



## artigo original

# Análise dos atendimentos realizados pelo pronto-socorro de um hospital à luz do modelo vigente no sistema local de saúde

*Analysis of calls made by the emergency room of a hospital in the light of the current model in the local health system*

Maria Silva de Souza<sup>1</sup>, Maria Angélica dos Santos Spinelli<sup>2</sup>, Paulo Cesar de Souza<sup>3</sup>

### RESUMO

O modelo técnico-assistencial vigente na maioria dos sistemas locais de saúde do país ainda tem como base as unidades básicas de saúde, as quais devem ser a porta de entrada para o sistema. Para fortalecer esse modelo foi criado o Programa Saúde da Família. Este estudo descritivo e exploratório analisou os atendimentos realizados pelo pronto-socorro do Hospital Municipal de Barra do Bugres-MT no período de 20/08/2008 a 20/09/2008. Os dados demonstraram que 81,1% das consultas realizadas durante o período são consideradas eletivas e não de urgência e emergência, as quais poderiam ser realizadas nas unidades básicas. Dentre os usuários atendidos, 58,22% eram oriundos de áreas que contavam com cobertura do Programa Saúde da Família. Os dados indicam que para grande parte da população a porta de entrada tem sido o pronto-socorro do hospital, procedimento contrário à lógica organizacional do sistema local de saúde.

### ABSTRACT

*The technical-service model in use in most local health systems of the country still is based on the basic health units, which should be the gateway to the system. To strengthen this model was created Family Health Program. This descriptive study examined the care provided by emergency room of the Hospital Municipal de Barra do Bugres-MT in the period, 20/08/2008 to 20/09/2008. The data showed that 81.1% of consultations during the period are considered elective and not emergency care, which could be carried out in basic units. Among the patients seen, 58.22% were from areas that relied on coverage of the Family Health Program. The data indicate that for most of the population the gateway has been the emergency room of the hospital, a procedure contrary to the organizational logic of the local health system.*

1. Bióloga, Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

2. Nutricionista, Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso.

3. Contador, Mestre em Saúde Coletiva, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso e Universidade do Estado de Mato Grosso.

Endereço para correspondência: Paulo Cesar de Souza, Av. Dep. Emanuel Pinheiro, 1.720, Maracanã, Barra do Bugres – 78390-000 – Mato Grosso, Brasil.

Endereço eletrônico: paulobbq@unemat.br / maria.silvadesouza@hotmail.com / angsp@terra.com.br

### Palavras-chave

Sistema Único de Saúde.  
Gestão em Saúde.  
Programa Saúde da Família.

### Keywords

*Unified Health System.  
Health Management.  
Family Health Program.*

Conflito de interesse: nenhum declarado.  
Financiador ou fontes de fomento: nenhum declarado.  
Data de recebimento do artigo: 28/12/2009.  
Data da aprovação: 22/2/2010.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de muita luta por parte dos defensores da Reforma Sanitária Brasileira e trouxe consigo grandes avanços ao sistema de saúde brasileiro. O maior deles está evidenciado na Constituição da República através do artigo 196, ao tornar a saúde um direito de todos e dever do Estado. A partir daí, o acesso aos serviços de saúde deixou de ser discriminatório ou segmentado, tornando-se universalizado.

Com a criação do SUS, foram estabelecidos alguns princípios e diretrizes que o norteiam, os quais são: universalidade, integralidade, equidade, participação social e descentralização. Ao se discutir o papel do pronto-socorro de um hospital no âmbito do SUS e sua relação com a atenção básica, merece destaque as diretrizes da integralidade e da descentralização. A integralidade é assim definida pelo artigo 198, inciso II da Constituição da República de 1988<sup>(1)</sup>: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Nota-se assim que as ações de saúde devem priorizar a prevenção, no entanto, sem deixar de realizar as ações curativas. No Brasil, durante anos existiu distinção na competência de cada tipo de ação. De modo que as ações preventivas eram coordenadas pelo Ministério da Saúde e as ações curativas sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Após cerca de 10 anos da criação do SUS, Cecílio<sup>(2)</sup> verificou que desde sua criação utilizava-se da figura de uma pirâmide para representar o modelo técnico-assistencial que se desejava construir com a implantação plena do SUS. Na base dessa pirâmide estaria localizado um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados na sua área de cobertura.

Esse modelo se constituiu no meio encontrado para oferecer o atendimento in-

tegral, ou seja, tanto preventivo quanto curativo. Assim, nessa lógica de funcionamento, as unidades básicas, que se encontram na base da pirâmide, proporcionavam ao usuário o primeiro contato com o sistema, encaminhando-o, se necessário, aos demais níveis.

Mendes<sup>(3)</sup> discute os limites dos sistemas de saúde de concepção piramidal, em cuja base está a atenção primária. Este modelo técnico-assistencial, assim organizado, tem sido insuficiente para uma atenção integral, mantendo a fragmentação dos sistemas e serviços de saúde. O autor propõe o conceito de redes de atenção à saúde. Na rede, os serviços estão diferenciados pela especificidade de suas funções e densidades tecnológicas, tendo como centro coordenador do sistema, a atenção primária. No modelo em rede, competem à atenção primária três funções essenciais: a) o papel resolutivo das unidades de saúde, solucionando em torno de 85% dos problemas de saúde da população; b) o papel coordenador, definindo os fluxos dos pacientes entre os distintos serviços e c) a responsabilização pela saúde dos cidadãos em qualquer ponto da rede de atenção. A atenção primária, nessa perspectiva, exige um amplo espectro de conhecimentos e habilidades de diferentes campos do saber, como saúde, ciências sociais, psicologia e cultura, adensando sua complexidade cognitiva<sup>(3)</sup>.

Uma pesquisa realizada analisou o número de consultas realizadas pelo pronto-socorro do hospital em Barra do Bugres<sup>(4)</sup> e verificou percentuais 100% superiores aos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Diante dessa realidade, surgiram as seguintes indagações: Que tipo de atendimentos os usuários estão buscando no pronto-socorro do hospital? Seriam atendimentos de urgência e emergência ou eletivos que poderiam ser realizados nas unidades básicas? Em qual horário as pes-

soas estão buscando esse atendimento? Esses usuários procedem de áreas que dispõem de unidade básica em funcionamento?

Assim, este artigo se propõe a responder essas questões, de modo a facilitar a compreensão sobre a forma como está sendo utilizado o pronto-socorro do hospital à luz do modelo vigente no sistema local de saúde.

### 1. Atenção primária: uma breve retrospectiva

Nos países com maior desenvolvimento econômico, durante a segunda e terceira década do século XX, numa tentativa de aproximar o trabalho em saúde da população, as autoridades sanitárias desenvolveram os conceitos de distrito sanitário e de centro de saúde. Essas concepções foram postas em prática de várias maneiras, em países diferentes<sup>(5)</sup>.

Nos Estados Unidos, entre 1910 e 1915, foram realizados esforços para relacionar os serviços à saúde, denominando estas unidades de Centro de Saúde. O “Centro de Saúde Primário” era uma instituição equipada com serviços de medicina preventiva e curativa, conduzida por um médico generalista do distrito que deveria prover os serviços conforme as necessidades de saúde da população onde estava localizado<sup>(6)</sup>.

Em 1966, o informe da Comissão Millis (Comissão de Cidadãos), nos Estados Unidos, definiu a Atenção Primária à Saúde como a “Oferta do primeiro contato, a adoção da responsabilidade longitudinal pelo paciente, independentemente da presença ou ausência de doença e a integração dos aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde”<sup>(6)</sup>.

Em setembro de 1978, foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, antiga União Soviética, promovido pela Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Na-

ções Unidas para Infância (Unicef). Segundo a declaração oficial da conferência de Alma-Ata, a Atenção Primária de Saúde é embasada fundamentalmente na assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem suportar<sup>(7)</sup>.

No Brasil, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, os principais problemas identificados no âmbito de prestação da atenção foram: desigualdade no acesso aos serviços de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações. A partir de então, diversas iniciativas têm sido empreendidas em universidades e demais instituições ligadas à saúde no sentido de superar tais problemas e construir modelos de atenção mais coerentes com o corpo doutrinário da Reforma Sanitária Brasileira.

Durante a segunda metade do século XX, predominou no Brasil o modelo "médico assistencial privatista" e o modelo assistencial "sanitarista". No primeiro modelo, a intervenção está totalmente voltada para a cura da doença, sendo predominantemente curativa. A atenção está baseada na figura do médico especialista, privilegiando a utilização de tecnologias para o diagnóstico e tratamento das doenças, ou seja, voltado para a demanda espontânea e privilegiando a utilização do hospital.

No segundo modelo, os serviços estão organizados sob a forma de campanhas e de programas especiais. As campanhas são temporárias, privilegiando o controle somente de certos agravos, com recursos e administração centralizados. Nesse modelo, os programas muitas vezes são únicos e verticalizados<sup>(8)</sup>.

Diante dos modelos predominantes, vêm sendo propostas alternativas para a construção de modelos de atenção mais coerentes, buscando distribuir espacialmente os equipamentos e estabelecimentos em

função das características epidemiológicas de cada localidade, de modo que os serviços mais simples sejam descentralizados e os mais complexos concentrados<sup>(9)</sup>.

Na implementação do SUS, durante a década de 1990, visando superar os modelos acima mencionados, o Ministério da Saúde adotou a estratégia da Saúde da Família, visando a reorganizar a atenção à saúde. Em 2006, a Saúde da Família foi reafirmada como estratégia prioritária e modelo substitutivo na organização da atenção básica, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica<sup>(10)</sup>.

O Ministério da Saúde<sup>(11)</sup> define o ponto central do PSF como o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. A família, situada no contexto onde vive, passa a ser o objeto de atenção, pois é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida.

O Programa de Saúde da Família pretende ser um modelo substitutivo da rede básica tradicional, assumindo o desafio de oferecer cobertura universal, com equidade. Tem como diretrizes operacionais a *hierarquização*, representando o primeiro contato da população com os serviços de saúde e articulando a referência e contra-referência; a *adscrição da clientela*, através da definição de uma área de abrangência sob responsabilidade da equipe de saúde; e o *cadastramento das famílias* que deve identificar os componentes familiares, as morbidades referidas, as condições ambientais, de moradia e saneamento das áreas onde vivem as famílias<sup>(11)</sup>.

Segundo Canesqui<sup>(12)</sup>, o Programa de Saúde da Família provocou mudanças importantes no sistema de saúde, como a ampliação da cobertura dos serviços de saúde, expansão do mercado de trabalho para os profissionais da área e a alteração no sistema de remuneração.

O processo de gestão do Programa prevê a definição de atribuições para cada esfera de governo. Dessa forma, compete à esfera federal definir normas e diretrizes para a implantação do Programa, estabelecer prioridades na alocação de recursos, avaliar os resultados, assessorar os polos de capacitação de recursos humanos, promover a articulação entre instituições de ensino superior e serviço e estimular a introdução de mudanças curriculares na formação de pessoal de nível superior.

Aos Estados compete atuar em consonância com as normas e diretrizes definidas pela esfera federal, apoiar e assessorar os municípios na implantação do programa, inclusive na capacitação dos profissionais e na implantação dos sistemas de informação, criar mecanismos para a alocação de recursos estaduais e estabelecer as parcerias necessárias ao desenvolvimento do programa.

Aos municípios compete aderir voluntariamente ao PSF e responsabilizar-se por sua implementação e operacionalização, promover a educação continuada dos profissionais, produzir, monitorar e avaliar as informações obtidas para manutenção do sistema de informações da atenção básica.

A proposta do Programa de Saúde da Família é bastante interessante e já tem trazido grandes benefícios para a saúde da população brasileira. No entanto, a atenção básica prestada através desse programa deve ser resolutiva, devendo oferecer aos usuários acesso às ações e serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde<sup>(13)</sup>.

No município em estudo, mesmo havendo cerca de 70% de cobertura pelo Programa de Saúde da Família, percebe-se uma excessiva procura pelos serviços do pronto-socorro do Hospital Municipal. Diante disso, este estudo objetivou caracterizar e analisar estes atendimentos prestados de modo a produzir

informação que auxilie na gestão do sistema local de saúde.

## METODOLOGIA

Este trabalho se caracteriza como um estudo descritivo e exploratório, pois, segundo Tobar<sup>(14)</sup>, esse tipo de estudo é realizado nos casos em que a situação pesquisada conta com escasso conhecimento acumulado e sistematizado, pois deles nascem hipóteses que poderão ser aprofundadas em estudos mais sofisticados. Nesse caso, as hipóteses não são formuladas a priori, podendo estas surgir como produto final da pesquisa<sup>(15)</sup>.

A pesquisa foi realizada no município de Barra do Bugres, Mato Grosso, região Centro-Oeste do Brasil. Barra do Bugres localiza-se na microrregião de Tangará da Serra, pertencente a mesorregião do Sudeste Matogrossense, com área territorial de 7.187,7km<sup>2</sup> e uma população estimada de 32.479 hab. E está distante 150km da capital, Cuiabá.

Os dados foram coletados através das fichas de registro dos atendimentos efetuados pelo pronto-socorro do hospital durante o período de 20/08/2008 a 20/09/2008, ou seja, 30 dias. Foram analisadas as seguintes variáveis relacionadas ao atendimento: tipo de atendimento realizado, ou seja, se urgência ou eletivas, horário e procedência do usuário. Quanto a esses últimos, buscou-se separar o número de usuários provenientes das áreas com cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) daqueles oriundos das áreas não cobertas.

Os dados foram processados através da utilização do *software Excel* da *Microsoft* e organizados em planilhas, possibilitando a elaboração das tabelas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme demonstra a tabela 1, o pronto-socorro do Hospital Municipal de Barra do Bugres realizou no período ana-

**TABELA 1**  
**Distribuição percentual do número de atendimentos (eletivas e emergências) no pronto-socorro do Hospital Municipal de Barra do Bugres "Roosevelt Figueiredo Lira" B.B., MT, 2008**

Tipo de atendimento	Quantidade	%
Emergência	437	18,9
Eletivas	1.878	81,1
Total	2.315	100

lisado 2.315 atendimentos. A análise dos atendimentos demonstrou que 437 (18,9%) são considerados atendimentos de emergência, enquanto os demais 1.878 (81,1%) são consultas que deveriam ter sido realizadas na atenção básica (eletivas). Percebe-se que a demanda está voltada para o modelo Médico-Assistencial, pois, segundo Paim<sup>(16)</sup>, esse modelo reforça a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se sentem doentes. Esse modelo privilegia ações curativas, as quais têm como ponto de destaque o hospital.

O Sistema Único de Saúde, desde a sua concepção através do movimento pela Reforma Sanitária, trouxe consigo a lógica da descentralização e regionalização dos serviços de saúde<sup>(9)</sup>. Nessa forma de organização, a Atenção Primária é o nível que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, à pessoa, oferecendo ações de caráter individual e coletiva, garantindo-lhes a continuidade da atenção, isto é, o acesso aos serviços mais complexos<sup>(9)</sup>.

No entanto, embora teoricamente esse pareça ser um modelo interessante e que pode trazer grandes benefícios aos usuários e ao próprio sistema, Cecílio<sup>(17)</sup> afirma que o hospital, de fato, funciona como o centro do sistema de saúde, de modo que na prática a racionalidade

do modelo centrado na Atenção Básica ainda não funciona e resulta na sobrecarga de serviços para o hospital. Para esse autor, a 'porta de entrada' principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatorios, de modo que, para ele, os prontos-socorros sempre lotados são a imagem que melhor expressa essa situação.

Assim, os dados da tabela 1 demonstram que a realidade verificada por Cecílio<sup>(17)</sup> ainda se faz presente no município em estudo e pode representar a realidade de muitos municípios, indicando que, para uma parcela significativa da população, a porta de entrada para o sistema tem sido o pronto-socorro do hospital. Segundo o autor, a população acessa o sistema por onde é mais fácil ou possível obter o atendimento desejado.

Cecílio<sup>(17)</sup> também afirma que existem pesquisas demonstrando que a maioria dos atendimentos realizados no pronto-socorro/ambulatório dos hospitais se refere a patologias simples que poderiam ser tratadas na atenção básica.

A análise dos atendimentos eletivos demonstrados na tabela 2 ratificam essa afirmação, ao mostrar que há destaque para 3 principais tipos de atendimento, os quais são: 151 pacientes (8,04%) apresentaram dores (coluna, abdômen, braço, corpo, costela, dente, muscular, etc.), 137 (7,29%) pacientes tiveram como diagnóstico "Geca" e 81 (4,31%) apresentaram o quadro de vômito.

Percebe-se que os atendimentos que se destacam são atendimentos em busca de solução imediata do problema, ou seja, receber a medicação para aliviar as dores, vômitos, ou aquilo que lhe incomoda no momento, não propiciando o acompanhamento da real situação do paciente. Além disso, tal atendimento poderia ser oferecido pelas unidades básicas de saúde.

**TABELA 2**  
**Distribuição percentual dos agravos**  
**atendidos como eletivas no pronto-**  
**socorro do Hospital Municipal de**  
**Barra do Bugres "Roosevelt**  
**Figueiredo Lira" B.B., MT, 2008**

Agravos	Nº	%
Amigdalite	29	1,54%
Asma	8	0,43%
Bronquite	7	0,37%
Câimbras	39	2,08%
Cefaleia	79	4,21%
Cólica (biliar, menstrual, renal)	48	2,56%
Crise asmática	6	0,32%
Diarreia	44	2,34%
Dor	151	8,04%
Dpoc	12	0,64%
Desconhecido	174	9,27%
Epigastria	56	2,98%
Epistaxe	5	0,27%
Estafa	9	0,48%
Fcc	75	3,99%
Febre	42	2,24%
Fer Infec	6	0,32%
Fer Punt	4	0,21%
Fraqueza	30	1,6%
Geca	137	7,29%
Gestante	61	3,23%
Has	53	2,82%
Itu	25	1,33%
Ivas	77	4,1%
Mal-estar	14	0,75%
Mialgia	115	6,13%
Orientações	14	0,75%
Pneumonia	17	0,91%
Resfriado	47	2,50%
Tce	10	0,53%
Tontura	6	0,32%
Tosse	31	1,65%
Varicela	4	0,21%
Virose	19	1,01%
Vômitos	81	4,31%
Outros	343	18,26%
Total	2.315	100%

Diante disso pergunta-se: A região onde essas pessoas residem possui unidade básica de saúde? Por que essas pessoas não procuram a unidade básica da área onde moram ao invés de se deslocar até o hospital? As unidades básicas de saúde estariam oferecendo os serviços com a qualidade desejada? Existem medicamentos disponíveis nas unidades básicas?

Uma das razões para esse acúmulo de pessoas no hospital pode ser exatamente a certeza do atendimento, da existência do médico e do medicamento que se necessita.

É possível propor ainda mais algumas hipóteses que necessitariam ser pesquisadas para se confirmar ou refutar, as quais são: baixa resolutividade no atendimento da atenção básica, falta de 100% de cobertura para os serviços de atenção básica, falta de medicamentos na atenção básica, necessidade de um programa efetivo de educação em saúde promovendo o Programa de Saúde da Família.

Para a análise dos atendimentos segundo o horário, os mesmos foram classificados em dois períodos: diurno e noturno. O período diurno compreendido entre 7:00 e 17:00 e noturno entre 17:01 e 6:59 horas.

Observa-se conforme a tabela 3 que do total de 2.315 atendimentos, 1.134 (48,98%) foram realizados no período diurno. No período noturno foram realizados 715 (30,88%) atendimentos e, ainda, para 466 atendimentos (20,12%) não foi possível determinar o horário em virtude da falta dessa informação no boletim.

Esses dados refletem a realidade já apresentada na tabela anterior, ou seja, o grande volume de atendimentos que poderiam ser realizados na atenção básica sendo realizados no hospital.

Ressalta-se que durante o dia as equipes de PSF's (Programa de Saúde da Fa-

**TABELA 3**  
**Distribuição percentual do horário**  
**dos atendimentos no pronto-socorro**  
**do Hospital Municipal de Barra do**  
**Bugres "Roosevelth Figueiredo**  
**Lira", B.B. MT, 2008**

Horário de atendimento	Quantidade	%
Diurnos (7h às 17h)	1.134	48,98
Noturnos (17:01 às 6:59)	715	30,88
Sem informação	466	20,12
Total	2.315	100

mília) estão em funcionamento, no entanto, mesmo assim ainda há um grande número de pessoas que procura atendimento no pronto-socorro do Hospital Municipal.

Outra possível razão para essa grande busca pelo pronto-socorro do hospital pode ser a crise que o Sistema Único de Saúde vive atualmente<sup>(18)</sup>. Essa publicação afirma que "um dos problemas centrais da crise dos sistemas de serviços de saúde contemporâneos, inclusive o SUS, consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas", ou seja, os problemas crônicos necessitam ser tratados no nível básico, evitando que o problema chegue à situação aguda. Segundo essa fonte, tal organização dos serviços é mais um fator responsável pelas dificuldades sanitárias e econômicas do sistema de saúde no Brasil.

Assim, enquanto não houver uma consciência por parte das autoridades de saúde de que é necessário tratar os casos crônicos no nível básico, prevenindo para que não evoluam para agudos, e que a atenção básica deva alcançar um satisfatório grau de resolutividade, constantemente os hospitais e prontos-socorros estarão sendo usados de

forma inadequada para tratar de casos agudos que poderiam ter sido evitados, caso fosse dada a devida atenção no nível básico do sistema, possivelmente a um custo também mais baixo.

Quanto à procedência dos usuários, os dados da tabela 4 demonstram que mais da metade das pessoas (58,22%) que receberam atendimento no pronto-socorro, no período analisado, foram oriundas de áreas onde há cobertura do Programa de Saúde da Família.

**TABELA 4**  
**Distribuição percentual das consultas segundo áreas cobertas, descobertas por PSFs e provenientes de zona rural realizadas no pronto-socorro do Hospital Municipal de Barra do Bugres "Roosevelt Figueiredo Lira", B.B., MT, 2008**

Áreas	Nº	%
Cobertas por PSF	1.348	58,22
Descobertas	784	33,86
Zona rural	183	7,9
Total	2.315	100

Esses dados reforçam a hipótese de que possivelmente uma das razões para o deslocamento da população para o hospital seja fragilidade da atenção básica. O objetivo do Programa de Saúde da Família é proporcionar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade. O Ministério da Saúde<sup>(11)</sup> define o ponto central do PSF como o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. A família, situada no contexto onde vive, passa a ser o objeto de atenção, pois é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida.

Assim, os dados indicam que os ideais estabelecidos para o Programa de Saú-

de da Família não estão sendo colocados efetivamente em prática, resultando possivelmente na ineficácia da atenção básica e influenciando negativamente outros componentes do sistema local de saúde, como o pronto-socorro do hospital, por exemplo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados apresentados ao longo deste trabalho, é possível concluir que apesar de mais de 70% do município ser coberto pelo Programa de Saúde da Família, a demanda do pronto-socorro no período analisado foi composta na sua maioria por pessoas oriundas exatamente das áreas onde há cobertura do Programa de Saúde da Família. A análise do tipo do atendimento demonstrou que cerca de 80% deles poderiam ter sido realizados nas respectivas unidades básicas, enquanto que os atendimentos de emergências representaram apenas 20%.

Um fator de influência na situação encontrada pode ser a baixa importância atribuída pelos usuários às ações preventivas, prevalecendo o imediatismo, ou seja, a busca pelo serviço de saúde apenas ao se sentir doente em busca de intervenção imediata. Existe também a idéia de que o mal com que foi acometido é sempre digno de atendimento hospitalar, sendo insuficiente o atendimento básico, ou seja, a chamada "cultura hospitalocêntrica".

Os dados apresentados demonstram que é possível que haja fragilidade na atenção básica do município ou até mesmo questões de cunho cultural ou financeiro da população. No entanto, ainda permanece uma pergunta: o que verdadeiramente motiva os usuários a buscar atendimento no pronto-socorro do hospital e não na atenção básica? Sugere-se nova pesquisa com o objetivo de buscar a resposta a esta intrigante questão.

Ressalta-se que esse problema verificado através desta pesquisa deve ser tratado com seriedade por parte dos gestores em saúde, visto que causam grande sobrecarga nos serviços prestados pelo pronto-socorro do hospital, além de gerar altos custos para os cofres públicos.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988.
2. Cecílio LC. Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, mais uma possibilidade a ser explorada. Campinas, 1997.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Revista Médica de Minas Gerais. 2008;18(4):S4.
4. Souza PC, Scatena JHG. Avaliação normativa: utilizando indicadores de produção para analisar um hospital no contexto do sistema local e regional de saúde. Barra do Bugres, 2008.
5. Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo-Rio de Janeiro: Unesp, Abrasco, 1994.
6. Lago ER, Cruz RB. Atención primaria de salud y medicina general integral, vol. 1: editorial ciencias médicas, 2001.
7. Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca CD. A estratégia de saúde da família. In: Fundamentos e práticas da atenção primária à saúde: medicina ambulatorial. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 88-100.
8. Paim JS. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. 5ª edição. Rio de Janeiro, 1999.
9. Starfield B. Atención primária: equilibrio entre necesidades de saúde, servicios e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
10. Gilvanelia et al. Ciências e Saúde Coletiva. 2009; 14(3):783-94.
11. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. 2ª edição. Brasília-DF, 1998.
12. Canesqui AM. Avaliação de políticas e programas sociais: conceitos e tipos de pesquisa. Caderno de serviço social, 2002.
13. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.
14. Tobar F. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
15. Serrano P. Redacção e apresentação de trabalhos científicos. 2ª ed. Lisboa: Relógio D'Água, 2004.
16. Paim JS. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro, 2002.
17. Cecílio LC. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital. Londrina: Revista espaço para saúde, 2000.
18. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. 1ª ed. Brasília: CONASS, 2006.