

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

BRUNA DAIANE SANTOS PEREIRA

LUCIANA FATUCH E SILVA

MARINA BENFENATTI BOTELHO

**A DIFICULDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA E A DEMANDA DA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Duque de Caxias

2018

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

BRUNA DAIANE SANTOS PEREIRA

LUCIANA FATUCH E SILVA

MARINA BENFENATTI BOTELHO

**A DIFICULDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA E A DEMANDA DA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de
Conclusão de Curso II como um dos requisitos para a
conclusão do Curso de Medicina.

Orientador: Professora Márcia Silveira Ney

Duque de Caxias

2018

Nº ACERVO

CATALOGAÇÃO NA FONTE/BIBLIOTECA - UNIGRANRIO

P436d Pereira, Bruna Daiana Santos.

A dificuldade de acesso aos serviços de atenção primária e a demanda da emergência pediátrica / Bruna Daiane Santos Pereira, Luciana Fatuch e Silva, Mariana Benfenatti Botelho. - Duque de Caxias, 2018.
31 f. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Medicina) – Universidade do Grande Rio "Prof. José de Souza Herdy", Escola de Ciências da Saúde, 2018.

"Orientadora: Profa. Márcia Silveira Ney".
Bibliografia: f. 20-22.

1. Medicina. 2. Pediatria. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Serviços médicos de Emergência. 5. Acolhimento. 6. Acesso aos serviços de saúde. I. Silva, Luciana Fatuch e. II. Botelho, Mariana Benfenatti. III. Ney, Márcia Silveira. IV. Universidade do Grande Rio "Prof. José de Souza Herdy. V. Título.

CDD – 610

EXEMPLAR

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

BRUNA DAIANE SANTOS PEREIRA

LUCIANA FATUCH E SILVA

MARINA BENFENATTI BOTELHO

**A DIFICULDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA E A DEMANDA DA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Aprovado pela banca:

Prof. _____

Prof. _____

Em _____ de _____ 2018

Duque de Caxias

2018

RESUMO

O acesso à atenção primária deve ser a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde de acordo com os problemas de saúde apresentados pela população. A dificuldade de acesso faz com que os usuários procurem às emergências para a resolução de seus problemas agudos. Na faixa etária pediátrica esta procura indevida tem acarretado a superlotação das emergências pediátricas, tornando o acompanhamento e atendimento prejudicado. O objetivo deste estudo foi identificar os fatores que levam a procura ao atendimento emergencial em detrimento ao atendimento na atenção primária na faixa etária pediátrica. Estudo de natureza descritiva, transversal com abordagem qualiquantitativa realizado em um município da Baixada Fluminense no Estado do RJ de agosto à outubro de 2018. As etapas metodológicas incluíram revisão bibliográfica sobre o tema e pesquisa de campo para realização de entrevistas. Foram entrevistados, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, 223 responsáveis pelos pacientes pediátricos em uma unidade de referência para atendimento emergencial no município. A faixa etária predominante encontrada foi de crianças com menos de 6 anos (79,8%), principalmente entre 1 e 3 anos (57,4%). As queixas respiratórias foram as principais demandas para a procura ao serviço, seguido de lesões de pele, febre e diarreia. Os fatores relevantes para a procura ao atendimento no serviço de emergência foi devido à facilidade do acesso (82,1%). A necessidade de agendamento de consultas para atendimento aos serviços de atenção primária foi o motivo pela qual a maioria dos responsáveis (82,1%) relataram ter procurado a emergência como porta de entrada. Isso demonstra a cultura imediatista por parte dos usuários, que esperam que o acesso ao serviço e sua pronta resolução sejam fáceis e rápidos. Concluímos que ainda há muitas dificuldades que precisam ser enfrentadas pelas instituições públicas para ofertar assistência a todos conforme previsto pelos princípios do SUS.

Palavras-chave: Pediatria. Atenção Primária à Saúde. Serviços Médicos de Emergência.; Acolhimento. Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Access to primary care should be the gateway to the Unified Health System (SUS) according to the health problems presented by the population. The difficulty of access causes the users to look for emergencies to solve their acute problems. In the pediatric age group, this undue search has led to overcrowding of pediatric emergencies - impairing monitoring and care. The objective of this study was to identify the factors that lead to the demand for emergency care in detriment to primary care in the pediatric age group. A descriptive, cross-sectional study with a qualitative approach was carried out in a municipality of Baixada Fluminense in the State of Rio de Janeiro from August to October 2018. The methodological steps included bibliographic review on the subject and field research for interviews. 223 parents or responsible for pediatric patients were interviewed after signing the Free and Informed Consent Term in a reference unit for emergency care in the city. The predominant age group was found to be among children under 6 (79.8%), mainly between 1 and 3 years (57.4%). Respiratory complaints were the main demands for service demand, followed by skin lesions, fever, and diarrhea. The factors relevant to the demand for care in the emergency service were due to easy access (82.1%). The need for scheduling appointments to attend primary care services is the reason why most of those responsible (82.1%) reported having sought emergency as a gateway. This demonstrates the immediate culture on the part of the users, who hope that the access to the service and its ready resolution are easy and fast. We conclude that there are still many difficulties that need to be faced by public institutions to offer assistance to all according to SUS principles.

Keywords : Pediatrics. Primary Health Care. Emergency Medical Services. Welcome. Access to health services.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	7
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	9
3.	OBJETIVOS	12
4.	MATERIAL E MÉTODOS	12
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
6.	CONCLUSÃO	19
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
8.	<u>APENDICE A:</u>	23
9.	<u>APENDICE B:</u> Termo de livre consentimento esclarecido	25
10.	<u>APÊNDICE C:</u> Carta de anuência da instrução	28
11.	ANEXOS	31
	DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO	32

1. INTRODUÇÃO

Um sistema de saúde é uma rede articulada de recursos e conhecimentos, organizado para responder às necessidades de saúde da população. Os serviços de saúde têm como objetivo promover o bem estar e responder as necessidades das pessoas. A análise das características particulares de cada população (os aspectos ambientais, socioeconômicos, demográficos, culturais e de saúde) orientam a organização local de cada serviço (DUNCAN *et al*, 2004).

O sistema Único de Saúde (SUS) implementado há 28 anos é o modelo público de atenção à saúde no Brasil conforme previsto na legislação, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990). Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos em todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia do acesso. É definido como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Está organizado em níveis de atenção à saúde tendo princípios e diretrizes estabelecidos na legislação: universalidade do acesso em todos os níveis de assistência, igualdade, integralidade, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (GIOVANELLA, *et al*, 2009).

Nos últimos anos o SUS têm ampliado o acesso aos serviços à população através da expansão da rede de assistência médica em todo o país, sobretudo através da implantação de equipes na atenção primária. A Estratégia Saúde da Família (ESF) implantada desde 1994 conta atualmente com 45.000 equipes abrangendo mais de 5400 municípios brasileiros totalizando 65% de cobertura populacional no território brasileiro (MS, DAB, 2018).

Apesar de todos os esforços realizados pelo Ministério da Saúde nos últimos anos, através de mudanças no financiamento dos serviços, readequação das unidades com construção e reformas para sua ampliação e melhorias na qualidade da assistência ainda

observam-se dificuldades de acesso e de articulação dos serviços de saúde para o funcionamento em rede em muitos municípios brasileiros.

Em uma pesquisa do Ministério da Saúde, realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revela que a maioria dos brasileiros procura pelas unidades públicas quando apresenta algum problema de saúde. Os dados revelaram que 71,1% da população foram a estabelecimentos públicos de saúde para serem atendidos. Deste total, 47,9% apontaram as Unidades Básicas de Saúde como sua principal porta de entrada aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os dados também apontam que as políticas públicas cumprem papel fundamental no acesso a medicamentos. Do total de entrevistados, 33,2% conseguiram pelo menos um dos medicamentos no SUS e 21,9%, por meio do Programa Farmácia Popular. Na avaliação do perfil dos usuários da rede pública de saúde, o estudo mostra que os serviços chegam a quem mais precisa. A proporção de indivíduos que mais tiveram acesso a medicamentos nos serviços públicos sobe para 41,4% na população sem instrução ou com fundamental incompleto e para 36,7% entre os de cor parda. O mesmo acontece com o Programa Farmácia Popular, ou seja, quem mais utiliza este serviço são as pessoas de menor escolaridade. “O estudo destaca o papel do SUS na promoção da equidade e os resultados do esforço do governo federal em expandir os serviços a toda a população”.

Depois das Unidades Básicas de Saúde, os serviços públicos mais procurados pela população são os de emergências, como as Unidades de Pronto Atendimento Público ou Emergência de Hospital Público (11,3%), seguidos pelos hospitais e serviços especializados: do total, 10,1% da população vão até um Hospital Público ou Ambulatório quando têm um problema de saúde e 1,8% vão aos Centros de Especialidades e Policlínicas Públicas. Os consultórios e clínicas particulares atraem 20,6% dos brasileiros e 4,9% buscam emergências privadas (BRASIL, 2018).

A atenção primária à saúde é entendida como uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os serviços e em sua forma mais desenvolvida é a porta de entrada do sistema e o local responsável para organização do

cuidado à saúde do paciente ao longo do tempo. Deve responder as necessidades de saúde da população, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção de saúde.

Os serviços de atenção primária são responsáveis pelo atendimento longitudinal do paciente desde o nascimento até a senilidade, e tendem a acompanhar e resolver 85% dos problemas mais comuns da população, evitando a utilização de serviços em unidades que exigem maior complexidade.

Para a população pediátrica as unidades de atenção primária devem ser o serviço preferencial para o acompanhamento e atendimento já que estão localizadas em sua maioria na proximidade da residência dos usuários, favorecem a adesão e acompanhamento, garantia de vínculo entre o paciente e o profissional de saúde, já que em muitas situações a criança já vem sendo acompanhada desde a gestação pela mesma equipe de saúde. (BUBOLTZ et al, 2015).

As emergências pediátricas tem seu atendimento prejudicado em situações de superlotação, quadro rotineiramente visto na realidade Brasileira. Há uma grande demanda de crianças para consultas que podem ser eletivas ou são pouco urgentes e uma minoria realmente emergencial, classificados através de protocolos de Classificação de risco na triagem do acolhimento na unidade (ex. protocolo de Manchester) o que aumenta o tempo para avaliação de pacientes que demandam por um atendimento rápido. Identificar os motivos que levam à procura de pronto atendimentos para situações não emergenciais, torna-se uma estratégia importante na tentativa de otimizar o fluxo emergencial, diminuindo o tempo de atendimento às crianças que realmente necessitam de rápida avaliação.

Neste contexto, este trabalho tem como objeto de estudo evidenciar os fatores ligados à procura aos serviços de emergência como pronto socorros e determinar se existe ou não influência pela dificuldade de acesso à atenção primária.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Os profissionais de saúde, frequentemente, observam quadros clínicos não emergenciais nos pronto-socorros (KOVACS et al., 2005) e internações por doenças sensíveis à atenção primária (BARRETO, et al, 2009). É importante a investigação desse assunto, visto que esses pacientes podem contribuir para a superlotação desnecessária das emergências pediátricas, prejudicando crianças que realmente necessitam de atendimento rápido. Logo, torna-se relevante investigar as dificuldades de acesso à atenção primária nessa população.

As emergências em saúde são situações nas quais o atendimento não pode ser protelado, devendo ser realizado de forma imediata. Já as urgências são situações em que o atendimento pode ser prestado em tempo não superior a duas horas. Por fim, as situações não urgentes são definidas como aquelas que podem ser encaminhadas a um pronto atendimento ambulatorial, ou para o atendimento ambulatorial convencional (SOUZA, et al., 2011)

A análise de casos urgentes e não urgentes é feita através de protocolos de classificação de risco, destacando-se o Sistema de Triage de Manchester (STM), muito utilizado na União Europeia e Reino Unido. Ele é operado por enfermeiros ou médicos, e visa padronizar o atendimento nas emergências e preconizar um tempo de espera condizente com a gravidade dos casos (FERNANDES, 2010; MACKAWAY-JONES, 2006). Além de um sistema de classificação de prioridade e de predição de risco para usuários de serviços de pronto atendimento e emergência, o STM dá embasamento à tomada de decisão durante a admissão dos pacientes, possibilitando a compreensão de que a priorização do atendimento se dará de acordo com a condição clínica dos pacientes, ao invés da ordem de chegada.

Pelo sistema de Manchester, existe a classificação azul que enquadram pacientes não emergenciais em serviços de pronto-socorro e os referencia para serviços de atenção primária. Entretanto, Lima e Colaborados, no Ceará, evidenciaram que essa condição não se aplica à prática brasileira, visto que, pela constituição brasileira e os princípios do SUS, não se pode negar atendimento médico, contribuindo assim para a superlotação das emergências pediátricas.

EMERGÊNCIA	Emergência: Caso gravíssimo, com necessidade de atendimento imediato e risco de morte.
MUITA URGÊNCIA	Muito urgente: Caso grave e risco significativo de evoluir para morte. Atendimento urgente.
URGÊNCIA	Urgente: Caso de gravidade moderada, necessidade de atendimento médico, sem risco imediato.
POUCA URGÊNCIA	Pouco Urgente: Caso para atendimento preferencial nas unidades de atenção básica.
NÃO URGÊNCIA	Não Urgente: Caso para atendimento na unidade de saúde mais próxima da residência. Atendimento de acordo com o horário de chegada ou serão direcionados às Estratégias de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde. Queixas crônicas; resfriados; contusões; escoriações; dor de garganta; ferimentos que não requerem fechamento e outros.

Figura 1: Protocolo de Manchester

Os estudos brasileiros corroboram por situações semelhantes em relação às classificações de risco, onde constata-se que grande parte das crianças que procuram os serviços emergenciais apresentam patologias passíveis de serem solucionadas pelos serviços de atenção primária. O percentual desses atendimentos variou de acordo com a referência pesquisada: KOVACS et al., 2005, em Recife, após analisar 383 crianças, constatou que esse número seria de 63,5%, enquanto ANDRADE e DONELLI, em 2004, observou 40% de casos não emergenciais. MELO, ASSUNÇÃO e FERREIRA em Belo Horizonte no ano de 2007, descreveram que 50% dos casos foram considerados como consultas simples, sensíveis a atendimento em serviços de cuidados primários.

Na maioria dos casos isso ocorre porque as dificuldades de acesso à atenção primária fazem com que cuidadores se dirijam aos serviços emergenciais como primeira alternativa de busca ao serviço de saúde. BUBOLTZ et al, 2015, em Santa Maria – RS, apresenta como principal empecilho a falta de profissionais em Unidades Básicas.

Um dos indicadores de qualidade da atenção primária são as internações por causas sensíveis a esta, mas não existe um consenso sobre quais doenças estão inseridas nesse contexto. Alfradique e colaboradores do projeto ICSAP, de São Paulo, elaboraram uma lista com vinte doenças, chegando à conclusão que de 2000 a 2006 houve uma queda de 15%

de internações sensíveis a atenção primária com a expansão dos serviços, entretanto em 2006 ainda representavam 28% de todas as internações do SUS. Este trabalho terá como referencial as demandas e doenças sensíveis à atenção primária presente nessa lista.

Experiência internacional

Apesar de os países Europeus terem sistemas de atenção básica mais consolidados que o Brasileiro, algumas situações semelhantes são encontradas. Na Espanha, GARCIA et al, em 2017 demonstraram que o grupo que mais frequenta emergência pediátrica são crianças sem patologia crônica e pouco urgentes, maioria sem necessidade de intervenção. BAYLE et al, 1990 também na Espanha, evidencia que apenas 13% dos pacientes acessam a atenção primária antes do atendimento emergencial, entretanto, evidencia um fator diferente para a superlotação das emergências, que é a falta de educação/informação dos pais, em contrapartida à dificuldade de acesso no Brasil.

Mais próximo à realidade brasileira, no Chile, SANJURJO e equipe demonstraram que há mais pacientes nas emergências que não tem acesso à saúde básica do que pacientes que frequentam centros de atenção primária, entretanto os dois grupos tem os mesmos tipos de doença, mas os que vem da atenção primária são mais absorvidos nas emergências. Ou seja, a atenção básica funciona como uma triagem eficiente.

Economicamente seria muito viável a qualquer país que as emergências atendessem apenas as demandas apropriadas, visto que o serviço de atenção básica consolidado evitaria exacerbações de problemas agudos e diminuiria os atendimentos emergenciais, reduzindo desta forma os gastos desnecessários em serviços de saúde que exigem alta complexidade.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral: Identificar os fatores que estão relacionados à procura pelo atendimento na emergência pediátrica, se influenciados ou não pela dificuldade de acesso à atenção primária

3.2 Objetivos específicos:

Analisar quais são as patologias ou doenças mais prevalentes de procura nos serviços de emergência pediátrica,

Caracterizar as principais demandas de atendimento na emergência se classificadas ou não como emergenciais ou sensíveis à atenção primária e que poderiam ter sua agudização evitada pelo atendimento primário.

Identificar os possíveis fatores que levam a procura pelo atendimento na emergência em detrimento das unidades de atenção primária para a faixa etária pediátrica.

4. MATERIAL E MÉTODOS

A primeira fase deste estudo constituiu-se de um levantamento bibliográfico, através de buscas nas bases literárias BIREME, MEDLINE e PUBMED utilizando as combinações Atenção primária AND Pediatria AND acolhimento; Acesso AND Atenção primária AND emergência pediátrica; Acolhimento AND atenção primária AND emergência pediátrica; Sistema de triagem de Manchester; e suas variantes em inglês, selecionando apenas artigos escritos a partir de 1994. Esta data foi escolhida por tratar-se do início do programa brasileiro de saúde da família.

Como critérios de exclusão dos materiais selecionados: Artigos repetidos, que após a leitura prévia do resumo não demonstram relação com o objeto da pesquisa. Artigos realizados fora do país Brasil serão analisadas previamente e consideradas apenas as que demonstrarem situações modelo aplicáveis no país (configuração do sistema de saúde/complexidade rede de atendimento)

Após revisão bibliográfica, na segunda fase deste trabalho, foi realizado um estudo descritivo, transversal, realizado em um hospital de referência em pediatria, na região da Baixada Fluminense, no Estado do Rio de Janeiro.

O cenário escolhido para a pesquisa foi o Hospital Infantil Ismélia Silveira – Duque de Caxias/RJ. O instrumento de coleta de dados foi composto de um questionário estruturado contendo questões sobre grau de parentesco do acompanhante, sexo e idade da criança, sintoma que motivou à procura ao atendimento, acesso à atenção primária e procura anterior ao hospital. A coleta de dados foi realizada de agosto à outubro de 2018, sempre nos horários de 10:00 às 12 horas e aplicado aos responsáveis que aguardavam atendimento após a triagem de acolhimento na unidade.

A população do estudo foi constituída por crianças/adolescentes e suas mães/acompanhantes no atendimento de urgência/emergência, que preencheram os seguintes critérios de inclusão: ser pertencente à classificação de risco VERDE segundo o protocolo de Manchester; buscar o atendimento hospitalar em horário coincidente com o funcionamento da maioria das clínicas de família dos municípios da baixada fluminense e Rio de Janeiro. Foram excluídos os pacientes triados como risco amarelo ou vermelho, com diagnóstico comprovado

para arboviroses e demais doenças epidêmicas e com doenças graves (cardiopatas e encefalopatias).

Foram entrevistados neste trabalho responsáveis por 223 pacientes. Os dados foram coletados pelas três pesquisadoras envolvidas no estudo.

Para a realização da entrevista os responsáveis foram selecionados no setor de espera, explicados os motivos para a realização da pesquisa contendo o Termo de consentimento Livre e Esclarecido. Somente foram abordados os responsáveis que aceitaram participar da pesquisa. A pesquisa teve autorização da Direção da Unidade para realização das entrevistas e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada no município de Duque de Caxias, região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, que possui uma extensão territorial de

aproximadamente 465Km². Segundo o IBGE, é o terceiro Município do Estado do Rio de Janeiro com maior população, em 2010 eram 855.048 habitantes.

A renda e o nível de escolaridade dos chefes de família são dois indicadores que, indiretamente, podem ser utilizados para avaliar as condições materiais de vida. No Censo 2010, em relação à instrução, os dados mostram que 95,0% da população residente maior de 15 anos são alfabetizadas, não especificando os anos de estudo por faixa etária.

Em relação à renda por domicílio, 43,8% ganhavam no máximo dois salários mínimos e 6,3% não tinham nenhum tipo de rendimento. Apenas 2,7% tinham renda superior a 10 salários mínimos por mês. Estes indicadores sugerem que as condições materiais de vida são bastante desfavoráveis em todas as áreas do Município.

O IDH pretende ser uma medida geral, sintética do desenvolvimento humano. Ele parte do pressuposto de que para aferir o avanço de uma população não se deve considerar apenas a dimensão econômica, mas também outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2010). No ranking do IDH-M – PNUD Brasil, o IDH de Duque de Caxias em 2010 alcançou a 49ª posição no Estado do Rio de Janeiro, antes em 2000 ocupava a 52ª posição. E em relação ao ranking nacional, Duque de Caxias ocupa o 1.796º lugar, com pontuação de 0,711 (considerados de médio desenvolvimento humano).

A discreta melhoria na qualidade de vida da população, no período 1991/2010, pode ser evidenciada através dos indicadores de educação e saneamento básico, a saber: em 1991, 57,0% dos domicílios tinham coleta de lixo passando para 95,9% em 2010; 32,1% dos domicílios com instalações sanitárias ligadas a rede geral de esgoto ou pluvial em 1991 passando para 77,2% em 2010. O indicador com impacto negativo foi o abastecimento de água que não acompanhou o crescimento populacional, apresentando 79,8% de domicílios com abastecimento pela rede geral em 1991 reduzindo para 62,6% em 2010 justificados, provavelmente, pela ocupação desordenada de algumas áreas (invasões).

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 21,4 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 14,1 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010.

O cenário escolhido para a pesquisa foi o Hospital Infantil Ismélia Silveira – Duque de Caxias/RJ, referência na Baixada Fluminense para atendimento pediátrico.

Foram entrevistados neste trabalho responsáveis por 223 pacientes, dos dias 14/08/2018 até o dia 19/10/2018, sempre em dias úteis, nos horários de 10:00 às 12:30 horas. Dos pacientes classificados como VERDE a serem atendidos no Hospital, nos momentos em que a pesquisa foi realizada, houve uma discreta prevalência de meninos (54,3%), e 102 estavam acompanhadas apenas pela mãe, 26 apenas pelo pai e 66 por pai e mãe. Outros acompanhantes identificados foram avós 27 e tios 2. A faixa etária predominante foi de crianças com menos de 6 anos (79,8%), principalmente entre 1 e 3 anos (57,4%).

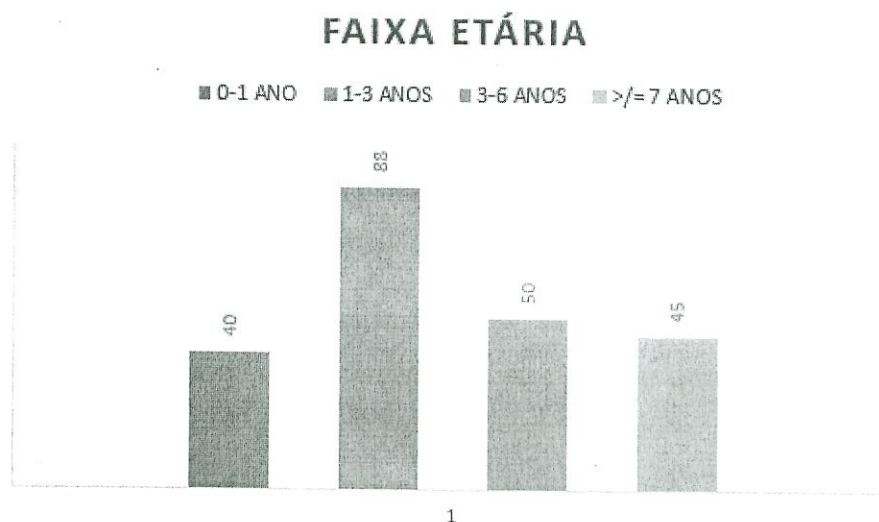


Gráfico 1: Faixas etárias dos pacientes

Os motivos que conduziram os responsáveis ao serviço de emergência eram diversos e foram agrupados por tipo de queixa principal, para melhor sistematização. As alterações mais encontradas foram queixas respiratórias (que englobam infecções de vias aéreas superiores, pneumonia e broncoespasmo) – 37,7%; lesões de pele (25,1%); febre sem foco determinado na emergência (23,3%); doença diarreica aguda (8%). Outras afecções

descritas foram infecção de trato urinário (2,2%); queixas ortopédicas, urológicas, cefaleia, trauma, infecção de coto umbilical, constipação e dor abdominal, que somaram menos de 4%.

Das doenças mais comuns, grande destaque tiveram as afecções respiratórias, dados condizentes com as idades mais prevalentes, uma vez que desde o final da década de 60 as infecções respiratórias agudas se configuram como um dos três problemas mais comuns da primeira infância e considerado um problema de saúde pública. Além disso, a qualidade do ar do município de Duque de Caxias pode contribuir para esses dados, já que o IBGE identificou, pela primeira vez, os municípios do estado do Rio de Janeiro que têm os maiores potenciais de emissão industrial de poluentes atmosféricos. Foi aplicado a metodologia "Industrial Pollution Projection System" (IPPS), desenvolvida pelo Banco Mundial que leva em conta que o potencial de poluição industrial do ar, que é concentrado na emissão de dióxido de enxofre (SO₂) e particulados finos (PM₁₀), substâncias que causam danos à saúde respiratória e ao meio ambiente. Duque de Caxias é responsável por 22% de toda a emissão de SO₂ no estado sendo 76% dessa emissão devido ao refino de petróleo e da indústria química do município. Por esse motivo, ocupa a segunda posição por emissão de SO₂ no Estado do Rio de Janeiro e a quinta posição com relação a emissão de PM₁₀. Desde 2004, a poluição atmosférica em Duque de Caxias, na Baixada Fluminense, atingiram picos que superaram em 150 vezes o limite, o que pode provocar inúmeros problemas na população como tosse, agravamento da asma, bronquite, irritação das mucosas e prejuízo aos pulmões.

Em segundo lugar, aparecem as doenças de pele, que também podem ser explicadas pelo baixo nível de saneamento básico que parte da população do município vive, cerca 22,2% da população não tem acesso a saneamento básico. Outro dado muito importante que pode contribuir para esses achados é a qualidade do solo. Na região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro há três municípios cujas populações estão sob risco de exposição a solo contaminado. No entanto, Duque de Caxias é o único município, desta região, cujo Sistema de Vigilância VIGISUS considera como tendo a população não sob risco, mas, verdadeiramente exposta, a solo contaminado. Isto se deve a duas situações encontradas no município que são: a contaminação do solo por organoclorado, na localidade de Cidade dos Meninos e aos aterros sanitários principalmente o de Gramacho, que recebeu durante muitos anos, o lixo da cidade do Rio de Janeiro e de outros municípios limítrofes de forma inadequada.

DOENÇAS MAIS COMUNS

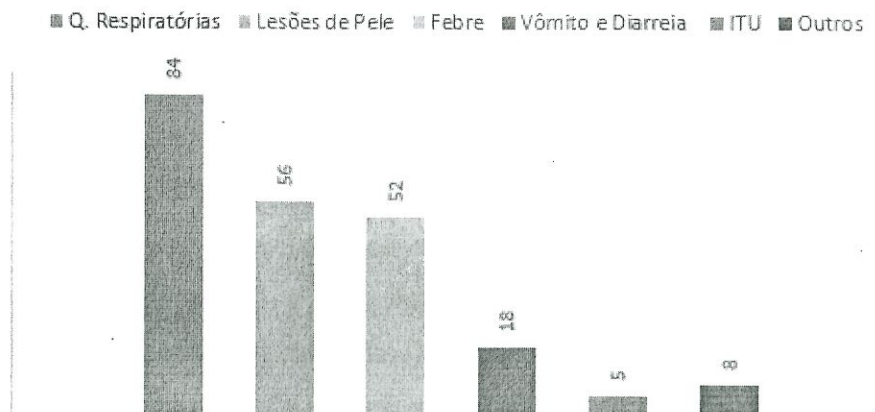


Gráfico 2: Frequência de queixas e doenças encontradas na emergência

As duas alterações que mais levaram as mães a procurarem o serviço de emergência foram respiratórias e de pele, somando 62,8% do total de atendimentos. É importante salientar, que essas afecções foram consideradas sensíveis à atenção primária, de acordo com o Projeto ICSAP (lista oficial lançada em 2008, pelo Ministério da Saúde). Apesar disso, configuraram mais da metade dos atendimentos triados como verde no serviço de emergência pesquisado. Esse dado já tinha sido corroborado em outros estudos apresentados aqui: KOVACS et al., 2005, constatou 63,5% de atendimentos emergenciais com patologias sensíveis à atenção primária e MELO, ASSUNÇÃO e FERREIRA, 2007, descreveram que 50% do total.

A maioria das crianças tinham acesso a algum tipo de serviço da atenção primária (85,2%), entretanto, 3,15% disseram que não vão nunca, 30% tem consultas regulares e 66,8% não tem regularidade na frequência, indo à unidade de atenção básica apenas para realizar imunizações ou quando surge alguma sintomatologia. Dos pacientes com atendimento regular, a maioria tinha menos de 3 anos, principalmente entre 0 e 1 ano. Isto nos mostra a fragilidade dos cuidados continuados na atenção básica Brasileira, uma vez que é mais eficiente durante a fase de lactação, nos serviços de puericultura, mas não alcança longitudinalidade ao passar da idade.

A grande maioria dos responsáveis (82,1%) não procurou a Unidade antes de ir à emergência e a principal alegação para isso foi não conseguir atendimento fácil (sendo necessário marcação prévia com demora para conseguir os serviços) – 45,9%. Outras queixas foram ausência constante de médico na unidade (25,4%) e falta de acesso a uma UBS (14,8%). Alguns responsáveis não procuraram o serviço primário por achar que o filho estava muito grave (2,7%), a emergência era mais próxima (10,2%) e falta de satisfação com o serviço prestado (1%). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, todo paciente que chega à unidade deve ser atendido e entra nas classificações de risco, baseado no princípio do primeiro contato e coordenação do cuidado, entretanto 45,9% alegou só conseguir atendimento com hora marcada. Dessa maneira, a atenção primária acaba não sendo condizente com seus princípios e as pessoas procuram, de maneira preferencial, os pronto atendimentos. O trabalho de BUBOLTZ et al, 2015 teve como principal empecilho a falta de profissionais de saúde na unidade, problema também relevante na realidade do Hospital Infantil em Duque de Caxias.

MOTIVOS PARA NÃO PROCURA À ATENÇÃO PRIMÁRIA

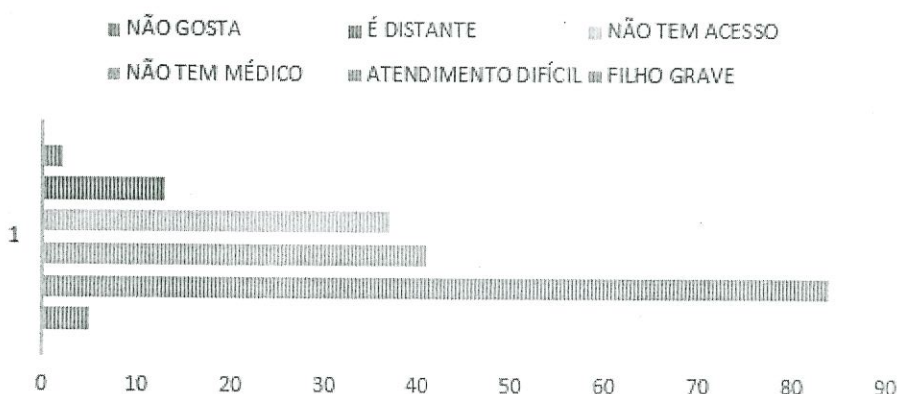


Gráfico 3: Motivos que levaram os responsáveis a não procurarem a atenção primária antes de ir à emergência

A minoria dos entrevistados procurou o serviço de atenção básica antes de recorrer ao pronto atendimento, portanto, a sociedade ainda não identifica os serviços das unidades básicas como porta de entrada principal ao SUS e acaba procurando serviços de emergência, o que pode superlotar os pronto atendimentos com casos sensíveis à atenção primária. Dos 223 entrevistados, 40 procuraram a UBS antes de ir à emergência, mas revelaram necessidade de posterior ida ao pronto atendimento principalmente pela falta de

médico na unidade (55%), não ter conseguido atendimento de imediato, com necessidade de marcação de consulta (22,5%) e devido a não resolutividade (20%). Alguns pais procuraram o pronto atendimento mesmo sem indicação da atenção primária por não terem gostado do serviço prestado (2,5%).

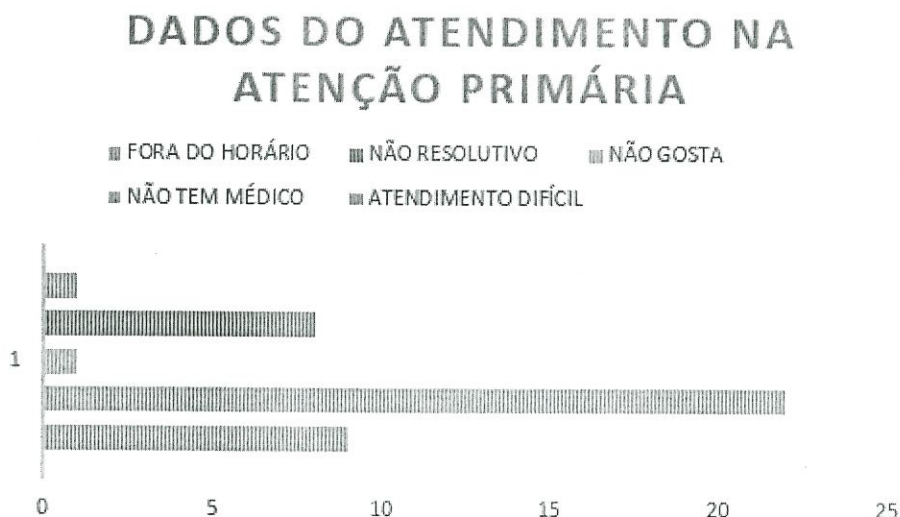


Gráfico 4: Motivos que levaram os pais procurarem o serviço de emergência, mesmo tendo procurado a atenção primária anteriormente

6. CONCLUSÃO

Neste estudo, foi possível constatar que há muitas dificuldades que precisam ser enfrentadas pelas instituições públicas para ofertar assistência a todos, respeitando os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade.

No município do estudo, a UBS não está sendo praticada como porta de entrada do sistema de saúde, tal qual sua concepção. A orientadora do fluxo no sistema, tem sido a unidade de emergência. Assim como nos referenciais teóricos citados neste estudo, a maioria dos pacientes procura o serviço emergencial sem queixas urgentes ou sensíveis à atenção básica.

Este dado representa um problema para as crianças, que têm atenção à saúde apenas para sua demanda espontânea numa situação de crise. As ações programáticas, como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o cuidado de uma doença crônica, as ações de promoção e prevenção de saúde passam a não ter papel na população estudada, tendo em vista, que apenas pequena parte desta população possui assistencialidade nos serviços de atenção primária apesar de afirmarem que possuem o acesso.

A necessidade de agendamento de consultas foi o principal motivo pela qual a maioria dos responsáveis (82,1%) relataram ter procurado a emergência como porta de entrada. Isso demonstra a cultura imediatista por parte dos usuários, que esperam o acesso e tratamento facilitado e de forma rápida, ainda que não seja o mais adequado ao caso apresentado, e em atendimentos que apontam para queixas de baixa complexidade nas unidades de pronto atendimento. Com isso, essas queixas, que poderiam ser resolvidas em uma consulta ambulatorial, por não se caracterizarem como urgência e emergência, acarretam aumento da demanda, aumento de custos e sobrecarga de trabalho para os profissionais nas unidades emergenciais. Essa superlotação tem levado à queda na qualidade da assistência prestada e na resolutividade dos serviços.

A pesquisa identificou que a Unidade Básica de Saúde precisa ser priorizada pela gestão para que a política nacional de atenção primária, tendo a UBS e ESF como porta de entrada preferencial, realmente seja estruturante e orientadora da rede integral de serviços de saúde. Essa situação, pode ser alcançada através de um maior financiamento do sistema, com ampliação do Programa de saúde da família e comunidade no município. Também é necessário, melhoria da infraestrutura das unidades para garantir condições dignas de atendimento para os usuários e para os profissionais exercerem suas funções com segurança. E maior mobilização social com a participação dos conselhos sociais locais pra

educação populacional sobre o papel e as funções que cada serviço de saúde devem desempenhar no sistema.

Conclui-se, que é preciso repensar o papel da atenção primária à saúde (APS) no município estudado como organizadora do fluxo de atendimento, com foco no acolhimento, no trabalho em equipe, na coordenação das ações, no ordenamento do fluxo da atenção, na longitudinalidade do cuidado, com ênfase na família e orientação comunitária, para mudar a lógica estabelecida de procedimentos centrados nas unidades de emergência, ampliando assim as possibilidades de cuidado centrado na pessoa e não na doença.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMTHAUER, C. **Características da utilização do sistema de triagem de Manchester em uma unidade de emergência pediátrica.** *Porto Alegre; s.n; 2015. 77 p.* Tese - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de pós-graduação em enfermagem.

ANDRADE, E. A.; DONELLI, T. M. S. **Acolhimento e humanização: proposta de mudança na recepção aos usuários do setor de emergência/urgência do Hospital Municipal de Novo Hamburgo (HMNH).** Boletim da saúde. Porto Alegre, vol. 18, n. 2, 2004

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BARBOSA S. P. et al. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Cienc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.

BATISTELA, S.; GUERREIRO, N. P.; ROSSETTO, E. G. **Os motivos de procura pelo Pronto-Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, jul./dez. 2008. Disponível em:

http://www.uel.br/proppg/portal/pages/arquivos/pesquisa/semina/pdf/semina_29_2_20_28.pdf [Acesso em 18.10.2018].

BRASIL. Governo Federal. Ministério da Saúde . Pesquisa Nacional de Saúde. 71% dos brasileiros têm os serviços públicos como referência. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2015/06/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia> [Acesso em 30.10.2018].

BULBOLTZ, L.; SILVEIRA, A.; NEVES, T. E. **Estratégia de famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico: A busca pela construção da integralidade.** Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-201500002040014.pdf

CINZA SANJURJO, S. et. al. **Papel de la Atención Primaria en la asistencia pediátrica hospitalaria urgente:** estudio de los pacientes derivados a un hospital de tercer nivel / No disponible. *Pediatr. aten. prim*; 8(31): 397-408, jul.-sept. 2006.

DUQUE De CAXIAS. Secretaria Municipal de Saúde. - **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS 2018 - 2021.**

FERNANDES, I.A, **Protocolos no serviço de urgência.** Revista Nursing. Portugal, p. 31- 34, 2010.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. **Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares.** *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

KOVACS, M. H. et al. **Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro.** *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 3, p. 251-258, jun. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000400013 [acesso em

LIMA, L. M. B.; ALMEIDA, N. M. G. S. **Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação.** *Saúde Debate*. 2013; <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/07.pdf> [acesso em

MACKAWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency Triage**: Manchester Triage Group. 2. ed. [S.l.]:Paperback, 2006.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. **A percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família**. Revista Cereus, Gurupi, v. 6, n. 1, p. 03-18, jan./abr. 2014.

MELO, E. M. C.; ASSUNÇÃO, A. A.; FERREIRA, R. A. **O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências**: fatores intervenientes no atendimento. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 3000-3010, dez. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/20.pdf> [acesso em

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. **Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família**. Physis, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

OTERINO, D.; PEIRÓ, S. *et al.* **Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario**. Una evaluación con criterios explícitos. Gac Sanit 1999;13(5):361-370

Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S0213911199713877/1-s2.0-S0213911199713877-main.pdf?_tid=6d5d8f06-a318-4703-9895-18fa243bf6b8&acdnat=1529872328_2f845dae012dcb8a622a62decfe9ea50 [acesso em

RATI, R. M. S. Et. Al. **Criança não pode esperar**: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. Ciência Saúde Coletiva. 2013; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a22v18n12.pdf> [acesso em

RIVAS GARCIA, A. et. al. **Hiperfrecuentadores en urgencias**. ¿Quiénes son? ¿Por qué consultan? / Frequent users in paediatric emergency departments. Who are they? Why do they consult? An Pediatr (Barc); 86(2): 67-75, feb. 2017.

RYAN, M. et. Al. **Non-urgent presentations to a paediatric emergency department**: Parental behaviours, expectations and outcomes. EMA 2005; (17):457-462. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1742-6723.2005.00777.x> [acesso em

SANCHEZ BAYLE, M. et. al. **La asistencia primaria pediátrica vista a través de un servicio de urgencias hospitalario**. In: Rev Sanid Hig Publica, Madri, Mai-Jun,1990.

SOUZA, C. C. *et al.* **Classificação de risco em pronto-socorro**: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. Rev Latino-Am Enfermagem, São Paulo, v. 19, n. 1, 8 telas, 2011.

STEIN, T. A. **Acesso a atendimento médico continuado**: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência. 1998. 248 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós- graduação em Medicina: Clínica médica. Porto Alegre. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1919/000223165.pdf?sequence=1> [acesso em

VAN VEEN, M.; MOLL, H. A. **Realibility and validity of triage systems in pediatric emergency care**. Scand J Trauma Resuscitation Emergency Med. 2009; Disponível em: <http://www.sjtrem.com/content/17/1/38/> [acesso em

VAN VEEN, M.; MOLL, H. A. **Realibility and validity of triage systems in pediatric emergency care.** Scand J Trauma ResuscitationEmergency Med. 2009; Disponível: <http://www.sjtrem.com/content/17/1/38/> [acessoem

VERAS, J. E. G. L. F. *et al.* **Análise das causas de atendimento de crianças e adolescentes menores de 15 anos em Pronto Atendimento de um Hospital Secundário de Fortaleza.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61, 2009, FORTALEZA. Anais... Fortaleza: Congresso, 2009. Disponível:http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00961.pdf [acessoem

WILLIAMS, A.; O'ROURKE, P.; *et. Al.* **Making choices:** why parents present to the emergency department for non-urgent care. 2009 Oct;94(10):817-20. doi: 10.1136/adc.2008.149823. Epub 2009 Apr 23. Disponível: <https://adc.bmj.com/content/archdischild/94/10/817.full.pdf> [acessoem

YEHUDA B. As infecções respiratórias agudas na infância como problema de saúde pública. Bol. Pneumol. Sanit. v.10 n.1 Rio de Janeiro jun. 2002

8. APENDICE A:

Questionário

A dificuldade de acesso aos serviços de atenção primária e a demanda da emergência pediátrica

1. Grau de Parentesco do acompanhante

() MÃE () PAI OUTROS:

2.Sexo da Criança

() Masculino () Feminino

3.Idade da Criança : _____

4.Motivo da Consulta

5.Tem Acesso a atenção Primária: Clínica da Família ou Posto de saúde ?

() Sim () Não

6.Com que frequência ? _____

7.Procurou Atendimento na Clínica da Família ou Posto de saúde antes de vir para emergência ?

() Sim () Não

8 - Você pensou em ir na Clínica da família ? Porque não foi ?

() Acha que o filho está muito grave

() Não consegue atendimento fácil

() Não tem médico

☐ Não tem acesso

() É distante

() Não gosta do serviço

Outros: _____

9. **APENDICE B:** Termo de livre consentimento esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(De acordo com as normas da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **“A DIFICULDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E A DEMANDA DA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA”**. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são: Identificar os fatores que estão relacionados à procura pelo atendimento pediátrico, se influenciados ou não pela dificuldade de acesso à atenção primária. Sua participação nesta pesquisa consistirá em informar o motivo da procura à emergência e como é o seu acesso à atenção básica de saúde. Os benefícios relacionados com a sua participação é contribuir para a melhoria do sistema de saúde no país. Os prejuízos envolvem a exposição de perguntas pessoais ao examinador, entretanto, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis Prof^a Dra Márcia Silveira Ney, Marina Benfenatti Botelho, Bruna D. S. Pereira e Luciana Fatuch, pelo email marinabenfenatti@gmail.com e telefone 21 997236190.



Pesquisador Responsável (assinatura do orientador)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIGRANRIO, localizada na Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160 – CEP 25071-202 TELEFONE (21).2672-7733 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: cep@unigranrio.com.br

Rio de Janeiro, ____ de ____ de 20 ____.

Sujeito da pesquisa

10. APÊNDICE C: Carta de anuência da instituição

CARTA DE ANUÊNCIA - Hospital Infantil Ismélia da Silveira

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar o(s) setor(es) EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA desta Instituição, para o desenvolvimento das atividades referentes ao Projeto de Pesquisa, intitulado: "A DIFICULDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E A DEMANDA DA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA" dos pesquisadores Bruna Daiane Santos Pereira, Luciana Fatuch e Silva; Marina Benfenatti Botelho, sob a responsabilidade do Professor Márcia Ney do curso de MEDICINA da Universidade do Grande Rio, pelo período de execução previsto no referido Projeto

Rio de Janeiro, 31 de 11/2018 de 2018

DA MARI FILIPPE BANDAIRA SERRA

Nome, por extenso, do responsável pelo setor

CHIEF DO SETOR

Cargo e/ou função que exerce na instituição

Assinatura e Carimbo

918 724. 824 - 84

CPF

MARI F B SERRA @ YAHOO.COM.BR

E-mail

Mário Filipe B. Pereira
Pediatra
CRM: 52.504377

11.ANEXOS

Grupo de causas de ICSAP	2008		2009		2010		2011		2012		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	2.923	2,5	2.670	2,3	2.053	1,81	2.270	2,05	3.390	3,13	13.306	2,38
Gastroenterites infecciosas e complicações	23.682	20,8	22.749	19,9	23.839	21,0	19.178	17,3	18.442	17,0	107.890	19,2
Anemia	1.507	1,3	1.575	1,3	1.455	1,2	1.204	1,0	1.146	1,0	6.887	1,2
Deficiências nutricionais	2.828	2,4	2.583	2,2	2.568	2,2	2.214	2,0	2.025	1,8	12.218	2,1
Infecções de ouvido, nariz e garganta	511	0,4	602	0,5	521	0,4	590	0,5	645	0,6	2.869	0,5
Pneumonias bacterianas	21.536	18,9	22.445	19,6	20.228	17,8	20.804	18,8	19.931	18,4	104.944	18,7
Asma	10.383	9,1	9.546	8,3	8.709	7,6	9.100	8,2	6.388	5,9	44.126	7,8
Doenças pulmonares	7.066	6,2	7.034	6,1	6.619	5,8	6.820	6,1	6.691	6,1	34.230	6,1
Hipertensão	5.448	4,7	5.412	4,7	5.012	4,4	4.274	3,8	4.091	3,7	24.237	4,3
Angina	2.538	2,2	2.480	2,1	2.955	2,6	3.137	2,8	3.607	3,3	14.717	2,6
Insuficiência cardíaca	8.744	7,6	8.964	7,8	8.538	7,5	8.398	7,6	8.640	7,9	43.304	7,7
Doenças cardiovasculares	3.749	3,2	4.237	3,7	4.146	3,6	4.664	4,2	6.104	5,6	22.900	4,0
Diabetes mellitus	6.396	5,6	6.848	6,0	7.553	6,6	7.745	7,0	6.981	6,4	35.523	6,3
Epilepsias	1.763	1,5	2.174	1,9	2.494	2,2	2.640	2,3	2.364	2,1	11.435	2,0
Infecção no rim e trato urinário	7.119	6,2	7.507	6,5	8.580	7,5	8.357	7,5	8.977	8,2	40.540	7,2
Infecção da pele e tecido subcutâneo	2.791	2,4	3.308	2,9	3.766	3,3	4.240	3,8	3.866	3,5	17.971	3,2
Doenças inflamatórias de órgãos pélvicos femininos	1.199	1,0	1.110	0,9	1.140	1,0	969	0,8	1.009	0,9	5.427	0,9
Úlcera gastrointestinal	2.273	2,0	1.494	1,3	1.470	1,3	2.167	1,9	2.097	1,9	9.501	1,7
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	1.347	1,1	1.383	1,2	1.615	1,4	1.709	1,5	1.896	1,7	7.950	1,4
TOTAL	113.803	100,0	114.141	100,0	113.261	100,0	110.480	100,0	108.290	100,0	559.975	100,0

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) (Dados: MS – junho de 2013)