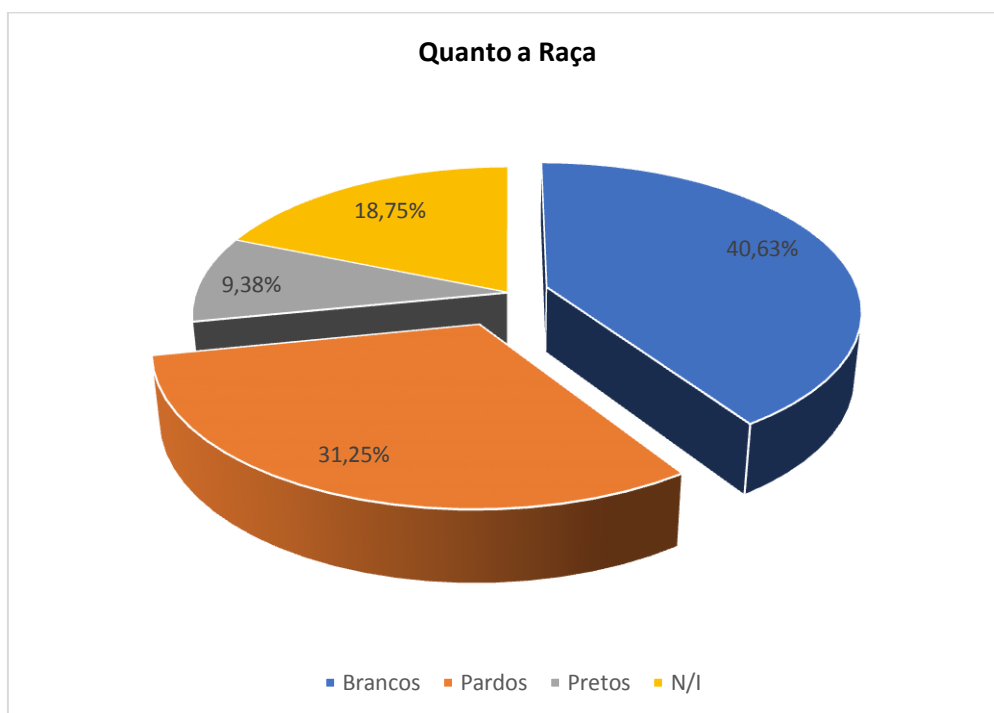
Gráfico 3. Quanto à Raça (autodeclarada)

TABELA 1. Endereço dos pacientes x distância do Pronto Socorro

NOME	ENDEREÇO DO PACIENTE	ATÉ O P.S. em km
AKSS	RUA ANTONIO LUIZ DOS SANTOS 20, VILA SÃO JOSE	2,9
LLR	RUA MARANHÃO 33 , VILA SANTA ROSA	0,4
JMS	R ARTHUR BERNARDES 410 PARQUE FERNANDO JORGE	2,6
JCGM	R. MARECHAL DEODORO 332 VILA ELIZABETH	3,3
GLAS	RUA SETE DE SETEMBRO 197 VILA NOVA	0,7
JBP	CAMINHO DO BISPO 143 V. ESPERANÇA	4,4
ACJ	R SAO FRANCISCO DE ASSIS 07 VILA NATAL	2,7
DPS	R FRANCISCO CUNHA 579 JARDIM TRINTA E UM DE MARÇO	1,7
JNS	CAMINHO SAO MARCOS AV PRINCIPAL113 VILA ESPERANÇA	3,9
JRO	RUA PARANA 210 VILA LIGHT	5,7
SAAC	AV NOSA SENHORA LAPA 1230 VILA SÃO JOSE	1,8
JHS	RUA AVELINA COUTO 51 JARDIM COSTA E SILVA	3,2
ACSS	AV PRINCIPAL CAMINHO CHAVES 1331 COTA 200	8,4
GVAS	R DOM IDILIO JOSE SOARES 91 VILA NOVA	0,9
ISSO	R. DAMIÃO FERREIRA DE AQUINO, 25 - VILA NATAL, CUBATÃO - SP, 11538-160	2,5
LCSV	AV. DR. FERNANDO COSTA, 148 - VILA COUTO, CUBATÃO - SP, 11510-310	0,6
DOS	AVENIDA PRINCIPAL, SÃO PAULO	4,1
CABF	R. MAL. DEODORO, 373 - VILA ELIZABETH, CUBATÃO - SP, 11550-010	3,3
DAFAS	AVENIDA PRINCIPAL, 4007 - VILA ESPERANÇA, CUBATÃO – SP	4,1
VR	RUA NOVE - COTA 200, CUBATÃO - SP, 11531-110	7,4
JS	R. QUINZE DE NOVEMBRO, 797 - VILA NOVA, CUBATÃO - SP, 11520-010	1,2
CF	R. AMARAL NETO,251 VILA DOS PESCADORES	5,6
RS	R. TRÊS - FABRIL, CUBATÃO - SP, 11531-110	7,2
PG	COM GERMANO AUGUSTO SOARES TOMÉ - VILANATAL, CUBATÃO - SP, 11538-170	2,9
MJS	SITIO NOVO SEM CASA - VILA ESPERANÇA	3,1
SC	R. JOÃO DAMAZO, 505 - PARQUE FERNANDO JORGE, CUBATÃO - SP, 11500-250	2,7
YM	SITIO NOVO SEM CASA - VILA ESPERANÇA	2,9
JSL	CAMINHO SANTA FILOMENA 55 - VILA ESPERANÇA	3,6
EJ	CAMINHO DAS NEVES - VILA ESPERANÇA	3,6
MNS	CAMINHO SÃO GERONIMO - VILA ESPERANCA	3,4
MCN	R. QUINZE DE NOVEMBRO, 251 - VILA NOVA, CUBATÃO - SP, 11520-010	0,7
ASO	CAMINHO DAS NEVES - VILA ESPERANÇA	3,6

Como se pode observar na Tabela 1, a distância máxima da residência dos pacientes ao Pronto Socorro Central foi de 8,4 km ate e a mínima foi de 400 metros, sendo a media 3,29 km.

QUADRO 1 . Distância da UBS ao Pronto Socorro Central

Distancia das UBS ao Pronto Socorro Central			
Nº	Unidade de Saúde	Distancia ate o PS	
1	UBS 31 de Março	1,9	
2	UBS Água Fria	8,2	
3	UBS Área 5	2	
4	UBS Cota 200	7,7	
5	UBS Cota 95	2,6	
6	UBS CSU	2,3	
7	UBS Ilha Caraguatá	8,5	
8	UBS Jardim Casqueiro	5,6	
9	UBS Jardim Nova República	6,4	
10	UBS Mário Covas	2,6	
11	UBS Morro do Índio	3,9	
12	UBS Pilões	7,4	
13	UBS Vale Verde	8,2	
14	UBS Vila dos Pescadores	5,1	
15	UBS Vila Esperança	2,6	
16	UBS Vila Natal	2,5	
17	UBS Vila Nova	0,45	
18	UBS Vila São José	2	
	Media=	4,441666667	
	Maxima=	8,5	
	Minima=	0,45	

1

Ao fazer outra análise, das 18 UBSs que Cubatão possui podemos avaliar que a distância máxima de uma UBS ao PS Central de Cubatão é de 8,5 km e a mínima de 450 metros, sendo a distância média de 4,44 km. Mesmo considerando que há facilidade de deslocamento na cidade de Cubatão seja por transporte público ou particular, a distância média de uma UBS ao Pronto Socorro Central pode ser considerada grande, nas cidades da Região Metropolitana da Baixada Santista.

Por outro lado a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) de Cubatão localizada no Bairro do Casqueiro presta também o atendimento de urgência/emergência, possuindo leitos para internação e repouso.

Esta unidade também oferece pronto atendimento 24hs e, provavelmente paciente das UBS próximas como a do Casqueiro e da Ilha

Caraguatá também sejam atendidos nessa unidade fazendo também que este atendimento que seria desviado para o PS Central, mesmo que incorretamente seja feito pela UPA.

Não foi possível avaliar a distancia do usuário a cada uma das UBS pois as UBS apresentam endereço sem numero algumas vezes e não existe na ficha do paciente a qual UBS este deveria se apresentar pois alguns endereços apresentam-se mais próximos de UBS que correspondem a outros Bairros .

TABELA 2. Especialidades Médicas por UBS

Nº	Unidade de Saúde	Endereço	Clínico Geral	Generalista	Pediatra	Ginecologista
1	UBS 31 de Março	Rua Antonio Simões, s/n - Jd. 31 de Março - Cubatão - SP	1	0	1	1 + 1 (2x/Sem)
2	UBS Água Fria	Rua Elias Zarzur, nº 687 - Água Fria - Cubatão - SP	0	1	1	1 (1x/Sem)
3	UBS Área 5	Rua Manoel Leal, s/n - Jd. Costa e Silva - Cubatão - SP	2 + 1 (2x/Sem)	0	1	1 + 1 (2x/Sem)
4	UBS Cota 200	Via Anchieta, Km 50 - Cota 200 - Cubatão - SP	0	1	1	1 (1x/Sem)
5	UBS Cota 95	Rua Faixa do Oleoduto s/nº - Cota 95 - Cubatão - SP	0	1	1	1 (1x/Sem)
6	UBS CSU	Rua Salgado Filho, 249 - Jd. Costa e Silva - Cubatão - SP	2 + 1 (3x/Sem)	0	2	1
7	UBS Ilha Caraguatá	Rua Fued Farah, s/nº - Ilha Caraguatá - Cubatão - SP	0	1	0	1 (2x/Sem)
8	UBS Jardim Casqueiro	Rua Espanha, s/nº - Jd. Casqueiro - Cubatão - SP	2	0	1	2
9	UBS Jardim Nova República	Av. Dep. Esmeraldo Tarquinio, s/nº - Jardim Nova República - Cubatão - SP	0	4	2	1
10	UBS Mário Covas	Rua das Palmas, nº 128 - Vila Natal - Cubatão - SP	0	1	1	1 (1x/Sem)
11	UBS Morro do Índio	Avenida Principal, nº 4003 - Morro do Índio - Cubatão - SP	0	1	1	1 (2x/Sem)
12	UBS Pilões	Caminho dos Pilões, nº 974 - Pilões - Cubatão - SP	0	1	1	1 (1x/Sem)
13	UBS Vale Verde	Rua Vereador Paulo Enos, s/nº - Vale Verde - Cubatão - SP	0	1	1	1 (1x/Sem)
14	UBS Vila dos Pescadores	Rua Santa Júlia, s/nº - Vila dos Pescadores - Cubatão - SP	0	3	1	1 (3x/Sem)
15	UBS Vila Esperança	Rua Francisco de Assis, s/nº - Vila Esperança - Cubatão - SP	0	2	2	1 (2x/Sem)
16	UBS Vila Natal	Rua dos Cravos, s/n - Vila Natal - Cubatão - SP	0	1	1	1 (3x/Sem)
17	UBS Vila Nova	Rua Dom Pedro I, 185 - Vila Nova - Cubatão - SP	1	0	2	1
18	UBS Vila São José	Avenida dos Bandeirantes, s/nº - Vila São José - Cubatão - SP	2 + 1 (LM)	0	2	2
Fonte: Divisão de Atenção Básica						

Obs.: o Generalista é um medico que além das atribuições iguais ao do clinico geral, atende outras especialidades como pediatria, cardiologia etc...

QUADRO 2. Diagnóstico X Motivo de não ir à UBS

DIAGNOSTICO	MOTIVO DE NAO IR A UBS
DOR ABDOMINAL	OPÇÃO PROPRIA, SO PARA VACINAS
DISURIA	FAZ SEGUIMENTO NA UBS
TONTURA E INSTABILIDADE	OPÇÃO PESSOAL
TOSSE HA 2 MESES	FALTA MEDICO
DOR DE GARGANTA	NAO ACHA NECESSARIO
CORRIMENTO	FALTA MEDICO
DOR DE GARGANTA CEFALIA	PS É MAIS RAPIDO
DOR DE GARGANTA E CORIZA	NAO SABIA QUE PODIA IR LA
DOR DE GARGANTA E CORIZA	MAIS FACIL PS
BRONCOPNEUMONIA	VAI NO PS MENSALMENTE
HIPERGLICEMIA	VAI NAS UBS FREQUENTEMENTE
TOSSE	PS MAIS RAPIDO
DOR ABDOMINAL	PS É MAIS RAPIDO
DOR ABDOMINAL	PS É MAIS RAPIDO
COLICA RENAL	FREQUENTA UBS
FALTA DE AR	PS É MAIS RAPIDO
PRURIDO	PS É MAIS RAPIDO
PURPURA E SANGRAMENTO	FREQUENTA UBS
DOR ABDOMINAL	FREQUENTA UBS
CEFALIA	PS MAIS FACIL
EPILEPSIA	DIFICIL MARCAR
TOSSE	MENOS DEMORA
IVAS	MAIS RAPIDO
MORDIDA CÃO	FERIMENTO
AMIGDALITE	ESTAVA COM DOR
REACAO ALERGICA	MAIS RAPIDO
RINITE ALERGICA	MAIS RAPIDO
LOMBOCIATALGIA	ORTOPEDISTA NO PS
IVAS	MAIS RAPIDO
NEURAL TRIGEMIO	DIFICIL MARCAR
QUEDA P ALT	ERA EMERGENCIA
CEFALIA	MAIS RAPIDO

Quanto ao motivo da procura a maior rapidez do atendimento foi o motivo mais comum (12 respostas) que se somarmos com os que referiram ser mais fácil e os que alegaram menos demora somam-se 15 e dos que consideram que é mais difícil de marcar na UBS, foram 2, totalizando 17 pacientes dentre os 32, o que significa 53,12% dos atendidos.

Obs.: pode ser que a resposta que não há médicos no posto tenha a ver com o dia que não tem clinico geral naquele determinado posto.

Dois pacientes disseram que não procuraram a UBS porque faltam médicos; dois não acharam necessário, um afirmou preferia pessoal e apenas cinco dos pacientes relataram que frequentam as UBSs.

Por outro lado, há que se destacar que, nesse trabalho, a grande maioria dos atendimentos ocorreu em horários em que os pacientes poderiam estar sendo atendidos pelas UBS, porém foram procurar o Pronto Socorro.

Gráfico 4. Preferencia do atendimento no PS

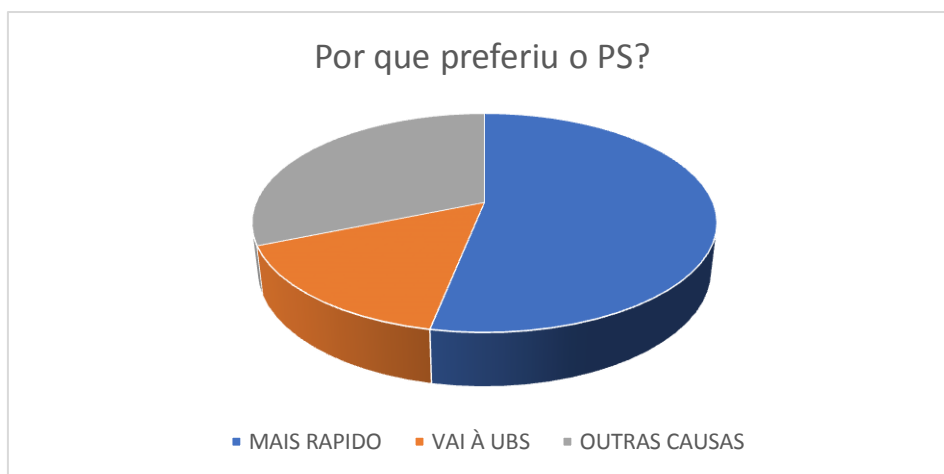


Gráfico 5. Diagnósticos mais frequentes

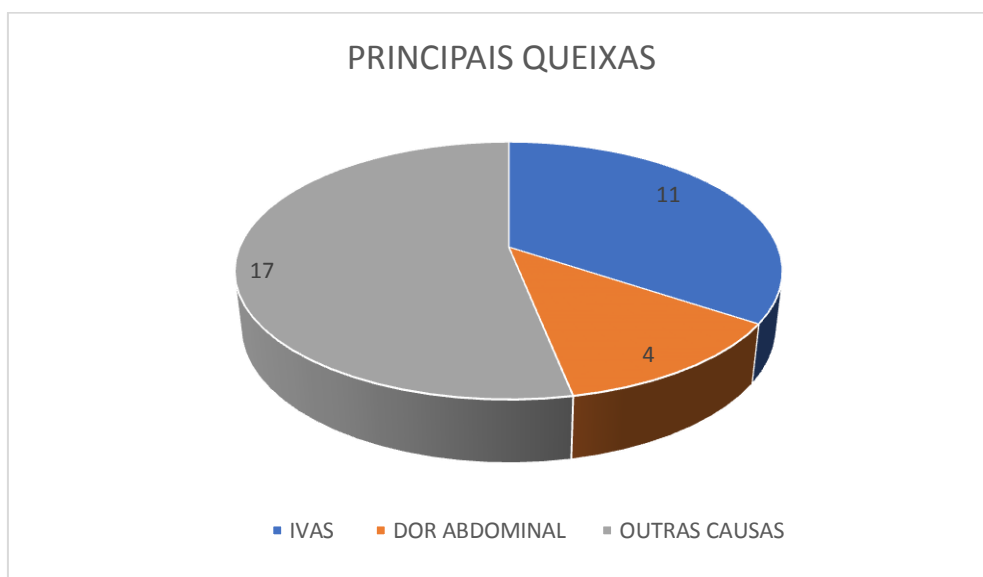
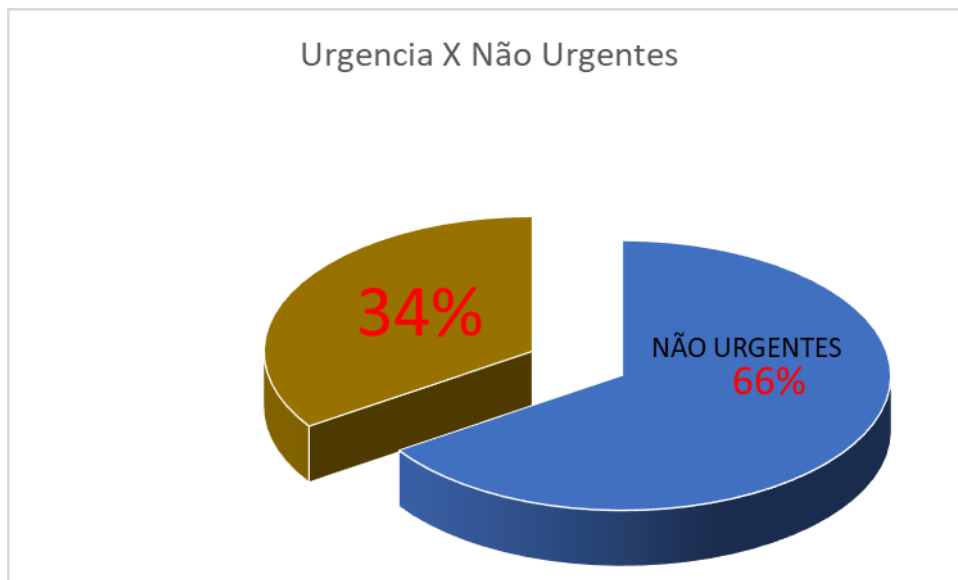


Gráfico 6. Urgência X Não Urgência Em Relação ao Atendimento



Como se pode observar apenas 34% dos pacientes atendidos eram casos de urgência e realmente deveriam ser atendidos no Pronto Socorro Central enquanto que 66% poderiam se atendidos nas Unidades Básicas de Saúde. Tanto é que o gráfico seguinte aponta que apenas 3% dos atendidos ficaram no PS enquanto 97% foram dispensados, conforme mostra o gráfico 5.

Urgência e emergência são dois termos usados na área da Medicina, sendo que os seus respectivos significados costumam se confundir entre si. Urgência é quando há uma **situação que não pode ser adiada**, que deve ser resolvida rapidamente, pois se houver demora, corre-se o risco até mesmo de morte. Emergência é quando há uma **situação crítica, com ocorrência de grande perigo**.

No âmbito da medicina, a emergência é a circunstância que exige uma cirurgia ou intervenção médica de imediato, por isso, em ambulâncias está geralmente escrito emergência e não urgência. Na medicina, ocorrências de caráter urgente necessitam de tratamento médico e muitas vezes de cirurgia, possuindo o caráter imediatista e emergencial, pois pode haver risco de morte.

A diferença principal entre as duas palavras concentra-se mais no campo da medicina, como por exemplo: hemorragias, parada respiratória e

parada cardíaca são emergências. Por outro lado, luxações, torções, fraturas graves e dengue, por exemplo, são consideradas como situações de urgência.

Outro ponto é que nas emergências o aparecimento é súbito e imprevisto e exige solução imediata, e urgência não, pois apesar de ser em curto prazo, havendo apenas premência ou insistência de solução, porém ambas são muito perigosas.

Gráfico 7. Destinação do Paciente Após o Atendimento



Destinação do paciente entenda-se como a conduta do médico após o atendimento levando em conta sua impressão pessoal quanto a gravidade do diagnóstico, dúvida de diagnóstico e o aguardo da evolução do quadro frente a medicação que lhe foi atribuída.

4.2 – Discussão

Os dados coletados das fichas de atendimento foram analisados e quando comparados com a literatura, e foram extremamente similares (CARRET, 2009 e 2011). A qualidade das patologias encontradas nos mostraram um grande numero de patologias crônicas principalmente e as queixas respiratórias foram as mais frequentes (CARRET,2009 e MACHADO, Ouro Preto,2012), o sexo masculino prevaleceu em alguns trabalhos, porém na grande maioria dos trabalhos o sexo feminino foi o mais frequente (MACHADO,2012 58,9% , CARRET,2009 e 52,1%, GOMIDE, 2012 56,5%).

A idade mais frequente que procura o PS também se mostrou semelhante à literatura. Dos indivíduos entre 18 e 46 anos (63%) sendo encontrado na pesquisa de Ouro Preto (MACHADO, 2012) entre a idade de 25 a 44 anos uma porcentagem de 38,1%, em Pelotas (CARRET,2009) 44,4% entre 35 a 64 anos e, segundo Gomide (2012) em Ribeirão Preto a idade media foi de 44 anos. A distância da residência que originou a procura ao PS, foi medida sendo a máxima de 4,4 km e a mínima de 0,35km com uma distancia media de 2,4 km, Item não encontrado nas referencias citadas.

No mesmo Trabalho descrito por Carret (2009), observaram-se alguns fatores encontrados nos serviços de emergência dos Estados Unidos em que a procura ocorre mais em indivíduos que moram sozinhos. Alguns artigos relacionam que indivíduos com maior escolaridade também procuravam mais os serviços de emergência e a presença de doenças crônicas e comorbidades também foram relacionadas como maior prevalência. A vinda ao setor de emergência também foi mais frequente nos indivíduos que relataram opção própria e menos nos encaminhamentos por outros profissionais. E indivíduos com acompanhamento médico mais regular se apresentaram nesses serviços com menor frequência.

Todos os estudos demonstraram que a dificuldade de acesso a rede primaria foi o maior fator de escolha e dentro destas dificuldades foram relatadas o fechamento do posto, a dificuldade de marcação, e o tempo de espera (GOMIDE, 2012, Ribeirão Preto).

A partir dos resultados obtidos podemos elencar alguns aspectos que emergiram dos dados empíricos. São eles: 1) a falta de informação dos pacientes sobre os serviços de saúde e suas especificidades; 3) o uso do atendimento do Pronto Socorro como consulta médica.

4.2.1. Direito à Informação

Foi a partir da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que reconhecia que o pleno exercício do direito à saúde implicava em garantir a educação, a informação, a participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e as ações de saúde.

Todo indivíduo tem assegurado pela Constituição Federal o direito a informação e deste advém o dever de informação dos governos municipais, estaduais e federais, assim como a livre organização e expressão.

Nenhuma Constituição Brasileira antes de 1988 fazia menção ao direito de informação apesar de já conter outros direitos humanos. Foi a partir do comprometimento e a adesão da declaração dos direitos do homem que o Brasil recepcionou este e outros direitos do homem na carta de 1988 como direitos fundamentais.

O direito a informação, assim como o direito a democracia e o direito ao pluralismo fazem parte dos direitos fundamentais de quarta geração. Segundo Paulo Bonavides (2018), deles depende a concretização da sociedade aberta ao futuro, procurando o máximo de universalidade ao que se parece estar inclinando o mundo em suas questões de convivência. No ordenamento jurídico brasileiro o direito à informação está contido no Capítulo I do Título II, relativo aos direitos e garantias fundamentais, é um direito individual e coletivo estando positivado nos artigos 220 e seguintes da Constituição.

Ao se procurar a forma mais eficaz de atendimento a saúde, procuramos com isso a melhor forma econômica e social fazendo com que a população tenha uma assistência preventiva e curativa criando condições que

com o tempo dissemine a boa prática em saúde pública “melhor prevenir do que remediar”.

Quando tratamos de saúde pública podemos dizer que a informação é o veículo mais importante na condução de uma saúde efetiva, não só porque responde pelo sucesso no controle de epidemias como no caso da vacinação em massa, mas também na orientação do tratamento de doenças ou no seu controle.

Os meios de informação podem ser abrangentes como na TV, Rádio e jornais, mas também focados junto aos locais de promoção de saúde (murais de ambulatórios, outdoors nos muros de hospitais, clínicas e laboratórios).



Figura 2. Hospital Guilherme Álvaro – Santos/SP

O veículo de informação que deve ser escolhido segue a necessidade maior ou menor de informação como caso de epidemias em que os indivíduos possíveis de contrair determinada doença sejam constituídos pelo país inteiro,

ou no caso de doenças endêmicas em que apenas algumas regiões possuam alto risco de contaminação.



Figura 3. Hospital da Zona Noroeste. Santos/SP.

Esse estudo mostra que a informação tem uma grande importância para a questão educativa, pois, se houver uma consciência maior que a utilização da Atenção Básica à saúde pode prevenir e tratar as complicações de doenças crônicas, estes pacientes terão um seguimento mais correto da sua doença evitando piora do caso ou diminuindo os períodos de agudização.

Outro fator de importância é que as consultas nos Pronto Socorros serão evitadas deixando que apenas casos de reais emergências sejam atendidos, gerando maior efetividade, pois concentramos o atendimento e tratamento nesses pacientes, maior brevidade no atendimento pois, a fila de espera dos casos não emergenciais será menor. Além desses fatores também o uso adequado dos serviços pode gerar menor custo, pois uma unidade de

emergência é sem dúvida muito mais onerosa que uma unidade de atendimento à atenção primária.

Por estas razões as atuações do ESTADO em promover a saúde da sua população podem ser infrutíferas se não houver divulgação, esclarecimento e informação de como cada munícipe pode ter acesso aos serviços de saúde disponíveis em sua cidade.

Este é apenas um estudo do que ocorre hoje em Cubatão e na grande maioria dos municípios do país e poderemos sugerir futuramente maneiras de como conduzir a população a ter um atendimento que seja o mais efetivo possível.

Algumas alternativas já estão sendo utilizadas como no caso dos murais do Hospital Guilherme Álvaro de Santos que informa que antes de procurar o Hospital que seja feito o atendimento nas unidades básicas dos seus municípios.

4.2.2. O uso do Pronto Socorro como Consultório Médico.

Usar uma unidade de pronto socorro para atendimentos médicos de consultas eletivas além de ser improprio torna-se, em alguns casos, perigoso, em uma analogia mais pratica, poderia ser comparado a um chaveiro em que uma determinada chave se encaixe na fechadura e você deve procurar entre todas qual chave certa abra aquela determinada porta. Se pensarmos que existe uma urgência para abrir aquela porta, por exemplo, em um caso de incêndio na qual o tempo é o fator determinante entre a vida e a morte, o tempo entre a procura e teste de cada uma das chaves será determinante para a morte por queimadura e asfixia.

A demora entre examinar uma pessoa com uma queixa complexa, de uma doença crônica que foi agravada por um tratamento descontinuado ou ausente numa UBS, leva a um fator tempo no andamento de uma fila que é composta de indivíduos com doenças crônicas sem tratamento e também entre eles indivíduos com casos graves, urgentes e de emergência.

Existe em todo o corpo clinico um estresse maior, pois, a procura da melhor hipótese diagnostica passa por toda uma linha de raciocínio

desenvolvida pelo médico em que entra o diagnóstico sintrômico, juntando todos os sinais e sintomas e, associando as informações dos antecedentes familiares e pessoais até chegar a uma hipótese diagnóstica que deverá ser pesquisada naquele pronto socorro com exames de sangue, RX, tomografia e outros. Se pensarmos que este mesmo paciente será reexaminado e seus exames que podem demorar até 3 horas entre a colheita e o laudo serão analisados pelo médico, esta consulta vai novamente competir com outro paciente de urgência, podendo então levar a um segundo atraso no atendimento de um paciente urgente.

O uso do Pronto Socorro como consultório médico aponta para a possibilidade de no sistema de atenção primária e na prevenção da saúde.

As Unidades Básicas de Saúde (**UBS**) são a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desses postos é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais.

Os serviços de saúde no Brasil em qualquer dos seus níveis de competência, no âmbito de suas ações, a base filosófica, doutrinária e operacional está definida na Lei nº 8.080 de 1990.

As diretrizes das ações desenvolvidas em nível local nascem no Ministério da Saúde (MS) como portarias, portarias especiais, documentos norteadores de programas etc. Passam por estrutura hierárquica das secretarias municipais, de coordenadorias e, finalmente, na Atenção Básica, se faz uso da tecnologia leve (MERHY, 1994), espaço destinado à transformação das ações definidas pelos princípios do SUS, artigo 3º da Lei nº 8.080/90. (RAMOS, s/d, p. 200).

As ações de gerenciamento de natureza técnico-assistencial que se operacionaliza no terreno da Atenção Básica se materializam nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e nos pilares da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Estruturada como uma forma de reorganizar a Atenção Básica desde 1994, a ESF vem se consolidando como o principal modelo de atenção e assistência às necessidades básicas de saúde da grande maioria das cidades brasileiras espalhadas por todos os estados da Federação.

Esse modelo decorre em premissas gerenciais como a coordenação, o planejamento, a previsão, a organização, o controle e a avaliação. São os clássicos princípios da administração científica utilizados com roupagem nova e que ainda dão conta da materialização dos procedimentos gerenciais adotados pelos profissionais na Atenção Básica. (RAMOS e GRIGOLETTO, s/d, p.2).

No tocante à dinâmica do gerenciamento, esta deve conduzir as ações voltadas à promoção da saúde e ao desenvolvimento das pessoas na visão da longitudinalidade da Atenção Básica à Saúde (ABS). Sobre esse ponto, Starfield (2004) assim se refere:

[...] a atenção primária se diferencia dos outros níveis assistenciais por quatro atributos característicos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Destes quatro atributos, a longitudinalidade tem relevância por compreender o vínculo do usuário com a unidade. Destaque Traduzindo: são ações de natureza definidas em nível cartorial que produzirão o cotidiano dos serviços de saúde, ou seja, em cadastramentos da população, atendimentos, consultas de enfermagem, médicas, odontológicas, multiprofissionais, visitas domiciliares e outros procedimentos que se estenderão ao território como resposta às especificidades e à dinâmica de vida das famílias. A população deve reconhecer a Unidade como fonte regular e habitual de atenção à saúde, tanto para as antigas quanto para as novas necessidades. Já o profissional deve conhecer e se responsabilizar pelo atendimento destes indivíduos. A longitudinalidade está fortemente relacionada à boa comunicação que tende a favorecer o acompanhamento do paciente, a continuidade e efetividade do tratamento, contribuindo também para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência (STARFIELD, 2004).

O trabalho gerencial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) vem passando por várias mudanças desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) determinando um perfil diferenciado para os gerentes cujas atividades se ampliam no dia-a-dia do trabalho. (PENNA et. al., p.2).

Para Penna et. al. (2004) apud (CAMPOS, 2002), os profissionais que assumem a gerência das UBS necessitam fazer o que sabem e aprender aquilo que ainda não têm habilidades para fazer, o que indica um processo de constante aprendizado e enfrentamento de novos desafios. Eles fazem com que a gerência se torne um instrumento importante para se efetivar políticas,

pois ela ao mesmo tempo é condicionante e condicionada pelo modo como se organiza a produção de serviços. (p. 456).

Nesse novo contexto organizacional destaca-se o gerente como ator essencial na condução dos processos nas unidades assistenciais.

[...] A gerência das UBS possui particularidades que a diferenciam de outros setores e estão relacionadas ao seu objeto de trabalho que é a assistência à saúde da população da área adstrita. Nessa assistência é responsabilidade do gerente a "coordenação das atividades" e dos recursos para o atendimento, por meio da "coordenação dos programas de saúde" com o objetivo de "fazer a unidade funcionar". Tais programas são determinados pelo Ministério da Saúde e prevêm ações para grupos específicos, ou seja, Programa da Saúde da Criança, Saúde da Mulher, do Idoso, do Trabalhador, entre outros e, ainda, o Programa da Saúde da Família (PSF). (PENNA et.al., 2004, p. 459.).

Nesse contexto, destaca-se a importância da dimensão política da gerência atual que, ao ir além da administração dos recursos organizacionais, tem como principal papel traçar políticas e administrá-las. (PENNA et. al., 2004, p.459).

Continuando Penna et.al. (2004) refere que:

É de se esperar, teoricamente, com a descentralização do sistema de saúde, que o trabalho gerencial dos serviços locais de saúde se tornasse menos burocráticos e possibilitassem maior racionalidade aos processos decisórios, combinando a qualidade dos recursos humanos com a quantidade de recursos materiais e financeiros disponibilizados pelo nível central. (p.461).

Ao se verificar, nesse estudo, que a população tende a utilizar o Pronto Socorro como consultório médico ao invés de se utilizar da Atenção Básica de Saúde nas UBS e as razões apontadas pelos pacientes para isso, podem significar que a população almeja mais rapidez e resolutividade em suas demandas e, que, portanto, pode-se questionar até que ponto esse comportamento está calcado tanto na falta de informação sobre o sistema (ABS), quanto na falta de políticas e estratégias gerenciais das UBS o para atendimento da população adstrita à sua região, embora a cidade possua uma

rede considerada suficiente para a cobertura de atendimento da atenção básica de saúde.

CONCLUSÃO

Nesse estudo pudemos observar que a dúvida que existia na nossa observação constante e diária nos Pronto Socorros foi confirmada. Cubatão teve a oportunidade de equipar seu sistema de Saúde de forma eficiente, pois o número de UBS associada ao número de leitos por habitante a colocam em uma categoria de cidade com serviços suficientes para o atendimento ordenado.

Porém, este ordenamento não é observado (como também acontece em quase todas as cidades onde foram efetuadas pesquisas semelhantes) e, uma das razões é o desconhecimento da importância do atendimento nas unidades básicas através de consultas rotineiras, preventivas e capazes de controlarem doenças incuráveis ou até mesmo cura-las.

Esta pesquisa determinou as variáveis que caracterizavam os pacientes que procuravam o Pronto Socorro de Cubatão, tais variáveis foram semelhantes às encontradas na literatura e isto nos faz pensar que algo deve ser feito, pois não só porque o gasto de uma unidade emergencial é maior, mas porque existe uma efetividade maior na condução de um paciente doente ou que vai adoecer.

Os gestores de saúde devem se empenhar na elaboração de estratégias para conduzir os municípios ao atendimento primário como ingresso ao sistema de saúde.

Talvez utilizando-se de ferramentas criadas para a internet móvel (aplicativos) como veículo de comunicação, outrora destinada as classes sociais mais altas e hoje já disseminada entre todos os níveis sociais e econômicos, possam atingir o indivíduo alertando para sua presença, obrigatória ou não, a uma consulta numa UBS. Igualmente poderá agendar uma visita pelo programa Estratégia de Saúde da Família.

Pode ser possível através do prontuário eletrônico, após uma consulta no Pronto socorro, já agendar esta paciente para o retorno na UBS e com isto realizar o início de um programa terapêutico através de exames de rotina e o

acompanhamento da terapêutica inicial verificando se a medicação prescrita teve o resultado esperado ou se existe a necessidade de mudar a medicação.

Faz-se necessário iniciar tais medidas para que haja uma viabilidade maior do nosso sistema de saúde e uma expectativa maior para as futuras gerações de um programa de saúde digno, resolutivo e alto sustentável .

REFERENCIAS

BARATA, R. C. B. **Saúde e Direito à Informação**. Cad. Saúde Pública vol.6 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 1990

BODENHEIMER, Thomas. **Coordinating care: a perilous journey through the Health CareSystem**. The New England Journal of Medicine, Whaltam, v. 358, n. 10, p. 1.064-1.071, 2008.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito Constitucional / Paulo Bonavides**.- 33. ed., atual. São Paulo: Malheiros, 2018. 872p;

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**, www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao.

BRASIL Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Brasília, 2003.

BRASIL. **CNS** - conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm

BRITO F. **A transição demografica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade**. Belo Horizonte: CEDERPLAR/UFMG; 2007.

BYNUM, Julie P. W.; ROSS, Joseph S. **A measure of care coordination?** Journal of General Internal Medicine, v. 28, n. 3, p. 336-338, 2012.

CAMPOS, G.W. **A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um Sistema Público de Saúde**. Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde: Descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília: UNB; 1992.

CARRET, M.L.V.; GASTAL, A. C.; PANIZ, V.M.V.; DOMINGUES, M.R. **Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura**. Cad. Saúde Publica, Rio de Janeiro, 25(1):7-28, jan, 2009.

CARRET, M.L.V.; FASSA, A.C. G.; PANIZ, V.M.V.; SOARES, P.C. **Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, vol 16, num. 1, março, 2011, pp. 1069-1079, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil.

CONILL, E. M., **A recente reforma dos serviços de saúde na província do Quebec, Canadá: As fronteiras da preservação de um sistema público**. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, Cadernos de Saúde Pública, Dez 2000, Vol. 16 Nº 4, 963 – 971.

DINIZ, A.S.; SILVA, A.P; SOUZA, C.C.; CHIANCA, T.C.M. **Demanda clinica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester**. Ver. Eletr. Enf.[internet]. 2014 abr/jun; 16(2): 312-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16/2.21700>.- doi:10.5216/ree.v16i2.21700

FEMIPA – Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Benéficas do Estado do Paraná.

FORTES, P. A. C. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.30-35, set-dez 2004.

GOIC G, A. **El sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente**. Revista Medica de Chile, Jun 2015, Volume 143 No. 6 Pag. 774-786.

GOMIDE, M.F.S. **Acessibilidade e demanda em uma unidade de pronto atendimento: perspectiva do usuário**. Acta Paul Enferm.2012;25 (numero especial 2): 19-25 .

GOZZO, D. **Informação e Direitos Fundamentais, a eficácia horizontal das normas constitucionais** - São Paulo - Editora Saraiva, 2012. ISBN 978-85-02-11890-4

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/cubatao/panorama>. Acesso em 19/10/2018.

KRINGOS, D.S. et al. **The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions**. BMC Health Services Research, London, v. 10, n. 1, p. 65-78, 2010.

MACHADO, G.V.C. et. al. **Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência, Ouro Preto, 2012**. Cad. Saúde colet. [online]. 2015, vol.23, n.4, pp.416-424. ISSN 1414-462X. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500040177>.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5)2297-2305, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSus. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde.** Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. - Brasília: 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na Atenção Básica**, Brasília, 2009.

MINISTRY OF HEALTH. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. **Interim report on the future provision of medical and allied services.** London, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 15 fev. 2016.

NOLTE, E.; MCKEE, M.(eds.). **Caring for people with chronic conditions: a health system perspective.** Brussels: World Health Organization on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. p. 64-91.

OLIVEIRA J.G., OLIVEIRA, R.F. **O direito fundamental social à saúde e as incompreensões acerca de sua efetividade: uma abordagem a partir da judicialização da saúde.** Revista Brasileira de Direito da Saúde Ano VII - Número 7 - Julho a Dezembro de 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines.** Traducción al castellano del Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920.Geneve, 1964. (Publicación Científica, n.93).

PENNA, C.M, de M; ALVES, M.; BRITO, M.J.M.; ABREU, T.; SOARES, C. E. **O trabalho do gerente no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde.** REME - Rev Min Enferm.; 8(4):455-463, Out/Dez, 2004.

PERALTA. I.G. **O impacto da industrialização sobre o desenvolvimento de Cubatão.** São Paulo, 1980. Doutorado em História Econômica da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade de São Paulo.

RAMOS, L. H. D.; GRIGOLETTO, M. V. D. **Gestão de serviços de saúde.** UNA-SUS/UNIFESP. Disponível em www.unasus.unifesp.br. Acesso em 12 de dezembro de 20018.

SCHANG, L.; WAIBEL, S.; THOMSON, S. **Measuring care coordination: health system and patient perspectives.** Report prepared for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. London: LSE Health, 2013.

SILVA, J.B.; GOMES, F.B.C.; CESAREO, A.C.; MOURA, L. **Doenças e agravos não transmissíveis : bases epidemiológicas**. In: ROUQUAYROL MZ, ALMEIDA FILHO N. **Epidemiologia e Saúde**. 6a. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2006)

STARFIELD, B. **Qualidade dos serviços de atenção primária de saúde**. In: _____. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO. (Ministério da Saúde do Brasil, 2004).

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB) - **Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**, Brasília, 2012.

ZOIO, G.P. **Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais**. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 [2]: 255-276, 2017
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

ANEXOS

Anexo 1: Carta de autorização da PM de Cubatão



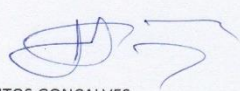
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO SOCORRO CENTRAL

CUBATÃO, 5 DE JULHO DE 2018

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O DR. EUGENIO GONZALEZ CAÇÃO ESTATUTARIO COM A MATRICULA DE NUMERO 0245457, LOTADO NESTE PRONTO SOCORRO , PODERA UTILIZAR-SE DAS FICHAS DE ATENDIMENTO PARA OBTENHA DADOS PARA A CONCLUSAO DO SEU TRABALHO DE MESTRADO QUE ESTA SENDO REALIZADO NA UNIVERSIDADE SANTA CECILIA DOS BANDEIRANTES DESDE O ANO DE 2016, COM TERMINO PROGRAMADO PARA DEZEMBRO DE 2018 .

SEGUNDO O PROCESSO ADMINISTRATIVO DE NUMERO 4849/2018-1, A SECRETARIA DE SAUDE A EXMA. SRA.. ANDREA PINHEIRO , PERMITE A UTILIZAÇÃO DAS DEPENDENCIAS E DOS DADOS DOS PACIENTES DO PRONTO SOCORRO DE CUBATÃO PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO DE MESTRADO EM DIREITO À SAÚDE DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS.



JOSE SANTOS GONÇALVES
CHEFE DO SERVIÇO MEDICO DE PRONTO SOCORROS.

Anexo 2 – Ficha de atendimento usada até Julho de 2018 no Pronto Socorro Municipal de Cubatão

ATENDENTE RECEPÇÃO - 10/05/2018 18:47
R

ATENDENTE RECEPÇÃO - 10/05/2018 07:31
R

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

RISCO *
☐ 1 - EMERGENTE ☐ 2 - URGENTE ☐ 3 - POUCO URGENTE ☐ 4 - NÃO URGENTE

OBSERVAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO **(Histórico)**
 REFERE DOR ÀS MICÇÕES HÁ 03 DIAS

EXAME FÍSICO

☐ 1 - BEG ☐ 2 - REG ☐ 3 - MEG	☐ 1 - ANICTÉRICO ☐ 2 - ICTÉRICO	☐ 1 - ACIANÓTICO ☐ 2 - CIANÓTICO	☐ 1 - EUPNEICO ☐ 2 - DISPNEICO
☐ 1 - AFEBRIL ☐ 2 - FEBRIL	☐ 1 - CORADO ☐ 2 - DESCORADO	☐ 1 - HIDRATADO ☐ 2 - DESIDRATADO	

GLASGOW	TEMPERATURA	SATURAÇÃO	REALIZOU ELETROCARDIOGRAMA?
F.C.	36,4	99	☐ NÃO ☐ SIM
85	F.R.	P.A. MAX	P.A. MIN
GLICEMIA	BRNF 2T s/s	MV + s/RA	ABDOMEN s/Alt

OBSERVAÇÕES SOBRE O EXAME FÍSICO

CÁLCULO IMC (ÍNDICE DE MASSA CORPORAL)

PESO	UN. MEDIDA	ALTURA	UN. MEDIDA	IMC
	kg		m	

OBSERVAÇÕES SOBRE O IMC **(Histórico)**

ANTECEDENTES/ALERGIAS

DESCRIÇÃO **(Histórico)**
 NDN

ANAMNESE

DESCRIÇÃO *

CMDPRO for Health - PROVECTORS @copyright 2017

versão: 18.03.04

IDENTIFICAÇÃO			
Código 2018GPAT/44050	Emissor ELVIRA FONTES BARBOSA	Data Emissão 10/05/2018 06:33	Responsável ENCERRADO
Status AGUARDANDO RETORNO / FINALIZADO - 10/05/2018 06:33 - DR. HIGOR FRANCO OLIVEIRA		Tempo no Status 13h4m	
IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO			
UNIDADE DE ATENDIMENTO * PRONTO SOCORRO CENTRAL GUIOMAR FERREIRA ROEBBELEN ▼			
ESPECIALIDADE * 225125 - MEDICO CLINICO - PS ▼			
PRIORIDADE * ☐ 0 - CRIANÇA DE COLO ☐ 0 - DEFICIENTE ☐ 0 - GESTANTE ☐ 0 - IDOSO ☒ 1 - NORMAL ☐ Acidente de Trabalho ☐ Acidente de Trâ			
MOTIVO DA PROCURA * (Histórico) CONSULTA			
CIDADÃO * NOME DO PACIENTE - ▼			
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO			
PRONTUÁRIO DATA NASCIMENTO 21/09/1988 - quarta-feira IDADE 29 ANOS RAÇA/COR 04 - Parda ▼ SEXO * ☒ FEMININO ☐ MASCULINO RG >> RG PACIENTE CPF >> CPF PACIENTE Nº NIS(PIS/PASEP)	CNS DO CIDADÃO >> Nº PRONTUÁRIO NOME COMPLETO * NOME DO PACIENTE NOME SOCIAL NOME ETNIA ▼ NOME COMPLETO DA MÃE * NOME DA MÃE NOME COMPLETO DO PAI NOME DO PAI E-MAIL TELEFONE RESIDENCIAL TELEFONE CELULAR TELEFONE RECADADO RN		
ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA			
CEP >> ? TIPO DE LOGRADOURO ▼ COMPLEMENTO ?	UF SP ▼	MUNICÍPIO CUBATÃO - SP ▼ NOME DO LOGRADOURO RESIDENCIA PACIENTE PONTO REFERÊNCIA ?	BAIRRO ▼ NÚMERO ? MICROÁREA ▼
POSSUI ACOMPANHANTE ?			
ACOMPANHANTE * ☐ 01 - SIM ☒ 02 - NÃO			
OBSERVAÇÕES GERAIS			

CMDPRO for Health - PROVECTORS ©copyright 2017

versão: 18.03.04

PROCEDIMENTOS EXECUTADOS

SIGTAP

>
>>
<
<<

OBSERVAÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS EXECUTADOS. [\(Histórico\)](#)**GESSO (INTERNO)**DETALHAMENTO GESSO. [\(Histórico\)](#)**PLÁSTICA (INTERNO)**DETALHAMENTO PLÁSTICA. [\(Histórico\)](#)**DATA OCORRÊNCIA****ATENÇÃO ***

ESTE CAMPO SÓ DEVE SER PREENCHIDO CASO A OCORRÊNCIA TENHA ACONTECIDO ANTERIORMENTE A DATA DE REGISTRO EFETUA

DATA/HORA OCORRÊNCIA * @

10/05/2018 08:33 - quinta-feira

RETORNO ? *☐ 01 - SIM ☒ 02 - NÃO**DETALHES ENCERRAMENTO****TIPO ENCERRAMENTO ***☒ 01 - ALTA☐ 02 - ALTA REFERIDO PARA UBS / ESPECIALIDADE☐ 03 - ÓBITO☐ 04 - OUTRA UNIDADE DE URGÊNCIA - REMOÇÃO☐ 05 - INTERNAÇÃO NO HOSPITAL - REMOÇÃO☐ 06 OUTROSOBSERVAÇÕES. [\(Histórico\)](#)**RECEITUÁRIO**

QTD. VIAS

RECEITA. [\(Histórico\)](#)

MEDICO X - 10/05/2018 18:51

PACIENTE REFERE FAZER ACOMPANHAMENTO NA UBS.

MEDICO X - 10/05/2018 18:50

PACIENTE RETORNA SEM RESULTADO DE EXAMES.

MEDICO Y - 10/05/2018 07:46

PACIENTE QUEIXANDO-SE DE DOR EM REGIAO HIPOGASTRICA MESMO APOS MEDICAÇÃO JA COLHEU EXAMES

HIGOR.OLIVEIRA - 10/05/2018 06:38

PACIENTE REFERE DISURIA HA 3 DIAS, EVOLUINDO COM DOR ABDOMINAL EM REGIAO HIPOGASTRICA E LOMBAR. NEGA FEBRE OU CALAFRIOS. APRESENTOU NAUSEAS NO PERÍODO.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CID 10 I *

R300 - DISÚRIA ▼

CID 10 II

▼

CID 10 III

▼

CONDUTA (Histórico)

HISTÓRICO DE MEDICAÇÃO

Emissão	Emissor	Medicação	
10/05/2018 07:47	MEDICO X	SF 0,9% 100 ML + BUSCOPAM COMSPOTO 1 AMP + DECADRON 1 AMP EV	EXECUT
10/05/2018 06:39	MEDICO Y	DIPYRONA 1G IM PLASIL 1 AMP IM	EXECUT

SOLICITAÇÕES

PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

0202050017 - ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEC

>
>>
<
<<

OBSERVAÇÕES SOBRE SOLICITAÇÕES (Histórico)

ENCAMINHAMENTOS

ESPECIALIDADE(S) CBO

>
>>
<
<<

OBSERVAÇÕES SOBRE ENCAMINHAMENTOS (Histórico)