

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

JOVILDE ANA SCALCO
JULIANA DE ALMEIDA FONSECA

PERFIL DA CLIENTELA ATENDIDA NO PRONTO
SOCORRO DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA
CONCEIÇÃO EM LAGARTO - SE

ARACAJU - SE
2007

JOVILDE ANA SCALCO
JULIANA DE ALMEIDA FONSECA

PERFIL DA CLIENTELA ATENDIDA NO PRONTO
SOCORRO DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA
CONCEIÇÃO EM LAGARTO-SE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Núcleo de Pós-
graduação e Extensão da Faculdade
de Administração e Negócios de
Sergipe, como exigência para
obtenção de título de Especialista em
Urgência e Emergência.

Orientadora:
Profa. Dra. Maria Lucia Silva Servo

ARACAJU – SE
2007

Fonseca, Juliana de Almeida

Perfil da clientela atendida no Pronto Socorro do Hospital
Nossa Senhora da Conceição em Lagarto – SE / Juliana de
Almeida Fonseca, Jovilde Ana Scalco. – 2007.

47f. : il.

Monografia (especialização) – Faculdade de
Administração e Negócios de Sergipe, 2007.

Orientação: Dra. Maria Lucia Servo

1. Hospitais – Atendimento I. Títulos

CDU 614.253.8

JOVILDE ANA SCALCO
JULIANA DE ALMEIDA FONSECA

O PERFIL DA CLIENTELA ATENDIDA NO PRONTO
SOCORRO DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA
CONCEIÇÃO EM LAGARTO-SE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-graduação e Extensão da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe, como exigência para obtenção de título de Especialista em Urgência e Emergência.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora Dra. Maria Lúcia Silva Servo

2º Examinador

3º Examinador

Aracaju, ____ de _____ de ____ .

AGRADECIMENTOS

Muitas são as Pessoas a agradecer, poucas são as maneiras concretas exatas para fazê-la. Porém, procuramos estender nossa gratidão a todas as pessoas que de uma maneira ou de outra colaboraram na concretização deste e que contribuíram para que nossa Pós-Graduação em Urgência e Emergência se tornasse realidade, em particular agradecemos.

Eu, Jovilde, agradeço a Congregação das Irmãs Ministras dos Enfermos de São Camilo, por ter me proporcionado esta valiosa oportunidade para um aperfeiçoamento profissional, representado na querida Ir. Nelsi Lazzari. A você meu sincero e profundo obrigado pelo incentivo. Desejo saúde e muita força.

A Comunidade Nossa Senhora da Conceição de Lagarto, com a qual faço parte, pela paciência e compreensão.

A querida amiga e digitadora, Cristiane Dias dos Santos, que com prontidão e alegria prestou este serviço. Obrigada.

A Direção do Hospital Nossa Senhora da Conceição, que com carinho e atenção, nos abriu as portas, permitindo ter em nossas mãos o material do arquivo, a fim de concretizarmos nossa pesquisa de campo, traçando o perfil da clientela atendida, na pessoa da Sr^a Maria de Fátima Silveira (Presidente do Hospital) e Lurdes Gorretti de Oliveira Reis (Secretária Municipal de Saúde).

Eu, Juliana, agradeço em especial aos meus pais por terem proporcionado mais este passo em minha vida profissional, ao meu marido e filho por compreenderem a necessidade da minha ausência mais um dia da semana.

E por fim, não com menos profundidade, à nossa Orientadora Maria Lucia Servo. Obrigada por ter aceitado a missão de orientadora em todo o desenrolar deste trabalho. Obrigada pela disponibilidade de se deslocar de Feira de Santana (Ba) para Aracaju e sempre com muita alegria e disposição de partilhar a sua rica experiência e saber.

Lembraremos sempre de você, com carinho, gratidão e amizade.

RESUMO

Após experiência profissional nessa área, constata-se a crescente demanda de atendimento e a diversidade de clientela no Pronto Socorro, desencadeando a necessidade de traçar o perfil da mesma. O presente trabalho traz como objetivo descrever o perfil da clientela de clínica médica adulta, atendida no Pronto Socorro do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Lagarto/SE, nos dias 23, 24, 28 e 29 de junho de 2006. A metodologia de estudo utilizada para desenvolver esta pesquisa foi a pesquisa quantitativa, de caráter bibliográfico e documental. Para realizar este estudo tomou-se como referência material científico produzido por pesquisadores, através de análise bibliográfica sobre a temática em estudo e dos prontuários dos pacientes atendidos no Pronto Socorro do hospital supracitado e suas respectivas datas. Os dados obtidos foram apresentados através de gráficos e quadros. Ao final foi possível traçar o perfil da clientela atendida, concluindo-se que por vários motivos a população esta enraizada na visão de que, atendimento em saúde está ligado à unidade Hospitalar.

Palavras-chave: Atendimento hospitalar; Hospital micro-regional;

ABSTRACT

After professional experience in this area, it's possible to recognize the growth on the attendance and hospital's clientele diversity, requiring the needs of remarking it' profile. This assignment strives to describe medical clinic adult clientele profile, attended in the hospital Nossa Senhora da Conceição de Lagarto/SE, among the days 23, 24, 28 and 29, during June 2006. Studies' methodology used to develop this scientific work was the quantitative one, based on bibliographical and documental characters. This study was realized based on scientific material reference produced by scientists, beyond thematic bibliographical analysis of patient's promptuaries attended by the first-aid clinic of the hospital among those days. The obtained data were presented as graphics and pictures. In the end was easy to trace attended clientele's profile, concluding for many reasons that the population is bonded on the vision that health's care is linked on a hospital unit.

Keywords: hospital care, hospital micro regional.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....	13
2.2 CONHECENDO O HOSPITAL.....	16
2.3 COMPREENDENDO A IMPORTÂNCIA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	19
3. METODOLOGIA.....	23
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
3.2 O CAMPO EMPÍRICO DE ESTUDO.....	24
3.3 SISTEMÁTICA DO PROCESSO DE COLETA DE DADOS.....	29
3.4 O INSTRUMENTO.....	30
3.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE.....	30
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADO.....	31
4.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	31
4.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	37
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
6. REFERÊNCIAS	45
APÊNDICE	47
APÊNDICE A – FORMULÁRIO.....	47

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Mapa das mesoregiões do Estado de Sergipe	25
------------------	---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I.Distribuição dos pacientes sexo, segundo prontuários dos pacientes atendidos no H.N.S.C. em junho de 2006.....	31
Gráfico II.Distribuição dos pacientes do sexo feminino quanto a procedência, segundo prontuários dos pacientes atendidos no H.N.S.C. em junho de 2006.....	32
Gráfico III.Distribuição dos pacientes do sexo masculino quanto a procedência, segundo prontuários dos pacientes atendidos no H.N.S.C. em junho de 2006.....	32
Gráfico IV.Distribuição dos pacientes de sexo feminino quanto a faixa etária, segundo prontuários dos pacientes atendidos no H.N.S.C. em junho de 2006.....	33
Gráfico V.Distribuição dos pacientes de sexo masculino quanto a faixa etária, segundo prontuários dos pacientes atendidos no H.N.S.C. em junho de 2006.....	33

1. INTRODUÇÃO

O atendimento no serviço de pronto socorro compõe a assistência à saúde de pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de pronto atendimento, constituindo-se em grande desafio para os profissionais de saúde em decorrência de vários fatores que influenciam na assistência de urgência e emergência de qualidade e de alta resolutividade a ser prestada.

O interesse por esta temática decorre da nossa experiência profissional nessa área em que constatamos a crescente demanda de atendimento e a diversidade de sua clientela no Pronto Socorro do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Lagarto - SE, desencadeando a necessidade de traçar o perfil da mesma.

Observamos que, na prática, quando a população sente algum problema de saúde, imediatamente sai em busca do atendimento no hospital, ao contrário do que rege o sistema Único de Saúde.

O primeiro passo do cidadão deveria ser procurar o posto de saúde de seu bairro ou de sua cidade de origem. Em muitos casos o posto de saúde deveria resolver o problema. Somente em casos de urgência e emergência deve ser procurada a unidade referenciada do município, que é o hospital. Que unidade hospitalar pode resolver casos de tosse, unha encravada, cortes, febre? Tal serviço hospitalar deveria ser prestado somente nas situações mais graves, ou seja, em situações onde há risco de vida.

Há um crescimento na demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que tem contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento da população.

O atendimento em pronto socorro é tema polêmico (e subjetivo), já que cada cidadão tem sua visão sobre o que urgência ou emergência diferindo, algumas vezes, da literatura.

O Ministério da Saúde conceitua e diferencia serviços de pronto atendimento, pronto socorro e unidade de emergência, ou seja: pronto

atendimento é a “unidade destinada a prestar, dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde assistência a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediatos”; pronto socorro é o “estabelecimento de Saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujo agravos a saúde necessitam de atendimento imediato. Funcionam durante 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação”; e emergência é a “unidade destinada a assistência de doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato” (BRASIL, 1985 – p. 23-30)

Neste estudo, adotaremos a definição do Conselho Federal de Medicina a partir da resolução 145/95, em que assinala que urgência é “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” e emergência é “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco eminente de vida ou sofrimento intenso exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”.

Adotamos a definição do Conselho de Medicina, pois define urgência e emergência sem preocupação do funcionamento, sendo a realidade do hospital em estudo divergindo da definição do Ministério da Saúde.

No que se refere à Enfermagem, a Associação Americana de Enfermagem (ANA) estabeleceu os “padrões da prática de enfermagem em emergência”, em 1983, tendo como referência padrões bem definidos classificando os enfermeiros de emergência.

Segundo a ANA, as atividades assistenciais exercidas pelo enfermeiro, são: prestar cuidado ao paciente junto ao médico, preparar e ministrar medicamentos, instalar sondas nasogástricas, nasoenterais e vesicais em pacientes, efetuar curativos de maior complexidade, preparar instrumentos para intubação, aspiração, monitoramento cardíaco e desfibrilação, auxiliando a equipe médica na execução dos procedimentos diversos, realizar o controle dos sinais vitais, executar a evolução do paciente e registrar no prontuário, coordenar as atividades do pessoal de recepção, limpeza e portaria, solucionar problemas decorrentes com o atendimento médico-ambulatorial, realizar a escala diária e mensal da equipe de enfermagem, controlar o estoque do material, realizar treinamento em serviço sobre os protocolos de atendimento e

novos procedimentos, verificar a necessidade de manutenção dos equipamentos do setor. É importante ressaltar que o Enfermeiro desta unidade é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte vital e integrante da equipe de emergência.

Mantendo a coerência, como ressalta a ANA, as atividades desenvolvidas no pronto socorro de Lagarto – SE correspondem às atividades preconizadas pela ANA.

Como enfermeiras que atuam nessa área e em razão da crescente demanda no atendimento, eis que surge o nosso interesse em investigar: qual o perfil da clientela de clínica médica atendida no Pronto Socorro do Hospital Nossa Senhora da Conceição no mês de junho de 2006?

O presente trabalho traz como objetivo específico descrever o perfil da clientela de clínica médico-adulta, atendida no Pronto Socorro do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Lagarto/SE, nos dias 23/24 e 28/29 de junho de 2006.

Esperamos que este estudo contribua para a construção do conhecimento dos profissionais atuantes nesta área, da administração da unidade e do perfil dos pacientes atendidos e das principais características da clientela atendida.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A Constituição de 1988 foi um marco histórico na saúde pública brasileira. A partir desta, foi implementado, de forma gradual, o SUS (Sistema Único de Saúde). (BRASIL, 1988)

A seção II, título VII, do mesmo compêndio, entre seus artigos 196 e 200, prevê, dentre outros dispositivos, a sanção de Lei Complementar que disponha sobre o SUS. Portanto a Lei Complementar nº 8080/90 foi promulgada.

Anteriormente, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sendo restrita às pessoas que contribuíssem com a previdência social; os demais eram atendidos em serviços filantrópicos.

O SUS foi criado com a finalidade de modificar a presente situação de desigualdade na assistência à saúde dos cidadãos, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer pessoa, sendo proibido a cobrança pecuniária.

A Lei Orgânica de Saúde nº 8080/90, com base na Constituição Federal de 1988, têm como princípio a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização.

Art. 2 - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1 - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2 - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (BRASIL, 1990)

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 diz: "A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]" ; tornando o atendimento universal, sem discriminação de raça, cor ou classe social, de acordo com suas necessidades.

É integral porque a saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; e a pessoa deve ser vista como um todo, e membro da comunidade.

Garante equidade, pois oferece assistência à saúde de acordo com a necessidade; dando mais para quem mais precisa.

Segundo a Lei orgânica nº 8080/90:

Art. 9 - A direção do Sistema Único de Saúde - SUS é única, de acordo com o inciso I, do Art.198, da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III- no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.(BRASIL, 1990)

Descentralizado porquanto distingue a política administrativa nas três esferas: nacional, estadual e municipal; tendo comando único.

Regionalizado e hierarquizado porque os serviços são divididos em níveis de complexidade; sendo as questões menos complexas atendidas nas unidades básicas de saúde, passando pelas unidades especializadas, pelo hospital geral até chegar ao hospital especializado.

As mesmas possuem atribuições e competências regulamentadas na Lei Orgânica nº 8080/90, no capítulo IV, seção I e II, nos artigos 15 ao 19.

Do SUS fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais – incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, além de fundações e institutos de pesquisa.

As unidades privadas que prestam assistência ao Sistema Único de Saúde têm iniciativa livre, sendo observado os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS quanto à condição para seu funcionamento. Esta mesma participação será firmada mediante contrato ou convênio.

Na Norma Operacional da assistência da saúde – NOAS – SUS 01/2001 conforme Portaria GM N 95, de 26 de janeiro de 2001, quando descreve sobre a qualificação das microrregiões na assistência a saúde:

7-Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais.

7.1 Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar, detalhadas no anexo desta Norma.

Quanto à organização dos serviços de média complexidade – MC, “compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visem atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio e diagnóstico e terapêutico”. NOAS SUS 01/2001 – item 12

Através da NOAS-SUS01/02, Portaria 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002, no Capítulo I, que estabelece o processo de Regionalização como estratégia de hierarquização dos Serviços de saúde e de busca de maior equidade, e intui a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização, trata da inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação de sua área de abrangência e dos fluxos de referência . O Plano Diretor de Regionalização subsidiará o processo de qualificação de regiões/microrregiões.

A NOAS-SUS 01/02, no que trata dos Módulos Assistências e da Qualificação das Microrregiões, no Capítulo I, item 8 e 8.1:

8.Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais.

8.1 Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico(M1) e de internação hospitalar, detalhadas no Anexo 3 desta Norma.

A organização dos serviços de média complexidade está definida no item I.4 (17, 18 e 21.3).

17. A Atenção de Média Complexidade (MC) compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

18. Excetuando as ações mínimas de média complexidade (M1), que devem ser garantidas no âmbito dos módulos assistenciais, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do estado e a definição do Plano Diretor de Regionalização do estado.

21.3 A programação de internações hospitalares deve utilizar critérios homogêneos de estimativa de internações necessárias para a população, e considerar a distribuição e complexidade dos hospitais, o valor médio das internações hospitalares, bem como os fluxos de referência entre os municípios.

2.2 CONHECENDO O HOSPITAL

O termo “hospital” origina-se do mesmo radical do latim, “hospit”, e gera duas palavras naquela mesma língua, podendo significar *hospitiu*, que quer dizer “local onde se hospedam pessoas”, em estabelecimentos fundados pelo clero; a partir do século IV d.C, cuja finalidade era prover cuidados a doentes e oferecer abrigo a viajantes peregrinos. (SOUZA, 2006 p.2)

O segundo significado da palavra “Hospital” origina-se do latim “*hospitalis*”, que significa “*ser hospitaleiro*” - “*acolhedor*”. Hoje o Hospital tem a mesma concepção de “nosocomium”, em grego e latim significa lugar dos doentes. (SOUZA, 2006 p.2)

Segundo o Ministério da Saúde: Hospital é definido como “estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação a uma determinada clientela, ou de não internação, no caso de ambulatorios e outros serviços.” (SOUZA, 2006 p.2)

Há mais de quinhentos anos, em 15 de agosto de 1498 nasceu a primeira Irmandade da Misericórdia, que foi fundada em Lisboa, Portugal, por D^a Leonor de Lencastre. A arte da filantropia religiosa foi baseada nos escritos evangélicos, a pedra angular na formação da mesma.

A história dos Hospitais, no mundo ocidental, está intimamente ligada ao desenvolvimento do cristianismo e a própria História da Igreja Católica.

Nos primórdios do cristianismo, ou seja, durante o Império Romano, após o Concílio de Nicéia, em 325, o mesmo recomendou a construção de um hospital junto a cada catedral ou cada templo cristão. (Revista Aventuras na História , p. 52).

A partir da era cristã, o hospital passou a ser encarado como entidade assistencial para doentes pobres e peregrinos. Hoje temos toda uma caminhada de avanços, conquistas e também deficiências em conceber a visão de hospital como uma empresa de prestação de serviços, dentro do mais profundo sentido humano, do amor e da caridade.

Os hospitais medievais eram financiados através de doações, legados, terras e construções o que refletia sua origem e propósito, a caridade era consequência do desejo de salvação e santificação.

No Brasil viu surgir sua primeira obra de misericórdia em 1543, pelas mãos do colono Braz Cubas, que na capitania de São Vicente criou o Hospital de Todos os Santos inspirando-se no nome do grande hospital de Lisboa, que em 1547 passou a se chamar Vila do Porto de Santos.

Em menos de um século surgiram no Brasil a Santa Casa de Misericórdia de Vitória (entre 1545 e 1550), tendo o Padre José de Anchieta como capelão. Outras foram surgindo, sendo consideradas o berço da rede hospitalar brasileira, como a Santa Casa de Misericórdia São Paulo (1560); Santa Casa de Misericórdia Ilhéus e Vitória Olinda (1564); Santa Casa de Misericórdia Salvador (1549 – 1572); Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (1585); posteriormente a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1803); Santa Casa de Misericórdia de Curitiba – 1880 e muitas outras.

Os séculos seguintes viram proliferar organizações hospitalares inspiradas no espírito caritativo. Durante este período a hospitalização não visava à melhoria das condições técnicas de diagnóstico e tratamento, conforme conhecemos hoje, mas tão somente o acolhimento dos deserdados da sorte, aqueles que não possuíam meios para realizar o tratamento em casa.

Com a instalação da côrte no Rio de Janeiro em 1808, tem início uma nova era para a Saúde no Brasil, com a implantação do ensino e do policiamento médico, de higiene dos portos e da terra.

Ao longo da história, principalmente a partir do séc. XX com a era da industrialização, as instituições de saúde iniciaram um processo em que foram

obrigadas a fazer investimentos em tecnologia e profissionalização de seu corpo de funcionários.

As organizações filantrópicas são formadas por sócios ou associados fundadores e que se revezam, conforme estatuto, no ato de governá-la.

Podemos citar a Santa Casa de Misericórdia, de Porto Alegre/RS, como exemplo de origem, evolução e finalidade do hospital, do passado, presente e futuro. Fundada em 19/10/1803, hoje a Santa Casa é um complexo hospitalar, que compreende 7 hospitais, sendo 2 gerais e 5 especializados . São eles: Hospital São Francisco: cardiologia, cirurgias cardíacas e especializadas; Hospital São José: neurologia; Pavilhão Pereira Filho: pneumologia; Hospital da criança Santo Antônio: pediatria; Hospital Santa Rita: centro de câncer; Hospital Santa Clara: hospital geral e Hospital Dom Vicente Scherer: transplantes e atendimentos ambulatoriais. (www.santacasa.org.br)

Em 2003, a Santa Casa de Misericórdia comemorou seus dois séculos de existência e de assistência à saúde. Atualmente, os Hospitais que compõem a Santa Casa – Complexo Hospitalar são referência na assistência à saúde na América Latina.

É o primeiro hospital e a primeira organização de direito privado sem fins lucrativos do País a receber o Prêmio Nacional de Qualidade em reconhecimento às organizações que mais se destacam pela prática de gestões de excelência. (www.santacasa.org.br)

De acordo com as especialidades existentes, o hospital pode ser classificado como: geral (destinado a prestar assistência nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica; clínica cirúrgica; clínica gineco-obstétrica e clínica pediátrica) e especializado (maternidade, neurocirurgia, entre outros).

Conforme o seu número de leitos o hospital terá classificação como sendo: pequeno porte (até 50 leitos); médio porte (de 51 a 150 leitos); grande porte (de 151 a 500 leitos) e porte especial (acima de 500 leitos).

Referente à sua resolutividade poderá ser: hospital secundário (geral ou especializado, com assistência nas especialidades médicas básicas. Geralmente, oferece alto grau de resolução de problemas de saúde de seus pacientes no próprio hospital) e hospital terciário (especializado ou com

especialidades. Destina-se ao atendimento também em outras áreas médicas das especialidades básicas).

Perante suas propriedades serão: hospital público (aquele que integra o patrimônio da União, Estados, Distrito Federal e municípios; autarquias, fundações instituídas pelo poder público); hospital privado ou particular: (integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo poder público).

No Brasil, segundo o Ministério de Saúde, na área Hospitalar, 80% dos estabelecimentos que prestam Serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) são privadas e 75% da atenção ambulatorial é prestada pela rede de hospitais públicos.

Podendo ser classificado conforme seu caráter financeiro sendo de: beneficência e filantropia.

Os hospitais privados podem ser ou não beneficentes, estes, mantidos com contribuições e doações particulares, para prestação de serviços a seus associados; podem prestar serviços a terceiros (SUS e convênios)

O hospital filantrópico presta serviços para a população carente, por intermédio do SUS, respeitando a legislação em vigor. (SOUZA, 2006 p.3)

2.3 COMPREENDENDO A IMPORTÂNCIA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

O serviço de urgência e emergência constitui-se em um importante componente da assistência a saúde; é destinado à assistência de pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de pronto atendimento. Portanto, a unidade deverá dispor de área externa para desembarque e ambulância. A unidade deve estar preparada para atender casos graves de emergência e pacientes com risco de morte. A mesma deverá se encontrar disponível durante as 24 horas.

Em 29/09/2003, através da Portaria MS/GM 1. 863 (BRASIL, 2003) estabeleceu-se a Política Nacional de Atendimento às Urgências composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais.

“Art. 1º. Instituir a Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art.2º. Estabelecer que a Política Nacional de Atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, deve ser organizada de forma que permita:

1.Garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios) [...]

Há necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, para garantir a adequada referência regulada para os pacientes que, tendo recebido atendimento inicial em qualquer nível do sistema, necessitem de acesso aos meios adicionais.

A organização em redes loco-regionais de atendimento integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecem-se em diversos componentes.

a) componente pré-hospitalar fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde de família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências.(BRASIL, 2004)

b) componente pré-hospitalar móvel: serviços de atendimento móvel de urgência e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com o número único nacional para urgência médica-192.

c) componente hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais do tipo I e II e das unidades gerais do tipo I, II e III, bem como toda gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensa, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências.

d) componente pós - hospitalar: modalidades de atenção domiciliar, hospitais - dia e projetos de reabilitação integral.

Com base na Portaria MS/GM nº- 1. 864, de 29 de setembro de 2003, instituíram-se no Brasil, o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em município e regiões de todo o território brasileiro: SAMU 192, com acesso gratuito pelo número nacional de urgência (192), em consonância com as diretrizes contidas no Regulamento Técnico de Urgências (Portaria 45 nº- 2. 048 de 5 de novembro de 2002). (BRASIL, 2002)

O Sistema Único de Saúde – SUS tem como diretrizes a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação Social, ao lado da humanização a que todo cidadão tem direito.

A atenção às urgências através do Programa Nacional em conjunto com o Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, com os estados e municípios deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando e implantando a assistência desde as “Unidades Básicas, Programa Saúde da Família, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares, Serviço de Atendimento Pré - Hospitalar Móvel - SAMU 192, Resgate, ambulâncias do setor privado até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes da rede assistencial pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução”. (BRASIL, 2003 p. 57)

A exemplo de muitas unidades hospitalares que já implantaram e outras buscando implantar o sistema Central de Regulação Médica de Urgência, há uma necessidade urgente de adequar o fluxo de atendimento, com sistema de triagem por classificação de risco ou classificação por cores: vermelho, amarelo, verde e azul, que atende o paciente, priorizando o grau de gravidade e não a ordem de chegada. Com isto se melhoraria o aspecto da humanização no atendimento e evitaria a procura espontânea pelo atendimento no Pronto Socorro, com aglomeração de pessoas que buscam o atendimento.

Ficha vermelha: atendimento imediato dos pacientes graves visando afastar risco imediato de morte, e posterior encaminhamento para tratamento clínico, observação, transferência ou alta. Exemplo: pacientes com quadro de enfarte, dores no peito, politraumatizados, etc.

Ficha amarela: atendimento semi-imediato e que deve ser realizado no máximo em 30 minutos de espera. É classificado como paciente crítico que necessita de cuidados intensivos e permanecerá na unidade até o seu encaminhamento para um especialista.

Ficha verde: atendimento de espera oportuna indicado para pacientes não críticos, para observação ou internação clínica médica ou cirúrgica.

Ficha azul: atendimento de paciente com quadro simples e prioridade secundária, com tempo de espera indefinido, dependendo do fluxo de pacientes nas outras cores. (www.hc.unicap.br)

3. METODOLOGIA

O presente trabalho tem como objetivo descrever o perfil da clientela atendida na clínica médica adulta do Pronto Socorro do Hospital Nossa Senhora Conceição de Lagarto - SE nos dias 23, 24, 28 e 29 de junho de 2006.

3.1 TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo utilizado para desenvolver esta pesquisa foi a pesquisa quantitativa, de caráter bibliográfico e documental.

A pesquisa bibliográfica é aquela que, segundo Gil (2006, p. 65-66), é desenvolvida através de material elaborado em livros e artigos científicos.

Alguns trabalhos podem ser elaborados apenas com esse tipo de pesquisa. Como principal vantagem este tipo de pesquisa permite que uma gama enorme de informações, maiores que aquelas produzidas diretamente por um único autor, seja captada e sintetizada em um único contexto.

Cervo e Bervian (1996, p.48) dizem que “a pesquisa bibliográfica é meio de formação por excelência. Como trabalho científico original, constitui a pesquisa propriamente dita na área das ciências humanas”.

Uma desvantagem dessa forma de obtenção de informações técnicas é que por vezes a informação secundária possui dados processuais catalogados de forma equivocada e demanda de análise mais aprofundada, para que não seja cometido um erro no corpo da atividade de pesquisa.

A pesquisa documental, por sua vez, apresenta semelhança com a pesquisa bibliográfica, todavia diferem-se, pois a pesquisa bibliográfica apresenta a opinião de vários pesquisadores à cerca de um tema determinado, enquanto que na pesquisa documental o objeto da pesquisa recai sobre materiais que não receberam ainda tratamento analítico, ou que ainda podem ser re-elaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

No mais o que se pode auferir é que tanto numa quanto noutra forma de pesquisa são produzidos grandes volumes de dados, os quais necessitam ser submetidos à triagem do pesquisador para que apresentem os resultados especificamente procurados, ou seja, para que sejam além de eficazes, eficientes.

Para realizar este estudo tomou-se como referência material científico produzido por pesquisadores (livros, internet, legislações e dados estatísticos), através de análise bibliográfica sobre a temática em estudo e dos prontuários dos pacientes atendidos no Pronto Socorro do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Lagarto -SE, pertencentes ao arquivo da Unidade de Saúde, nos dias 23,24,28 e 29 de junho de 2006.

Os dados obtidos foram apresentados através de gráficos e quadros. Teve como redação final a análise do material pesquisado e trabalhado.

3.2 O CAMPO EMPÍRICO DE ESTUDO

O Estado de Sergipe, que compreende a cidade objeto deste estudo – Lagarto, buscando a melhor distribuição de atribuição regional, instituiu a divisão territorial em 13 microrregiões.

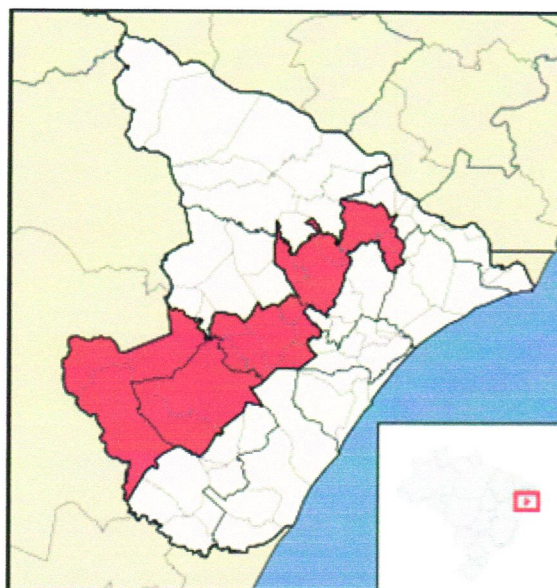
De acordo com a Constituição de 1988, art. 25, § 3º, microrregião é um agrupamento de municípios limítrofes. Sua finalidade é integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum, definidas por lei complementar estadual.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, com o intuito de regular o espaço brasileiro, agrupa as microrregiões dentro da mesma mesorregião.

Mesorregião é uma subdivisão dos estados brasileiros que congrega diversos municípios de uma área geográfica com similaridades econômicas e sociais. Foi criada pelo IBGE e é utilizada para fins estatísticos e não constitui, portanto, uma entidade política ou administrativa. (www.Wikipédia.com.br)

O Estado de Sergipe é dividido em três mesorregiões: Agreste sergipano, Leste sergipano e Sertão sergipano.

Figura I - Mapa das mesoregiões do Estado de Sergipe



Fonte: WIKIPÉDIA, 2007

A microrregião do agreste de Lagarto, a cidade objeto deste estudo, é encontrada na mesorregião Agreste sergipano, juntamente com a microrregião do agreste de Itabaiana, Nossa Senhora das Dores e Tobias Barreto.

As cidades pertencentes à microrregião do Agreste de Lagarto são: Lagarto e Riachão dos Dantas.

A ocupação da área que hoje compreende o atual município de Lagarto ocorreu no início da formação do território Sergipano, isto é, nos primórdios do séc. XVII, em 1698 alcançou a condição de Vila. Ainda no século XIX, em 20/ 04/ 1880, foi elevada a categoria de cidade, juntando-se as já existentes São Cristóvão, Estância, Laranjeiras e Aracaju. (IBGE, 1956)

Situado no centro Sul, ocupa 962,5 quilômetros quadrados, o que corresponde a 4,36% do território Sergipano, constituindo-se num dos mais extensos e populosos, além de ser um dos mais significativos para a economia Sergipana.

O município de Lagarto limita-se ao norte com Campo do Brito, São Domingos e Macambira, ao Sul com Riachão do Dantas, ao leste com Itaporanga d'Ajuda, Salgado e Boquim e ao Oeste com o município de Simão Dias.

Predomina o clima quente com variações de semi-úmido, sendo que o período chuvoso compreende os meses de março a julho. As temperaturas

médias anuais alcançam 24,5°C, sendo que os meses mais quentes (novembro a março) se elevam atingindo 26°C. No período mais chuvoso as temperaturas diminuem, registrando-se médias em torno de 23°C, sendo o dia mais quente que à noite.

A sede municipal está situada no centro do município, a 160 metros de altitude e dista da capital, Aracaju, por rodovia, em 87 quilômetros.

A cidade é um subcentro regional na hierarquia urbana sergipana, destacando-se logo após a capital, juntamente com Estância e Itabaiana, pela presença de funções econômicas importantes ligadas ao comércio e serviços, exercendo sua centralidade sobre os municípios vizinhos, Riachão do Dantas, Simão Dias, Poço Verde, São Domingos.

No dia de feira (que ocorre às segundas-feiras) os fluxos ocorrem com maior intensidade, causando intensa modificação no cotidiano das pessoas e com a cidade atraindo pessoas provenientes da zona rural e dos municípios de sua área de influência.

Lagarto, atualmente é a terceira cidade sergipana, em volume populacional.

Em 2000, a população rural tinha predomínio sobre a urbana, como reflexo da dinâmica que ocorre nas propriedades rurais do município; presentes em 119 localidades que congregam atividades que dão ao município uma intensa dinâmica social e econômica. (Zona Rural = 42. 807 habitantes e Zona Urbana = 40. 527 habitantes).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, em julho de 2004, a população do município alcançava 94. 676 habitantes sendo que destes 55, 39% são residentes na zona urbana (55. 345) e o restante (42.331) na zona rural, o que modifica a tendência de predomínio da população rural, fato registrado ao longo da vida do município. Conforme estimativa do IBGE/2006, a população de lagarto é de aproximadamente 92.000 habitantes, sendo que mais de 55% reside na área rural, reunidos em 127 povoados.

A população está distribuída em 23. 222 famílias, resultando numa densidade domiciliar de 4 pessoas, semelhante ao que está ocorrendo na maioria dos municípios sergipanos, que vêm registrando redução da quantidade de membros na família.

Nas grandes propriedades predomina a criação do gado bovino para corte, enquanto nas pequenas destacam-se os cultivos alimentícios, especialmente, a mandioca, o milho e o feijão.

As casas de farinha estão presentes em grande número, sendo responsáveis pela exportação do produto para Aracaju, outros centros interioranos, além de outros estados. (LAGARTO, 2005 p. 12-77)

A primeira unidade de assistência à saúde do município de Lagarto-SE, o Hospital Nossa Senhora da Conceição, teve sua origem em 1889, quando se deu a queda da monarquia e a implantação do regime republicano, na época o monsenhor João Batista de Carvalho Daltro era presidente da Câmara de Consciência dos Conselheiros de Lagarto, além de ser o responsável pela condução da comunidade católica do município durante 35 anos (de 24/06/1874 à 02/02/1910, quando faleceu).

Vale lembrar que as endemias de varíola foram no passado, o flagelo da população lagartense, a situação se agravava e era necessária a criação de um hospital. Convocando seus paroquianos para uma tomada de posição, Monsenhor Daltro ofereceu de início sua própria casa em 1892, fundando o Hospital Nossa Senhora d Conceição, em 08/12/1902, deu-lhe patrimônio e o prédio.

As medidas de emergências não só estavam ligadas ao Hospital que acabava de nascer, mas incluía também o trabalho de prevenção.

Monsenhor Daltro endereçou ao Imperador correspondência pedindo ajuda para a construção do referido Hospital, Dom Pedro II atendeu a solicitação enviando quatro contos de réis.

A velha casa serviu aos enfermos por muitas décadas, até que, necessitando de instalações mais amplas e adequadas para a época. Em 1956, Dionízio Machado iniciou a construção do novo Hospital, sem, contudo deixar de zelar pelo velho e tradicional prédio.

Desde então, a benemérita entidade vem prestando serviços aos pobres e tem merecido de seus continuadores o mesmo zelo inicial de sua criação. (FONSECA, 2002, p. 124-255).

Unidade de Emergência Referenciada pelo SUS na região centro Sul do estado de Sergipe, foi constituído o Hospital Nossa Senhora da Conceição de Lagarto, que conta com uma estrutura necessária para prestar assistência

de baixa e média complexidade obedecendo as definições e orientações da Política Nacional de atenção às urgências, conforme as Portarias do MS.

Hoje, através da criação das micro-regionais no estado de Sergipe, o Hospital Nossa Senhora da Conceição, tornou-se Hospital de Referência para os municípios de Tobias Barreto, Poço Verde, Simão Dias, Salgado, Riachão do Dantas, e outros municípios do estado da Bahia, como Paripiranga, Cícero Dantas e outros.

Atualmente oferece atendimento em ortopedia, radiologia, clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica, possui sala de estabilização para urgências e emergências. No ano de 2005 o Hospital realizou, cerca de 75.151 atendimentos ambulatoriais, mais de 3.488 internações e 825 cirurgias eletivas.

O Hospital Nossa Senhora da Conceição, conhecido popularmente como o Hospital de Lagarto, é uma associação filantrópica, único Hospital geral do município de Lagarto, de médio porte, com capacidade de 75 leitos, distribuídos em clínica médica, clínica cirúrgica e pediatria.

No setor do pronto socorro, a área física é composta de: uma porta de entrada que dá acesso à recepção, com acesso de ambulâncias; balcão de recepção; sala de estabilização, com equipamentos e medicamentos específicos para atendimento de situações de urgência e emergência; sala de drenagem e outros procedimentos; área para aerossol/nebulização; enfermaria para observação feminina, com 2 leitos, wc, fluxômetro de oxigênio; enfermaria para observação masculina, com 2 leitos, wc, fluxômetro para oxigênio; enfermaria para observação pediátrica, com 2 leitos, fluxômetro para oxigênio; pequeno almoxarifado; um consultório de clínica médica adulto; um consultório de clínica médica pediátrica; sala de administração de medicamentos – posto de enfermagem; banco de sangue, que funciona somente como agência transfusional; duas salas de estar médico e o corredor com bancada de alvenaria, local de espera e um necrotério.

O pronto socorro atualmente possui um quadro dos seguintes profissionais: oito médicos em clínica médica adulto; seis médicos pediatras; sete médicos ortopedistas; um médico cardiologista; um cirurgião dentista buco-maxilo; três enfermeiros; dez técnicos de enfermagem; cinco auxiliares de enfermagem; seis recepcionistas; quatro seguranças; quatro pessoas para higienização; seis motoristas de ambulância e um secretário auxiliar.

O sistema local de saúde de Lagarto conta com 39 unidades de saúde sendo: 15 unidades de saúde da família, 14 postos de saúde tipo I, 03 unidades de referência: Centro Humanizado à Mulher, Centro Pediátrico Criança Saudável e o Centro Psicossocial Aconchego (CAPS I) e 4 unidades de atenção especializada: Centro de Testagem e Aconselhamento (C.A.T.), Centro Médico de Atenção Especializada, Centro de Apoio e Diagnóstico e o Centro Ambulatorial 24 horas Goretti Reis, povoado Colônia 13. Entre as principais unidades prestadoras de serviço, o município conta com o Hospital Nossa Senhora da Conceição, Maternidade Zacarias Junior e o Ambulatório Mons. Daltro e dois laboratórios de análises clínicas.

Vale ressaltar que o município de Lagarto foi habilitado na gestão plena de sistema municipal de saúde em 09 de maio de 2001 segundo NOB/96, Portaria nº 707/ GM, tendo sido o primeiro município do interior sede de microrregião do estado de Sergipe.

3.3 SISTEMÁTICA DO PROCESSO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de formulários, compostos por questões objetivas previamente estabelecidas.

O levantamento de dados foi realizado a partir de 266 prontuários de pacientes atendidos no Pronto Socorro do Hospital Nossa Senhora da Conceição, nos dias 23, 24, 28 e 29 de junho de 2006.

As datas em análise foram de grande movimentação no pronto-socorro do supracitado hospital, pois nas mesmas se encontram os festejos juninos, festas de comemoração na região nordeste do país.

Foram critérios de inclusão escolhidos: pacientes adultos com 20 à 60 anos completos, de ambos os sexos, atendidos na clínica médica no período das 7:00 às 19:00 h e de todas as procedências. Foram excluídos pacientes atendidos em serviços de pediatria, ortopedia, cardiologia, e buco-maxilo.

3.4 O INSTRUMENTO

A coleta de dados constitui nas fichas dos pacientes atendidos pela clínica médica adulta da urgência, pertencentes aos arquivos do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Suas variáveis foram: dados de identificação (sexo, idade, procedência); sinais e sintomas/ queixas apresentadas pelo cliente; diagnóstico médico; terapêutica administrada e destino do paciente (internamento, alta, óbito, encaminhamento ou desconhecido).

3.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva, os dados foram apresentados através de figuras e quadros.

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Frente aos objetivos estabelecidos para este estudo, apresentaremos a seguir, a apresentação, análise e interpretação dos dados coletados.

4.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

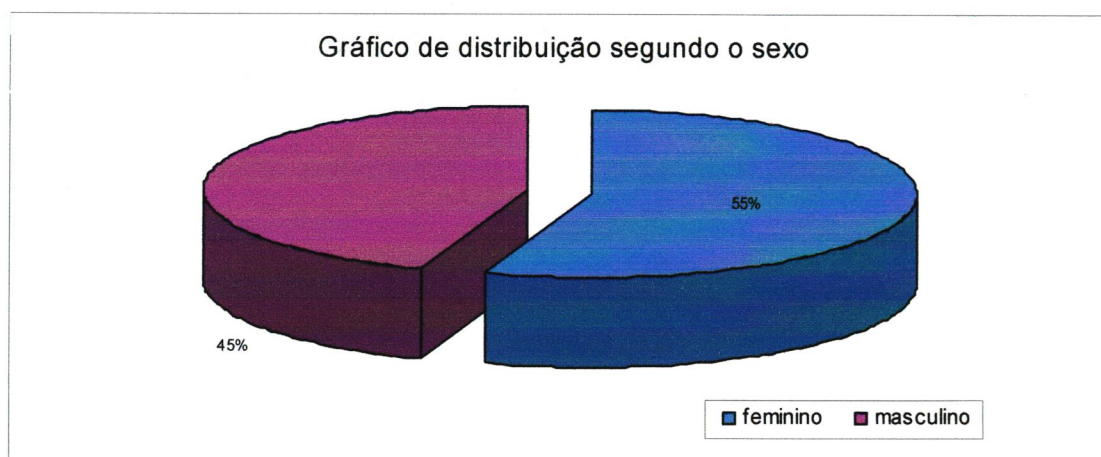


Gráfico I – Distribuição dos pacientes sexo, segundo prontuários dos pacientes atendidos no H.N.S.C. em junho de 2006.

Com os resultados obtidos neste estudo, foi observada grande procura de atendimento no Pronto Socorro do hospital em estudo, nos dias 23,23, 28 e 29 de junho de 2006, em clínica médica adulto.

A predominância no atendimento foi de pacientes do sexo feminino, ocupando 55% desta clientela. Nesta distribuição, 45% dos atendimentos são de pacientes do sexo masculino.

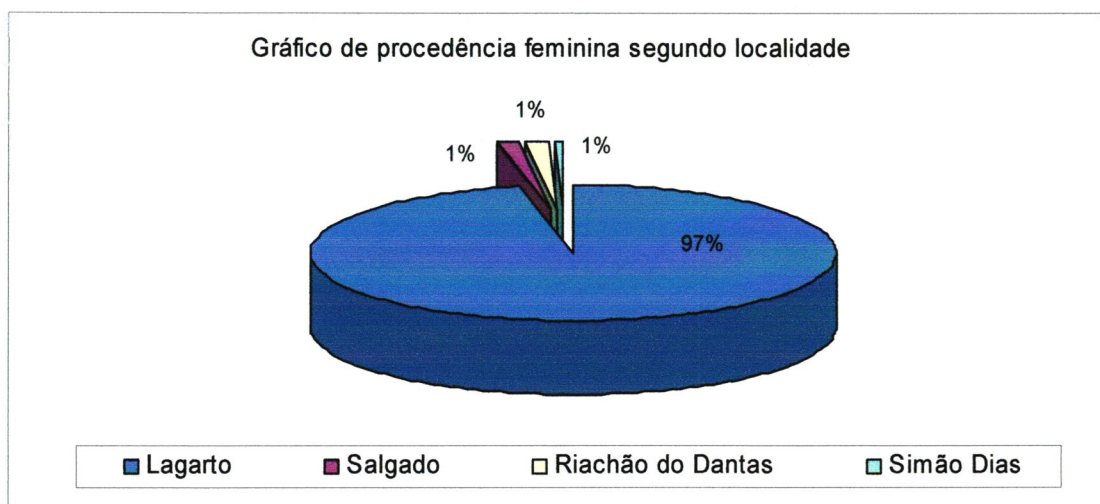


Gráfico II – Distribuição dos pacientes do sexo feminino quanto a procedência, segundo prontuários dos pacientes atendidos no H.N.S.C. em junho de 2006.

Quanto à procedência dos pacientes pode-se observar que em sua maior parte são pessoas residentes do município de Lagarto, sede do hospital em estudo, ocupando 97% dos atendimentos de pacientes do sexo feminino, sendo que das demais procedências foi de apenas 1%.

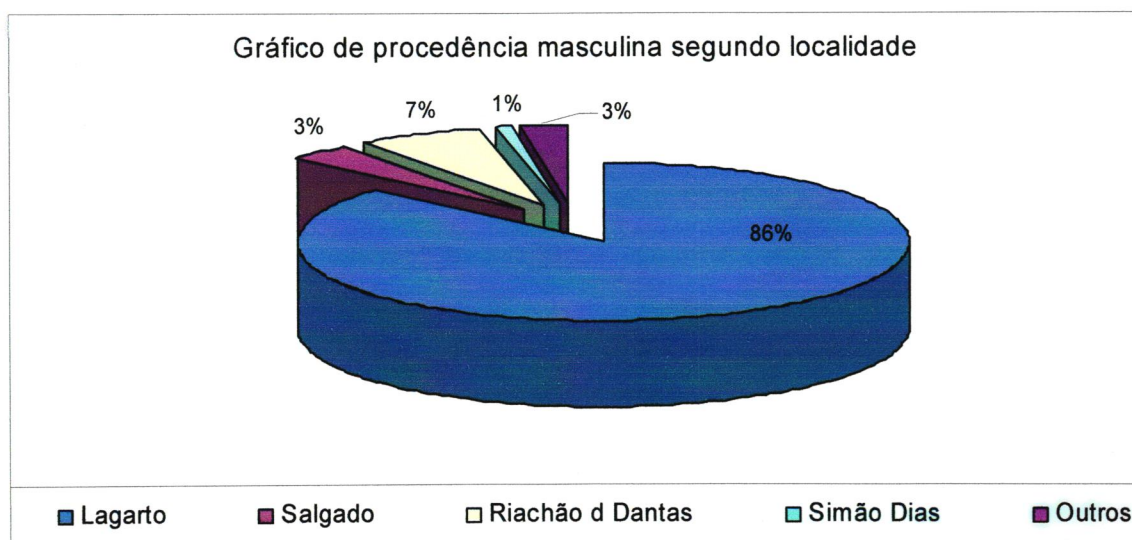


Gráfico III – Distribuição dos pacientes do sexo masculino quanto a procedência, segundo prontuários dos pacientes atendidos no H.N.S.C. em junho de 2006.

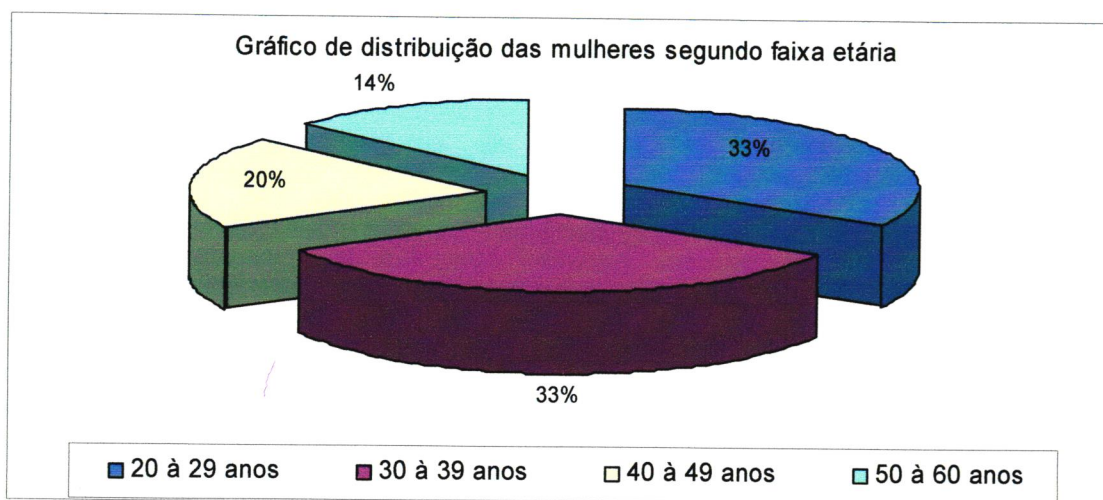


Gráfico IV – Distribuição dos pacientes de sexo feminino quanto a faixa etária, segundo prontuários dos pacientes atendidos no H.N.S.C. em junho de 2006.

Podemos perceber, através deste gráfico, que a procura por atendimento dos pacientes de sexo feminino é igual na faixa etária dos 20 à 29 anos (33%) e dos 30 à 39 anos (33%), tendo pequenas variações nas demais faixas etárias.

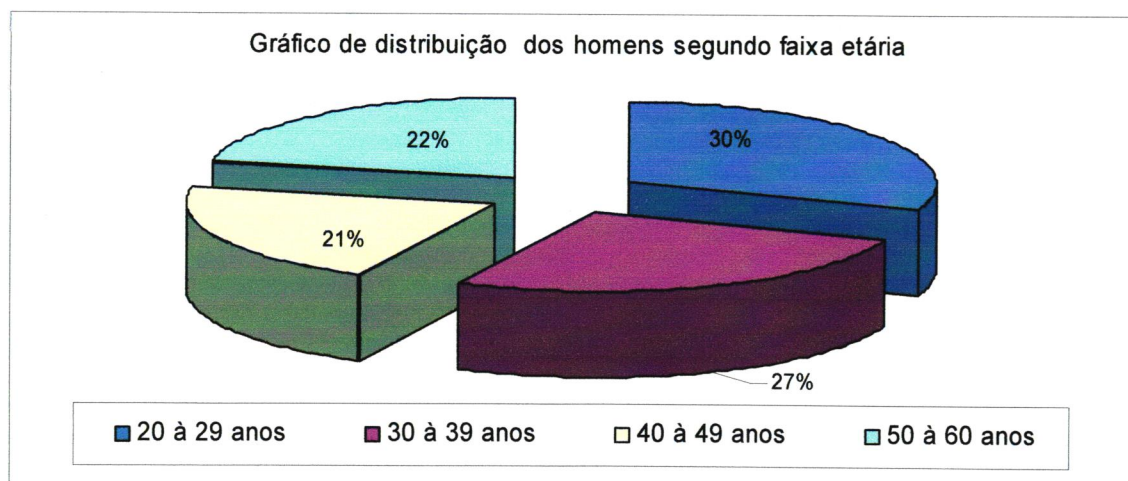


Gráfico V – Distribuição dos pacientes do sexo masculino quanto a faixa etária, segundo prontuários dos pacientes atendidos no H.N.S.C. em junho de 2006.

Relacionada ao sexo masculino, temos uma maior procura de atendimento de pacientes pertencentes à faixa etária dos 20 aos 29 anos (30%), demonstrando-se pouca variação nas demais faixas-etárias.

A seguir apresentaremos, através de quadros, os sinais e sintomas/queixas relatadas pelos pacientes atendidos no Pronto Socorro do H.N.S.C, em junho de 2006, seguida do diagnóstico médico, terapêutica e destino do paciente

QUADRO I – Sinais, sintomas e Queixas segundo os prontuários dos pacientes atendidos no H.N.S.C. Lagarto-SE em junho de 2006

Sinais e sintomas / queixas	Feminino	%	Masculino	%
Cansaço	02	1,4	05	4,2
Cefaléia	14	9,5	06	5,0
Diarréia	08	5,4	05	4,2
Dor	33	22,5	14	11,8
Febre	25	17,0	14	11,8
Ferimento	02	1,4	08	6,7
Tontura	03	2,0	03	2,5
Tosse	04	2,7	05	4,2
Vômito	10	6,8	05	4,2
Outras*	13	8,8	12	10,1
Sem anotação de queixas	87	59,2	73	61,3
TOTAL	201	136,7	150	126,0

* Sangramentos, náusea, corrimento, anorexia, palidez, ferimento pé D. dentre outros.

A tabela acima contém os principais sinais, sintomas e queixas dos pacientes. Pode-se observar que ambos os sexos possuem queixas semelhantes, sendo os pacientes de sexo masculino mais específicos tendo 51,4% de queixas em seu total e as mulheres 54%. Sendo que queixas mais freqüentes relatadas pelas mulheres foi a dor (22,5%), seguida de febre(17%), cefaléia (9,5%) e vômito (6,8%). No sexo masculino foi a dor e febre (11,8), ferimentos (6,7%) e cefaléia (5,0%). Podemos constatar uma grande porcentagem de atendimentos de ambos os sexos, que não consta anotações das queixas, ou seja, sexo masculino (61,3%) e 59,2% do sexo feminino.

Quadro II – Diagnóstico médico segundo os prontuários dos pacientes atendidos no H.N.S.C. Lagarto-SE em junho de 2006

Diagnósticos médico	Feminino	%	Masculino	%
Abcesso e excerese ungueal	05	3,4	05	4,2
Cefaléia	10	6,8	03	2,5
Crise hipertensiva	03	2,0	04	3,4
Diarréia	13	8,8	08	6,7
Epigastralgia	08	5,4	--	--
Erisipela	--	--	04	3,7
Lombalgia	02	1,4	05	4,2
Traumatismo	03	2,0	12	10,1
Virose (*)	21	14,3	15	12,6
Ilegível	14	9,5	07	5,9
Sem diagnóstico médico	26	17,7	37	31,1
TOTAL	105	71,7	100	84,4

Relacionado aos diagnósticos médicos encontrados em ambos os sexos, pode-se observar os mais variados, tendo sido adotado na maior parte das vezes a virose. Aparecendo com 14,3% dos diagnósticos no sexo feminino e 12,6% no masculino, ocupando grande percentual de seu total.

Vale ressaltar o grande número de fichas de pacientes, de ambos os sexos, sem descrição de seu diagnóstico, sendo 31,1% do sexo masculino e 17,7% do sexo feminino e ilegibilidade do mesmo.

QUADRO III – Prescrições médica, segundo os prontuários dos pacientes atendidos no H.N.S.C. Lagarto-SE em junho de 2006

Medicação prescrita	Feminino	Masculino
Aerosol	10	05
Assepsia	02	08
Buscopan composto – 5ml	25	14
Cimetidina – 2ml	12	04
Curativo	02	06
Diazepam 10 mg – 2ml	04	04
Dipirona – 2ml	44	23
Decadron – 4mg/mg	04	--
Fenergan – 2ml	03	06
Glicose 25% - 10 ml	06	02
Hidroclorotiazida – 2ml	05	02
Plasil – 2ml	27	17
Soro glico-fisiológico – 500 ml	13	04
Soro fisiológico 0,9% - 500 ml	14	08
Sutura	01	10
Voltaren 75mg – 3 ml	29	27
Outras (*)	20	41
Sem terapêutica prescrita	10	19

(*) Troca de sonda Foley, relatório médico, receita e orientação entre outros.

Quanto à prescrição medicamentosa ou de procedimento, observou-se semelhantes condutas em ambos os sexos, havendo medicações mais freqüentes em determinado sexo como: dipirona (44), voltaren (29), Buscopan composta(25) e plasil (27) para mulheres, tendo quase os mesmos valores representativos para os homens, ou seja, voltaren (27), dipirona (23), plasil (17) e Buscopna composto (14).

Leva-se em consideração o razoável número de fichas sem prescrição médica.

Tabela I – Destino dos pacientes, segundo os prontuários dos pacientes atendidos no H.N.S.C. Lagarto-SE em junho de 2006.

Destino	Feminino	%	Masculino	%
Internamento	03	2,0	01	0,8
Alta	21	14,3	14	11,8
Óbito	--	--	--	--
Encaminhamento	04	2,7	10	8,4
Desconhecido	113	76,9	89	74,8
Evasão	06	4,1	05	4,2
TOTAL	147	100,0	119	100,0

No que se refere ao destino do paciente, foi de grande relevância o número de fichas sem preenchimento deste campo mais de 70% em ambos os sexos. Observou-se também, que foi reduzido o número de pacientes internados neste período, tendo grande parte recebido alta após administração da conduta prescrita e nenhum óbito. Também se observa uma porcentagem significativa, superior a 4% de evasão.

4.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos neste estudo mostram a grande demanda de atendimento no Pronto Socorro do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Lagarto/SE, como já era estimado.

Referente ao sexo estaria o feminino ocupando 55% do atendimento, já em relação ao sexo masculino corresponde a 45% no seu total de atendimentos. Esta diferença estatística esta presente na pesquisa populacional realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostrando, assim, uma pequena diferença populacional entre o sexo masculino e feminino.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (no Censo 2000) a população feminina ocupa 50,8% da população total, seguido de 49,2% da masculina.

Quanto à procedência dos atendimentos, constata-se que a predominância é de pessoas residentes no próprio município sede do hospital campo de estudo de nossa pesquisa, seguido dos municípios de Riachão do Dantas/SE e Salgado/SE. Tais municípios são pertencentes à microrregião do Agreste de Lagarto, estando o Hospital Nossa Senhora da Conceição, dentro da divisão de atendimento de urgência do Estado de Sergipe. O apontado hospital é tido como referência da microrregião mencionada, por ter as suas portas abertas 24 horas para atendimento à população, diferente das unidades básicas, em que se faz necessário o agendamento da consulta.

Quanto à faixa etária do sexo feminino, observou-se a maior ocorrência dos 30 aos 39 anos, pelo fato da mulher assumir vários papéis e responsabilidades como o cuidando do lar, dos filhos e marido, às vezes netos, além do estresse da jornada de trabalho do emprego, com isso, ela vai esquecendo-se do cuidado pessoal.

No sexo masculino a faixa etária de maior incidência foi dos 20 aos 29 anos, que é a economicamente ativa, exposta ao estresse da jornada de trabalho e de outros problemas sociais, como: baixa renda, condições de alimentação e de repouso insuficientes, fatores estes que interferem para uma diminuição da resistência imunológica da pessoa. As forças armadas denominam esta faixa etária como a "Idade do imortal", onde o jovem é inconseqüente, sem medo da morte.

Em relação aos sinais e sintomas/queixas dos pacientes, observaram-se os mais variados possíveis, sendo as pacientes do sexo feminino poliqueixosas, e menos específicas que os do sexo masculino.

Os homens são mais objetivos na procura de atendimento médico, buscando ajuda apenas quando considerado grave, em sua ótica, ou em casos extremos, as mulheres por sua vez buscam atendimento não só por problemas físicos, mas muitas vezes para desabafos de problemas pessoais de fundo psicológico.

A principal queixa proferida é referente à dor, sendo esta uma sintomatologia desagradável que indica um problema orgânico ou a possibilidade de uma lesão, estando, portanto, presente na maior parte das patologias. A dor pode variar, pois cada pessoa tem seu limiar de dor, não podendo ser subjugado.

Seguido da febre, outra sintomatologia que segundo a literatura é uma resposta do organismo ao patógeno, podendo ser benéfica ou não. O aumento da temperatura corpórea a níveis superiores a 37,5°C será considerado estado febril, sendo necessários investigação da causa, e cuidados específicos.

Devemos levar em consideração o grande número de prontuários sem preenchimento deste item, representando 59,2% dos femininos e 61,3% dos masculinos.

Como já mencionado, o fato dos homens serem mais objetivos tornam os diagnósticos mais fechados e não duvidosos para investigações futuras.

Pode-se ver que pacientes do sexo masculino estão mais suscetíveis a ferimentos dos mais diversos tipos que as mulheres, pelo tipo de atividade que exercem no campo, enquanto que a mulher é mais dentro de casa.

Podemos verificar que ambos estão expostos às mutações de vírus e bactérias, tornando-se frágeis a viroses e diarreias ou enteroinfecções.

Os diagnósticos estão diretamente ligados à estação climática pela qual estamos passando, sendo o mês de junho um período de muitas diferenças de temperatura e umidade relativa do ar. Estando a região em estudo situada no agreste do Estado, essas alterações são mais visíveis, ficando assim sua população mais suscetível às viroses.

O termo virose tem sido utilizado por médicos quando não se define com exatidão qual é o vírus responsável pela doença do paciente. Há vários vírus que podem provocar sintomas semelhantes, porém não é a mesma doença, então os médicos se habituaram a usar o nome de virose até que se identifique o vírus. (www.br.answers.yahoo.com)

As diarreias ou enteroinfecções são infecções por vírus, bactérias ou parasitas, ingestão de água ou alimentos contaminados, condições precárias de saneamento básico, hábitos de higiene, alergias. Este queixa está muito presente na saúde pública, portanto reflete no atendimento hospitalar.

Muitas vezes esta queixa vem acompanhada de vômito podendo causar um quadro de desidratação, necessitando de cuidados especiais.

No que se refere às prescrições médicas observa-se o uso dos mais diversos medicamentos disponíveis na Unidade em estudo, tendo uma maior procura pelos tradicionais, são eles: dipirona, buscopan composto, plasil e voltaren, que são compatíveis frente aos sinais e sintomas/queixas relatadas pelos pacientes, tanto do sexo feminino quanto masculino.

As medicações supracitadas são analgésicos, antiinflamatórios e antipiréticos, utilizados nas mais variadas patologias para amenizar a dor e febre, relacionadas a várias origens.

Quanto ao destino destes pacientes após atendimento médico, apenas em 25% do atendimento total está especificado o destino final do paciente. Observou-se uma porcentagem superior a 4% de evasão, em ambos os sexos.

Este dado nos reporta à classificação de risco, pois, pelo fácil acesso ao atendimento no H.N.S.C. e a superlotação, torna a demora no atendimento freqüente. Com isso, os pacientes que fizeram sua ficha de atendimento, cor amarela ou azul, evadiram-se. A evasão demonstra que a espera é prolongada, e, às vezes, superior a 30 minutos, como preconiza o atendimento nas unidades de urgência hospitalar.

O estudo nos mostrou o quanto é deficiente o preenchimento dos prontuários destes pacientes, sempre permanecendo um ou mais campos em branco.

Os prontuários não possuem campo de preenchimento para evolução de enfermagem, sendo este necessário para pacientes que permaneçam na observação ou internamento. A evolução é imprescindível para observar a resposta terapêutica do paciente ao longo do tratamento.

Observou-se que algumas prescrições médicas não foram checadas pela equipe de enfermagem após administração das mesmas, sendo que estas prescrições devem conter horário da administração, rubrica e número de COREN do responsável pela administração da medicação.

Conforme o Código de Ética de Enfermagem, na Resolução n 240/2000, em seu artigo 75: "Apor o número de inscrição do Conselho Regional de Enfermagem em sua assinatura, quando no exercício profissional".

Foi observado que em 100% das fichas de atendimento não consta, após a rubrica, o número da inscrição do Conselho Regional de Enfermagem, como também as evoluções e anotações de enfermagem sobre o estado e evolução do paciente atendido no pronto socorro, isto se justifica pelo grande número de atendimentos realizados nesta época.

Ao contrário, verificamos que todas as fichas de atendimento médico no período em estudo possuem a assinatura e o carimbo contendo o nome do profissional com o respectivo número de inscrição no Conselho Regional de Medicina – CRM.

Diante das necessidades citadas, mencionar-se-ão alguns dispositivos legais que visam o esclarecimento sobre o tema.

O artigo 1º, do Capítulo I – Princípios fundamentais-, do novo Código de Ética Médica, (Resolução n 1.154, de 13 de abril de 2004), descreve que "a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade

e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza". E no artigo 2º: "O alvo de toda a atenção do médico é o paciente, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional". No Artigo 69, considera que o médico tem o "dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste", os dados que compõe o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado, ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas a ele pertinentes.

Ainda, a Carta da Associação Brasileira dos Portadores de Distonia, fundada em 06 de maio de 1992, descreve os direitos dos portadores de distonia, demonstrando que todos esses direitos estão salvaguardados pela Declaração dos Direitos Humanos, pela Constituição Federal e pelo Código de Ética Médica e profissionais, que deveriam ser assegurados para todas as pessoas, independente de serem ou não portadoras de alguma necessidade especial, cita, em seu artigo 13, que "O paciente tem direito de ter seu prontuário medico elaborado de forma legível e consultá-lo a qualquer momento". O artigo 14, da mesma carta, dispõe que "O paciente tem direito de seu diagnóstico e tratamento por escrito, identificando o nome do profissional de saúde seu registro respectivo no conselho profissional, de forma clara e legível". E no seu artigo 30, "O paciente tem direito à assistência adequada, mesmo em períodos festivos, feriados ou durante greves profissionais."

A Resolução 1.154, de 13 de abril de 2004, em seu principio VII, versa que "[...] é de exclusiva competência médica a escolha do tratamento, podendo em benefício do paciente, sempre que julgar necessário, solicitar a colaboração de colegas". O artigo 25, disposto no Capítulo II, onde são tutelados os deveres do médico, direciona para: "Internar e assistir seus pacientes em Hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu Corpo Clinico, respeitadas as normas técnicas da Instituição".

O Hospital Nossa Senhora da Conceição sempre procurou zelar pela guarda e arquivamento dos prontuários dos pacientes atendidos diariamente, porém ainda não possui a Comissão de Revisão dos Prontuários. A resolução n 1.638, de 10 de julho de 2004, conceitua o "Prontuário médico" e no seu artigo 3º, "torna obrigatória a criação das Comissões de Revisão de prontuários

nos Estabelecimentos e/ou Instituições de Saúde, onde se presta assistência médica.”

O artigo 5º, do supracitado compendio, descreve as competências da Comissão de Revisão de Prontuário, tais quais se pode destacar: “observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou de papel, na Identificação do Paciente: nome completo, data de nascimento, sexo, nome da mãe, naturalidade, endereço completo. Na alínea “d”, descreve que “os prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento, são também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do Conselho Regional de Medicina”.

O inciso II do artigo 5º, descreve que “assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia clínica e à direção técnica da unidade.”

Podemos concluir afirmando que os conselhos de medicina, de enfermagem e os próprios estabelecimentos de saúde, comprovam que o prontuário médico é instrumento fundamental não só para contribuir na qualidade do atendimento ao paciente, como também para manter registros documentais em caso de eventuais demandas judiciais, ou administrativas nos respectivos conselhos.

O Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8078/90, em seu capítulo II, onde se trata sobre a “Política Nacional de Relações de consumo”, está disposto: “que tem como objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, a respeito à sua dignidade, a saúde e a segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia de consumo”. O artigo 6º, inciso I, constante no capítulo III, intitulado “dos Direitos Básicos do Consumidor”, aponta que: “A proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por via deste estudo monográfico ficou constatado que o objetivo de conhecer o Perfil da clientela atendida no Pronto Socorro do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Lagarto/SE, no mês de junho de 2006 foi alcançado.

Tivemos a oportunidade de concretizar nosso desejo de descrever o perfil da clientela, conforme demonstração dos gráficos e tabelas, quanto à idade, sexo, procedência, queixas/sinais, sintomas, diagnóstico médico; terapêutica e destino do paciente.

Constatou-se que, por vários motivos, na maioria da população ainda está bastante enraizada a visão de que atendimento em saúde está ligado à unidade hospitalar, por ser de fácil acesso.

Nota-se uma ausência de protocolização, acolhimento e triagem de risco, que implicam em baixa resolutividade da assistência e na desumanização das relações entre os profissionais de saúde e o binômio paciente-família. Outro aspecto é uma insuficiente qualificação profissional para assistência nas situações de urgências e emergências.

A superlotação compromete a qualidade da assistência prestada a população, como também outros problemas organizacionais deste serviço, que determina o atendimento por ordem de chegada, não buscando respeitar o Estatuto do Idoso, dos Portadores de Necessidades Especiais ou a falta de classificação de risco.

Vale salientar que, habitualmente, as urgências “sangrantes” e “ruidosas” são priorizadas, mas, infelizmente, é comum que pacientes com quadros mais graves permaneçam horas aguardando pelo atendimento de urgência, mesmo já estando dentro de um serviço de urgência, como o exemplo de problemas cardíacos.

Um processo de conscientização, e de uma reorganização no setor de atenção básica a saúde, se faz necessário para que o Hospital Nossa Senhora da Conceição de Lagarto continue desempenhando sua função de unidade referenciada na micro-região no centro sul de Sergipe, para atendimento de pessoas com ou sem risco de vida, principalmente, em situações de urgência e emergência.

Diante deste perfil da clientela atendida, brota dentro de nós, a percepção da necessidade urgente de implantar um sistema de acolhimento e triagem no atendimento no pronto socorro, com o objetivo de garantir um atendimento mais qualificado, priorizando os casos de urgência e emergência.

Foram analisados todos os atendimentos realizados em clínica médica a adultos no pronto socorro no mês de junho de 2006, contudo alguns dias foram escolhidos para o referido estudo, tais quais: 23/06/06 (sexta feira, computando-se 127 atendimentos), 24/06/06 (sábado, constando 120 atendimentos), 28/06/06 (quarta feira, destacando-se 132 atendimentos) e 29/06/06 (quinta feira, apontando-se 118 atendimentos). Percebe-se que todos os dias são de intenso atendimento, por comporem o período festivo junino. Diante do estudo realizado ainda paira um questionamento no ar: quais destes atendimentos realmente podemos classificar como situações de urgência e emergência?

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988
- BRASIL, Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. **Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF: Senado, 1990
- BRASIL, Política Nacional de Atenção às Urgências, 3 ed., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006
- BRASIL, Portaria MS/GM Nº 2.048. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002
- BRASIL, Portaria MS/GM Nº 1.863. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003
- BRASIL, Portaria MS/GM Nº 1.864. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003
- BRASIL, **Terminologia básica em saúde**. 2 ed. Brasília, DF: Ministério da saúde, 1985
- CERVO, A. L. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Perntice Hall, 2002
- FONSECA, A. **História de Lagarto**, Lagarto: Dezembro, 2002
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. 7 reimpresão São Paulo: Atlas, 2006
- IBGE, **Censo 2000**. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>
- LAGARTO, **Relatório de Gestão**, Lagarto: Secretaria de Municipal de Saúde, 2005

LAGARTO, **Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Lagarto – PDDU**, Lagarto: Projeto de Consultoria Ltda, 2005

MOZACHI, N. **O hospital**: manual do ambiente hospitalar, 2 ed. Curitiba: Os autores, 2005

RUIZ, J.A. **Metodologia científica**: guia para eficiência aos estudos, 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002

SOUZA, V.H.S.; MOZACHI, N. **O Hospital – manual do ambiente hospitalar**, Manual real, 2006

WIKIPÉDIA – **Mesorregião** Disponível em:
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Mesorregi%C3%A3o>

Revista Aventuras na História para viajar no tempo. Edição 34 – junho 2006 – Editora Abril. Pg 49 a 54.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO

Nº da ficha: _____

Data de atendimento: _____ Horário: _____

I) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

- Idade:
- Sexo:
- Procedência:

II) Sinais e sintomas/Queixas apresentadas pelo cliente:

III) Diagnóstico médico:

☐ Sim

Qual?

☐ Não☐ Suspeita diagnóstica. Qual?

IV) Terapêutica administrada:

V) Destino do cliente:

☐ internamento☐ alta☐ óbito☐ encaminhamento. Para onde?☐ sem registro do destino