

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PÓS-GRADUAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA**

GABRIELA MARTINHAGO FERNANDES

**MOTIVOS DA BUSCA DO ATENDIMENTO NO SETOR DE EMERGÊNCIA DE UM
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DO SUL DE SANTA CATARINA**

CRICIÚMA

2011

GABRIELA MARTINHAGO FERNANDES

**MOTIVOS DA BUSCA DO ATENDIMENTO NO SETOR DE EMERGÊNCIA DE UM
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DO SUL DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de pós-graduada em Urgência e Emergência da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof.MSc. Rozilda Lopes de Souza Rodolfo.

CRICIÚMA

2011

LISTA DE TABELA

TABELA 1 – PRINCIPAIS PONTOS DAS NORMAS OPERACIONAIS DO SUS	10
TABELA 2 – IDADE DOS PESQUISADOS.....	22
TABELA 3 - ESCOLARIDADE	22
TABELA 4 – A PROCURA DO ATENDIMENTO MÉDICO NA USB	23
TABELA 5 – CONHECIMENTO SOBRE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	24
TABELA 6 – LOCAIS DA PROCURA DO ATENDIMENTO MÉDICO.....	25
TABELA 7 – QUANTIDADE DE VEZES DA PROCURA DO ATENDIMENTO MÉDICO NA EMERGÊNCIA	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF	Estratégia Saúde da Família
PCR	Parada Cardiorespiratória
EAP	Edema Agudo de Pulmão
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
SUS	Sistema Único de Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Famílias
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
SAMU-USB	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Unidade de Saúde Básica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVO GERAL	8
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3 REFERENCIAL TEÓRICO	9
3.1 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	9
3.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	12
3.3 CONTEXTUALIZANDO O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E UNIDADE DE PRONTO ATENDIEMNTO (UPA's).....	14
3.4 SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL HENRIQUE LAGE	15
4 ESTRATÉGIA DE AÇÃO/METODOLOGIA	16
4.1 TIPO DE PESQUISA	16
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	16
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	17
4.4 COLETA DE DADOS	17
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS.....	18
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	19
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	20
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E DA CLIENTELA PESQUISADA.....	20
5.2 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PESQUISADOS.	21
5.2.1Sexo dos Pesquisados:	21
5.2.2 Idade dos pesquisados:	21
5.2.3 Escolaridade	22
5.3 O que fez você procurar a emergência do hospital? Há quanto tempo está com esse sintoma?.....	22
5.4 Procurou o médico da unidade de saúde do seu bairro? Se não, por quê?	23
5.5 Você sabe a diferença entre urgência e emergência?	24
5.6 Qual sua expectativa com relação ao atendimento prestado na emergência?	25
5.7 Quando você fica doente, qual o primeiro local que você procura?.....	25
5.8 Quantas vezes você procurou a emergência do hospital no último mês?.....	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICES	30

APÊNDICE A – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE CAMPO	31
APÊNDICE B – FORMULÁRIO SEMI-ESTRUTURADO UTILIZADA PARA A COLETA DE DADOS.....	32
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	33
CURSO DE ENFERMAGEM.....	33

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo com eixo direcionado ao setor de emergência, foi realizado no Hospital Municipal Henrique Lage, no município de Lauro Muller e abordou o assunto relacionado ao motivo que leva os clientes a procurarem a emergência do hospital, e que será apresentado como monografia para conclusão de curso conforme as exigências da Pós-graduação em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

O município de Lauro Muller tem 14.000 habitantes e conta com o serviço de emergência somente no hospital, havendo no município 06(seis) ESF.

Durante estágios realizados em Emergência, percebe-se que há um número considerável de atendimentos que poderiam ser resolvidos na ESF. Essa inquietação enquanto acadêmica e posteriormente como funcionária de um hospital foi devido ao fluxo de clientes que procuram a emergência, tornando-o muitas vezes um lugar difícil de trabalhar pelo estresse provocado nos funcionários.

No decorrer da rotina de trabalho, tem-se contato com alguns clientes, onde conseguimos muitas vezes identificar que há um déficit de conhecimento dos mesmos sobre a função do setor de emergência.

Preocupa-se com a possibilidade destes não estarem recebendo cuidados necessários por parte da equipe de saúde, destacando nesse momento o Enfermeiro, que poderia prestar assistência de enfermagem, planejando estratégias, tanto em âmbito hospitalar quanto em âmbito de unidade básica de saúde.

A complexidade da organização dos serviços de emergência se prende sobretudo ao fato de que a assistência complexa deve ser prestada, em curto espaço de tempo, ao cliente em risco de vida; e envolve várias etapas, inclusive anteriores à chegada ao hospital. As unidades hospitalares, que constituem a pedra fundamental do subsistema de cuidados de emergência, devem estar equipados não só para o atendimento de emergências e urgências, mas também para a acomodação de clientes, para a investigação diagnóstica e tratamentos mínimos, além de necessitarem de uma estreita ligação com os serviços de cuidados intensivos e cirúrgicos, para ser efetiva, a assistência de emergência deve-se dar no menor tempo possível, envolvendo portanto um tipo de organização que garanta a prestação de cuidados. (COELHO E CALDAS, 2008: p. 31)

Esse estudo trará sustentação à importância do enfermeiro na assistência desses clientes e também demonstrar o quanto ainda é frágil a educação em saúde. Com o despertar das possibilidades e dificuldades, normalmente inicia-se o interesse em modificar o meio e assim promover melhor atendimento, trabalhando-se para alcançar os objetivos propostos. A partir destas questões tem-se como problema de pesquisa: Quais os motivos de busca por

atendimento no serviço de emergência de um hospital de pequeno porte no sul de Santa Catarina? Com o tema proposto requer conhecer os motivos pela procura do atendimento no serviço de emergência elencou-se como pressupostos do estudo:

- Os atendimentos no serviço de emergência são de caráter eletivo (dor crônica, instabilidade emocional...) e são justificados pelo desconhecimento da população sobre o que é ou não emergência;
- Os atendimentos no serviço de emergência são predominantemente de caráter emergencial (dispnéia intensa, dor aguda, PCR, EAP, acidentes automobilísticos, convulsões...) demonstrando que a população sabe diferenciar a natureza dos casos;
- Há maior concentração de atendimento (independente da natureza) em horários de atendimento de determinados profissionais que demonstra afinidade com o chamado “médico da família”.

2 OBJETIVO GERAL

Identificar os motivos que levam os usuários a procurarem o serviço de emergência de um hospital de pequeno porte da região Sul de Santa Catarina.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características dos usuários do serviço de emergência;
- Analisar o conhecimento dos usuários do serviço de emergência sobre urgência e emergência;
- Identificar os horários de maior fluxo no serviço de emergência e os respectivos profissionais (médicos);
- Identificar os critérios que o usuário utiliza para buscar os serviços de emergência hospital.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde é hoje o plano utilizado pelo governo do país para organização e funcionamento da saúde. Desta forma identificamos os princípios do SUS a partir de três elementos: universalidade, equidade e integralidade conforme está na Constituição Federal de 1988.

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988: 63)

Em um sentido mais abrangente podemos dizer que o direito a saúde é o resultado de boas condições de moradia, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso de posse da terra, e acesso aos serviços de saúde.

Podemos iniciar lembrando que sua organização se dá basicamente a partir da Lei Orgânica da Saúde número 8.080 no capítulo II que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes. Mas que tem como base legal três documentos básicos que figuram o sistema de saúde brasileiro, que são:

1. A Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social;
2. A lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica;
3. A lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece a participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências governamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Deste modo, são diretrizes do SUS: a descentralização, o atendimento integral e a participação popular.

Deve-se falar também em:

- Nível de atenção Primária: que é a prestada nos postos e centros de saúde ou unidades básicas de saúde;
- Nível de atenção Secundária;

- Nível de atenção Terciária e Quaternária: esses são prestados pelos hospitais de pequeno, médio e grande porte, grandeza medida pelo potencial de atendimento dos casos mais complexos de agravo à saúde.

Dentro das políticas de saúde, podemos falar que para se manter a boa saúde da população é necessário utilizar recursos tecnológicos e pessoal capacitado. Esse processo é norteado pelas normas operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias do ministério, é o que define a responsabilidade de cada esfera de governo.

As Normas Operacionais Básicas (NOB) exige a definição de estratégias que orientem a operacionalização desse sistema.

TABELA 1 – PRINCIPAIS PONTOS DAS NORMAS OPERACIONAIS DO SUS
(continua)

Norma operacional	Principais Pontos
NOB-SUS 01/1991 Resolução n. 258/1991/Inamps	<p>Criou a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), para o financiamento de atividades ambulatoriais.</p> <p>Instituiu a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), para o financiamento de internações hospitalares.</p> <p>Recebeu acentuadas críticas, principalmente pelo fato de estabelecer o convênio como mecanismo de articulação e repasse de recursos e por ser centralizadora, embora se apresentasse como apoio à descentralização e com reforço do poder municipal.</p>
NOB-SUS 01/1992 Portaria n. 234/1992/MS	<p>Criou o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), como instâncias gestoras colegiadas do SUS.</p> <p>Enfatizou a necessidade da descentralização de ações e serviços de saúde. Normalizou o Fundo Nacional de Saúde. Descentralizou o planejamento e a distribuição das AIHs entre as secretarias estaduais de saúde.</p>

TABELA 1 – PRINCIPAIS PONTOS DAS NORMAS OPERACIONAIS DO SUS

(continua)

Norma operacional	Principais Pontos
NOB-SUS 01/1993 Portaria n. 545/1993/MS	Lançou o documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. Formalizou princípios aprovados na IX Conferência Nacional de Saúde (1992). Enfatizou a municipalização da saúde. Criou a Comissão Intergestores Triparte (CIT) e a Comissão Interegestores Biparte (CIB) como órgãos de assessoramento técnico ao Conselho Nacional de Saúde e aos conselhos estaduais de saúde, respectivamente. Estabeleceu padrões de gestão do sistema: incipiente, parcial e semiplena.
NOB-SUS 01/1996 Portaria n. 1.742/1996/MS	Instituiu responsabilidades, prerrogativas e requisitos das condições de gestão plena da atenção básica e plena municipal da saúde para os municípios e avançada do sistema estadual e plena de sistema estadual para os Estados. O município torna-se o principal responsável por atender às necessidades do cidadão, ao passo que os Estados tornam-se meros mediadores. A União normaliza e financia enquanto o município gera e executa. Criou o Piso de Atenção Básica (PAB). Aprimorou o planejamento e definiu a criação da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Definiu como gestão a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou federal), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

TABELA 1 – PRINCIPAIS PONTOS DAS NORMAS OPERACIONAIS DO SUS

(conclusão)

Norma operacional	Principais Pontos
NOB-SUS 01/2001 Portaria n. 95/2001/MS	A ênfase na municipalização (otimização) dá lugar à ênfase na regionalização (otimização). Criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualizou os critérios de habilitação de estados e municípios. Institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI). Criou a gestão plena de atenção básica ampliada. A partir dessa publicação, os municípios puderam se habilitar em gestão plena de atenção básica ampliada e em gestão plena de sistema municipal. Os estados puderam se habilitar em gestão avançada do sistema estadual e em gestão plena do sistema estadual
NOAS-SUS 01/2002 Portaria n. 373/2002/MS	Estabeleceu modificações e revogou a NOAS-SUS 01/2001. Assumiu compromissos, na pessoa do gestor municipal, perante os outros gestores do SUS – União, estado e demais municípios -, e perante a população sob sua responsabilidade.

Fonte:Ministério da Saúde

3.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

“Em 1994 o Ministério da Saúde (MS) apresenta uma nova estratégia para reordenação do modelo assistencial de saúde: o Programa Saúde da Família (PSF). Este programa prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua. Atua com a população adscrita, prestando atenção integral à saúde da família, dentro dos princípios do SUS e propõe resgatar o vínculo de coresponsabilidade entre os serviços e a população, favorecendo a prevenção das doenças e a cura, como também a valorização do papel das pessoas, das famílias e da comunidade na melhoria da qualidade de vida, das condições de saúde e de vida.” (BRASIL, 2002).

As unidades de saúde da família funcionam seguindo diretrizes operacionais e conceitos próprios, que segundo COSTA (2004, p. 9) são:

Adscrição da clientela – Cada unidade é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adscrita) em uma área (território de abrangência). Cada unidade de saúde da família pode atuar com um ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Uma equipe é responsável por uma área onde residem entre 600 a 1.000 famílias, com um limite máximo de 4.500 habitantes.

Cadastramento – As equipes deverão realizar o cadastramento das famílias através de visitas aos domicílios, de acordo com a área territorial que foi preestabelecida para a adscrição.

Integralidade e hierarquização – A unidade de saúde da família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, chamado atenção básica. Necessita estar vinculada à rede de serviços, de forma que seja garantida atenção integral aos indivíduos e à famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para níveis superiores de complexidade.

Equipe multiprofissional – Cada equipe é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro as seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais, como dentistas, assistentes sociais e psicólogos, podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio.

Os enfermeiros de Saúde da Família por terem um número de famílias na unidade que atuam restritas têm que priorizar a promoção da saúde para melhorar a qualidade de vida com atividades educativas para a coletividade para qual trabalham.

O MS refere que:

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. O trabalho de equipes da Saúde da Família é p elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

As atribuições do enfermeiro na ESF, segundo a Portaria 648, de 28 de Março de 2006, diz:

Atribuições do Enfermeiro: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.

3.3 CONTEXTUALIZANDO O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA'S)

O profissional envolvido no atendimento de emergência deverá ter experiência, capacitação e conhecimento na área para a atuação junto a essa clientela, incluindo as definições de urgência e emergência.

A medicina de urgência é um campo sempre em transformação. As precauções de segurança padronizadas devem ser seguidas; porém, conforme novas pesquisas e experiências clínicas ampliam nossos conhecimentos, algumas alterações no tratamento e na terapia medicamentosa tornam-se necessárias ou adequadas. (SCHOR, 2004)

Urgência: é uma ocorrência imprevista que causa dano à saúde, em que ocorra risco de morte, ou seja, o cliente necessita de atendimento médico mediato. Temos como exemplo: dor torácica sem complicações respiratórias; alguns tipos de queimaduras; fraturas sem sinais de choques ou outras lesões mais sérias; vômito e diarreia, acompanhados ou não por estado febril abaixo de 39°C; sangramento e ferimentos leves e moderados.

Emergência: é uma condição de dano à saúde, implica em risco de morte, exige atendimento médico imediato, sendo considerado prioridade. Exemplos: parada cardiorespiratória (PCR); dor torácica acompanhada de desconforto respiratório; politraumatismo em geral; hemorragias de alta intensidade; queimaduras extensas; perda do nível de consciência; intoxicações em geral; ferimento por arma de fogo; ferimento por arma branca; estados de choque, estado febril acima de 40°C; gestações em curso com complicações.

Antigamente os pacientes que procuravam os hospitais eram atendidos em salas de medicações, onde os médicos consultavam todos os tipos de pacientes, internados ou não independente do tipo de assistência de que necessitassem. A criação dos serviços de emergência auxiliou o trabalho dos profissionais e a partir daí têm-se o aparecimento das primeiras especializações.

O processo de aceitação por parte dos clientes foi lento, porém contínuo. No começo os clientes preferiam confiar no atendimento prestado pelos médicos da família, procuravam o atendimento hospitalar conforme orientação desses.

Com o tempo essa idéia foi sendo apagada, começou a pensar-se da forma: emergência sinônimo de consulta rápida. Esta situação chegou a acontecer pela saturação dos

serviços assistência primária, onde os clientes começam a procurar o atendimento de emergência por qualquer alteração fisiológica.

Uma das implicações desses fatos é a diminuição da qualidade do serviço prestado, sendo que os profissionais estão treinados para atenderem situações de emergência e não no atendimento ambulatorial. A enfermeira da emergência deve ter habilidade para estabelecer prioridades, monitorar e avaliar continuamente os pacientes agudamente doentes. Uma forma de evitar esse acontecimento são prover os serviços de atendimento ambulatorial com um número necessário de trabalhadores para a demanda de cada região e também informar a população da real função dos serviços de emergência, com isso o governo economizaria nos gastos com a saúde evitando técnicas hospitalares no diagnóstico de patologias pouco necessárias.

3.4 SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL HENRIQUE LAGE

O Hospital Municipal Henrique Lage onde foi desenvolvida a pesquisa constitui-se de 6 (seis) setores de internados: maternidade, clínica cirúrgica masculina/feminina, clínica médica feminina, clínica médica masculina, pediatria e unidade de psiquiatria, totalizando 99 leitos. Conta também com centro cirúrgico, centro obstétrico, sala de pequenas cirurgias, farmácia interna (uma), pronto socorro e raio x (serviço terceirizado) que funciona junto ao hospital. Disponibilizamos do serviço de laboratório que também é terceirizado e que no período noturno e finais de semana funciona em escala de sobreaviso.

O município conta com 6 unidades de Estratégia Saúde da Família, sendo que somente em uma ESF o médico cumpre 40 horas semanais.

A média de atendimentos é de 100 consultas diárias, sendo na maioria consultas ambulatoriais que poderiam ser atendidas na Unidade de Saúde do bairro. Muitos dos pacientes procuram a emergência do hospital por causa do médico que está de plantão. Contamos com uma ambulância equipada com medicamentos básicos (dipirona, paracetamol, cetoprofeno etc...), torpedo de oxigênio, aparelho de pressão que é usada para buscar pacientes em casa para consultar com o médico da emergência e também para transferências para outros hospitais.

Disponibilizamos de uma ambulância do SAMU-USB que têm como sede o próprio hospital.

4 ESTRATÉGIA DE AÇÃO/METODOLOGIA

Para Leopardi (2002, p. 163) “metodologia é a arte de dirigir o espírito na investigação da realidade, por meio do estudo dos métodos, técnicas e procedimentos capazes de possibilitar o alcance dos objetivos”.

A metodologia é a fonte utilizada que assegura ao pesquisador a uma trajetória onde obtém resultados esperados na pesquisa, sendo que se faz necessário seguir todas as etapas para que se possa alcançar o objetivo.

Segundo RAUEN (2002, pg.37) apud Lakatose Marconi “a finalidade da atividade científica é a obtenção da verdade, através da comprovação de hipóteses, que, por sua vez são pontes entre a observação da realidade e a teoria científica que explica a realidade”.

4.1 TIPO DE PESQUISA

O tipo de pesquisa é quali-quantitativa, descritiva e observacional.

Para Minayo e Sanches (1993); Leopardi (2002); as abordagens qualitativa-quantitativa são necessárias e em muitas vezes complementares, de acordo com o procedimento metodológico da investigação.

O objeto da abordagem qualitativa segundo Minayo e Sanches (1993, p. 245), representa o nível dos “significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana”.

Para Andrade (2007, p. 114), na pesquisa descritiva, “os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem que o pesquisador interfira neles. Isto significa que os fenômenos, os mundos físicos e humanos são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador”.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no setor de emergência do Hospital Municipal Henrique Lage, no município de Lauro Muller, no período de dezembro de 2010, janeiro e fevereiro de 2011. Onde foi solicitado ao campo de pesquisa por meio de ofício ao comitê de ética responsável pelo serviço (apêndice 1).

O município de Lauro Muller possui aproximadamente 14.000 mil habitantes e conta com 6 unidades de Estratégias de Saúde da Família, 1 (um) hospital com serviço de emergência e uma unidade móvel de atendimento de urgência e emergência SAMU-USB.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população de estudo foram usuários do serviço de emergência dos três turnos, tanto semanalmente quanto nos finais de semana, entre os dias 01/12/2010 a 28/02/2011. O serviço tem em média 3.000 atendimentos mês. O tamanho da amostra foi feito através da média estimada do número de atendimento mês.

Para definição da amostra dos usuários do serviço de emergência, foram utilizados os seguintes critérios:

- Ter mais de 18 anos
- Buscar atendimento do serviço de emergência no hospital Municipal Henrique Lage (Lauro Muller);
- Ser alfabetizado
- Ter bom nível de cognição;
- Ter condições clínicas;
- Aceitar participar da pesquisa;
- Assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 3).

Critérios de Exclusão:

- -Os analfabetos;
- -Não ter capacidade cognitiva;
- -Não ter condições clínicas;
- -Não aceitar participar da pesquisa;
- -Não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Nos casos em que a criança for à consultada, o questionário foi aplicado com os pais ou responsável desde que seja maior de idade;

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados contou com um formulário de perguntas (apêndice 2) que foi entregue pela recepcionista do hospital e também pela enfermeira/pesquisadora a todos que

procuraram o serviço de emergência, e partir de observação da pesquisadora, que é enfermeira da instituição e observou nos momentos em que estava no seu período de trabalho, das 07h00 às 16h00 de segunda a sexta-feira.

Conforme Leopardi (2002, p.167): “Um instrumento de pesquisa deve ser cogitado para obter o mais fidedignamente possível as informações necessárias ao estudo”.

Primeiro Momento: parecer do Comitê de Ética em pesquisa da UNESC, mediante submissão do projeto para análise.

Segundo Momento: autorização do campo para realização da pesquisa.

Terceiro Momento: o formulário foi entregue pela recepcionista e pela enfermeira/pesquisadora a todos os usuários, sendo que nem todos devolveram.

Quarto Momento: observação de campo quanto as queixas referidas pelo usuário utilizando diário de campo para anotação.

Quinto Momento: Análise dos dados.

Sexto Momento: Elaborado propostas para salientar ou informar o que é e o que não é emergência.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Os dados que surgiram desta pesquisa foram analisados segundo a proposta de Minayo (2002), que aponta a técnica de análise de conteúdo sob a luz do referencial teórico. A compreensão destes dados foi comparada aos pressupostos da pesquisa ou pergunta norteadora, anteriormente formulada, procurando articular com contexto teórico. Para melhor operacionalizar os dados, Minayo (2002), que adequados aos instrumentos desta pesquisa propõe três passos:

- No primeiro momento, estabelecer uma ordem criteriosa dos dados coletados, organizando as entrevistas e a observações de campo realizadas;
- No segundo momento, foi destacado o que é considerado mais importante nos dados coletados, agrupando-os em conjuntos de informações relevantes à pesquisa;
- No terceiro momento, fez-se a junção do referencial teórico ou conhecimento conceitual, com as falas dos envolvidos e com os dados obtidos na observação, a fim de identificar o motivo da busca do atendimento de emergência do hospital Municipal Henrique Lage.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Na pesquisa realizada foram respeitados os valores éticos, visando sigilo das informações que serão apresentadas e divulgadas no meio científico preservando a identidade dos participantes.

Conforme a Resolução 196/96 do CNS, que estabelece as normas e diretrizes básicas para pesquisas envolvendo seres humanos, esta pesquisa seguirá os cuidados éticos garantindo respeito, privacidade e dignidade aos participantes. Assim, para a participação deste estudo será solicitada a autorização aos sujeitos por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 3).

Esta Resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outro, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. (BRASIL, CNS – Conselho Nacional de Saúde, 1996)

Considerou-se importante esse esclarecimento, para garantir a livre escolha do participante, bem como a desistência do mesmo caso considerasse necessário. Além disso, é um fator de segurança que pode promover a aproximação dos envolvidos.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Através da aplicação da entrevista foi caracterizado o perfil da população que procuraram o serviço de Emergência com o levantamento do sexo, idade, escolaridade, profissão:

A partir das entrevistas realizadas com os pacientes elencou-se as seguintes categorias norteadoras da pesquisa sobre olhar dos pacientes que procuraram o serviço de emergência de um hospital de pequeno porte da região sul.

Tema 01: O que fez você procurar a emergência do hospital? Há quanto tempo está com esse sintoma?

Tema 02: Procurou o médico da unidade de saúde do seu bairro? Se não, porque?

Tema 03: Você sabe a diferença entre urgência e emergência?

Tema 04: Qual sua expectativa com relação ao atendimento prestado na emergência?

Tema 05 : Quando você fica doente, qual o primeiro local que você procura?

Tema 06: Quantas vezes você procurou a emergência do hospital no último mês?

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E DA CLIENTELA PESQUISADA

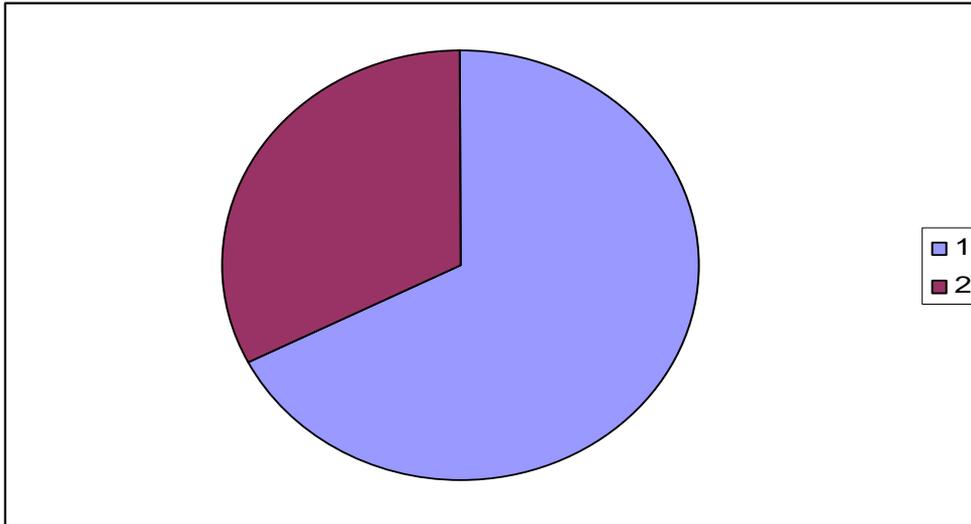
A população de estudo inicialmente proposta era de 300 pacientes usuários da emergência do Hospital Municipal Henrique Lage, por mês são atendidos 3.000 pessoas. Como pesquisadora e enfermeira do hospital pesquisado não foi possível a participação efetiva na entrega dos questionários aos usuários, ficando muitas vezes a recepcionista e a técnica de enfermagem responsabilizadas por entregar e recolher. A enfermeira/pesquisadora não teve a cooperação das funcionárias da emergência para a realização das entrevistas, pesquisa esta que foi prorrogada por este motivo.

A abordagem da realidade teve início com as observações realizadas pela pesquisadora nas portas da emergência do hospital pesquisado. Tinham como finalidade a observação detalhada do dia-a-dia de trabalho das pessoas, de como os pacientes aguardavam o atendimento.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PESQUISADOS.

5.2.1 Sexo dos Pesquisados:

O sexo dos pesquisados que prevaleceu foi sexo feminino como 67,39% e o sexo masculino com 32,60% como mostra o gráfico abaixo:



legenda:

1 Feminino

2 Masculino

Nota-se que a grande maioria dos pesquisados são mulheres o que nos leva a pensar que muitas delas são donas de casa e que acompanhavam seus familiares, por uma questão histórica onde a mulher aparece como cuidadora da família, e que o homem muitas vezes pela não iniciativa da saúde pública não se preocupa com sua saúde.

5.2.2 Idade dos pesquisados:

A idade dos participantes foi maior dos 20 a 30 anos com 40% e também foi grande os de 30 a 40 anos com 33,33%, sendo que um participante não respondeu a essa pergunta.

TABELA 2 – IDADE DOS PESQUISADOS

Idade	N	%
10 - 20 anos	04	8,88
20 – 30 anos	18	40,0
30 -40 anos	15	33,33
40 – 50 anos	05	11,11
50 – 60 anos	03	6,66
Total	45	100

Fonte: dados de pesquisa

5.2.3 Escolaridade

Dos pacientes pesquisados 55,55% cursaram o ensino médio, 17,77% ensino fundamental e 11,11% o ensino superior. Sendo que pode-se considerar que a maioria dos pesquisados tem conhecimento suficiente para saber da importância de uma emergência de hospital e a real necessidade de utiliza-la.

TABELA 3 - ESCOLARIDADE

Escolaridade	N	%
Ensino fundamental	08	17,77
Ensino médio	25	55,55
Ensino superior	05	11,11
Ensino superior incompleto	01	2,22
Não responderam	06	13,33
Total	45	100

Fonte: Dados de pesquisa

5.3 O QUE FEZ VOCÊ PROCURAR A EMERGÊNCIA DO HOSPITAL? HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ COM ESSE SINTOMA?

Dos 45 pesquisados 11 não responderam a essa questão. (17,64%) responderam garganta inflamada, febre, dor na coluna, filho c vômito e tosse. (5,80%) referiram de falta de ar e justificaram que no posto não tinha médico ou que o médico do posto não estava atendendo e por isso vieram ao hospital mostrar exames ao médico da emergência. (8,82%) responderam ouvido entupido e dor no ouvido. (11,76%) referiram dores do tipo abdominal e por esforço. (8,82%) relataram vômito e diarreia. (5,80%) relataram que já tinham procurado médico do posto e ele encaminhou. (2,94%) relatou necessidade de tirar radiografia, infecção

urinária, mal estar, mal funcionamento das unidades de saúde, hipertensão crônica, batida no tornozelo, conjutivite, machucou o pé e alegaram ser o lugar mais perto para atendimento.

Do tempo em que apresentavam os sintomas a maioria responderam de 01 à 03 dias.

Conforme demonstrado os motivos e o tempo em que apresentavam os sintomas volto a expor a necessidade do serviço efetivo das estratégias de saúde da família:

Na conferência de Alma Ata, ficou reconhecido que a atenção primária de saúde deveria se constituir como um parte integral, permanente e onipresente do sistema formal de saúde de todos os países, não sendo apenas alguma coisa a mais. Além disso, foram apontados os componentes fundamentais da Atenção Primária de Saúde: educação em saúde, saneamento ambiental, em especial de água e alimentos, programas de saúde materno-infantis, incluindo imunização planejamento familiar, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição e medicina tradicional. (VERDI e ALONSO, 2005: 20.

5.4 PROCUROU O MÉDICO DA UNIDADE DE SAÚDE DO SEU BAIRRO? SE NÃO, POR QUÊ?

Dos que responderam que não procurou a unidade de saúde foram 56,52% e deste (26,96%) relataram não ter médico no posto, (11,53%) procuraram a emergência no final de semana e afirmaram simplesmente que é emergência, (7,69%) de que o posto já estava fechado e estavam trabalhando no horário de funcionamento da unidade, (3,84%) por que já estava no hospital, por acharem que é normal, por que não era da cidade, por que tinha que fazer “pontos”, por que não existe aparelho para radiografia no posto e como precisava veio ao hospital e por que tem plano de saúde.

Sendo que os que responderam que o motivo da procura era por ser emergência, apresentavam, diarreia, vômito, HAS crônica.

TABELA 4 – A PROCURA DO ATENDIMENTO MÉDICO NA USB

Procurou o médico da UBS	Nº	%
Sim	19	41,30
Não	26	56,52
Não respondeu	01	2,17
TOTAL	46	100

Fonte: Dados de pesquisa

Segundo Furtado et al apud Batistela 2008, quando a população utiliza o serviço do pronto socorro como porta de entrada em um sistema de saúde, obtém um atendimento geralmente restrito a queixa e sem enfoque para integralidade da assistência, sendo que, a grande procura por um serviço de urgência sem encaminhamentos pode prejudicar o atendimento dos casos considerados adequados ou de urgência já que o aumento da demanda gera acúmulo de tarefas, sobrecarga profissional e aumento dos gastos hospitalares .

Nesse sentido, caber aqui relatar a importância do processo educativo em saúde, onde o profissional deveria ter a preocupação de colocar a população quando da procura do médico da unidade e quando da procura da emergência do hospital.

O componente educativo acompanha, diretamente, o processo de cuidar; isto significa que o processo educativo está presente, intrinsecamente, nos cuidados de enfermagem; enquanto cuidamos, estamos educando, enquanto educamos, estamos cuidando. O processo de cuidar inclui, constantemente, a informação, a orientação, a demonstração, a avaliação e a reconstrução do cuidado, em conjunto com o(s) indivíduo(s) e/ou família(s). (VERDI e ALONSO, 2005: 182).

5.5 VOCÊ SABE A DIFERENÇA ENTRE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA?

Dos pesquisados, a maioria 67,39% respondeu que sabe a diferença entre urgência e emergência.

TABELA 5 – CONHECIMENTO SOBRE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Sim/Não	Nº de pacientes	%
Sim	31	67,39
Não	14	30,43
Não respondeu	01	2,17
TOTAL	46	100

Fonte: Dados de pesquisa

Conforme os dados coletados, percebe-se pelos sintomas relatados que a maioria não sabe a diferença entre urgência e emergência, sendo que a maioria referiu vômito, febre, dor de cabeça, o que não é considerado urgência e emergência.

5.6 QUAL SUA EXPECTATIVA COM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO PRESTADO NA EMERGÊNCIA?

Dos 46 pesquisados, 23 participantes responderam: Boa qualidade do serviço prestado; Expectativa de bom atendimento e dedicação dos funcionários; que seja bem atendido e resolvido o problema; que seja cada vez melhor; o melhor possível, sempre fui bem atendida 11 não responderam. (17,14%) afirmaram: Rapidez e atenção; ver se sou atendido com rapidez e eficiência; que sejam calmas e carinhosas na hora de colocar os medicamentos. (2,85%) responderam que a atendimento era mais ou menos, cura rápida da febre com injeção, acha que quando alguma pessoa chega com dor é caso de emergência e deve ser grave, receber medicamentos que o façam melhorar, que os profissionais são muito lerdos para atender as pessoas e que o atendimento prestado é regular.

5.7 QUANDO VOCÊ FICA DOENTE, QUAL O PRIMEIRO LOCAL QUE VOCÊ PROCURA?

A maioria dos pesquisados respondeu que procuram primeiro o atendimento médico do posto de saúde (53,19%), em segundo lugar vem a procura pelo atendimento no hospital (31,91%) e em terceiro lugar vem a procura pela farmácia (10,63%).

TABELA 6 – LOCAIS DA PROCURA DO ATENDIMENTO MÉDICO

Local	N	%
Hospital	15	31,91
Posto de saúde	25	53,19
Farmácia	05	10,63
Outros	01	2,13
Não responderam	01	2,13
Total	47	100

Fonte: Dados de pesquisa

As unidades básicas de saúde deveriam funcionar como portas de entrada ao sistema, oferecendo grande resolutividade e assistência integral, cabendo aos hospitais e ambulatórios atendimentos que exijam especialidades ou maior densidade tecnológica. Cecílio apud Batistela et al (2008) relata que os atendimentos hospitalares são expressivamente maiores do que o atendimento feito nas unidades básicas de saúde, na

maioria dos municípios onde há acesso hospitalar.

5.8 QUANTAS VEZES VOCÊ PROCUROU A EMERGÊNCIA DO HOSPITAL NO ÚLTIMO MÊS?

A maioria dos pesquisados (41,30%) respondeu que não procurou o serviço de emergência do hospital no último mês, (56,81) responderam que procurou o serviço no último mês.

TABELA 7 – QUANTIDADE DE VEZES DA PROCURA DO ATENDIMENTO MÉDICO NA EMERGÊNCIA

Nº de vezes que procurou a emergência	N	%
Nenhuma	19	41,30
01 vez	16	34,78
02 a 03 vezes	06	13,04
Mais de 03 vezes 05	03	6,52
Sem resposta	02	4,34
Total	46	100

Fonte: Dados de pesquisa

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No final desta pesquisa, alcançamos o objetivo proposto inicialmente, que foi conhecer o motivo da procura do atendimento médico na emergência do hospital, averiguando a inexistência de orientação e esclarecimento de dúvidas relacionado ao conhecimento por parte dos pacientes em relação ao que faz e quando procurar realmente uma emergência de um hospital, que oportunizou conhecer também a realidade dos familiares e, de certa forma entender as atitudes tomadas por eles.

No decorrer da análise de dados, se obteve de maneira geral as “justificativas” aceitas pelos técnicos de enfermagem, médicos e enfermeiros que na grande maioria deveriam ser resolvidas pela estratégia de saúde da família, ou pode-se dizer também que acabam procurando o atendimento médico na emergência pela maior resolubilidade, sendo que a partir do momento em que o paciente procura o atendimento o hospital não pode negar o atendimento independente do motivo.

Durante a construção desse trabalho sentiu-se uma dificuldade de encontrar bibliografias falando a respeito dos motivos que levam os pacientes a procurar o atendimento médico na emergência e também a dificuldade para a coleta de dados, onde os funcionários que trabalham na emergência não tiveram uma certa cooperação com a pesquisadora na questão da entrega do questionário o que fez com que a pesquisa fosse prorrogada.

Um dos objetivos do trabalho era identificar se o horário de maior fluxo na emergência do hospital coincidia com o horário de plantão de algum médico em específico, esse dado não foi coletado, pelo motivo que na época da pesquisa o hospital estava passando por um processo de transição onde estava acontecendo a troca de muitos médicos e vinda de outros não conhecidos pela comunidade.

Esse estudo investigou os motivos que levam os usuários a procurarem o serviço de emergência de um hospital, e que concluiu que os usuários do sistema de saúde predominantemente não utilizam a atenção básica como primeira opção de atendimento.

Dessa forma, sugere-se que realizem estudos buscando conhecer o ponto de vista de usuários dos outros serviços de estratégia de saúde da família, além de investigar a forma como a população está sendo acolhida e atendida na rede básica, bem como a instrução da população sob sua responsabilidade. Criando vínculo com esses usuários e uma maior confiança por parte deles em relação a equipe de saúde. Dessa forma alivia os atendimentos no pronto-socorro do hospital que deveria só atender emergências, onde há risco de vida.

REFERÊNCIAS

- SMELTZER, Suzane C.; BARE, Brenda G. **Bruner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica** Volume 4. Rio de Janeiro – RJ: Guanabara, 2002.
- ROCHA Andréa Fonseca Silva. **Determinantes da Procura de Atendimento de Urgência pelos Usuários na Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, p. 1- 99, período 2005.
- VERDI, Marta; BOEHS, Astrid Eggert; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde**. Florianópolis: UFSC/Departamento de Enfermagem e Departamento de Saúde Pública, 2005.
- RODRIGUEZ, Javier Morillo. **Emergências**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil LTDA, 2002.
- FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; VIEIRA, Álvaro Alberto de Bitencourt. **Emergência – Atendimento e Cuidados de Enfermagem**. São Caetano do Sul – SP: Yendis, 2008.
- HUDDLESTON, Sandra Smith; FERGUSON, Sondra G. **Emergências Clínicas – Abordagens, Intervenções e Auto-Avaliação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2006.
- SABBADINI Francisco, GONÇALVES A. Antônio, OLIVEIRA J. F. Mário, VILAVICÊNCIO R. R. José, NOVAES Mário. **Estudo de demanda por atendimento em hospital de emergência**. SEGET 2007, p.1-7, período 2004.
- HIGA, Elisa Mieko Suemitsu; ATALLAH, Álvaro Nagib; Schiavon, Leonardo de Lucca; KIKUCHI, Luciana Oba Onishi; CAVALLAZZI, Rodrigo Silva. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar – UNIFESP/Escola Paulista de Medicina**. Barueri – SP: Manole, 2004.
- LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2002.
- BATISTELA Simoni, GUERRERO Natália Paludeto, ROSSETTO Edilaine Giovanini. **Os Motivos de Procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário Referidos Pelos Pais ou Responsáveis**. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, p. 1- 10, julho/dezembro de 2008.
- MOTTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de Saúde: organização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz, 2007.
- MINAYO, Maria Cecília Santos e SANCHES, Odécio. **Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade?** Caderno de Saúde Pública. RJ, 9 (3), p. 239-248, jul/set, 1993.
- FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; TONINI, Tereza. **SUS e PSF para Enfermagem-Práticas para o Cuidado em Saúde Coletiva**. São Caetano do Sul – SP: Yendis, 2007.

SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **Urgência e Emergência para Enfermagem – Do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) à Sala de Emergência**. São Paulo: ABDR Editora Afiliada, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE CAMPO**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC**
Curso de pós-graduação de Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência

Of. N 01/Enf/2010

Lauro Muller, 01 de dezembro de 2010

Ilmo. Sr^a Zonete Mendes Ribeiro

Prezado Senhora,

Vimos, por meio deste, solicitar campo para desenvolvimento de Trabalho de Conclusão de Curso da pós-graduanda Gabriela Martinhago Fernandes do Curso de Pós-graduação de Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência da UNESC, do período de dezembro de 2010, no setor de emergência do Hospital Municipal Henrique Lage de cidade de Lauro Muller, tratando-se de questionário com usuários do serviço tendo como tema: intitulado **“MOTIVOS DA BUSCA DO ATENDIMENTO NO SETOR DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DO SUL DE SANTA CATARINA ”**.

A acadêmica estará sob a responsabilidade, supervisão e orientação da Prof^a. Enf^a MsC. Rozilda Lopes de Souza Rodolfo. Fone: 9169-7290.

Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento, e aguardamos deferimento.

Atenciosamente,

Coordenadora de Estágio da UNESC

**APÊNDICE B – FORMULÁRIO SEMI-ESTRUTURADO UTILIZADA PARA A
COLETA DE DADOS**

	<p>DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p> <p>CURSO DE ENFERMAGEM</p>
---	---

*PERFIL DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL
HENRIQUE LAGE*

Idade: Sexo: () Masculino () Feminino

Escolaridade: Profissão:

Data: ___/___/___ Horário: _____

1- O que fez você procurar a emergência do hospital? Há quanto tempo está com este sintoma?

2- Procurou o médico da Unidade de Saúde do seu bairro? Se não, porque?

() sim () não, porque: _____

3- Você sabe a diferença entre urgência e emergência? () sim () não

4- Qual sua expectativa com relação ao atendimento prestado na emergência?

5- Quando você fica doente, qual o primeiro local que você procura?

() farmácia () hospital () posto de saúde () outros: _____

6- Quantas vezes você procurou a emergência do hospital no último mês.

() nenhuma () 1 vez () 2 á 3 vezes () mais de 3 vezes

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

	<p>DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p> <p>CURSO DE ENFERMAGEM</p>
---	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este documento eu, _____ abaixo assinado, declaro estar ciente do trabalho de pesquisa, intitulado **“MOTIVOS DA BUSCA DO ATENDIMENTO NO SETOR DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DO SUL DE SANTA CATARINA”**, pela pós-graduanda Gabriela Martinhago Fernandes, do Curso de Assistência Enfermagem em Urgência e Emergência da Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC; com o qual concordo em participar integralmente.

Outrossim, manifesto meu conhecimento sobre meus direitos assegurados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em relação ao anonimato e sigilo referente às informações fornecidas e sobre meus direitos de desistir a qualquer tempo de participar durante o processo de investigação. Estou ciente que a referida pesquisa será discutida e divulgada no meio acadêmico, sendo, contudo, mantido o anonimato.

Assino o termo de consentimento e estou de acordo em participar voluntariamente da pesquisa.

Assinatura

Criciúma, ____ de _____ de 2010.

Acadêmica de Enfermagem: Gabriela Martinhago Fernandes Fone: (48) 99932064

Orientadora: Prof^a. Enf^ª MsC. Rozilda Lopes de Souza Rodolfo. Fone: 9169-7290.

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – UNESC Fone: (48) 34312578