

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Enfermagem

Ana Paula Munhoz Bolgue

Caracterização da demanda do Pronto-Socorro do Hospital
das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu –
UNESP

Botucatu
2010

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Enfermagem

Ana Paula Munhoz Bolgue

Caracterização da demanda do Pronto Socorro do Hospital
das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu –
UNESP

Monografia de Conclusão de Curso
apresentada ao Curso de Graduação
em Enfermagem. Faculdade de
Medicina de Botucatu – UNESP.
Orientador: Profa. Maria José Trevizani
Nistche

Botucatu
2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Bolgue, Ana Paula Munhoz.

Caracterização da demanda do pronto socorro do Hospital das
Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP / Ana Paula
Munhoz Bolgue. - Botucatu, 2010

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Enfermagem) -
Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista,
2010

Orientador: Maria José Trevizani Nistche

Capes: 40406008

1. Enfermagem em saúde pública. 2. Epidemiologia.

Palavras-chave: Epidemiologia; Necessidades e Demanda de Serviços de
Saúde; Pronto-Socorro; Serviços de Saúde de Emergência.

Aos meus pais, Ademir
Gilberto Bolgue e Sonia Codato
Munhoz, dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Maria José Trevizani Nistche pela orientação cuidadosa em todas as fases do desenvolvimento desde trabalho e pelo amparo em todas as situações pelas quais passei.

À Enfa. Simone Cristina Paixão Dias Baptista por ter me acolhido em sua unidade de trabalho e pela disponibilidade concedida à minha formação profissional durante estágio.

A todos os enfermeiros e funcionários do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP que me aceitaram em suas rotinas diárias e me permitiram crescer como profissional durante esse período.

À Profa. Sandra Regina Olbrich pela colaboração oferecida e pelas valiosas sugestões para a realização deste trabalho.

À estatística Eloísa Elena Paschoalinotti pelo minucioso auxílio fornecido durante a coleta de dados e a análise dos mesmos e por estar sempre disposta a me ajudar.

Às bibliotecárias Luciana Pizzani e Rosemeire Ap. Vicente pela orientação e correção das referências bibliográficas e ficha catalográfica deste estudo.

Aos meus pais, Ademir Gilberto Bolgue e Sonia Codato Munhoz, pelos conselhos sempre tão necessários durante minha vida acadêmica e pelo auxílio que fez com que minha formação profissional se tornasse possível.

Ao meu namorado Adriano pelo companheirismo, pela amizade e pelo auxílio em todos os momentos de dificuldade.

A todos os meus amigos, principalmente a República Faiskeiras, pelo companheirismo e apoio mútuos durante toda a vida acadêmica convivida.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho e pela minha formação profissional

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo geral	12
2.2 Objetivo específico	12
3. MÉTODO	13
3.1 Tipo de estudo	13
3.2 Local e período do estudo	13
3.4 Análise dos dados	13
3.3 Coleta de dados	13
3.5 Procedimentos éticos	14
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
4.1 Sexo e faixa etária	15
4.2 Procedência	17
4.3 Especialidade requerida	20
4.4 Diagnóstico principal	23
4.5 Procedimentos médicos realizados e encaminhamento do paciente	45
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
6. REFERÊNCIAS	51
7. ANEXOS	57

RESUMO

Introdução: A demanda aos serviços de saúde pode ser entendida como um pedido das necessidades que o usuário possui. A impossibilidade de recorrer aos serviços ambulatoriais e a oferta restrita desses fazem com que os usuários procurem atendimento em locais que concentrem maior possibilidade de portas de entrada, nos quais os pronto atendimentos e as emergências hospitalares correspondem a esse perfil, distorcendo o fluxo de pacientes na rede por meio de um movimento de demanda inversa da hierarquização. Somado a isso, a sobrecarga de atendimentos nesses serviços resulta na superlotação e na baixa qualidade da assistência. **Objetivos:** Avaliar a demanda dos atendimentos ocorridos no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP (PS – HC – FMB/UNESP) no período de junho a julho de 2010. **Método:** Estudo transversal, descritivo e retrospectivo. Para a coleta de dados foi utilizada a Ficha de Atendimento preconizada na unidade e com os dados dela foi preenchido o formulário com os itens necessários para a pesquisa. Feita uma análise exploratória e distribuição de frequências para as variáveis categóricas do formulário. **Resultados e Discussão:** O sexo feminino predominou (56%) e a faixa etária de 61 anos ou mais, com 30%. 96,5% dos pacientes eram pertencente à DRS VI, e 62,5% do município de Botucatu. O atendimento pelo plantonista correspondeu a 57,7% e dentre as 23 especialidades médicas, Gastrocirurgia (7,0%), Cardiologia (4,5%), Clínica Médica (4,4%), Urologia (4,2%) e Pneumologia (4,1%) foram as que se destacaram. Os procedimentos médicos realizados que se destacaram foram Raio X (46,4 %) e Eletrocardiograma (ECG) (42,3%) e na maioria dos atendimentos por especialidade ocorreu, apenas, a consulta diária com o paciente. **Considerações Finais:** A caracterização da demanda do PS – HC – FMB/UNESP no período de junho a julho de 2010, mostrou predomínio da terceira idade, demonstrando que junto ao envelhecimento, surgem patologias e dependências, ocasionando uma maior necessidade por serviços de saúde. Além disso, este estudo demonstrou que o elevado número de atendimentos está relacionado tanto à demanda diária que o hospital terciário apresenta como à transformação do mesmo em porta de entrada dos serviços de saúde, ocasionando uma lacuna ao modelo assistencial baseado em níveis de complexidade, já que em muitos casos os pacientes poderiam ser atendidos em unidades básicas de saúde, deixando esta unidade apenas para atendimentos de urgência e emergência.

Descritores: Pronto-Socorro; Necessidades e Demanda de Serviços de Saúde; Serviços de Saúde de Emergência; Epidemiologia

ABSTRACT

Introduction: The demand for health services can be understood as an application needs the user has. The inability to use the outpatient services and limited supply of these make it possible for users to browse sites that focus attention on a greater possibility of entry doors, in which first-aid centers and hospital emergency match this profile, distorting the flow of patients in the network through an inverse demand of the movement hierarchy. Added to this, the burden of care in these services results in overcrowding and poor quality of care. **Objectives:** Evaluate the demand of the visits occurred in the Emergency Room of the Hospital of the Medical School of Botucatu / UNESP (PS - HC - FMB / UNESP) during June-July 2010. **Method:** A transversal, descriptive and retrospective. For data collection sheet was used in the proposed Service unit and the data it was filled out the form with the necessary items for the search. Made an exploratory analysis and frequency distributions for categorical variables of the form. **Results and Discussion:** Females predominated (56%) and aged 61 years or older with 30%. 96.5% were owned by DRS VI, and 62.5% of Botucatu. The attendance by the physician on duty and corresponded to 57.7% among the 23 medical specialties, Gastric (7.0%), Cardiology (4.5%), Medical (4.4%), urology (4.2%) and Pulmonology (4.1%) were the ones that stood out. The medical procedures performed that stood out were X-ray (46.4%) and electrocardiogram (ECG) (42.3%) and in most specialty care occurred, only the daily consultation with the patient. **Conclusion:** It was possible to characterize, so the demand for PS - HC - FMB / UNESP for the period June-July 2010, The predominance of the elderly shows that come along with aging diseases and addictions, causing a greater need for health services. Moreover, this study showed that the high number of visits is related to both the daily demands that the tertiary hospital has the same transformation as the gateway to health services, causing a gap to the health care model based on levels of complexity because that in many cases the patients could be treated at primary care units, making this unit only for emergency and urgent care.

Key words: Emergency; Needs and Demand Health Services; Emergency Health Services; Epidemiology.

1. INTRODUÇÃO

A demanda aos serviços de saúde pode ser entendida como um pedido das necessidades que o usuário possui. Essa demanda pode se efetivar através de consultas, prescrição de medicamentos, acesso a exames e a realização de procedimentos, pois assim é o modo que os serviços de saúde organizam a sua oferta de serviços ⁽¹⁾.

Essa procura envolve fatores que farão com que o usuário escolha seu serviço de saúde preferencial. Assim, a gravidade ou a urgência do problema, a tecnologia disponível para uso, a atenção ao problema, a acolhida, as condições de acesso, a agilidade no atendimento, as experiências vividas pelo usuário, o encaminhamento para outros serviços, o vínculo estabelecido pelo usuário com profissionais são alguns fatores que influenciam na escolha por determinado serviço de saúde ⁽¹⁾.

A impossibilidade de recorrer aos serviços ambulatoriais e a oferta restrita desses serviços, junto à angústia e a apreensão, fazem com que os usuários procurem atendimento em locais que concentrem maior possibilidade de portas de entrada, nos quais os pronto atendimentos e as emergências hospitalares correspondem a esse perfil, além de reunirem um somatório de benefícios tais como fácil acessibilidade, funcionamento ininterrupto, consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, os tornando mais resolutivos para esses usuários ⁽¹⁻⁴⁾.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, a unidade de emergência tem como objetivo promover cuidados médicos com caráter de

urgência e emergência, os quais devem ser proporcionados imediatamente aos pacientes ⁽⁵⁾.

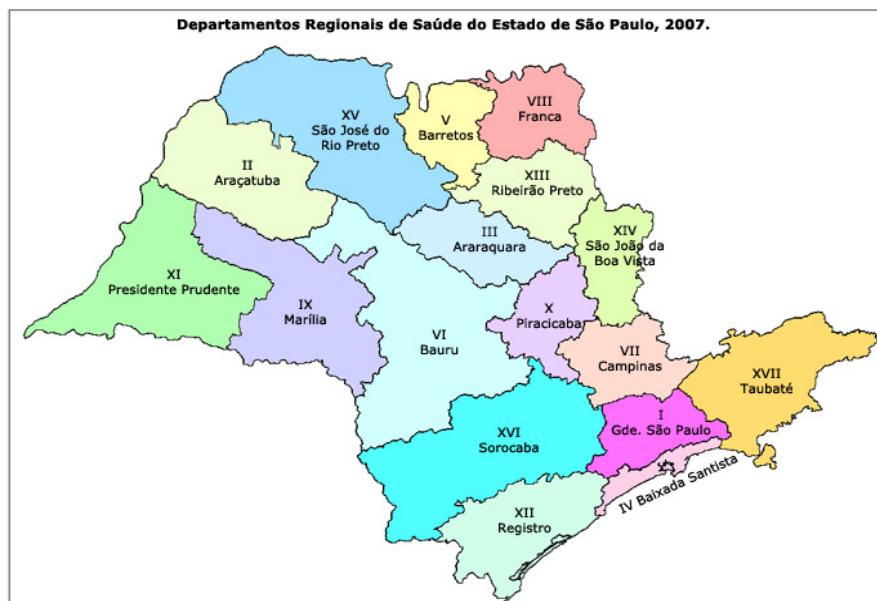
A assistência de urgência compreende o conjunto de ações que são empregadas para a recuperação de pacientes com quadros de agravos à saúde que necessitam de assistência mediata. Já a assistência de emergência abrange o conjunto de ações empregadas a fim da recuperação de pacientes que apresentam risco de vida, portanto de ação imediata ⁽⁶⁾.

Os serviços de emergência possuem como características principais o acesso irrestrito e a grande demanda, o número excessivo de pacientes, a diversidade na gravidade no quadro inicial, em que pacientes críticos estão ao lado de pacientes mais estáveis, a sobrecarga da equipe de enfermagem, o número insuficiente de médicos e o predomínio de jovens profissionais ⁽⁵⁾.

Além disso, o aumento da procura pelos pronto atendimentos para casos simples ocasionou dificuldades para a efetivação da hierarquização dos serviços de saúde, causando uma distorção no fluxo de pacientes na rede de serviços por meio de um movimento de demanda em direção inversa da hierarquização dos níveis de atenção, procurando primeiramente o serviço de saúde mais complexo; e a sobrecarga de atendimentos nos serviços de urgência e emergência a fim de uma assistência médica curativa, culminando com a superlotação e, conseqüentemente, com a percebida baixa qualidade da assistência ^(2,3,7-9).

O Hospital das Clínicas foi criado em julho de 1962 e incorporado a UNESP em 1976, sendo um órgão de assistência médica e hospitalar, destinados ao desenvolvimento do ensino, da pesquisa, da extensão de serviços a comunidade e da assistência ⁽¹⁰⁾.

Trata-se de um hospital de média e alta complexidade, com 383 leitos oficiais e 52 leitos de UTI, totalizando 435 leitos. É referência secundária e terciária para toda região de saúde de Botucatu, recebendo diariamente pacientes da cidade de Botucatu, da região da DRS VI e das demais DRS (ANEXO 1), além de outros estados ^(10,11).



O Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP (PS – HC – FMB/UNESP) pertence à Divisão Médica e de Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina de Botucatu. Além dos médicos plantonistas, tem a cobertura 24 horas de especialistas nas áreas de cardiologia, neurologia, ortopedia, oftalmologia, cirurgia de tórax, cirurgia geral, obstetrícia, clínica médica e psiquiatria atendendo o ano inteiro a pacientes adultos e pediátricos, com patologias de caráter emergencial. Conta com uma enfermaria com 27 leitos, sendo 22 leitos adultos, cinco leitos pediátricos e 10 leitos de UTI ^(10, 12).

O setor administrativo do Pronto Socorro é dividido em quatro seções técnicas, sendo elas a Seção Médica de Pronto Socorro, Seção Técnica de Triage, Seção Técnica de Enfermaria de Adulto e Seção Técnica de Pediatria em Pronto Socorro ⁽¹²⁾.

A Seção Médica de Pronto Socorro e a Seção Técnica de Pediatria em Pronto Socorro têm como objetivo realizar atendimento médico emergencial, clínico e cirúrgico ao politraumatizado, realizar pronto atendimento, suturas e procedimentos cirúrgicos, além de orientar e encaminhar pacientes para outros especialistas, profissionais e instituições ⁽¹²⁾.

A Seção Técnica de Triage faz atendimento médico a pacientes adultos e pediátricos com patologias não emergenciais com disponibilidade de 150 consultas diárias, divididas por todas as especialidades ⁽¹²⁾.

A Seção Técnica de Enfermaria de Adulto presta assistência integral e individualizada aos pacientes internados com doenças clínicas e/ou cirúrgicas ⁽¹²⁾.

Na área física do pronto-socorro, há uma área para urgência, com acesso coberto para ambulâncias, portas amplas para a entrada dos pacientes em macas e fluxo ágil até a sala de emergência. Há outra entrada para pacientes que vem espontaneamente ao pronto atendimento, tendo acesso direto a recepção e sua respectiva sala de espera ⁽¹³⁾.

Primeiramente, há o acolhimento dos pacientes e a triagem classificatória de risco. Essa triagem é realizada por médico e tem como objetivo avaliar o grau de urgência das queixas prestadas pelos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento segundo essa avaliação ⁽¹²⁾.

Nessa triagem, de acordo com o grau de urgência, pacientes poderão ser dispensados durante essa avaliação, não necessitando de um atendimento mais específico do pronto-socorro. Após a triagem, os pacientes são encaminhados aos consultórios médicos do pronto atendimento. Finalizada a consulta e afins, o paciente deve ter sua referência garantida através de encaminhamentos pelas centrais aos serviços de saúde mais próximos de sua moradia ⁽¹³⁾.

Assim, esse presente estudo teve como finalidade avaliar a demanda de atendimento ao PS – HC – FMB/UNESP, Estado de São Paulo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a demanda dos atendimentos ocorridos no PS – HC – FMB/UNESP no período de junho a julho de 2010 através das fichas de atendimento preenchidas durante o atendimento clínico.

2.2 Objetivo Específico

Identificar os usuários quanto ao sexo do paciente, a faixa etária, a sua procedência, a especialidade médica requerida para o atendimento, o diagnóstico médico, os procedimentos médicos realizados e o encaminhamento desse paciente.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e retrospectivo, pois a coleta dos dados deu início, apenas, em junho de 2010.

3.2 Local e período do estudo

Este estudo foi desenvolvido no PS – HC – FMB/UNESP no período de junho a julho de 2010.

3.3 Coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizada a Ficha de Atendimento preconizada no PS – HC – FMB/UNESP. Essa ficha fica arquivada junto ao prontuário do paciente após o atendimento médico.

Com os dados dessa ficha, foram preenchidos formulários numerados (ANEXO 2) com os itens necessários para o desenvolvimento desta pesquisa, não havendo custo para a Instituição.

3.4 Análise dos dados

Para o trabalho foi feita uma análise exploratória acerca das frequências para as variáveis categóricas do formulário. Associações entre as variáveis categóricas foram feitas sem aplicação de teste estatístico, pois o estudo é de base populacional.

3.5 Procedimentos éticos

Não haveria como localizar todos os pacientes após consulta médica, quer pelo número elevado de fichas, quer em função de tempo e sigilo. Assim, neste trabalho, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3) seria aplicado quando houvesse a possibilidade de contato com o paciente, no caso do mesmo permanecer em observação ou internação por períodos prolongados. A coleta de dados só teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB – UNESP, na data de 03 de maio de 2010 conforme demonstrado no ANEXO 4.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho e julho de 2010 no PS – HC – FMB/UNESP, utilizando a Ficha de Atendimento preconizada na unidade em questão, as quais foram preenchidas durante o atendimento médico, após o paciente ter sido submetido a uma triagem classificatória de risco.

Para a coleta, foi utilizado formulário, elaborado pela autora, contendo informações necessárias para a realização desse trabalho (ANEXO 2). Nesse formulário constam dados epidemiológicos como: sexo do paciente, faixa etária, procedência, especialidade requerida, procedimentos médicos realizados durante o atendimento no serviço, diagnóstico médico principal e encaminhamento do paciente. Os formulários foram preenchidos diariamente durante o período, com uma média de 50 formulários/dia, totalizando 1.500 formulários.

Devido ao número elevado de fichas, quer em função da grande demanda e rotatividade dos pacientes, do tempo e sigilo, não foi possível contactar com os pacientes no momento de coleta de dados da ficha de atendimento no PS – HC – FMB/UNESP. Assim, neste estudo não houve a necessidade de aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo coletados dados retrospectivos ao atendimento (ANEXO 3).

4.1 Sexo e faixa etária

O sexo feminino predominou neste estudo, com 56% da população que procurou os serviços da unidade, conforme demonstrado no Gráfico 1.

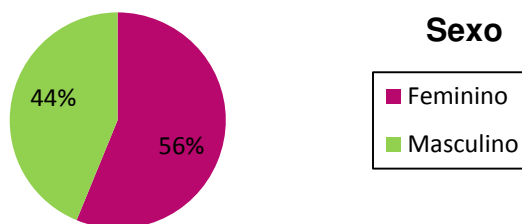


Gráfico 1: Distribuição da demanda segundo sexo. Botucatu, 2010.

A faixa etária predominante foi da população da terceira idade, com 61 anos ou mais, seguida da população jovem, de 15 a 30 anos, segundo evidenciado pelo Gráfico 2.

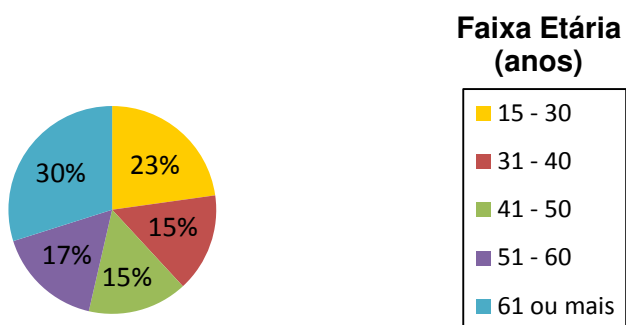


Gráfico 2: Distribuição da demanda segundo faixa etária, em anos. Botucatu, 2010.

O predomínio da terceira idade mostra seu contínuo crescimento no Brasil, que ocasiona alterações na sociedade tanto na economia, nas relações familiares e, principalmente, no âmbito da saúde acarretando prejuízos na qualidade de vida dos incluídos nessa faixa etária ⁽¹⁴⁾.

A fim de garantir a qualidade de vida necessária, a Política de Saúde do Idoso no Brasil, propõe a importância de qualificar os serviços de saúde a fim de trabalhar com aspectos específicos dessa população, identificando situações de vulnerabilidade social, realizando diagnóstico precoce de processos demenciais e avaliando a capacidade funcional. Para isso, é necessário garantir acesso à instrumentos diagnósticos adequados, medicação, prevenir perda de capacidade funcional e realizar reabilitação. ⁽¹⁴⁾

Assim, demonstramos o predomínio do sexo feminino nas faixas etárias de 15 a 30 (23,9%), 31 a 40 (16,0%) e 51 a 60 anos (17,0%). Entretanto, conforme demonstrado na Tabela 1, o sexo feminino e masculino não apresentam grandes diferenças quanto a suas frequências.

Faixa Etária	Masculino	Feminino
Anos	%	%
15 – 30	21, 2	23,9
31 – 40	14,7	15,9
41 – 50	15,6	15,5
51 – 60	15,9	17,0
61 ou mais	32,7	27,8

Tabela 1: Distribuição da faixa etária segundo sexo. Botucatu, 2010.

4.2 Procedência

Foram categorizados pertencentes à Botucatu, à DRS VI, aos outros municípios dessa DRS, à outras DRS e à outros estados.

Os pacientes residentes no município de Botucatu corresponderam a 62,5%, seguido dos procedentes dos outros municípios pertencentes à DRS VI (33,7%), conforme demonstrado no Gráfico 3, o que evidencia que o hospital é

a instituição de referência secundária e terciária para toda a região pertencente à DRS VI.

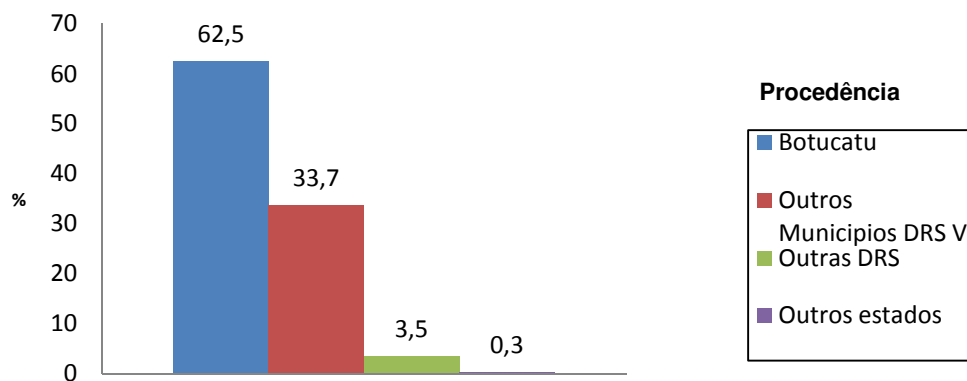


Gráfico 3: Distribuição da procedência dos pacientes que procuraram pelo serviço no período do estudo. Botucatu, 2010.

Quanto aos outros municípios pertencentes à DRS VI, o Gráfico 4 demonstra as frequências dos principais municípios cuja população recorreu aos serviços da instituição no período da coleta de dados.

Dentre eles, São Manuel apresenta maior frequência, correspondendo a 14,0%. Destacam-se também os municípios de Itatinga (11,0%), Avaré (10,0%) e Taquarituba (5,0%). A variável correspondente a Outros Municípios (22,6%) equivale à somatória de municípios cuja frequência não apresentou valores muito alterados.

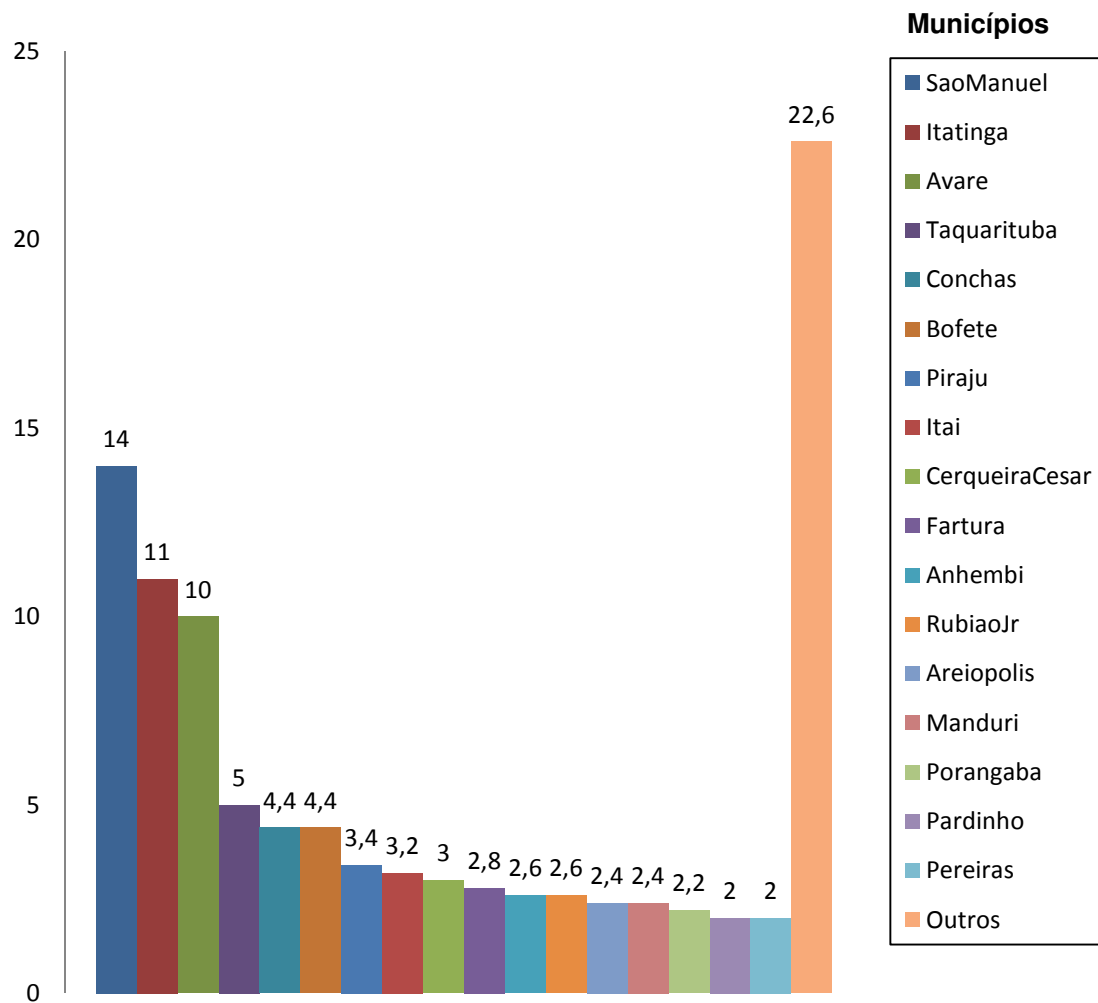


Gráfico 4: Distribuição dos Outros Municípios da DRS VI que procuraram pelo serviço durante o período do estudo. Botucatu, 2010.

A DRS VI predomina na busca pelos serviços da unidade em questão, correspondendo a 96,5% seguida DRS XVI (1,9%), pertencente à região de Sorocaba, conforme demonstrado na Tabela 2.

DRS	FREQUENCIA
	%
DRS I - SP	0,3
DRS II – Araçatuba	0,1
DRS III - Araraquara	0,1
DRS IV – Baixada Santista	0,1
DRS VI – Bauru	96,5
DRS VII – Campinas	0,1
DRS IX – Marília	0,5
DRS X – Piracicaba	0,4
DRS XVI – Sorocaba	1,9

Tabela 2: Distribuição da demanda das DRS que procuraram pelo serviço durante o período do estudo. Botucatu, 2010.

O Hospital das Clínicas da UNESP realiza atendimento terciário e recebe diariamente pessoas procedentes de outras DRS e outros estados, entretanto a predominância persiste na DRS VI e, principalmente, no município de Botucatu conforme demonstrado acima.

4.3 Especialidade requerida

Foram relacionadas 23 especialidades médicas requeridas. Cada paciente que procurou pelos serviços do PS – HC – FMB/UNESP, após passar pela triagem, foi examinado pelo plantonista e, encaminhado para as especialidades quando pertinente.

Foram realizados 861 atendimentos pelos plantonistas (57,7%). Atualmente, a rede básica de saúde não tem conseguido permanecer como “porta de entrada” para o SUS, ocupando este lugar os hospitais através dos seus serviços de urgência/emergência. Somado a isso, o hospital já recebe

uma grande demanda diária a procura dos seus serviços, refletindo no grande atendimento realizado pelo plantonista no PS – HC – FMB/UNESP ⁽¹⁵⁾.

No atendimento pelo plantonista a especialidade médica que correspondeu ao maior número de atendimentos foi Clínica Médica (27,8%), seguida da Ortopedia (15,3%), Gastroclínica (11,3%), Pneumologia (10,2%) e Urologia (9,6%), conforme demonstrado no Gráfico 5. Além dessas especialidades, foram atendidas Neurologia (6,5%), Otorrinolaringologia (6,2%), Cardiologia (5,7%), Cirurgia Vascular (2,5%), Dermatologia (2,2%), Psiquiatria (0,7%), Reumatologia (0,5%), Oftalmologia (0,5%), Hematologia (0,1%), Cirurgia Plástica (0,1%), Ginecologia (0,1%), Nefrologia (0,1%) e Endocrinologia (0,1%).

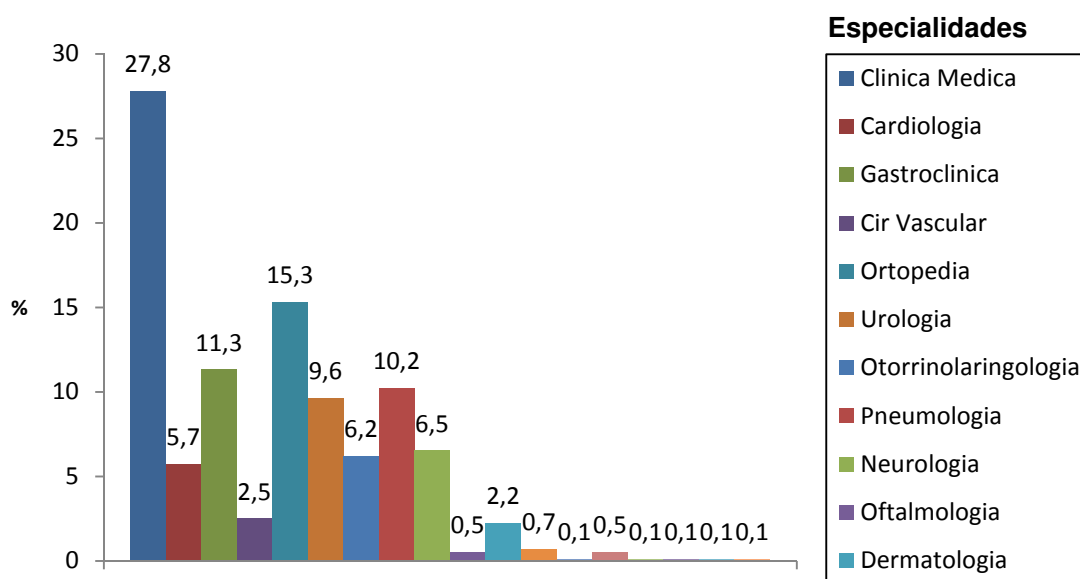


Gráfico 5: Distribuição das especialidades atendidas pelo plantonista durante o período estudado. Botucatu, 2010.

Em relação ao atendimento por especialidade médica, a que se destacou, com maior frequência foi Gastrocirurgia, correspondendo a 7,0%, seguida da

Cardiologia (4,5%), Clínica Médica (4,4%), Urologia (4,2%) e Pneumologia (4,1%), segundo demonstrado no Gráfico 6.

Esses valores demonstram que, atualmente, o estilo de vida das pessoas e as comorbidades (idade avançada, hipertensão, diabetes mellitus, fumo, dislipidemias, sedentarismo e obesidade), estão alterando as características fisiológicas e fisiopatológicas de cada pessoa, ocasionando patologias gástricas, cardíacas, respiratórias e renais ⁽¹⁶⁾.

Somado a isso, trata-se de um estudo sazonal realizado no período de junho e julho, no inverno. A cidade de Botucatu e sua região enquadram-se no clima tropical, que apresenta duas estações bem distintas: verão quente e chuvoso e inverno seco. O relevo da região, por ser heterogêneo, faz com que as condições climáticas sejam muito alternadas, com queda acentuada de temperatura observada no cair da noite em relação à temperatura diurna ⁽¹⁷⁾.

A região sofre influência do clima subtropical, sobretudo nos meses de inverno, o que causa a queda da temperatura, principalmente nos meses de junho e julho, correspondente ao período mais frio do ano. Além disso, houve uma importante diminuição da umidade relativa do ar neste ano que, somado a esses fatores apresentados, fez com que as pessoas estivessem mais propensas a apresentar problemas respiratórios, o que explica a taxa de 4,1% de atendimentos pela Pneumologia ⁽¹⁷⁾.

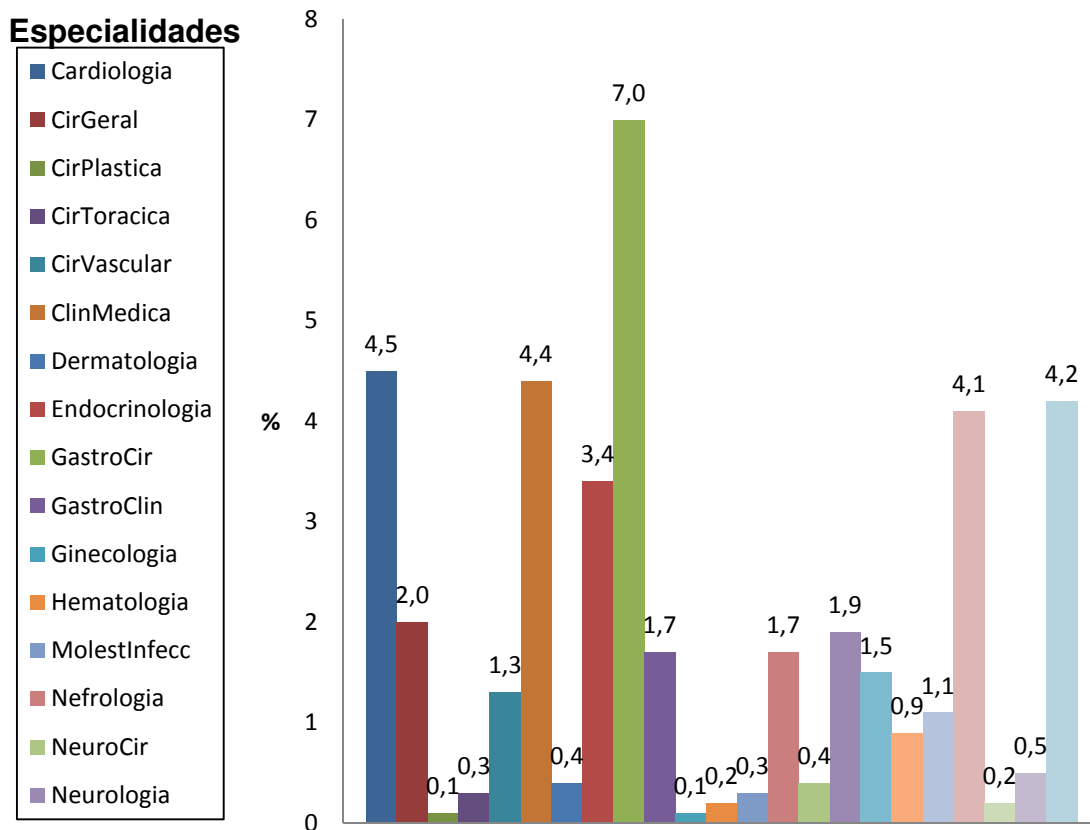


Gráfico 6: Distribuição das especialidades requeridas durante o período de coleta do estudo. Botucatu, 2010.

4.4 Diagnóstico principal

A fim de tornar o estudo mais visual e específico, foram feitas as freqüências das 23 especialidades separadamente, considerando o diagnóstico principal do paciente.

Cardiologia: O diagnóstico principal foi Angina (20,8%) seguida por Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) (17,0%), conforme evidenciado pelo Gráfico 7. Relatado ainda, a ocorrência de Dor Torácica (9,4%), Fibrilação Atrial (FA) (9,4%), Flutter Atrial (3,8%), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (3,8%) e Miocardite (3,8%).

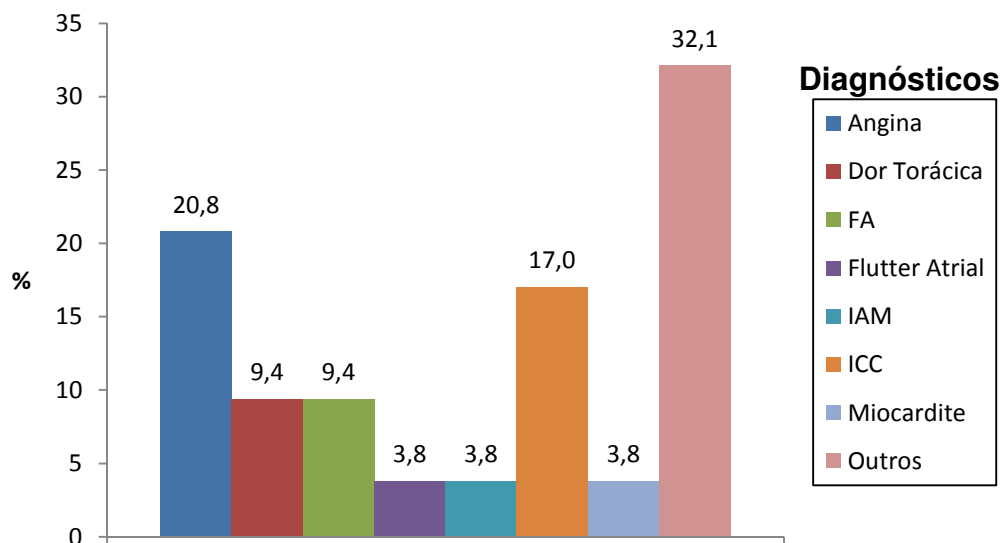


Gráfico 7: Distribuição dos diagnósticos principais na especialidade Cardiologia. Botucatu, 2010.

A angina é uma síndrome clínica caracterizada por dor ou desconforto em qualquer das seguintes regiões: tórax, epigástrio, mandíbula, ombro, dorso ou membros superiores, sendo tipicamente desencadeada ou agravada com atividade física ou estresse. Em todos os pacientes, as doenças associadas que possam precipitar angina “funcional” - isto é - isquemia miocárdica na ausência de obstrução coronariana anatômica significativa, devem ser consideradas. Geralmente, são doenças que causam isquemia miocárdica por aumentar o consumo ou por diminuir a oferta de oxigênio para o miocárdio, as quais se destacam anemia, hipertensão, ansiedade, pneumonia e asma. ⁽¹⁸⁾

Segundo dados do Ministério da Saúde (Datasus), as doenças cardiovasculares constituem a maior causa de óbito em todas as regiões do Brasil, variando entre 29,9% no Nordeste e 34,7% no Sul. Os valores atingem 38,8% na faixa etária entre 50 e 60 anos e 47,1% acima dos 64 anos ⁽¹⁹⁾.

A variável Outros (Gráfico 7) engloba diagnósticos que não obtiveram frequência acima de um atendimento na área, somando 17 diagnósticos, totalizando 32,1%.

Cirurgia Geral: Correspondeu a apenas 2,0% dos atendimentos. Dor Abdominal foi o diagnóstico que se destacou com 11,5%, seguido de Abscesso, Hérnia Inguinal e Pós – Operatório (PO) com frequência de 7,7% cada. Na variável Outros constam diagnósticos que não obtiveram frequência acima de um atendimento na especialidade, com 65,5% (Gráfico 8).

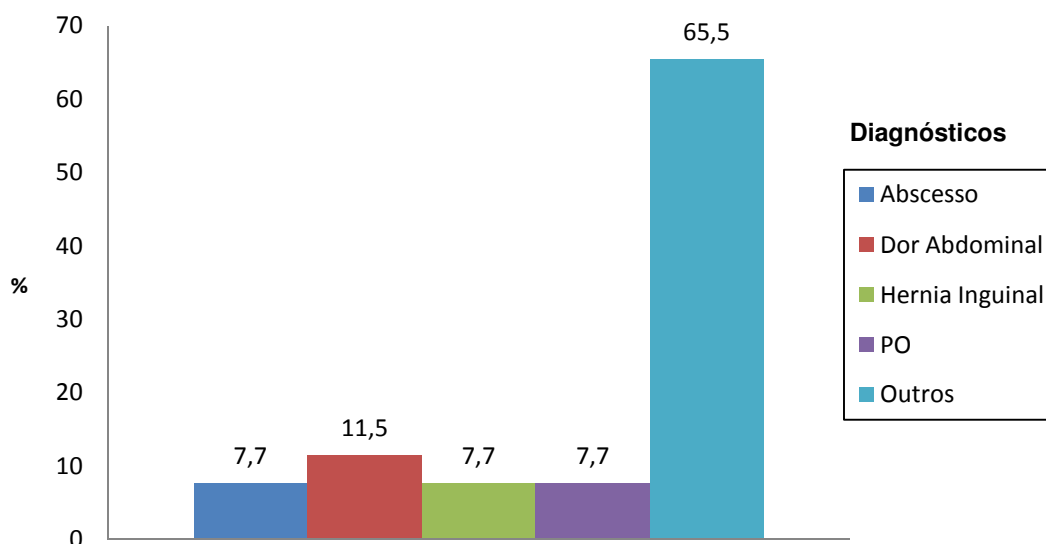


Gráfico 8: Distribuição dos diagnósticos principais na especialidade Cirurgia Geral. Botucatu, 2010.

Cirurgia Plástica: Foi uma das especialidades com menor frequência, apenas 0,1%. Não houve diferença na frequência dos diagnósticos obtidos, apresentando 50% para os diagnósticos Amputação de Dedos e Fratura.

Cirurgia Torácica: A frequência também foi baixa, correspondendo a apenas 0,3%. Esta especialidade também obteve resultados iguais seus

diagnósticos, sendo 25% para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Pneumonia (PNM), Pós-Operatório (PO) e Trauma.

Cirurgia Vascular: Apresentou frequência de 1,3% dos atendimentos. O diagnóstico principal foi a Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP), correspondendo a 33,3%, seguido da DAOP, Dor em Membros Inferiores (MMII) e Trombose Venosa Profunda (TVP) apresentaram a mesma frequência de 13,3%. Erisipela, Inflamação Pericordial, Neoplasia (NEO), Obstrução Arterial Aguda (OAA), Tromboembolismo Pulmonar (TEP) e Tromboflebite apresentaram 6,7% dos atendimentos (Gráfico 9).

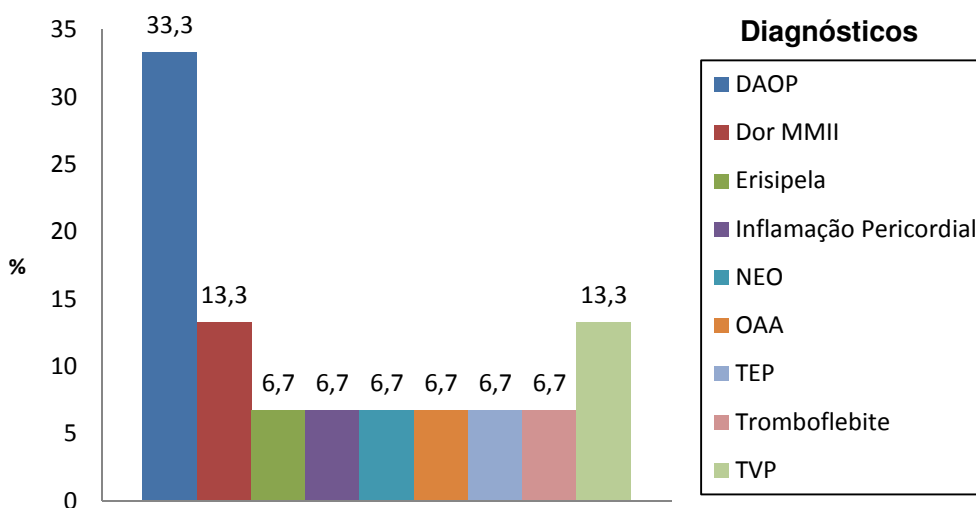


Gráfico 9: Distribuição dos diagnósticos principais na especialidade Cirurgia Vascular. Botucatu, 2010.

A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) promove limitação funcional em consequência da isquemia e está associada a alto risco de morbimortalidade cardiovascular. Após os 40 anos, o risco da DAOP aumenta de duas a três vezes a cada 10 anos somado na idade. Estima-se que sua

prevalência gira em torno de 15 a 20% em pacientes acima de 65 anos. Está associada a fatores de risco como: tabagismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, as quais podem levar ao desenvolvimento generalizado e progressivo de placas ateroscleróticas ⁽²⁰⁾.

Existe elevada associação entre DAOP, angina e doença carotídea, o que faz com que esses pacientes apresentem um importante risco de desenvolvimento de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral isquêmico e morte vascular, ocasionando uma maior procura por serviços de saúde como o PS – HC – FMB/UNESP, o que explica a demanda de seus pacientes, especialmente os da terceira idade, por atendimentos pela Cardiologia devido às doenças relacionadas acima e suas associações e possíveis consequências ⁽²⁰⁾.

Clínica Médica: Correspondeu a 4,4%, realizando atendimento de pacientes adultos, incluindo o estudo das doenças não cirúrgicas, não obstétricas e não ginecológicas, a partir da qual se diferenciam todas as outras áreas clínicas, o que explica sua frequência maior que das outras.

Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) foi o diagnóstico que se destacou, conforme demonstrado no Gráfico 10, correspondendo a 26,8%, seguido de Infecção do Trato Urinário (ITU) (14,3%), Pneumonia (PNM) (8,9%). Diabetes Mellitus (DM), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Infecção Renal Aguda (IRA) e Infecção Renal Crônica (IRC), corresponderam a 3,6% dos atendimentos.

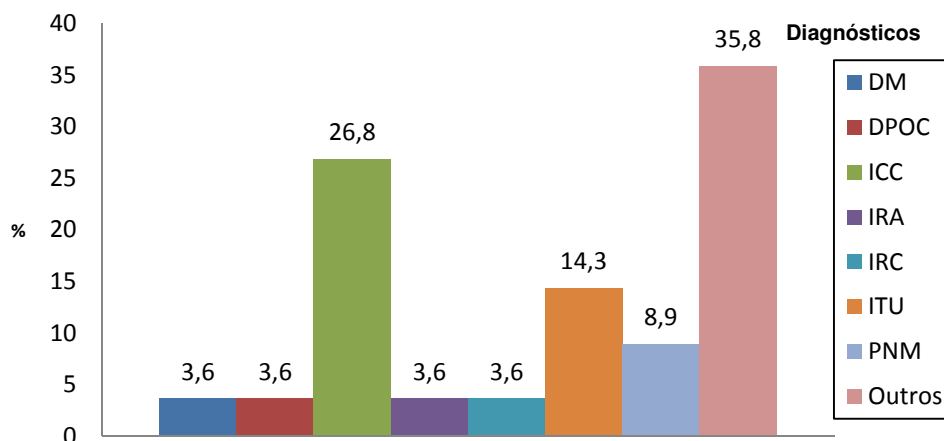


Gráfico 10: Distribuição dos diagnósticos principais na especialidade Clínica Médica. Botucatu, 2010.

A ICC é a incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para satisfazer as necessidades de oxigênio e nutrientes dos tecidos, resultando em um problema com a contração do coração ou com o enchimento do coração. Conhecida como falência cardíaca, tem sua incidência aumentada com a idade, sendo o motivo mais comum de hospitalização de pessoas com mais de 65 anos, o que evidencia a alta procura pelos serviços do PS – HC – FMB/UNESP pela população da terceira idade ⁽²¹⁾.

Tem como sinais e sintomas principais a palidez e cianose, edema gravitacional, tolerância diminuída a atividade, taquicardia, vertigem e confusão, náuseas, noctúria e dispnéia aos esforços. Os objetivos no tratamento são: eliminar ou reduzir quaisquer fatores etiológicos contribuintes, principalmente os reversíveis, como a fibrilação atrial e ingesta excessiva do álcool, além de fornecer aconselhamento geral e educação sobre a restrição de sódio, monitorar o peso diário, encorajar o exercício regular e recomendar quanto à prevenção excessiva de líquidos, álcool e fumo. ⁽²¹⁾

Aproximadamente 23 milhões de pessoas são portadoras de insuficiência cardíaca e dois milhões de novos casos de insuficiência cardíaca são diagnosticados anualmente no mundo. Estima-se que 6,4 milhões de brasileiros sofram de insuficiência cardíaca. Esta cursa com altos custos hospitalares e grande número de atendimentos de emergência, provocando perda da qualidade de vida e, muitas vezes, aposentadorias precoces e altos custos para o país. Na unidade em estudo, a doença representou 15 atendimentos na especialidade, o que evidencia a importância da instituição quanto ao diagnóstico e o tratamento de comorbidades como hipertensão, obesidade e doença vascular aterosclerótica a fim de evitar um aumento na incidência e na mortalidade da insuficiência cardíaca ⁽²²⁾.

Dermatologia: Outra especialidade com baixa frequência, correspondendo a apenas 0,4%. Sífilis foi diagnóstico principal apresentado, com 66,7%, conforme o Gráfico 11, seguido de Farmacodermia e Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE), com 16,7%.

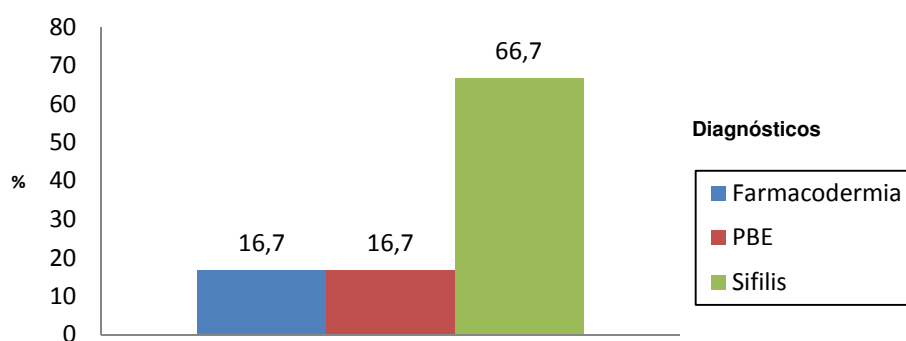


Gráfico 11: Distribuição dos diagnósticos na especialidade Dermatologia.

Botucatu, 2010.

A sífilis é uma doença infecciosa crônica causada por uma bactéria chamada *Treponema pallidum*, transmitida pela via sexual (sífilis adquirida) e verticalmente (sífilis congênita) pela placenta da mãe para o feto. O contato com as lesões contagiantes pelos órgãos genitais é responsável por 95% dos casos de sífilis. Outras formas de transmissão mais raras e com menor interesse epidemiológico são por via indireta (objetos contaminados, tatuagem) e por transfusão sangüínea. Alterna períodos de atividade com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas (sífilis primária, secundária e terciária) e períodos de latência (sífilis latente). Divide-se, ainda, em sífilis recente, nos casos em que o diagnóstico é feito em até um ano depois da infecção, e sífilis tardia, quando o diagnóstico é realizado após um ano ⁽²³⁾.

A maioria dos pacientes que passaram por atendimento na especialidade em questão devido sífilis apresentava a forma de sífilis secundária, ou seja, entre uma semana e seis meses após a infecção inicial. Nessa forma, as lesões cutâneas típicas são pápulas ou placas escamosas de cor vermelho-acastanhado. A sífilis é uma das poucas doenças em que as lesões nas palmas das mãos e nas plantas dos pés são muito evidentes ⁽²³⁾.

Essas informações demonstram o motivo da doença ser o principal diagnóstico na especialidade, além de mostrar que o hospital além dos atendimentos diários que realiza, fornece o acompanhamento necessário até o final do tratamento dos pacientes.

Endocrinologia: Esta especialidade apresentou frequência de 3,4%. O diagnóstico com maior frequência foi Hipotireoidismo (38,3%), seguido de Doença de Graves (19,2%), conforme evidenciado pelo Gráfico 12.

Além destes diagnósticos, destacaram-se também Hipertireoidismo, Bócio Multinodular Tóxico (BMNT) (6,4%), Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Pós-Operatório (PO) e Tireotoxicose com 4,3%. A variável Outros corresponde a somatória dos diagnósticos da área que não obtiveram uma frequência maior que um atendimento, somando 7 diagnósticos, com a frequência de 14,9%.

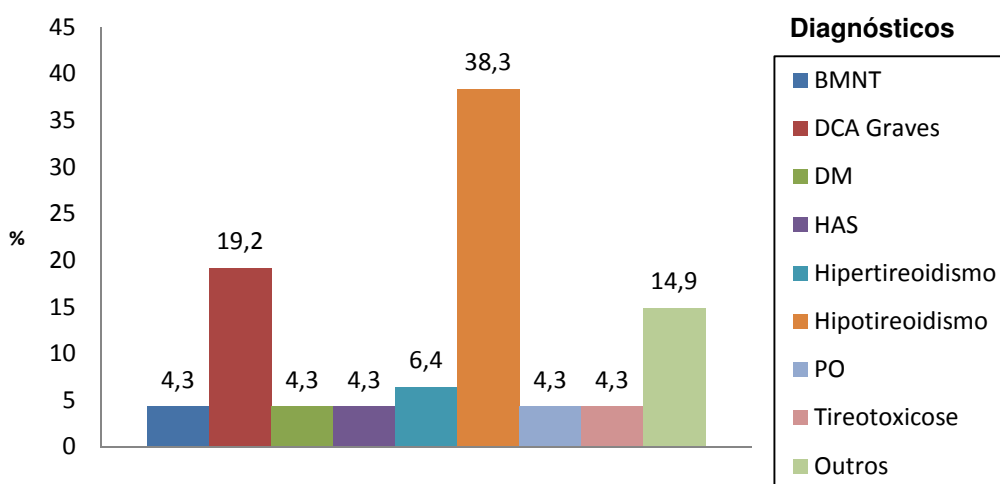


Gráfico 12: Distribuição dos diagnósticos principais na especialidade Endocrinologia. Botucatu, 2010.

O hipotireoidismo resulta de níveis subótimos de hormônio tireóideo. A deficiência da tireóide pode afetar todas as funções corporais e pode variar desde as formas brandas e subclínicas até o mixedema, forma avançada que se refere ao acúmulo de mucopolissacarídeos nos tecidos subcutâneos e em outros tecidos intersticiais. A causa mais comum nos adultos é a tireoidite auto-imune (doença de Hashimoto), no qual o sistema imune ataca a glândula tireóide ⁽²⁴⁾.

Os sintomas iniciais são inespecíficos, mas a fadiga extrema dificulta inclusive as atividades usuais do doente. Relatos de queda de cabelos, unhas

quebradiças e pele seca são comuns, e podem apresentar ainda dormência e formigamento dos dedos. Nas mulheres ocorrem, ainda, distúrbios menstruais como menorragia e amenorréia, além da perda da libido. A doença afeta as mulheres com uma frequência de cinco vezes mais que os homens ocorrendo, principalmente, entre os 30 e 60 anos de idade. O objetivo no tratamento do hipotireoidismo é restaurar um estado metabólico normal ao repor o hormônio ausente ⁽²⁴⁾.

Mais de 95% dos pacientes com a doença apresentam hipotireoidismo primário ou tireóideo, que se refere à disfunção da própria tireóide e do hormônio tireóideo, o que explica o diagnóstico ser o principal nessa especialidade ⁽²⁴⁾.

Gastrocirurgia: Esta especialidade obteve maior frequência comparada as outras, com o valor de 7,0%. Apresentou grande variedade de diagnósticos e frequências em que o principal foi Dor Abdominal com 11,1%, seguido de Apendicite com 7,8% (Gráfico 13).

Destaque, ainda, para Constipação Intestinal Crônica (CIC) (6,7%), Pós-Operatório (PO) (5,6%) e Suboclusão Intestinal (5,6%), Hemorragia Digestiva Baixa (4,4%) e Neoplasia (Neo) (4,4%), Estenose Esofágica (3,3%) e Abscesso Anal, Coledocolitíase, Cólica Biliar, Granuloma Corpo Estranho, Hérnia Incisional, Pancreatite e Pneumonia (PNM) com 2,2% cada.

A variável Outros corresponde à somatória dos diagnósticos desta especialidade que não apresentaram frequência maior que um atendimento, somando 28 diagnósticos e com frequência de 31,1%.

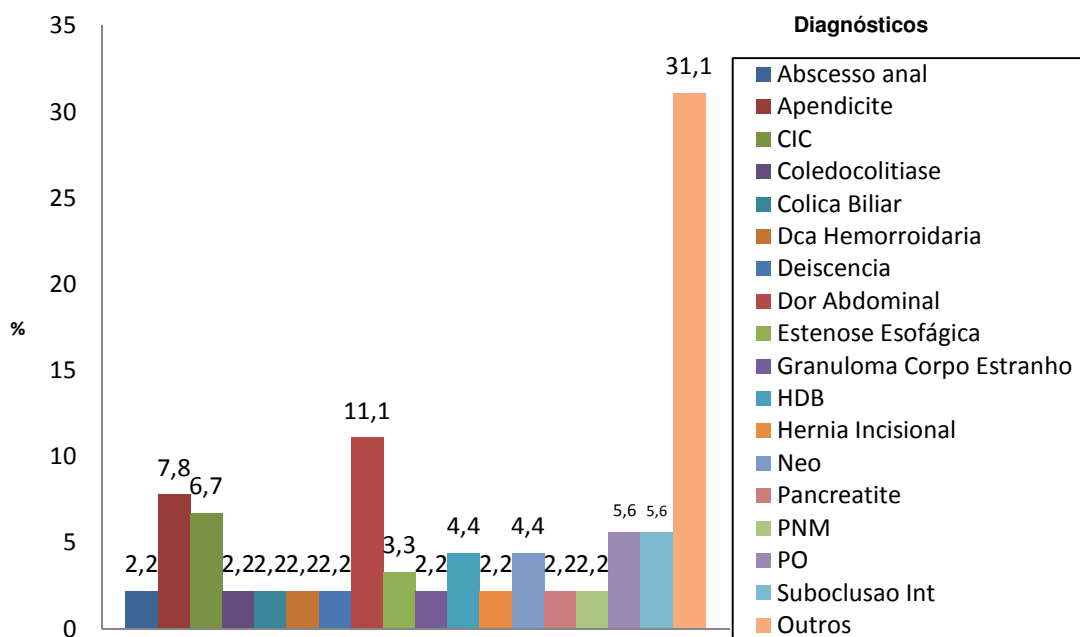


Gráfico 13: Distribuição dos diagnósticos principais na especialidade Gastrocirurgia. Botucatu, 2010.

Gastroclínica: Apresentou frequência de 1,7%. Quanto aos diagnósticos, Cirrose Hepática apresentou 22,2%, seguido de Dor Abdominal e Hepatite, com 16,7% cada, conforme demonstrado no Gráfico 14.

Além desses, destacaram-se Retocolite Ulcerativa Idiopática (RCUI) com 11,1%, Apendicite, Ascite, Cardiopatia Crônica Chagásica (CCC), Disfagia, Sangramento Pós Biópsia Hepática e Tromboembolismo Pulmonar (TEP), todas apresentando frequência de 5,56%.

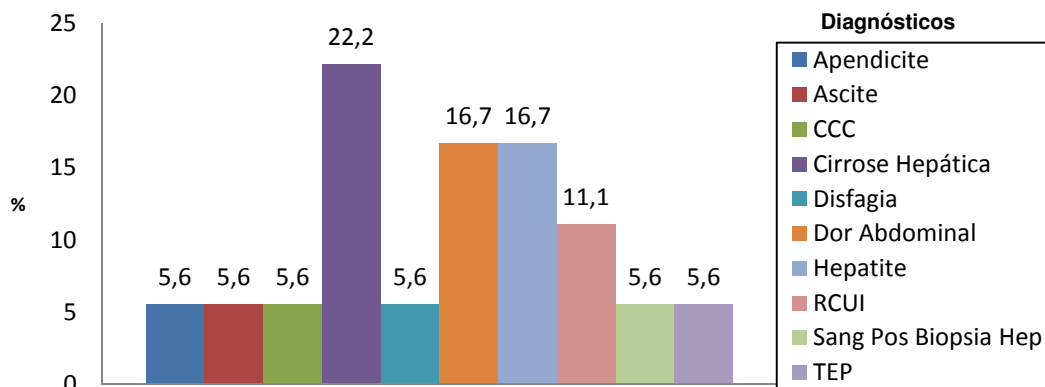


Gráfico 14: Distribuição dos diagnósticos principais na especialidade Gastroclínica. Botucatu, 2010.

A cirrose é uma doença crônica caracterizada pela substituição do tecido hepático normal por fibrose difusa, rompendo com a estrutura e função do fígado. Existem três tipos de cirrose sendo elas a alcoólica, correspondendo ao tipo mais comum; pós-necrótica e biliar. Os homens são afetados duas vezes mais em relação às mulheres e a doença ocorre, principalmente, entre 40 e 60 anos de idade. ⁽²⁵⁾

As manifestações clínicas compreendem a icterícia intermitente, febre e a princípio o fígado está aumentado e endurecido. Sintomas como febre baixa intermitente, eritema palmar, edema, dor abdominal e esplenomegalia estão presentes na cirrose compensada. A descompensada resulta da falha do fígado em sintetizar proteínas, fatores de coagulação e outras substâncias, apresentando ascite, icterícia permanente, fraqueza, perda de peso, hipotensão, unhas esbranquiçadas e fígado atrofiado ⁽²⁵⁾.

A cirrose hepática ser considerado o diagnóstico principal na especialidade evidencia a importância da mesma quanto à mortalidade de pacientes, tornando possível uma associação dela com a hepatite. De acordo

com ISHITANI E FRANÇA (2010), estudos epidemiológicos têm demonstrado a relação existente entre o consumo de álcool e a mortalidade por cirrose. Depois do alcoolismo, os vírus B e C da hepatite são os mais importantes fatores de risco para adquirir a doença. As mortes em idades produtivas são, geralmente, atribuídas ao maior consumo de álcool. Para isso, estratégias populacionais são necessárias como a educação para a saúde enfocando mudanças no estilo de vida, de atitudes e de comportamentos a fim de prevenir os casos. Os benefícios atingiriam também outras doenças crônicas associadas ao consumo excessivo de álcool como as doenças cerebrovasculares, o diabetes secundário ao alcoolismo, a pancreatite e as doenças relacionadas à esfera psíquica ⁽²⁶⁾.

Ginecologia: Apresentou a menor frequência dos atendimentos, com apenas 0,1% correspondendo a apenas um atendimento na área, Endometriose, correspondendo a 100%.

Hematologia: Obtive baixa frequência, com 0,2%, correspondendo a três atendimentos apenas. Cada atendimento (33,3%) proporcionou um diagnóstico diferente, sendo Febre, Leucemia Mielóide Aguda (LMA) e Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI), não sendo possível realizar uma relação entre a população que procura o serviço da unidade e estes diagnósticos.

Moléstias Infecciosas: Esta especialidade também apresentou baixa, apenas 0,3%, totalizado cinco atendimentos. O diagnóstico principal foi Sífilis,

correspondendo a 40,0% seguido de Acidente Rábico, Miocardite e Mordedura de cão, com 20,0% cada.

Nefrologia: A especialidade de Nefrologia obteve 26 atendimentos durante o período de coleta, correspondendo a 1,7%. O diagnóstico principal foi Insuficiência Renal Crônica (IRC), com 26,3% seguido de Piora da Função Renal, com 15,8% de acordo com o Gráfico 15. Além destes, foram despontados diagnósticos como Broncoespasmo, Câncer (CA), Diabetes Mellitus (DM), Glomerulonefrite Membranosa (GNM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Hipoglicemia, Hipotensão, Insuficiência Renal Aguda (IRA), Infecção das Vias Aéreas Superiores (IVAS), Neoplasia (Neo) e Úlcera Péptica, apresentando 5,3% cada.

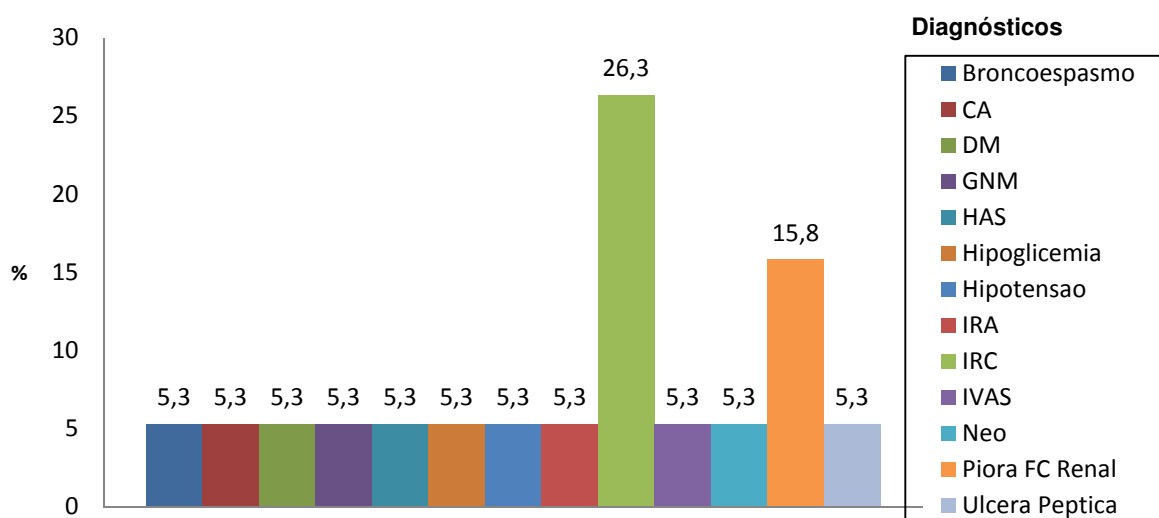


Gráfico 15: Distribuição dos diagnósticos principais na especialidade Nefrologia. Botucatu, 2010.

Insuficiência renal crônica (IRC) apresenta-se como uma síndrome metabólica, resultante da queda gradual, lenta e progressiva da função de excreção normal dos rins, ocasionada pela destruição progressiva de néfrons

individuais por períodos prolongados de tempo. As principais causas são glomerulonefrites e pielonefrites crônicas, e nefropatias de origem genética. Apresenta como manifestações clínicas poliúria, retenção de líquidos e de sódio, acidose metabólica, hiperpotassemia, cefaléia, dificuldade visual, cansaço, dispnéia, hipertensão arterial e, conseqüentemente, aumento do risco de infarto do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais. É classificada em aguda e crônica. Aguda, instalada em horas ou no máximo poucos dias. Crônica, piorando gradativamente o quadro renal considerada não reversível, restando no fim apenas à hemodiálise e transplante renal ⁽²⁷⁾.

A IRC é doença de elevada morbidade e mortalidade. A incidência e a prevalência da IRC em estágio terminal (IRCT) têm aumentado progressivamente, a cada ano, em “proporções epidêmicas” no país. O custo elevado para manter pacientes em tratamento renal substitutivo (TRS) tem sido motivo de grande preocupação por parte dos órgãos governamentais, que em nosso meio subsidiam 95% desse tratamento. Mesmo com o TRS, a IRCT tem mortalidade superior em números absolutos à maioria das neoplasias, como as de colo de útero, colon/reto, próstata e mama ⁽²⁸⁾.

Em relação aos pacientes recebendo diálise, o censo realizado em janeiro de 2006 evidencia que mais da metade dos pacientes com IRC faziam tratamento na região sudeste do país (53%). Destaca-se ainda que 91% dos pacientes com IRCT têm recebido tratamento por meio de hemodiálise e 9% recebem diálise peritoneal. Além disso, 26% dos pacientes em diálise têm mais de 60 anos de idade e essa proporção tende a aumentar com o aumento progressivo verificado na esperança de vida da população. Isso demonstra a importância desse hospital terciário para esses pacientes, que com o

atendimento especializado da unidade e o acompanhamento realizado, juntamente com a existência da unidade de hemodiálise, pode fornecer uma melhor qualidade de vida ⁽²⁸⁾.

Neurocirurgia: Correspondeu a apenas 0,4%, somando 6 atendimentos no período de coleta. Quanto aos diagnósticos, Trauma Crânioencefálico (TCE) foi o principal com 40,0%, seguido de Espasmos, Hematoma Subdural Crônico (HSDC) e Tumor de Hipófise, apresentando 20,0% cada, conforme o Gráfico 16.

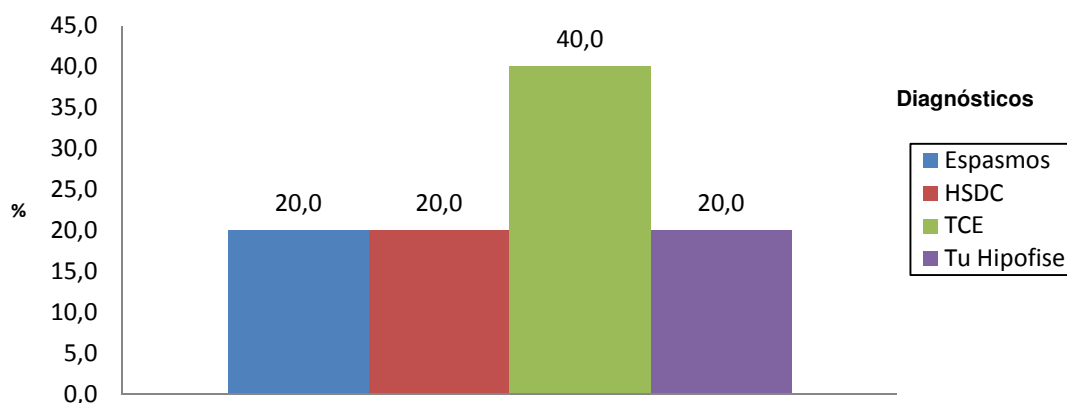


Gráfico 16: Distribuição dos diagnósticos principais na especialidade Neurocirurgia. Botucatu, 2010.

Neurologia: Apresentou 1,9% dos atendimentos, correspondendo a 29 atendimentos durante o período de estudo. Seus principais diagnósticos foram Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi), Cefaléia, Crise Convulsiva, Crise Epilética e Migrânea, apresentando 9,5% cada. Além destes, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEh), Compressão Reticular, Distrofia Muscular, Estenose de Carótida, Hematoma,

Neuropatia Desmielinizante Crônica (NDC), Neuropatia Periférica, Paralisia Periférica Facial, Paraparesia Espástica e Síncope, apresentaram 4,8%.

O acidente vascular encefálico (AVE) pode ser definido como uma perda rápida e não convulsiva da função neurológica devido a um evento vascular, cuja sintomatologia dura mais de 24 horas ou quando a duração dos sintomas for menor que esse período, mas que haja imagem radiológica compatível com lesão tecidual. É classificado como isquêmico quando há um déficit do fluxo sangüíneo para uma determinada área cerebral devido à obstrução de uma artéria, e hemorrágico, em que o déficit é secundário à ruptura da artéria. O AVEi corresponde a 80% de todos casos ⁽²⁹⁾.

Os acidentes cerebrovasculares, segundo CABRAL, são, em todo o mundo, a segunda maior causa de óbitos (5,7 milhões por ano), e em 2005, foram responsáveis por aproximadamente 10% de todos os óbitos no mundo. Entretanto, a distribuição desses eventos ao redor do mundo é nitidamente desigual, pois 85% desses óbitos ocorrem em países não desenvolvidos ou em desenvolvimento, como no Brasil, e um terço atinge pessoas economicamente ativas. Deste modo, os índices elevados dos acidentes na unidade em questão concordam com esses dados e mostra a importância da instituição quanto ao diagnóstico precoce desses acidentes e a prevenção das consequências que estes podem acarretar ⁽³⁰⁾.

Oftalmologia: Correspondeu a 1,5%, representando 23 atendimentos durante o período. Seu diagnóstico principal no período foi Glaucoma com 36,4%, seguido de Conjuntivite (18,2%). Além destes, destacaram-se Dor

Torácica, Estrabismo, Fibras Nervosas Mielinizadas, Irritação Ocular e Trauma Crânioencefálico com 9,1% cada, conforme evidenciado no Gráfico 17.

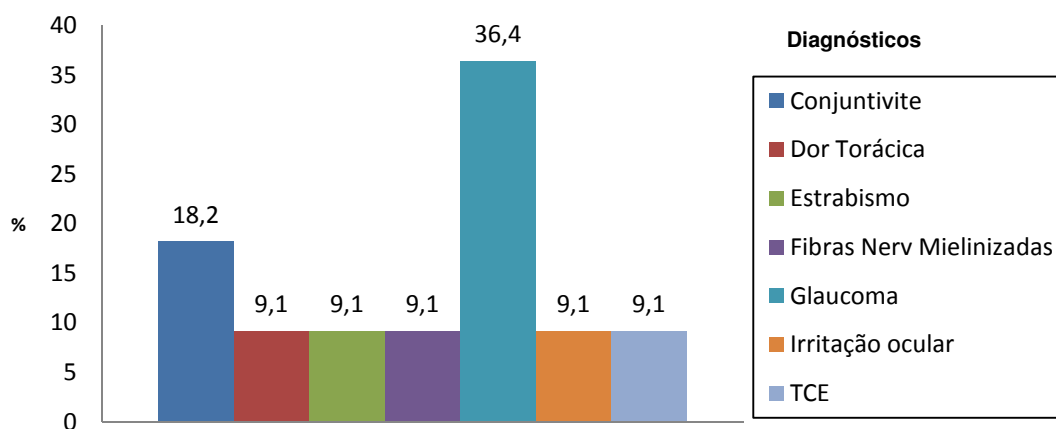


Gráfico 17: Distribuição dos diagnósticos principais na especialidade Oftalmologia. Botucatu, 2010.

O glaucoma consiste em um grupo de condições oculares caracterizadas por lesão do nervo óptico. Essa lesão está relacionada com a pressão intraocular causada pela congestão do humor aquoso no olho. Trata-se de uma das principais causas de cegueira irreversível no mundo. Dentre os principais fatores de risco para o glaucoma estão a história familiar, idade avançada, diabetes, doenças cardiovasculares, miopia e trauma ocular. ⁽³¹⁾

A doença é mais prevalente entre pessoas com 40 anos de idade ou mais, e sua incidência aumenta com a idade. As duas formas clínicas mais comuns em adultos são o glaucoma de ângulo aberto e de ângulo fechado. Com frequência, o glaucoma é chamado de “ladrão silencioso da visão” pois a maioria dos pacientes não está ciente da doença até que percebam alterações da visão como turvação visual, dor ou desconforto ao redor dos olhos, dificuldade de foco e, conseqüentemente, a perda visual. ⁽³¹⁾

A doença é uma das principais causas de cegueira em todo mundo e apresentou uma freqüência de quatro atendimentos na especialidade durante o período de coleta. Apesar à existência de poucos estudos epidemiológicos na população brasileira na literatura nacional, essas informações mostram a importância do diagnostico precoce dessa doença e a importância da instituição quanto a isso e ao acompanhamento desses pacientes.

Ortopedia: Apresentou apenas 0,9% de frequencia, representando 14 atendimentos durante o período do estudo. Quanto aos diagnósticos, o principal foi Entorse, com 23,1%, seguido de Contusão, Fratura e Tendinite, com 15,3% cada (Gráfico 18). Além destes, houve outros diagnósticos durante os atendimentos como Erisipela, Joelho Agudo, Mialgia e Trauma, representando 7,7% cada.

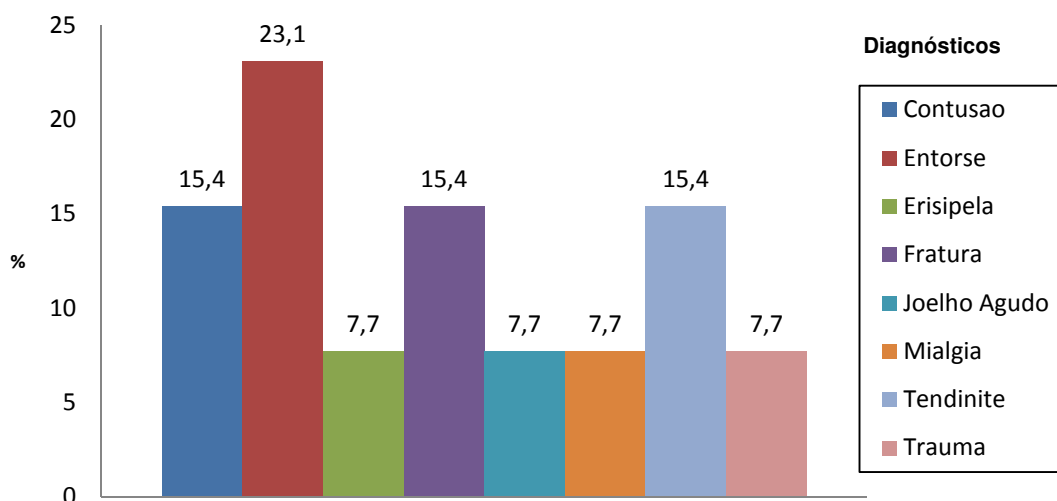


Gráfico 18: Distribuição dos diagnósticos principais na especialidade Ortopedia. Botucatu, 2010.

Otorrinolaringologia: Esta especialidade apresentou 17 atendimentos, representando 1,1%. O diagnóstico principal foi Trauma, com 25,0%, seguido de Fratura, Metástase, Otite, Pneumonia (PNM), Pós-Operatório (PO) e Trauma Crânioencefálico (TCE) com frequência de 12,5% cada.

Pneumologia

A especialidade de Pneumologia foi uma das que apresentaram maior frequência, com 4,1%, totalizando 61 atendimentos durante o período de estudo. O diagnóstico principal foi Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), correspondendo a 18,9%, seguido de Asma, com 15,1% (Gráfico 19). Além desses, apresentaram Infecção Brônquica (7,5%), Tromboembolismo Pulmonar (TEP) (7,5%), Tuberculose Pulmonar (5,7%), Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) e Pleurite, 3,8% cada. A variável Outros corresponde aos diagnósticos que não obtiveram uma frequência acima de um atendimento pela especialidade, somando 20 diagnósticos.

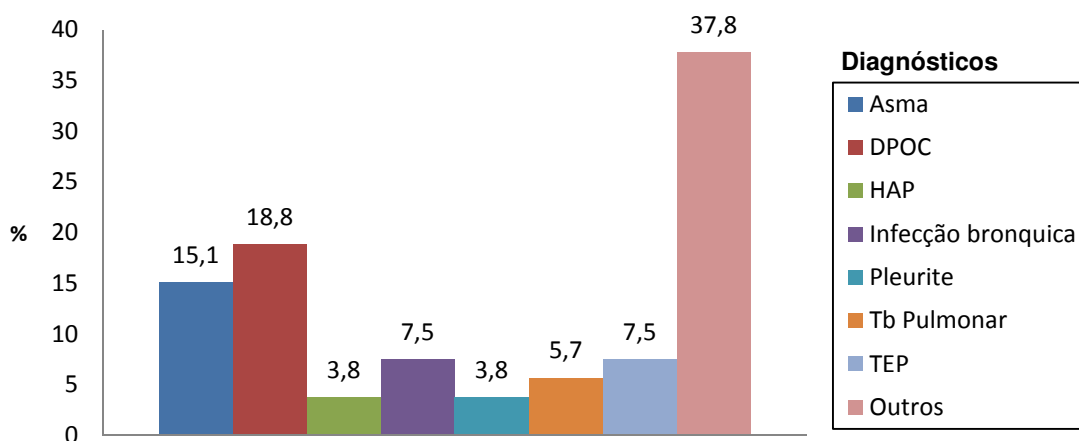


Gráfico 19: Distribuição dos diagnósticos principais na especialidade Pneumologia. Botucatu, 2010.

A DPOC é um estado patológico caracterizado pela limitação do fluxo de ar e que não é plenamente reversível. Pode incluir doenças que causam a obstrução do fluxo aéreo como enfisema e bronquite crônica ou uma combinação desses distúrbios. Os fatores de risco são exposição ao fumo, tabagismo passivo, exposição ocupacional, poluição do ar ambiente e anormalidades genéticas. A exposição ao fumo de tabaco contribui com uma estimativa de 80 a 90% dos casos de DPOC. Caracteriza-se por três sintomas primários: tosse, produção de escarro e dispnéia aos esforços. A perda de peso é comum, pois a dispnéia interfere com a alimentação e o trabalho da respiração depleta a energia. As principais complicações englobam a pneumonia, atelectasia, pneumotórax, cor pulmonale, insuficiência e falência respiratórias, ocasionando risco de vida ao paciente. ⁽³²⁾

Sua incidência é maior no sexo masculino que no sexo feminino e aumenta acentuadamente com a idade. Apesar de ser uma doença altamente prevalente, ela é, geralmente, subestimada e sub-diagnosticada. Em 2003, foi realizado um estudo de prevalência de DPOC na cidade de São Paulo pela Associação Latino-Americana de Tórax, com o Projeto PLATINO (Projeto Latino-Americano de Investigação de Enfermidade Obstrutiva) que incluía pessoas com 40 anos de idade ou mais. A prevalência da DPOC, foi de 15,8% da população, o que representa uma população entre 5 e 6,9 bilhões de indivíduos com DPOC no Brasil, demonstrando que atinge um grande número da população. Durante o período de coleta apresentou 10 atendimentos com esse diagnóstico. Essas informações demonstram a importância da unidade para o tratamento dessa doença e suas comorbidades a fim de evitar consequências e melhorar a qualidade de vida dos doentes. ⁽³³⁾

Psiquiatria: A especialidade apresentou baixa frequência, apenas 0,2%, totalizando três atendimentos, apresentando diagnóstico diferentes em cada atendimento, sendo Doença de Graves, Depressão e Hipofonia, correspondendo a 33,3% cada.

Reumatologia: Também apresentou baixa frequência relacionada aos atendimentos (0,5%), correspondendo uma somatória de oito atendimentos. Os diagnósticos apresentados para essa especialidade foram Arterite, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Eritema, Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e Poliartralgia, correspondendo a 20,0% cada.

Urologia: A especialidade de Urologia obteve maior frequência, correspondendo a 4,2%, apresentando 62 atendimentos no período em estudo. Os diagnósticos que se destacaram foram Infecção do Trato Urinário (ITU) (7,7%), Litíase Renal (7,7%) e Orquiepididimite (7,7%), conforme Gráfico 20. Além desses, Cólica Nefrética (5,8%), Hematúria (5,8%), Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) (5,8%), Neoplasia (5,8%) e Prostatite (5,8%). Já Cólica Renal, Epididimite, Escroto Agudo e Ureterolitíase apresentaram 3,9% cada.

A variável Outros representa os diagnósticos que não apresentaram uma frequência maior que um atendimento na área, correspondendo a 32,6% e totalizando 17 diagnósticos.

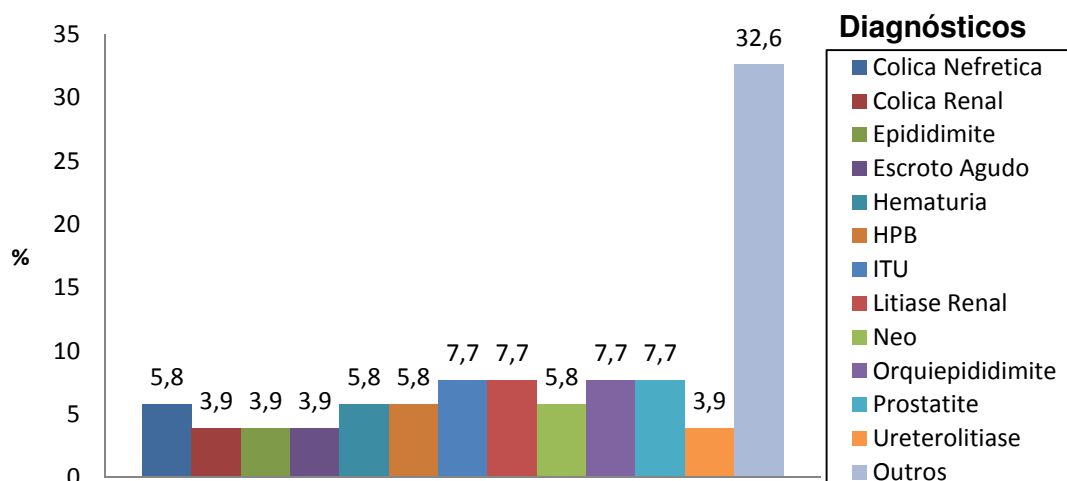


Gráfico 20: Distribuição dos diagnósticos principais na especialidade Urologia. Botucatu, 2010.

4.5 Procedimentos médicos realizados e encaminhamento do paciente

Os procedimentos médicos realizados considerados neste estudo foram os presentes na Ficha de Atendimento preconizada no PS – HC – FMB/UNESP, sendo eles: debridamento e curativo de escara ou ulceração; incisão e drenagem de abscesso da boca e anexos; incisão e sutura de leito ungueal; ressutura; tratamento de miíase furunculóide; sutura de ferimento extenso, com ou sem debridamento; drenagem de abscesso anu-retal; drenagem de abscesso isqueo-retal; paracentese abdominal; tração cutânea; cateterismo de veia central por punção; dissecação de veia ou artéria; bloqueio anestésico de nervos sem finalidade cirúrgica; drenagem pleural; drenagem de tórax; imobilização provisória de coluna cervical não gessada; gasometria; eletrocardiograma (ECG); cardioversão e cateterismo vesical.

Além desses 20 existentes na ficha, foram considerados outros procedimentos médicos que foram realizados e não constavam nessa lista. Assim, a variável Outros Procedimentos foi criada no formulário de coleta de

dados do estudo a fim de obter maiores informações quanto aos atendimentos e os procedimentos realizados.

Especialidades como Cirurgia Plástica, Dermatologia, Ginecologia, Hematologia, Moléstias Infecciosas, Nefrologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologista, Psiquiatria e Reumatologia não informaram nenhum procedimento médico realizado no PS – HC – FMB/UNESP durante os atendimentos no período do estudo.

Os procedimentos médicos realizados que se destacaram dentre as especialidades foram Raio X (46,4 %) e Eletrocardiograma (ECG) (42,3%). A especialidade em que predominaram os ECG realizados foi Cardiologia, correspondendo a 25,4%, seguida da Neurologia, com 6,9%. Além delas, Cirurgia Vascular obteve 5,3% e Clínica Médica apresentou 4,7%, conforme demonstrado na Tabela 3. Quanto a solicitação de Raio X, a especialidade Cirurgia Torácica apresentou 25,0% das solicitações, seguida da Pneumologia, com 6,6%. Além dessas, Urologia (4,9%); Clínica Médica (4,6%); Cirurgia Geral (3,3%); Endocrinologia (2,0%); Gastrocirurgia (1,9%) e Cardiologia (1,5%) solicitaram o exame.

Além desses procedimentos médicos, foram realizados Tomografia, nas especialidades Urologia (1,6%) e Gastrocirurgia (0,9%). Na especialidade de Neurologia, foram realizados Eletroencefalogramas (EEG) correspondendo a 13,8%, e Ecocardiogramas, com 3,4%. Na Pneumologia, foram realizadas Gasometrias Arteriais (1,7%) e na Gastroclínica, Paracentese Abdominal (8,0%) e Biopsia, apresentando 4%.

Quanto ao plantonista e seus procedimentos médicos realizados, os que se destacaram foram, novamente, o Raio X (10,1%) e o ECG (9,2%). Além

destes, foram realizados Gasometria Arterial (0,2%), Cateterismo Vesical (0,1%), EEG (0,1%) e Sutura de ferimento extenso, com ou sem debridamento (0,1%), conforme a Tabela 4.

<u>Especialidade</u>	<u>Exames</u> (%)	<u>Consulta</u> (%)	<u>Observação</u> (%)	<u>Internação</u> (%)
Cardiologia	ECG = 25,4 RX = 1,5	96,9	3,1	-
Cirurgia Geral	RX = 3,3	96,7	3,3	-
Cirurgia Plástica	-	50,0	50,0	-
Cirurgia Torácica	RX = 25,0	75,0	25,0	-
Cirurgia Vascular	ECG = 5,3	88,9	5,5	5,6
Clinica Medica	ECG = 4,7 RX = 4,6	93,7	-	6,3
Dermatologia	-	100,0	-	-
Endocrinologia	RX = 2,0	96,0	4,0	-
Gastrocirurgia	RX = 1,9	93,2	6,8	-
Gastroclínica	TOMO* = 0,9 ParAbd** = 8,0 Biopsia = 4,0	92,0	-	8,0
Ginecologia	-	100,0	-	-
Hematologia	-	100,0	-	-
Moléstias	-	100,0	-	-
Infecções	-	-	-	-
Nefrologia	-	96,0	-	4,0
Neurocirurgia	-	40,0	20,0	40,0
Neurologia	ECG = 6,9 ECO = 3,4 EEG = 13,8	93,1	-	6,9
Oftalmologia	-	72,7	4,6	22,7
Ortopedia	-	100,0	-	-
Otorrino	-	75,0	-	25,0
Pneumologia	GasArt*** = 1,7 RX = 6,6	100,0	-	-
Psiquiatria	-	100,0	-	-
Reumatologia	-	100,0	-	-
Urologia	RX = 4,8 TOMO = 1,6	98,4	-	1,6

*Tomografia, **Paracente Abdominal, ***Gasometria Arterial.

Tabela 3: Distribuição das frequências dos procedimentos médicos realizados e do encaminhamento dos pacientes por especialidade. Botucatu, 2010.

Em relação ao encaminhamento dos pacientes, foram levantadas as opções do atendimento ter sido apenas uma consulta, do paciente ter ficado em observação, ter sido internado, transferido para outro serviço ou óbito.

Quanto ao atendimento pelo plantonista a maioria foi apenas a consulta médica, correspondendo a 99,5% dos atendimentos. Apenas 0,1% permaneceram em observação e 0,4%, em internação de acordo com a Tabela 4.

<u>Exames</u> %	<u>Plantonista</u>		
	<u>Consulta</u> %	<u>Observação</u> %	<u>Internação</u> %
Suttextcsdeb* = 0,1			
GasArt** = 0,2			
ECG = 9,2	99,5	0,1	0,4
CatVesical*** = 0,1			
RaioX = 10,1			
EEG = 0,1			

*Sutura de ferimento extenso com ou sem debridamento, **Gasometria Arterial, ***Cateterismo Vesical.

Tabela 4: Distribuição das freqüências de procedimentos médicos realizados e encaminhamento dos pacientes quanto ao plantonista. Botucatu, 2010.

Quanto a ter ocorrido transferência do paciente para outro serviço ou óbito do mesmo, não houve atendimentos durante o período de coleta que se finalizou de alguma dessas formas.

Na maioria dos atendimentos por especialidade ocorreu, apenas, a consulta diária com o paciente. Em muitas delas, como Dermatologia, Ginecologia, Hematologia, Moléstias Infecciosas, Ortopedia, Pneumologia, Psiquiatria e Reumatologia, esta opção correspondeu a 100% dos atendimentos.

Das 23 especialidades requeridas, apenas 9 apresentaram a opção do paciente permanecer em observação, sendo elas Cirurgia Plástica (50,0%),

Cirurgia Torácica (25,0%), Neurocirurgia (20,0%), Gastrocirurgia (6,8%), Cirurgia Vascular (5,5%), Oftalmologia (4,6%), Endocrinologia (4,0%), Cirurgia Geral (3,3%) e Cardiologia (3,1%), conforme demonstrado na Tabela 3. Apenas as especialidades de Neurocirurgia (40,0%), Otorrinolaringologia (25,0%), Oftalmologia (22,7%), Gastroclínica (8,0%), Neurologia (6,9%), Clínica Médica (6,3%), Cirurgia Vascular (5,6%), Nefrologia (4,0%) e Urologia (1,6%) apresentaram a opção de internação do paciente.

Os altos índices das frequências das consultas mostram que, além dos encaminhamentos diários que as especialidades recebem das unidades de saúde do Botucatu e de outros municípios, os pacientes procuram por conta própria os serviços da instituição. Por ser um serviço terciário, o paciente deveria ser encaminhado para a unidade de saúde correspondente a sua área territorial, entretanto os direitos do paciente quanto a universalidade instituída pelo SUS, garante o direito do mesmo ser atendido naquele determinado serviço se esta for a vontade do paciente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo foi possível caracterizar a demanda do PS – HC – FMB/UNESP no período de junho a julho de 2010, o qual evidenciou que a população que mais requereu pelos serviços foi os pertencentes à DRS VI, principalmente o município de Botucatu; além da terceira idade, demonstrando que junto ao envelhecimento surgem patologias e dependências, ocasionando uma maior necessidade por serviços de saúde.

Evidenciou que a unidade apresenta inúmeras especialidades, as quais 23 foram requeridas para atendimento em que se destacaram Gastrocirurgia, Cardiologia, Clínica Médica, Urologia e Pneumologia, mostrando que as comorbidades atuais junto ao singular clima do município ocasionaram a maior frequência dos atendimentos.

Além disso, demonstrou que plantonistas corresponderam ao maior número de atendimentos no período, relacionado tanto à demanda diária que o hospital terciário apresenta como à transformação do mesmo em porta de entrada dos serviços de saúde, ocasionando uma lacuna ao modelo assistencial baseado em níveis de complexidade, já que em muitos casos os pacientes poderiam ser atendidos em unidades básicas de saúde, deixando esta unidade apenas para atendimentos de urgência e emergência.

6. REFERÊNCIAS

1. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2007 Feb [cited 2010 Jan 27] ; 15(1): 13-19. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100003&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11692007000100003
2. Puccini PT, Cornetta VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2008 Sep [cited 2010 Mar 12] ; 24(9): 2032-2042. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000900009&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2008000900009
3. O'Dwyer G, da Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2008 Out [citado 2009 Dez 22] ; 13(5): 1637-1648. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500027&lng=pt.
4. Garlet ER, Lima MADS, dos Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. Texto contexto - enferm. [serial on the Internet]. 2009 June [cited 2009 Dec 22] ; 18(2): 266-272. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200009&lng=en. doi: 10.1590/S0104-07072009000200009.
5. Souza RB, Silva MJP, Nori A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. Revista

- Gaúcha de Enfermagem. [serial on the internet]. 2007;28(2):242-9. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/3169>
6. Ministério da Saúde. Terminologia básica em saúde. 2ª Ed Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1985.
7. Barakat, SFC. Caracterização da demanda do Serviço de Emergências Clínicas de um hospital terciário do município de São Paulo [tese]. São Paulo; s.n; 2004. [130] p. illus, mapas, tab. Teses ou Dissertação Eletrônica.
8. Mendes HWB. Regionalização da assistência à saúde: análise de demanda ao Serviço de Urgência/Emergência de um hospital universitário. Interface (Botucatu) [serial on the Internet]. 2004 Feb [cited 2010 Mar 01] ; 8(14): 187-188. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100015&lng=en. doi: 10.1590/S1414-32832004000100015.
9. de Oliveira MLF, Scochi MJ. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). Revista Ciência, Cuidado e Saúde, 2002, Maringá, 1 (1): 123-128. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/.../3605>
10. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2009, pag 99-100.
11. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Estrutura. Regionais de Saúde. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/content/estrutura_departamentos_de_saude.mmp

12. Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho – UNESP. Hospital das Clínicas de Botucatu, Divisão Médica e de Apoio Diagnóstico, Serviço Técnico de Pronto Socorro. Disponível em: <http://www.hc.fmb.unesp.br/servicos/divisao-medica-e-de-apoio-diagnostico/servico-tecnico-de-pronto-socorro/>
13. Ministério da Saúde. Urgência e Emergência: sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência. Secretaria Executiva, Brasília, 2001.
14. Ministério da saúde. Política nacional de saúde da pessoa idosa, Brasília, 2006. Trecho disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26466&janela=1
15. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 1997 Sep [cited 2010 Oct 02] ; 13(3): 469-478. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X1997000300022.
16. Zaslavsky C, Gus I. Idoso: Doença Cardíaca e Comorbidades. Arq. Bras. Cardiol. [serial on the Internet]. 2002 Dec [cited 2010 Oct 02] ; 79(6): 635-639. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2002001500011&lng=en. doi: 10.1590/S0066-782X2002001500011.

17. Ferreira CC. Botucatu – Atlas Escolar Histórico e Geográfico, 2009, Clima. Postado por Prof. Miguel Jeronymo Filho em 28/01/2010, disponível em: <http://linksdebotucatu.blogspot.com/2010/01/clima.html>
18. Mansur AP, Armaganijan Dikran AJG, Sousa AC, Simão AF, Brito AX, et al. Diretrizes de doença coronariana crônica angina estável. Arq. Bras. Cardiol. [serial on the Internet]. [cited 2010 Oct 02]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004002100001&lng=en. doi: 10.1590/S0066-782X2004002100001.
19. Da Rocha, PG. Angina e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Curso de Especialização em Fisioterapia Respiratória em Terapia Intensiva e Ventilação Mecânica. 2004
20. Durazzo AES, Sitrângulo Jr. CJ, Calogero SESP, De Luccia N. Doença arterial obstrutiva periférica: que atenção temos dispensado à abordagem clínica dos pacientes?. J. vasc. bras. [serial on the Internet]. 2005 Sep [cited 2010 Oct 02] ; 4(3): 255-264. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492005000300007&lng=en. doi: 10.1590/S1677-54492005000300007.
21. Smeltzer, SC, Bare, BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. In: Casey PE, colaboradora. Capítulo 30 – Tratamento de pacientes com complicações decorrentes de cardiopatia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006, 10ª edição. p. 835 – 843.
22. Rossi Neto JM. A dimensão do problema da insuficiência cardíaca do Brasil e do mundo. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo;14(1):1-10, jan.-fev. 2004.
23. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An. Bras. Dermatol. [serial on the Internet]. 2006 Mar [cited 2010 Oct 02] ;

- 81(2): 111-126. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000200002&lng=en. doi: 10.1590/S0365-05962006000200002.
24. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. In: Webb J, colaboradora. Capítulo 42 – Histórico e tratamento de pacientes com distúrbios endócrinos. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006, 10ª edição. p. 1286 – 1287.
25. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. In: Fitzpatrick E, colaboradora. Capítulo 39 – Histórico e tratamento de pacientes com distúrbios hepáticos. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006, 10ª edição. p. 1165 – 1166.
26. Ishitani LH, França E. Doenças crônico-degenerativas em adultos da região centro-sul de Belo Horizonte: análise sob a perspectiva de causas múltiplas de morte. Inf. Epidemiol. Sus [periódico na Internet]. 2001 Dez [citado 2010 Out 13] ; 10(4): 177-188. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732001000400004&lng=pt.
27. Pinto DSR. Visão geral da insuficiência renal crônica (IRC): uma deterioração progressiva dos rins, 2009. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/25816/1/Insuficiencia-Renal-Cronica/pagina1.html#ixzz10fNr8wmj>
28. Sesso R. Epidemiologia da insuficiência renal crônica no Brasil. In: Ajzen H, Schor N. Guia de nefrologia. São Paulo: Manole; 2002. p 1-7 [acesso em 13 out 2010]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/irc_prof.htm.
29. Joaquim AF, Avelar WM, Pieri A, Cendes F. Como Diagnosticar e Tratar Acidente vascular cerebral isquêmico. Grupo Editorial Moreira Jr. RBM -

- Revista Brasileira De Medicina, 2010. p. 06 – 13. Disponível em:
http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3678
30. Cabral NL. Epidemiologia e impacto da doença cerebrovascular no Brasil e no mundo. Revista Eletrônica de Jornalismo Científico. Com Ciência. Disponível em:
<http://www.comciencia.br/comciencia/?section=8&edicao=47&id=563>
31. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. In: Navarro V, Sackett C, colaboradoras. Cap.58: histórico e tratamento de pacientes com distúrbios oculares e da visão. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006, 10ª edição. p. 1859 – 1861.
32. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. In: Brooks-Brunn JA, colaboradora. Capítulo 24: tratamento de pacientes com DPOC. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006, 10ª edição. p. 601 – 605.
33. Jardim JR, Nascimento AO. Epidemiologia, Impacto e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) no Brasil. Revista Racine. Panorama Geral. P. 33-47. Disponível em:
<http://www.scribd.com/doc/16233218/Epidemiologia-Impacto-e-Tratamento-da-Doenca-Pulmonar-Obstrutiva-Cronica-DPOC-no-Brasil>.

ANEXO 1

Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo

DRS	Municípios
DRS I – GRANDE SÃO PAULO	ARUJA; BARUERI; BIRITIBA-MIRIM; CAIEIRAS; CAJAMAR; CARAPICUIBA; COTIA; DIADEMA; EMBU; EMBU-GUAÇU; FERRAZ DE VASCONCELOS; FRANCISCO MORATO; FRANCO DA ROCHA; GUARAREMA; GUARULHOS; ITAPECERICA DA SERRA; ITAPEVI; ITAQUAQUECETUBA; JANDIRA; JUQUITIBA; MAIRIPORÃ; MAUÁ; MOGI DAS CRUZES; OSASCO; PIRAPORA DO BOM JESUS; POÁ; RIBEIRÃO PIRES; RIO GRANDE DA SERRA; SALESÓPOLIS; SANTA ISABEL; SANTANA DE PARNAÍBA; SANTO ANDRÉ; SÃO BERNARDO DO CAMPO; SÃO CAETANO DO SUL; SÃO LOURENÇO DA SERRA; SÃO PAULO; SUZANO; TABOÃO DA SERRA; VARGEM GRANDE PAULISTA
DRS II – ARAÇATUBA	ALTO ALEGRE; ANDRADINA; ARAÇATUBA; AURIFLAMA; AVANHANDAVA; BARBOSA; BENTO DE ABREU; BILAC; BIRIGUI; BRAÚNA; BREJO ALEGRE; BURITAMA; CASTILHO; CLEMENTINA; COROADOS; GABRIEL MONTEIRO; GLICÉRIO; GUARAÇÁI; GUARARAPES; GUZOLÂNDIA; ILHA SOLTEIRA; ITAPURA; LAVÍNIA; LOURDES; LUIZIÂNIA; MIRANDÓPOLIS; MURUTINGA DO SUL; NOVA CASTILHO; NOVA INDEPENDÊNCIA; NOVA LUZITÂNIA; PENAPÓLIS; PEREIRA BARRETO; PIACATU; RUBIÁCEA; SANTO ANTÔNIO DO ARACANGUÁ; SANTÓPOLIS DO AGUAPEÍ; SUD MENNUCCI; SUZANÁPOLIS; TURIÚBA; VALPARAÍSO
DRS III – ARARAQUARA	AMÉRICO BRASILIENSE; ARARAQUARA; BOA ESPERANÇA DO SUL; BORBOREMA; CÂNDIDO RODRIGUES; DESCALVADO; DOBRADA; DOURADO; GAVIÃO PEIXOTO; IBATÉ; IBITINGA; ITÁPOLIS; MATÃO; MOTUCA; NOVA EUROPA; PORTO FERREIRA; RIBEIRÃO BONITO; RINCÃO; SANTA ERNESTINA; SANTA LÚCIA; SÃO CARLOS; TABATINGA; TAQUARITINGA; TRABIJU
DRS IV – BAIXADA SANTISTA	BERTIOGA; CUBATÃO; GUARUJÁ; ITANHAÉM; MONGAGUÁ; PERUÍBE; PRAIA GRANDE; SANTOS; SÃO VICENTE
DRS V – BARRETOS	ALTAIR; BARRETOS; BEBEDOURO; CAJOBI; COLINA; COLÔMBIA; EMBAUBA; GUAÍRA; GUARACI; JABORANDI; MONTE AZUL PAULISTA; OLÍMPIA; SEVERÍNIA; TAIACU; TAIÚVA; TAQUARAL; TERRA ROXA; VIRADOURO; VISTA ALEGRE DO ALTO
DRS VI – BAURU	AGUAS DE SANTA BÁRBARA; AGUDOS; ANHEMBI; ARANDU; AREALVA; AREIÓPOLIS; AVAÍ; AVARÉ; BALBINOS; BARÃO DE ANTONINA; BARIRI; BARRA BONITA; BAURU; BOCAINA; BOFETE; BORACÉIA; BOREBI; BOTUCATU; BROTAS; CABRÁLIA PAULISTA; CAFELÂNDIA; CERQUEIRA CÉSAR; CONCHAS; CORONEL MACEDO; DOIS CÓRREGOS; DUARTINA; FARTURA; GETULINA; GUAÍÇARA; IACANGA; IARAS; IGARAÇU DO TIETÊ; ITÁI; ITAJU; ITAPORANGA; ITAPUÍ; ITATINGA; JAÚ; LARANJAL PAULISTA; LENÇÓIS PAULISTA; LINS; LUCIANÓPOLIS; MACATUBA; MANDURI; MINEIROS DO TIETÊ; PARANAPANEMA; PARDINHO; PAULISTÂNIA; PEDERNEIRAS; PEREIRAS; PIRAJU; PIRAJUÍ; PIRATININGA; PONGAÍ; PORONGABA; PRATÂNIA; PRESIDENTE ALVES; PROMISSÃO; REGINÓPOLIS; SABINO; SÃO MANUEL; SARUTAIÁ; TAGUAÍ; TAQUARITUBA; TEJUPÁ; TORRE DE PEDRA; TORRINHA; URU
DRS VII – CAMPINAS	ÁGUAS DE LINDÓIA; AMERICANA; AMPARO; ARTUR NOGUEIRA; ATIBAIA; BOM JESUS DOS PERDÕES; BRAGANÇA PAULISTA; CABREÚVA; CAMPINAS; CAMPO LIMPO PAULISTA; COSMÓPOLIS; HOLAMBRA; HORTOLÂNDIA; INDAIATUBA; ITATIBA; ITUPEVA; JAGUARIÚNA; JARINU; JOANÓPOLIS; JUNDIAÍ; LINDÓIA; LOUVEIRA; MONTE ALEGRE DO SUL; MONTE MOR; MORUNGABA; NAZARÉ PAULISTA; NOVA ODESSA; PAULÍNIA; PEDRA BELA; PEDREIRA; PINHALZINHO; PIRACAIÁ; SANTA BÁRBARA D'OESTE; SANTO ANTÔNIO DA POSSE; SERRA NEGRA; SOCORRO; SUMARÉ; TUIUTI; VALINHOS; VARGEM; VÁRZEA PAULISTA; VINHEDO
DRS VIII – FRANCA	ARAMINA; BURITIZAL; CRISTAIS PAULISTA; FRANCA; GUARÁ; IGARAPAVA; IPUÁ; ITIRAPUÁ; ITUVERAVA; JERIQUEARA; MIGUELÓPOLIS; MORRO AGUDO; NUPORANGA; ORLÂNDIA; PATROCÍNIO PAULISTA; PEDREGULHO; RESTINGA; RIBEIRÃO CORRENTE; IFAINA; SALES OLIVEIRA; SÃO JOAQUIM DA BARRA; SÃO JOSÉ DA BELA VISTA

DRS IX – MARÍLIA	ADAMANTINA; ÁLVARO DE CARVALHO; ALVINLÂNDIA; ARCO ÍRIS; ASSIS; BASTOS; BERNARDINO DE CAMPOS; BORÁ; CAMPOS NOVOS PAULISTA; CÂNDIDO MOTA; CANITAR; CHAVANTES; CRUZÁLIA; ECHAPORÃ; ESPÍRITO SANTO DO TURVO; FERNÃO; FLÓRIDA PAULISTA; FLORÍNIA; GÁLIA; GARÇA; GUAIMBÊ; GUARANTÃ; HERCULÂNDIA; IACRI; IBIRAREMA; INÚBIA PAULISTA; IPAUÇU; JÚLIO MESQUITA; LUCÉLIA; LUPÉRCIO; LUTÉCIA; MARACAÍ; MARIÁPOLIS; MARÍLIA; OCAUÇU; ÓLEO; ORIENTE; OSCAR BRESSANE; OSVALDO CRUZ; OURINHOS; PACAEMBU; PALMITAL; PARAGUAÇU PAULISTA; PARAPUÃ; PEDRINHAS PAULISTA; PLATINA; POMPÉIA; PRACINHA; QUEIROZ; QUINTANA; RIBEIRÃO DO SUL; RINÓPOLIS; SAGRES; SALMOURÃO; SALTO GRANDE; SANTA CRUZ DO RIO PARDO; SÃO PEDRO DO TURVO; TARUMÃ; TIMBURI; TUPÃ; UBIRAJARA; VERA CRUZ
DRS X – PIRACICABA	ÁGUAS DE SÃO PEDRO; ANALÂNDIA; ARARAS; CAPIVARI; CHARQUEADA; CONCHAL; CORDEIRÓPOLIS; CORUMBATAÍ; ELIAS FAUSTO; ENGENHEIRO COELHO; IPEÚNA; IRACEMÁPOLIS; ITIRAPINA; LEME; LIMEIRA; MOMBUCÁ; PIRACICABA; PIRASSUNUNGA; RAFARD; RIO CLARO; RIO DAS PEDRAS; SALTINHO; SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO; SANTA GERTRUDES; SANTA MARIA DA SERRA; SÃO PEDRO
DRS XI – PRESIDENTE PRUDENTE	ALFREDO MARCONDES; ÁLVARES MACHADO; ANHUMAS; CAIABU; CAIUA; DRACENA; EMILIANÓPOLIS; ESTRELA DO NORTE; EUCLIDES DA CUNHA PAULISTA; FLORA RICA; IEPÊ; INDIANA; IRAPURU; JOÃO RAMALHO; JUNQUEIRÓPOLIS; MARABÁ PAULISTA; MARTINÓPOLIS; MIRANTE DO PARANAPANEMA; MONTE CASTELO; NANTES; NARANDIBA; NOVA GUATAPORANGA; OURO VERDE; PANORAMA; PAULICÉIA; PIQUEROBI; PIRAPOZINHO; PRESIDENTE BERNARDES; PRESIDENTE EPITÁCIO; PRESIDENTE PRUDENTE; PRESIDENTE VENCESLAU; QUATÁ; RANCHARIA; REGENTE FEIJÓ; RIBEIRÃO DOS ÍNDIOS; ROSANA; SANDOVALINA; SANTA MERCEDES; SANTO ANASTÁCIO; SANTO EXPEDITO; SÃO JOÃO DO PAU D'ALHO; TACIBA; TARABAI; TEODORO SAMPAIO; TUPI PAULISTA
DRS XII – REGISTRO	BARRA DO TURVO; CAJATI; CANANEIA; ELDORADO; IGUAPE; ILHA COMPRIDA; IPORANGA; ITARIRI; JACUPIRANGA; JUQUIÁ; MIRACATU; PARIQUERA-AÇU; PEDRO DE TOLEDO; REGISTRO; SETE BARRAS
DRS XIII – RIBEIRÃO PRETO	ALTINÓPOLIS; BARRINHA; BATATAIS; BRODOWSKI; CAJURU; CÁSSIA DOS COQUEIROS; CRAVINHOS; DUMONT; GUARIBA; GUATAPARÁ; JABOTICABAL; JARDINÓPOLIS; LUÍS ANTÔNIO; MONTE ALTO; PITANGUEIRAS; PONTAL; PRADÓPOLIS; RIBEIRÃO PRETO; SANTA CRUZ DA ESPERANÇA; SANTA RITA DO PASSA QUATRO; SANTA ROSA DE VITERBO; SANTO ANTÔNIO DA ALEGRIA; SÃO SIMÃO; SERRA AZUL; SERRANA; SERTÃOZINHO
DRS XIV – SÃO JOÃO DA BOA VISTA	AGUAÍ; ÁGUAS DA PRATA; CACONDE; CASA BRANCA; DIVINOLÂNDIA; ESPÍRITO SANTO DO PINHAL; ESTIVA GERBI; ITAPIRA; ITOBI; MOCOCA; MOGI GUAÇU; MOGI MIRIM; SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS; SANTO ANTÔNIO DO JARDIM; SÃO JOÃO DA BOA VISTA; SÃO JOSÉ DO RIO PARDO; SÃO SEBASTIÃO DA GRAMA; TAMBAÚ; TAPIRATIBA; VARGEM GRANDE DO SUL
DRS XV – SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	ADOLFO; ÁLVARES FLORENCE; AMÉRICO DE CAMPOS; APARECIDA D'OESTE; ARIRANHA; ASPÁSIA; Bady Bassit; BÁLSAMO; CARDOSO; CATANDUVA; CATIGUÁ; CEDRAL; COSMORAMA; DIRCE REIS; DOLCINÓPOLIS; ELISIÁRIO; ESTRELA D'OESTE; FERNANDÓPOLIS; FERNANDO PRESTES; FLOREAL; GASTÃO VIDIGAL; GENERAL SALGADO; GUAPIAÇU; GUARANI D'OESTE; IBIRÁ; ICÉM; INDIAPORÃ; IPIGUÁ; IRAPUÃ; ITAJOBÍ; JACI; JALES; JOSÉ BONIFÁCIO; MACAUBAL; MACEDÔNIA; MAGDA; MARAPOAMA; MARINÓPOLIS; MENDONÇA; MERIDIANO; MESÓPOLIS; MIRA ESTRELA; MIRASSOL; MIRASSOLÂNDIA; MONÇÕES; MONTE APRAZÍVEL; NEVES PAULISTA; NHADEARA; NIPOÃ; NOVA ALIANÇA; NOVA CANAÃ PAULISTA; NOVA GRANADA; NOVAIS; NOVO HORIZONTE; ONDA VERDE; ORINDIÚVA; OUROESTE; PALESTINA; PALMARES PAULISTA; PALMEIRA D'OESTE; PARAÍSO; PARANAPUÃ; PARISI; PAULO DE FARIA; PEDRANÓPOLIS; PINDORAMA; PIRANGI; PLANALTO; POLONI; PONTALINDA; PONTES GESTAL; POPULINA; POTIRENDABA; RIOLÂNDIA; RUBINÉIA; SALES; SANTA ADÉLIA; SANTA ALBERTINA; SANTA CLARA D'OESTE; SANTA FÉ DO SUL; SANTA RITA D'OESTE; SANTA SALETE; SANTANA DA PONTE PENSA; SÃO FRANCISCO; SÃO JOÃO DAS DUAS PONTES; SÃO JOÃO DE IRACEMA; SÃO JOSÉ DO RIO PRETO; SEBASTIANÓPOLIS DO SUL; TABAPUÃ; TANABI; TRÊS FRONTEIRAS; TURMALINA; UBARANA;

	UCHOA; UNIÃO PAULISTA; URÂNIA; URUPÊS; VALENTIM GENTIL; VITÓRIA BRASIL; VOTUPORANGA; ZACARIAS
DRS XVI – SOROCABA	ALAMBARI; ALUMÍNIO; ANGATUBA; APIÁ; ARAÇARIGUAMA; ARAÇOIABA DA SERRA; BARRA DO CHAPÉU; BOITUVA; BOM SUCESSO DE ITARARÉ; BURI; CAMPINA DO MONTE ALEGRE; CAPÃO BONITO; CAPELA DO ALTO; CERQUILHO; CESÁRIO LANGE; GUAPIARA; GUARÉ; IBIÚNA; IPERÓ; ITABERÁ; ITAÓCA; ITAPETININGA; ITAPEVA; ITAPIRAPUÃ PAULISTA; ITARARÉ; ITU; JUMIRIM; MAIRINQUE; NOVA CAMPINA; PIEDADE; PILAR DO SUL; PORTO FELIZ; QUADRA; RIBEIRA; RIBEIRÃO BRANCO; RIBEIRÃO GRANDE; RIVERSUL; SALTO; SALTO DE PIRAPORA; SÃO MIGUEL ARCANJO; SÃO ROQUE; SARAPUÍ; SOROCABA; TAPIRAÍ; TAQUARIVAÍ; TATUI; TIETÊ; VOTORANTIM
DRS XVII – TAUBATÉ	APARECIDA; ARAPEÍ; AREIAS; BANANAL; CAÇAPAVA; CACHOEIRA PAULISTA; CAMPOS DO JORDÃO; CANAS; CARAGUATATUBA; CRUZEIRO; CUNHA; GUARATINGUETÁ; IGARATÁ; ILHA BELA; JACARÉ; JAMBEIRO; LAGOINHA; LAVRINHAS; LORENA; MONTEIRO LOBATO; NATIVIDADE DA SERRA; PINDAMONHANGABA; PARAIBUNA; PINDAMONHANGABA; PIQUETE; POTIM; QUELUZ; REDENÇÃO DA SERRA; ROSEIRA; SANTA BRANCA; SANTO ANTÔNIO DO PINHAL; SÃO BENTO DO SAPUCAÍ; SÃO JOSÉ DO BARREIRO; SÃO JOSÉ DOS CAMPOS; SÃO LUIZ DO PARAITINGA; SÃO SEBASTIÃO; SILVEIRAS; TAUBATÉ; TREMEMBÉ; UBATUBA

ANEXO 2

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Nº DE ORDEM: _____

SEXO: MASCULINO ☐FEMININO ☐FAIXA ETÁRIA:15 – 30 ANOS ☐31 – 40 ANOS ☐41 – 50 ANOS ☐51 – 60 ANOS ☐61 OU + ANOS ☐PROCEDÊNCIA:BOTUCATU ☐REGIÃO DA DRS VI ☐ QUAL MUNICÍPIO: _____OUTRAS DRS ☐ QUAL DRS: _____

QUAL MUNICÍPIO: _____

OUTROS ESTADOS ☐ESPECIALIDADE:

ATENDIMENTO:ATENDIMENTO MÉDICO COM OBSERVAÇÃO ATÉ 24H ☐CONSULTA AO ACIDENTADO DO TRABALHO ☐PRIMEIRO ATENDIMENTO EM PACIENTE COM PEQUENAS QUEIMADURAS ☐PRIMEIRO ATENDIMENTO EM PACIENTE COM QUEIMADURAS DE 2º E/OU 3º GRAU ☐OUTROS ☐

PROCEDIMENTOS MÉDICOS:DEBRIDAMENTO E CURATIVO DE ESCARA OU ULCERAÇÃO ☐INCISÃO E DRENAGEM DE ABCESSO DA BOCA E ANEXOS ☐INCISÃO E SUTURA DE LEITO UNGUEAL ☐RESSUTURA ☐TRATAMENTO DE MIÍASE FURUNCULÓIDE ☐SUTURA DE FERIMENTO EXTENSO, COM OU SEM DEBRIDAMENTO ☐DRENAGEM DE ABCESSO ANU-RETAL ☐DRENAGEM DE ABCESSO ISQUEO-RETAL ☐☐

PARACENTESE ABDOMINAL

TRAÇÃO CUTÂNEA ☐

CATETERISMO DE VEIA CENTRAL POR PUNÇÃO ☐

DISSECÇÃO DE VEIA OU ARTÉRIA ☐

BLOQUEIO ANESTÉSICO DE NERVOS SEM FINALIDADE CIRÚRGICA ☐

DRENAGEM PLEURAL ☐

DRENAGEM DE TÓRAX ☐

IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA DE COLUNA CERVICAL NÃO GESSADA ☐

GASOMETRIA ☐

ELETCARDIOGRAMA ☐

CARDIOVERSÃO ☐

CATETERISMO VESICAL ☐

OUTROS ☐

ATENDIMENTO NÍVEL SUPERIOR:

CONSULTA/ ATENDIMENTO POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR ☐

OUTROS ☐

ATENDIMENTO NÍVEL MÉDIO:

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS ☐

OUTROS ☐

ENCAMINHAMENTO:

APENAS CONSULTA ☐

OBSERVAÇÃO ☐

INTERNAÇÃO ☐

TRANSFERÊNCIA ☐

ÓBITO ☐

MOTIVO DA CONSULTA:

DIAGNÓSTICO:

PREENCHIMENTO DA FICHA:

TOTAL ☐

PARCIAL ☐

NÃO PREENCHIDA ☐

ANEXO 3**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você, _____, está sendo convidado(a), como voluntário(a), a participar da pesquisa: “Caracterização da demanda do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu”.

O motivo que leva a esse estudo é conhecer e avaliar a demanda dos atendimentos ocorridos no local no período de junho e julho de 2010. Os resultados do estudo levantarão dados epidemiológicos do Hospital Universitário e poderão servir de subsídios para, caso seja necessário, mudanças para otimização do serviço.

O(os) procedimento(s) de coleta de dados consistirá da coleta por meio da Ficha de Atendimento preconizada no Pronto Socorro que fica arquivada junto ao prontuário do paciente após o atendimento médico e do preenchimento de um formulário com os itens necessários para o desenvolvimento desta pesquisa.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. A sua participação é voluntária e você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada e outra será fornecida a você. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143.

Paciente

Pesquisador

Pesquisadora: Ana Paula Munhoz Bolgue
Endereço residencial: Rua Julio Vaz de Carvalho n211
Tel: (17)81151314 e-mail: anabolgue@gmail.com
Orientadora: Maria José Trevizani Nitsche
Endereço residencial: Rod. Domingos Sartori, km01, 696
Tel: (14)38116004 e-mail: zecatre@fmb.unesp.br

ANEXO 4

Comprovante de Aprovação de Trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 03 de maio de 2.010

OF. 163/2010-CEP

Ilustríssima Senhora

Prof^a. Dr^a. Maria José Trevizani Nitsche

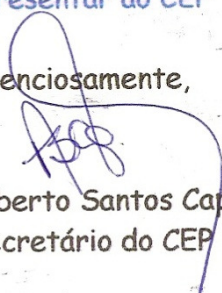
Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina do Campus de Botucatu

Prezada Dr^a. Maria José,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3510-2010) Caracterização da demanda do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, a ser conduzida por Ana Paula Munhoz Bolgue, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 03 de maio de 2.010.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP