

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**DEMANDA E PERFIL DE USUÁRIOS ADULTOS CLASSIFICADOS COMO
POUCO URGENTES EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ORIUNDOS DE
UMA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMUNITÁRIA**

Porto Alegre, agosto de 2019.

Gisele De Césaró Schafirowitz

**DEMANDA E PERFIL DE USUÁRIOS ADULTOS CLASSIFICADOS COMO
POUCO URGENTES EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ORIUNDOS DE
UMA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMUNITÁRIA**

Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Família apresentado ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Aline Corrêa de Souza

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde

Catálogo na Publicação

Schafirowitz, Gisele De César

Demanda e perfil de usuários adultos classificados como pouco urgentes em unidade de pronto atendimento oriundos de uma rede de serviços de saúde comunitária / Gisele De César Schafirowitz. -- 2019.

140 p. : tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2019.

Orientador(a): Profa. Dra. Aline Corrêa de Souza.

1. Gestão em Saúde. 2. Serviços Médicos de Emergência. 3. Atenção Primária à Saúde;. 4. Acesso aos Serviços de Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Aline Corrêa de Souza (orientadora) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA

Profa. Dra. Monica Celestina de Oliveira – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA

Profa. Dra. Alísia Helena Weis – Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

Prof. Dr. Juvenal Soares Dias da Costa – Universidade do Vale dos Sinos– UNISINOS

DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha orientadora, Prof. Dra. Aline Corrêa de Souza, pelos constantes ensinamentos, pela sua dedicação, calma, competência e compreensão, foi especialmente importante na construção desta pesquisa.

Agradeço aos meus colegas de curso que me serviram de exemplo, talvez vocês nem percebessem que estavam me impulsionando a conquistar este objetivo

Aos usuários e a equipe do serviço onde foi realizada a pesquisa, a UPA Moacyr Scliar, conhecida como UPA Zona Norte. Agradeço a toda a equipe: administrativa, manutenção, limpeza, segurança, nutrição, farmácia, e, claro, toda equipe assistencial, que de forma anônima busca o melhor atendimento possível dos usuários, a qualquer hora do dia e da noite.

Aos meus colegas Médicos da UPA que batalham muito, se esforçam para conseguir oferecer um atendimento de qualidade, mas sempre com uma demanda acima da capacidade de atendimento, em especial àqueles que me estimularam e torceram por mim.

Aos meus colegas Médicos de Família e Comunidade, que lutam dia a dia pela melhoria da qualidade da atenção primária no Brasil.

Agradeço ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da UFCSPA que, com seriedade, competência e amor à Saúde da Família, ofereceu ensino de qualidade e acrescentou muito na minha formação.

Aos amigos e amigas que me apoiaram e estimularam, vocês são especiais!

A minha mãe, sempre incentivando, com palavras de apoio, sendo a retaguarda para auxílio com as crianças. Ao meu pai, *in memoriam*, que sempre foi meu grande incentivador a estudar e a ensinar.

Agradeço ao meu esposo, Adriano, que assumiu muitas tarefas do cotidiano familiar, me permitindo desenvolver as atividades deste curso e desta dissertação.

Finalmente dedico e agradeço às minhas filhas, Júlia, Laura e Ana, vocês aceitaram o desafio em conjunto e compreenderam o afastamento de vários momentos em família, espero que tenha sido motivador para vocês.

*Se um dia tiver que escolher
entre o mundo e o amor, lembre-se:
se escolher o mundo, ficará sem o amor,
mas se escolher o amor, com ele você conquistará o mundo.
Albert Einstein*

RESUMO

O Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) foi concebido tendo a Atenção Básica como principal porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde e estudos internacionais mostram que este nível de atenção é capaz de solucionar 85% das necessidades da população. Uma grande parcela da população entra no sistema através das emergências, com situações pouco urgentes, causando filas e tempo de espera excessivo. A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde iniciou a organização dos serviços de urgência e emergência, criando as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). O objetivo do presente estudo é descrever o perfil de usuários vinculados a doze Unidades Básicas de Saúde, que buscaram atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), durante todo o ano de 2017, com classificação de risco pouco urgente, segundo o protocolo de Manchester. Para atingir essa finalidade, os dados presentes na classificação de risco, foram coletados e realizado um estudo retrospectivo descritivo, com abordagem quantitativa. Foram incluídos 3.584 indivíduos, menos de 3% da população adstrita, a maioria do sexo feminino (62,6%) e a faixa etária predominante foi entre 41 e 65 anos (36,3%). Avaliando separadamente, evidenciou-se que a maioria buscou atendimento preferencialmente em dias úteis e no período diurno. Mas, considerando dias e horários de UBS fechadas ou abertas a maioria acessou à emergência em dias e horários de UBS fechadas. Foi observado que a faixa etária influenciou os horários de procura da emergência. Separando-os por UBS, o maior número de usuários era proveniente das unidades que possuíam maior população adstrita, mas a distância das UBS ao serviço de emergência não teve relação direta. Os principais sintomas observados foram dor abdominal, cefaleia, dor lombar, dispneia e dor de garganta e estes variaram sua frequência de acordo com as estações do ano e apresentaram peculiaridades ligadas a procedência. Considerando que a população vinculada às UBSs é de aproximadamente 120.000 pessoas, houve baixa procura destes usuários, com situações de saúde pouco urgentes (menos de 3%), que pode ser atrelado a um bom vínculo entre as UBSs e as comunidades adscritas. O produto desta dissertação é um conjunto de relatórios científicos, com o levantamento epidemiológico da população estudada, destinados a cada um dos serviços. Conhecer a demanda específica de uma comunidade permite agregar informações úteis e fomentar a implementação de

estratégias específicas nos diferentes níveis de atenção e como consequência, contribuir com essa dimensão da saúde que é a qualidade.

Palavras chave: Gestão em Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

DEMAND AND PROFILE OF ADULT USERS CLASSIFIED AS LOW URGENCY AT AN EMERGENCY CARE UNIT OF A COMMUNITY HEALTH SERVICES NETWORK

The Brazilian Unified Health System (SUS) was designed to make primary care the main entry point for health service users and international studies show that this level of care is capable of meeting 85% of the population's needs. A large portion of the population enters the system through emergency rooms, despite having less urgent situations, resulting in queues and excessive waiting times. The Ministry of Health's National Humanization Policy started to organize emergency services, creating Emergency Care Units (*Unidades de Pronto Atendimento* -- UPAs). The present study aims to describe the profile of users linked to 12 Basic Health Units (*Unidades Básicas de Saúde* – UBSs) who sought care at a UPA during the year of 2017, despite being classified as low urgency according to the Manchester Protocol. To achieve this objective, risk classification data were collected and a retrospective descriptive study with a quantitative approach was conducted. A total of 3,584 individuals were included, which represents less than 3% of the enrolled population. The sample was composed mostly of females (62.6%) and the predominant age group was 41-65 years (36.3%). Evaluating the UBSs separately, it was found that most of the individuals preferred to seek care at a UBS on weekdays and during daytime hours. However, most accessed the UPAs on the days and at the times when the UBSs were closed. It was observed that age group influenced the times when emergency care was sought. Separating them by UBS, the largest number of users came from units that had the largest enrolled populations. On the other hand, the distance from the UBS to the UPA was not directly related. The main symptoms observed were abdominal pain, headache, low back pain, dyspnea and sore throat and these varied in frequency according to the season of the year and presented peculiarities related to origin. Considering that the population linked to the UBSs is approximately 120,000 people, there was low demand among these users who had less urgent health situations (less than 3%), which may be related to a good connection between the UBSs and their assigned communities. The product of this dissertation is a set of scientific reports with an epidemiological survey of the population studied intended for each of the services. Knowing the specific demand of

a community allows us to gain useful information and encourage the implementation of specific strategies at different levels of care and thereby contribute to the quality of health care.

Key words: Health management, Emergency medical services, Primary health care, Health services accessibility, Unified health system.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Escala Nacional de Classificação de Risco.....	27
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificações de Risco na UPA em 2017.....	37
Tabela 2: Características dos Usuários Adultos Classificados como Pouco Urgentes na UPA em 2017 e UBSs de Procedência.....	38
Tabela 3: Relação entre a Faixa Etária e Horários de Busca de Atendimento na UPA, considerando o Horário de Funcionamento das UBSs.....	40
Tabela 4: Sintomas Principais da Classificação de Risco	40
Tabela 5: Distribuição dos Sintomas Principais nas Estações do Ano.....	42

ABREVIATURAS

ABS: Atenção Básica em Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

COMPESQ: Comissão de pesquisa

DeCs: descritores em saúde

DS: Distrito Sanitário

FUNRURAL: Fundo Nacional dos Trabalhadores Rurais

GHC: Grupo Hospitalar Conceição

HNSC: Hospital Nossa Senhora Conceição

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS: Instituto Nacional da Previdência Social

MS: Ministério da Saúde

PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências

RAS: Rede de Atenção à Saúde

RAUE: Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAMU: Serviço Móvel de Urgência

SUDS: Sistema Unificado e descentralizado de Saúde

SSC: Serviço de Saúde Comunitária

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UPA 24h: Unidade de Pronto Atendimento Vinte e Quatro Horas

UFCSPA: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1 A evolução do Sistema de Saúde no Brasil.....	20
2.2 A Política Nacional de Atenção Básica.....	24
2.3 A Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências.....	26
3 OBJETIVOS	28
3.1 Objetivo Geral.....	28
3.2 Objetivos específicos.....	28
4 ARTIGO	29
4.1 Introdução.....	32
4.2 Metodologia.....	34
4.3 Resultados.....	36
4.4 Discussão.....	42
4.5 Conclusão.....	46
4.6 Referências	47
5 PRODUTO	50
6 REFERÊNCIAS	149
7 APÊNDICES	152
Apêndice A: Instrumento de Coleta de Dados.....	152
Apêndice B: Termo de Responsabilidade pelo Uso de Dados	153
Apêndice C: Termo de Anuência do Responsável pelo Serviço onde foi realizada a pesquisa.....	154
8 ANEXOS	155

Anexo 1: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa Plataforma Brasil.....	155
Anexo 2: Parecer da Comissão de Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).....	161
Anexo 3: Descrição da revista e normas para Publicação de Artigo: Revista Cadernos de Saúde Coletiva- UFRJ	162

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil busca constantemente a melhoria da qualidade dos serviços prestados, com o grande desafio do financiamento. Na realidade deste país, com dimensões continentais, a garantia de acesso universal e equânime, a todos os cidadãos, a uma atenção à saúde integral, humanizada e de qualidade é uma meta permanente. Muito já foi conquistado, desde a constituição de 1988, pois houve uma ampliação do acesso aos serviços da Atenção Básica, mas ainda com uma demanda reprimida na atenção ambulatorial, emergência, serviços especializados e hospitalares. Assim, a melhoria da qualidade e a organização da rede de atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção, são componentes que precisam ser priorizados.

A Política Nacional de Urgência e Emergência (PNAU) iniciou a organização destes serviços no Brasil, mas as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), que funcionam 24 horas por dia, exclusivamente para este fim, ainda servem de porta de entrada ao sistema, mesmo em situações não consideradas urgências médicas¹. É necessário otimizar o atendimento de pacientes com problemas pouco urgentes que chegam às emergências, promovendo às equipes assistenciais o conhecimento aprofundado das principais demandas, criação e utilização de protocolos de atendimento e diminuição do tempo de permanência dentro destas unidades. Há necessidade de implementação de estratégias no nível de atenção primária, com facilidades de acesso à consulta médica. Sabe-se que a assistência à saúde continuada, que observe as necessidades da população, somada a uma abordagem integral e com ênfase na prevenção, garante um atendimento de melhor qualidade e com custo menor².

A política de saúde vigente define que a Atenção Básica é a porta de entrada ao sistema, devendo organizar o fluxo de pessoas, coordenar o cuidado e ordenar as ações e serviços de saúde disponibilizados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS). Deve garantir a referência a serviços especializados, de acordo com as necessidades de saúde das mesmas³. O Ministério da Saúde brasileiro adotou o termo Atenção Básica em Saúde (ABS), enquanto internacionalmente esta área é conhecida por

Atenção Primária à Saúde (APS). Neste trabalho utiliza-se o termo ABS, conforme as referências dos materiais do Ministério da Saúde⁴.

As equipes de atenção básica devem realizar acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, pois também são responsáveis pelo primeiro atendimento às urgências^{5,6}. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS⁶. Este atendimento pode possibilitar a resolução integral da demanda ou a transferência responsável para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado. Estes serviços precisam estar organizados em redes em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade⁶.

A "super-utilização" das emergências está ligada a uma questão cultural, à escassez de consultas disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde e à qualidade da atenção oferecida, então, conhecer a demanda é uma ação necessária para melhorar ainda mais a resolutividade destes serviços². A adequada organização dos serviços de saúde e o planejamento da educação continuada dos profissionais, dependem do conhecimento da realidade local, além disso, devem respeitar os processos de trabalho e corresponder às necessidades da população^{7,8}.

A utilização dos serviços de emergências na cidade de Porto Alegre e em todo o Brasil, é um sério problema, pois a demanda é maior do que a capacidade de atendimento. Observa-se este grande volume de consultas realizadas, em todos os pronto-atendimentos de Porto Alegre, segundo dados da Secretaria Municipal da Saúde, em 2015 e 2016, mais de 60% dos usuários, adultos e crianças, havia recebido classificação Pouco Urgente. Estes são também denominados de "verdes", através da classificação de risco, segundo o protocolo de Manchester, o que significa que apresentam sinais e sintomas indicativos de doenças pouco urgentes⁹. Esta situação também foi observada em outros estudos realizados em serviços de urgências^{2,10}. Conhecer os usuários mais frequentes dos serviços, otimiza a utilização dos cuidados de saúde¹¹.

A grande quantidade de dados existentes, é observada na macro escala, assim como a maioria dos dados produzidos pela vigilância e atenção à saúde, que geralmente são pouco utilizados a nível local¹². O estudo da demanda e perfil desses

usuários possibilitará a implementação de ações que podem envolver desde a reorganização dos processos de trabalho das unidades de saúde até o planejamento de programas de educação permanente. Um serviço de emergência que acolhe muitos indivíduos com situações pouco urgentes é considerado uma unidade sentinela do serviço de atenção básica.

Nesta pesquisa, foram identificados as demandas e o perfil da população oriunda de uma rede de serviços de saúde comunitária que buscaram atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento, localizada na zona norte de um município de grande porte, e que foram classificados como pouco urgentes, segundo o protocolo de Manchester.

Analisou-se as características destes indivíduos que acessaram o serviço de pronto atendimento: a qual unidade de saúde eram vinculados, que horários e dias da semana buscaram atendimento, suas características sexo, idade, principais sintomas. A análise coletiva dos processos de trabalho, unidas ao conhecimento das singularidades dos lugares e das pessoas, possibilitam a construção de estratégias contextualizadas para a gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

Esta proposta de estudo foi impulsionada pela vivência do pesquisador, nas duas esferas de atenção à saúde do SUS: emergência e atenção básica. Identifica-se o desconforto de muitos usuários que esperam muitas horas para um atendimento em emergência, quando têm situações pouco urgentes que poderiam ser resolvidas na sua unidade básica de saúde. Mas também se identifica, nestes mesmos indivíduos, a dificuldade encontrada no acesso à atenção básica, portanto, ao pensar em uma pesquisa para o Mestrado Profissional em Saúde da Família, dentro de uma unidade de pronto-atendimento, o principal objetivo será construir um estudo de demanda e perfil destes usuários, que possuem um local de referência de Atenção Básica. Assim, utilizando dados relevantes, incrementar a qualidade do atendimento prestado à população de uma rede de serviços de saúde comunitária.

Nesta pesquisa tem-se como foco o estudo dos pacientes classificados como pouco urgentes (cor verde) tendo em vista que são a maioria da população atendida no serviço de pronto-atendimento. Cabe ressaltar, que durante o ano de 2016, após acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, os pacientes classificados como não urgentes (azuis) deixaram de ser atendidos na UPA Zona Norte, sendo então

direcionados para os seus postos de saúde, após consulta e orientação com a Assistente Social.

Diante deste contexto, pretende-se influenciar positivamente a gestão dos serviços estudados, através do estudo aprofundado de uma amostra da principal demanda da UPA e do perfil dos usuários do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição, que busca atendimento na UPA. Estes dados objetivos poderão ser utilizados pelos gestores e equipes das unidades pesquisadas, norteadando e incrementando a educação permanente dos profissionais, definindo protocolos de atendimento, atualizando rotinas e formas de atuação e otimizando a equipe multiprofissional, com o principal intuito de oferecer maior resolutividade e a consequente diminuição do tempo de espera.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A seguir vamos apresentar a fundamentação teórica que subsidiou esta pesquisa. Está dividida em 3 subitens: A evolução do Sistema de Saúde no Brasil, A Política Nacional de Atenção Básica, A Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências.

2.1 A evolução do Sistema de Saúde no Brasil

A história dos cuidados de saúde dos brasileiros passa inicialmente pela filantropia, paralelamente a isso o estado realizava apenas algumas ações de saúde diante de epidemias e para interferir em doenças negligenciadas como a tuberculose, a Hanseníase e doenças psiquiátricas, desenvolvidas sem discriminação com relação à população beneficiária ou o seu território. A grande atuação do poder público, nessa área, inicia em 1923, através da Lei Elói Chaves, que atrela a saúde dos trabalhadores a um programa de saúde, chegando à criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), no qual se beneficiavam as pessoas com relações formais de trabalho¹³.

Nessa época, os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias: os que podiam pagar pelos serviços, os com o benefício da assistência prestada pelo INAMPS e os que não tinham nenhum direito. Para estes últimos, a assistência era realizada por Hospitais Filantrópicos, na condição de um favor, uma caridade à população definida como indigente. Na década de 70, o chamado movimento sanitário, trouxe propostas inovadoras no sentido de um sistema de saúde universal e de caráter igualitário e impulsionou a inclusão dos trabalhadores rurais, que passam a receber tratamento equivalente aos trabalhadores urbanos, criando o FUNRURAL¹³. No final da década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas que o aproximaram ainda mais de uma cobertura universal de clientela, culminando com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), impulsionados pela conferência de Alma-Ata em 1978, assim se formava no Brasil, um sistema de saúde com tendência à cobertura universal.

Em setembro de 1990, a Lei 8080 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como

gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Isso se constituiu em uma grande alteração da situação até então vigente. O Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população¹³.

O SUS é um conjunto de princípios e diretrizes para todo o território nacional, sendo este o papel do estado. Ele incorpora espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do processo decisório e sua implantação ocorreu de 1990 a 2000. Marcaram este processo, a Constituição de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (Leis: 8080 e 8142). Com a implantação destas leis, surgem novas funções dos governos na prestação de serviços, novos critérios de transferência de recursos e as instâncias colegiadas de negociação, com a participação de gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários. Modificam-se as ações e serviços: forma de organização, estrutura de gestão e instâncias decisórias (comissões intergestoras, conferências e conselhos de saúde). O Ministério da Saúde descentraliza as ações, passando a responsabilidade para municípios e estados¹³.

Em 1986, na Conferência Nacional de Saúde, se iniciou o debate para reformulação do Sistema Nacional de Saúde e para o financiamento do setor, até a criação da Constituição de 1988, que então incluiu direitos a bem-estar, igualdade e justiça, por meio das leis que regulamentam a previdência, saúde, assistência social e educação. Compete ao poder público organizar as finanças recebidas de impostos e contribuições e distribuir de forma equitativa e universal.

Fazem parte das ações dos serviços de saúde do SUS atividades individuais e coletivas, voltadas à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, serviços ambulatoriais, domiciliares, hospitalares, diagnósticos e terapêuticos, de distintas complexidades e custos, intervenções ambientais (sanitárias, circulação de bens e serviços, controle de vetores), instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e derivados e equipamentos para a saúde. Está contemplada na lei a possibilidade de convênios com a iniciativa privada, caso as disponibilidades de serviços sejam insuficientes¹⁴.

Os princípios do SUS incluem a Universalidade, direito de todos às ações e serviços, independente da complexidade, custo e natureza, a Igualdade, pois o atendimento precisa ser realizado a todos, sem preconceitos ou privilégios. Considerando a integralidade, as ações devem ser preventivas e curativas, individuais e coletivas, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Para garantir a participação da Comunidade, estão previstos conselhos de saúde, conferências de saúde, diálogo entre gestores, profissionais e população. Para a descentralização estão contempladas a municipalização, a regionalização, a hierarquização e um comando único em cada esfera: Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais, sempre contando com uma rede de atenção à saúde hierarquizada e regionalizada¹⁴.

Observa-se que apesar dos grandes avanços na implantação do SUS, os desafios ainda são muitos, a fiscalização do dinheiro público, uma maior participação popular, que é algo muito recente para a população brasileira, melhoria do acesso à atenção básica de qualidade, constituição de uma sólida rede de serviços especializados, para o adequado diagnóstico e tratamento das doenças.

Os profissionais de saúde, os trabalhadores são os principais sustentadores deste sistema e principalmente os que ensinam e capacitam profissionais para a melhoria da qualidade de todas as ações curativas e preventivas. Contam com o apoio da população que necessita dos serviços, dos estudantes da área da saúde que utilizam como campo de estágio e de muitos gestores também, que acreditam na viabilidade do SUS e apoiam e buscam melhorias. As universidades são elos entre a comunidade e os gestores, provocam e estimulam mudanças, implementam ações de ensino, com a conseqüente ampliação e qualificação dos serviços.

A consolidação do SUS envolve mudanças estruturais profundas, construir redes descentralizadas e relacionadas a uma unidade político administrativa, como estados e municípios, sendo que muitos são desprovidos de recursos (financeiros, materiais e humanos) para atenção integral à saúde e necessitam pactuar e compartilhar a gestão pública. Outra mudança envolve as políticas que estimulam o desenvolvimento científico, produção industrial e a formação de recursos humanos¹⁴.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da

população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer.

2.1.1 Acesso da população aos serviços de saúde no SUS

O acesso universal preconizado pelo SUS e pela constituição brasileira, pode ser alcançado com a eliminação de barreiras que impedem as pessoas de utilizarem os serviços de saúde. Antes de 1988 não havia hierarquização, tampouco princípios que organizassem o acesso dos usuários aos serviços de saúde¹⁵. Apesar de o SUS ter estruturado a rede de serviços com diferentes níveis hierárquicos, a população muitas vezes não segue este fluxo de acesso aos serviços de saúde. O que se identifica é uma demanda exacerbada, em unidades de maior complexidade, que acaba por gerar transtornos para os profissionais e usuários, como a superlotação². A busca pelo serviço de saúde se dá nos momentos de agudização das doenças, gerando demanda espontânea, principalmente em Unidades de Pronto Atendimento em serviços hospitalares de urgência e emergência. A UPA tem acesso facilitado, funciona vinte e quatro horas por dia, localização geográfica favorável enquanto as UBSs possuem horário de funcionamento restrito, população definida pelo território e muitas vezes não consegue atender as pessoas no mesmo dia ¹⁵.

A qualificação do atendimento depende da adequação dos horários dos serviços, da organização do sistema de referência e contra referência, para que os problemas possam, na sua maioria, ser resolvidos na sua unidade básica de saúde¹⁶. Dificuldades de acesso à atenção primária à saúde, como dificuldade de agendamento, maior tempo de espera para consultar e o local de atenção primária ficar menos tempo aberto por dia, também estiveram associados com o uso excessivo dos serviços de emergência¹⁷. O acesso aos serviços de saúde, apesar de normatizado e com fluxo determinado, sofre com uma necessidade de assistência maior que a oferta, gerando uma demanda reprimida que recorre a atendimento em que se vislumbra a entrada, independentemente da possibilidade de resolução¹⁶. O atendimento de pessoas com urgências menores, nas suas unidades de atenção básica, se faz necessário, para adequada organização dos serviços de urgência e emergência. Indivíduos que tem uma fonte regular de atenção básica à saúde, durante

sua vida ficaram mais satisfeitas com o sistema de atenção à saúde, apresentaram menos hospitalizações e utilizaram menos as unidades de emergência¹⁸.

2.2 A Política Nacional de Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, como termos equivalentes. A atenção básica, deve apresentar três funções essenciais: a resolubilidade (resolver mais de 85% dos problemas de saúde da sua população); a comunicação (articular-se com os demais pontos da rede, sendo capaz de ordenar os caminhos das pessoas nesses pontos)¹⁹; e a responsabilização (ser responsável pelas ações de saúde de seu território de abrangência)⁴. Para aumentar a resolutividade, necessita investimento da gestão na qualificação dos profissionais e no estabelecimento de padrões e de rotinas nos atendimentos²⁰.

Historicamente, a ideia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920, pois ele propôs, pela primeira vez, o esquema de rede, organizou primeiramente os serviços de emergência na Inglaterra, depois elaborou proposta de provisão sistematizada de serviços médicos e afins, que deveriam estar disponíveis para a população de uma determinada área²¹

A primeira definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata. De acordo com a declaração de Alma-Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção²².

A APS também foi definida como a porta de entrada, mas caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade e integralidade da atenção e a coordenação da assistência dentro do sistema de saúde¹⁹. Após a Conferência de Alma Ata, no Cazaquistão, em 1978, houve uma expansão mundial da Atenção Primária à Saúde, sendo que no Brasil, os primeiros serviços que ofereceram Programas de Residência

Médica, voltados a este tipo de atendimento, foram os das cidades de Petrópolis, Vitória, Natal e Porto Alegre²³.

Outro termo utilizado nesta área é Saúde Comunitária que frequentemente fica subentendido como exclusivamente um serviço ou uma prática de profissionais de saúde realizada em comunidades. Góis²⁴ apresenta uma concepção de saúde comunitária, como processos focados prioritariamente na saúde, na prevenção e na promoção e não somente na enfermidade, composto por atividades desenvolvidas na e com a comunidade, sendo essencial a participação dos moradores. Portanto, precisamos compreender a Saúde Comunitária como um paradigma ou como um modelo e considerá-la como política, cultural e participativa²⁵.

A Saúde Comunitária corresponde tanto a um conjunto de atividades como a uma concepção de saúde, à medida que se propõe a criar espaços de diálogo, vivência e atividade, a utilizar as potencialidades que toda comunidade possui e a fortalecer grupos e redes comunitárias de apoio, cuidado e proteção. Nessa mesma direção, Catalayud defende a Saúde Comunitária como um processo que inclui a produção, o fortalecimento, a recuperação e a gestão da saúde, compreendida em sua multidimensionalidade e em seus determinantes sociais²⁶. A gestão da saúde corresponde aos processos participativos que objetivam a proteção e promoção da saúde. Assim, a ênfase recai, de maneira geral, nas potencialidades e capacidades da comunidade, e no que se refere especificamente ao cuidado da saúde, articulando-se indivíduo, família e comunidade²⁶.

A comunidade é o espaço de participação, lugar de moradia, de construção de vínculos, onde acontecem processos de conscientização e de fortalecimento humano, a transformação social das questões que envolvem o processo saúde-doença. Neste contexto, as ações voltadas a saúde, incluem o diálogo problematizador, a interação social afetiva entre profissionais e sujeitos comunitários, a vivência, a ação coletiva transformadora, transcendendo os modelos biomédicos que centram a intervenção no indivíduo e nos seus processos de adoecimento²⁴.

A partir destes conceitos de Saúde Comunitária pode-se observar que ela está contida na APS, porém com um maior enfoque na interação com a comunidade. E para que a APS seja resolutiva ela precisa estar inserida em uma Rede de Serviços de Saúde que trabalhem de forma articulada para a prestar a assistência integral que

os indivíduos necessitam^{17,18}. A seguir, discute-se um destes pontos da Rede de Saúde que tem interface com a APS.

2.3 A Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências, no Sistema Único de Saúde, vem sofrendo grandes avanços. Consta na Política Nacional de Atenção às Urgências a criação de uma rede de serviços, com o intuito de eliminar a exclusividade de atendimento nos prontos-socorros hospitalares¹. Portanto, a RAUE passa a ser constituída pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Componente pré-hospitalar fixo: Unidades de Pronto Atendimento e Componente Hospitalar e Atenção Domiciliar⁵.

Nesse cenário, o atendimento pré-hospitalar fixo, por meio das UPAs, foi definido como a primeira assistência ofertada ao usuário em casos de quadros agudos, traumas e quadros psiquiátricos, que possam levá-lo à morte ou sequelas, visando proporcionar um atendimento e/ou transporte adequado para rede referenciada, hierarquizada, regulada e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, quando necessário⁶.

As UPAs são componentes relativamente novos na composição da RAU e são definidas como um serviço de estrutura intermediária entre a ABS e a rede hospitalar, tendo como principais funções: atender às urgências de menor complexidade, como rede de apoio a ABS; atender à população aos finais de semana e à noite, quando as unidades básicas estão fechadas; reduzir a demanda nos hospitais com maior grau de complexidade; e ainda, articular-se com a APS, SAMU, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços da RAS, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contra-referência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região^{5,6}.

Percebe-se, atualmente, que os serviços de urgência e emergência no Brasil sofrem com a superlotação da população que não possui acesso regular aos demais

níveis de atenção à saúde. Outros fatores, também, influenciam essa superlotação, como a falta de leitos para internação na rede pública e o aumento da longevidade da população, com o maior número de portadores de doenças crônicas.

Uma tecnologia desenvolvida para organizar esse atendimento foi a classificação de risco. Os sistemas de classificação auxiliam na ordenação e na orientação da assistência médica, gerenciam o fluxo do paciente, com segurança, utilizando critérios clínicos e por ordem de chegada ou administrativo, sempre que a demanda supera a capacidade de atendimento. Assim, estabelecem-se tempos máximos de espera para a avaliação médica, de acordo com critérios de risco²⁷.

Em 2012, a implementação da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, com a organização dos serviços de urgência, os sistemas de triagem foram recomendados no Brasil com o nome de Sistema de Classificação de Risco de Manchester, validado pelo grupo Brasileiro de Classificação de Risco²⁸.

Triagem ou classificação de risco é uma ferramenta no manejo clínico de risco, empregada nos serviços de urgência por todo o mundo, sempre que a necessidade clínica excede a oferta, assegurando desta forma, a atenção médica de acordo com o tempo de resposta e a necessidade do paciente¹³. A triagem inicial e precisa do paciente, em um serviço de emergência, é fundamental para reduzir o tempo para o início do tratamento efetivo pela equipe médica e para acelerar o fluxo do paciente²⁹.

O sistema de classificação de risco que servirá de base para este estudo é o de Manchester. Este sistema baseia-se em alguns tópicos: Nomenclatura e definições comuns, sólida metodologia, programa de capacitação e guia de auditoria para triagem³⁰.

Quadro 1 - Escala Nacional de Classificação de Risco

Número	Nome	Cor	Tempo de resposta máximo (min)
1	Emergência	VERMELHO	0
2	Muito urgente	LARANJA	10
3	Urgente	AMARELO	60
4	Pouco urgente	VERDE	120
5	Não urgente	AZUL	240

Fonte: Mackway-Jones³⁰, 2010.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Analisar a demanda e perfil dos usuários classificados como pouco urgentes, que buscam atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), oriundos de uma rede de serviços de saúde comunitária.

3.2. Objetivos específicos

Identificar o perfil sociodemográfico e clínico destes usuários.

Conhecer a demanda destes usuários: sintoma principal, dias e horários de busca do atendimento na UPA.

Comparar a demanda destes usuários em relação à sua procedência e horários de busca pelo atendimento na UPA.

4. ARTIGO*

USUÁRIOS ADULTOS CLASSIFICADOS COMO POUCO URGENTES EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Palavras chave: Gestão em Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde,

ADULT USERS CLASSIFIED AS LOW URGENCY AT EMERGENCY CARE UNIT

Keywords: Health Management; Emergency Medical Services; Primary Health Care; Health Services Accessibility; Unified Health System

Gisele De César Schafirowitz¹, Aline Corrêa de Souza²

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Porto Alegre (RS). Trabalho realizado na UPA Moacyr Scliar. Endereço para correspondência: Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Departamento de Enfermagem.

Rua Sarmiento Leite, 245, sala 401a
Centro - 90050170 - Porto Alegre, RS - Brasil
Telefone: (51) 33039000 - Ramal: 8858
URL da Homepage: <http://www.ufcspa.edu.br>

1 Médica de Família e Comunidade, Aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFCSPA

2 Professora adjunta da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Departamento de Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

*O artigo será submetido a Revista Cadernos de Saúde Coletiva- UFRJ, cujo escopo e normas de publicação encontram-se no Anexo 3.

Resumo: Objetivo: Conhecer os usuários vinculados a doze Unidades Básicas de Saúde (UBS), que consultaram em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e receberam classificação de risco pouco urgente, em um município de grande porte do RS, em todo o ano de 2017. Identificar características, principais sintomas, dias e horários de busca do atendimento e distribuição entre os serviços. **Método:** Pesquisa de abordagem quantitativa, estudo retrospectivo descritivo e análise bivariada, que utilizou dados secundários do sistema informatizado do serviço. **Resultados:** As situações pouco urgentes neste serviço são a grande maioria, porém menos de 3% destas era proveniente da área adstrita estudada. A maioria dos usuários possuía entre 41 e 65 anos (36,3%), principalmente mulheres (62,3%) e preferiram dias e horários que as UBSs estavam fechadas. O número de indivíduos cadastrados em cada UBS, influenciou a demanda de consultas na UPA e a faixa etária relacionou-se com o horário de busca do atendimento. Os principais sintomas observados foram: dor abdominal, cefaleia, dor lombar, dispneia e dor de garganta, o que variou de acordo com as estações do ano.

Palavras chave: Gestão em Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde,

ADULT USERS CLASSIFIED AS LOW URGENCY AT EMERGENCY CARE UNIT

Abstract:

Objective: To determine the characteristics of users linked to 12 Basic Health Units (*Unidades Básicas de Saúde* – UBSs) who sought care at an Emergency Care Unit (*Unidade de Pronto Atendimento* -- UPA) despite receiving a low urgency rating in a large city in the state of Rio Grande do Sul, Brazil in 2017, as well as the main symptoms, days and times when care was sought and their distribution among the services. **Method:** Quantitative approach research, descriptive retrospective study and bivariate analysis that used secondary data from a UPA's computerized system. **Results:** The low-urgency situations at this UPA represent the vast majority of cases. However, of the total enrolled population of the area studied, less than 3% both sought care at a UPA and received this classification. The largest user age group was 41-65 years (36.3%), most of the users were female (62.3%) and most of them preferred days and times when the UBSs were closed. The number of users registered at each UBS influenced the demand for consultations at the respective UPA and age group was related to the time of seeking care. The main symptoms observed were abdominal pain, headache, low back pain, dyspnea and sore throat, which varied according to the season of the year.

Keywords: Health Management; Emergency Medical Services; Primary Health Care; Health Services Accessibility; Unified Health System

4.1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil busca constantemente a melhoria da qualidade dos serviços prestados, sendo o financiamento, o grande desafio. A política de saúde vigente define que a Atenção Básica em Saúde (ABS) é a porta de entrada à rede de serviços para coordenar o cuidado e ordenar as ações e serviços de saúde disponibilizados¹. Neste artigo utiliza-se o termo ABS, conforme as referências dos materiais do Ministério da Saúde¹.

No contexto das urgências e emergências o processo de trabalho das equipes de atenção básica, deve contemplar um acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e a análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências². Apesar de muitos avanços, existe ainda a necessidade de se adequar serviços, ampliar o acesso, fortalecer os vínculos e estabelecer um sistema de referências eficaz, para que a maioria dos problemas possam ser resolvidos integralmente na sua Unidade Básica de Saúde (UBS)^{3,4}.

O atendimento aos usuários com quadros agudos, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, mesmo que fora da área de abrangência³. Inibem o acesso à atenção primária à saúde, a dificuldade de agendamento de consulta e o local de atenção primária ficar menos tempo aberto por dia, o que resulta em uso excessivo dos serviços de emergência⁵.

A Política Nacional de Atenção às Urgências incluiu a criação das Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), integrando-as aos serviços móveis de urgência,

hospitalares, domiciliares e à atenção básica⁶. As UPAs são estruturas de complexidade intermediária, atuam 24 horas por dia, todos os dias da semana, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para unidades básicas de saúde, atendimento domiciliar, SAMU e rede hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população^{7,8}.

A utilização excessiva das emergências está ligada a uma questão cultural, relacionando-se também, entre outros fatores, à qualidade da atenção oferecida, então, conhecer a demanda é uma ação necessária para melhorar ainda mais a resolutividade destes serviços⁸. Vários estudos demonstram que serviços de urgência e emergência ainda servem de porta de entrada ao sistema, mesmo em situações pouco urgentes ou não consideradas urgências médicas^{8,9,10,11}. A dificuldade de acesso à assistência nos serviços de Atenção Básica, a não viabilidade das contra referências, a falta de leitos hospitalares, são alguns dos indutores de superlotação nas emergências¹².

A adequada organização dos serviços de saúde e o planejamento da educação permanente dos profissionais, dependem do conhecimento da realidade local e necessidades da população^{13,14}. A identificação dos usuários mais frequentes dos serviços, otimiza a utilização dos cuidados de saúde e diminui o tempo de permanência de indivíduos com problemas pouco urgentes nas emergências¹⁵. Da mesma forma, a implementação de estratégias no nível de atenção básica, com uma assistência à saúde continuada, somada a uma abordagem integral e com ênfase na prevenção, garante um atendimento de melhor qualidade e com custo menor⁸.

Justifica-se a realização de investigações científicas sobre o assunto, pois ao observar os dados da Secretaria Municipal da Saúde do município estudado, em 2015 e 2016, nos serviços de emergência, mais de 60% dos usuários, adultos e crianças, haviam recebido classificação Pouco Urgente¹⁶, que segundo o protocolo de Manchester, indica que apresentam sinais e sintomas indicativos de problemas eletivos¹⁷.

O objetivo do presente estudo foi conhecer e analisar a demanda e perfil dos usuários adultos vinculados a doze unidades básicas de saúde, que buscaram atendimento clínico em uma UPA e foram classificados como pouco urgentes durante todo o ano de 2017. As variáveis pesquisadas foram: sexo, idade, principal sintoma, unidade de saúde de procedência, dia e horário do atendimento.

O estudo destas características possibilitará a implementação de ações nas duas esferas de atendimento que podem envolver desde a reorganização dos processos de trabalho das unidades até o planejamento de programas de educação permanente. Um serviço de emergência que acolhe muitos usuários pessoas com situações pouco urgentes, pode ser considerada uma unidade sentinela do serviço de atenção básica.

4.2 Metodologia

Estudo retrospectivo, descritivo, de abordagem quantitativa, fundamentado na Política Nacional de Atenção Básica e de Atenção às Urgências e considerando a necessidade de planejamento e gestão em saúde, para a melhoria da qualidade e do acesso à saúde. A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Pronto Atendimento de um município de grande porte do Rio Grande do Sul, utilizando dados secundários,

do Banco de dados de acesso restrito do serviço. A amostra foi composta por indivíduos vinculados a doze Unidades Básicas de Saúde, que contam com 39 equipes de Saúde da Família do Município e que atende mais de 120.000 pessoas. Além do atendimento à saúde são locais formadores de recursos humanos para a atenção primária e produzem tecnologias em APS para o SUS.

Foram incluídos no estudo detalhado, indivíduos adultos, que possuíam vínculo a estas 12 Unidades Básicas de Saúde e que receberam classificação de risco pouco urgente para a consulta com clínico na UPA, durante todo o ano de 2017. A amostra da pesquisa foi composta após exclusão de registros em duplicidade, indivíduos menores de 18 anos, vinculados ao consultório de rua e com classificação inadequada. Neste estudo não são consideradas consultas clínicas os seguintes atendimentos: pediatria, odontologia e cirurgia.

As variáveis analisadas foram: idade, sexo, sintoma principal, UBS de procedência (distância até a UPA e população cadastrada), estações do ano, dias e horários de chegada na UPA (diurno, noturno, horários de UBS abertas e fechadas). Por meio da identificação do sintoma discriminador utilizado no fluxograma da classificação de risco, o principal sintoma foi definido. Foram considerados dias não úteis, os fins de semanas e feriados nacionais e municipais. Os horários de UBS aberta foram definidos como das 08h e 01 min até às 18:00 de todos os dias úteis, pois, este era o horário de funcionamento da maioria das unidades incluídas no estudo, naquele ano. As distâncias de cada uma das UBSs até a UPA foram determinadas através da inserção dos endereços dos serviços no aplicativo Google Maps e obtendo a distância em quilômetros, entre cada um deles e a UPA, em linha

reta. A população adstrita e o horário de funcionamento de cada serviço foi identificada através de relatório fornecido pela gerencia.

A UPA deste estudo é porte três, com 22 leitos e capacidade de atendimento de 300 a 450 casos de baixa e média complexidades por dia^{3,6}. As Unidades Básicas de Saúde estudadas são campo de atuação e de formação multiprofissional, além da produção do conhecimento e tecnologias em APS para o SUS. São responsáveis por doze territórios-áreas de abrangência, totalizando uma população de aproximadamente 120.000 pessoas¹⁸.

A coleta foi realizada no *Banco de dados de acesso restrito do serviço*, que armazena as informações das classificações de risco, o período estudado foi de primeiro de janeiro à trinta e um de dezembro de dois mil e dezessete. Foi realizada análise das frequências simples das variáveis e análise de frequência bivariada.

O presente estudo obedeceu às normas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁹ que dispõem sobre as diretrizes e normas de pesquisas com seres humanos. Esta pesquisa foi realizada somente com dados secundários, sem a identificação das pessoas, bem como as unidades básicas de saúde estudadas foram codificadas com letras de A a L. Para a efetivação da mesma, o projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição que gerencia a UPA (Parecer: 2.928.200). Para a realização deste estudo não existiu nenhum tipo de conflito de interesses.

4.3 Resultados

No ano de 2017, a Unidade de Pronto Atendimento em estudo realizou, 123.338 atendimentos, destes 73.390 foram consultas clínicas. Dentre as consultas

clínicas, 50.939 (69,4%) foram classificadas como pouco-urgentes. Ressalta-se que apenas 4226 (8,3%) destes usuários possuíam vínculo com os serviços em estudo, o que significa 3,5% da população adstrita das 12 UBSs.

Na tabela 1, são apresentadas a totalidade das classificações dos atendimentos. Observamos que as classificações verdes (pouco urgentes), são a maioria quando observamos a totalidade dos atendimentos (72,6%) e dentre todos os atendimentos clínicos (69,4%). A maior procura das pessoas que consultam na UPA é pelo atendimento clínico (59,5%).

Tabela 1
Classificações de Risco dos Usuários da UPA em 2017 (n:123.338)

Classificação de risco	Total de atendimentos		Atendimentos clínicos	
	Atendimentos	Percentual	Atendimentos	Percentual
Vermelha	239	0,2%	194	0,3%
Laranja	7.659	6,2%	5.894	8,0%
Amarela	19.022	15,4%	15.642	21,3%
Verde	89.531	72,6%	50.939	69,4%
Azul	3.843	3,1%	670	0,9%
Branca	3.044	2,5%	51	0,1%
Total	123.338	100%	73.390	100%

Fonte: dados da pesquisa.

Na análise descritiva a que este estudo se propôs, a tabela 2 demonstra as características dos usuários estudados. Os pacientes eram na sua maioria do sexo feminino (62,6%) e a faixa etária predominante foi entre 41 e 65 anos (36,3%).

Com relação a horários de consultas, a maior busca de atendimento foi entre oito e dezoito horas (62,3%). Ao comparar os dias úteis com os demais dias do ano, a maioria dos pacientes buscou atendimento em dias úteis (63,4%). Ao combinarmos

dias e horários, observa-se que 62,6% chegava à UPA em horários que as unidades de saúde estavam fechadas.

Mais da metade dos pacientes estudados eram provenientes de quatro unidades (G, E, I e F). No entanto, as distâncias não interferiram na demanda de consultas, mas a população cadastrada, sim. Quando analisamos estas variáveis, o resultado sugere que há uma relação linear entre a população adstrita e o número de consultas na UPA, sendo a correlação igual a 0,69 (p-valor=0,014). Dessa forma, quanto maior a população cadastrada maior o número de consultas. Em se tratando da distância, a relação não foi verificada.

Tabela 2
Características dos Usuários Adultos do SSC Classificados como Pouco Urgentes na UPA em 2017 e UBSs de Procedência (n=3584)

Características	N	%
Sexo		
Feminino	2245	62,6
Masculino	1339	37,4
Faixa etária		
18 a 26 anos	818	22,8
27 a 40 anos	893	24,9
41 a 65 anos	1300	36,3
66 a 80 anos	469	13,1
Mais de 80 anos	104	2,9
Horário do atendimento		
08:01 às 18:00h	2234	62,3
18h01 às 08:00	1350	37,7
Categoria de dia		
Útil	2272	63,4
Não útil	1312	36,6
Atendimentos UPA X Horário de funcionamento das UBS		
Aberta: (08:01-18:00h de dias úteis)	1342	37,4
Fechada: (18:01-08:00h de dias úteis e todos os horários dos dias não úteis)	2242	62,6
UBS de Procedência (Distância da UPA/população cadastrada)		
G (4,8 km / 13836 pessoas)	725	20,2

E (2,9 Km/ 21900 pessoas)	504	14,1
I (7,3 Km /9504 pessoas)	436	12,2
F (2,8 Km /11170 pessoas)	365	10,2
J (2,3 Km / 17.009 pessoas)	331	9,2
C (4,5 Km/ 4.754 pessoas)	271	7,6
K (6,9 Km/2.938 pessoas)	265	7,4
H (5,2 Km/4.064 pessoas)	257	7,2
D (3,6 Km/5.347 pessoas)	143	4,0
L (4,3 Km/4.766 pessoas)	140	3,9
B (4,1 Km/6.167 pessoas)	103	2,9
A (4,6 Km/ 4.010 pessoas)	44	1,2
Total	3584	100,0

Fonte: dados da pesquisa / Gerência das UBSs e IBGE (out/2018) ²¹

Demonstra-se na tabela 3, a associação entre o horário de atendimento na UPA e o horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde em uma das faixas etárias dos pacientes. O resultado sugere que pacientes de 66 a 80 anos estão positivamente relacionados com as consultas na UPA em horários que as Unidades Básicas estão abertas ($p < 0,001$). Teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 3
Relação entre a Faixa Etária e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento das UBSs (n=3584)

Faixa etária	Dia e horário						p-valor
	Aberta: (08:01-18:00h de dias úteis)		Fechada: (18:01-08:00h de dias úteis e todos os não úteis)		Total		
	N	%	N	%	N	%	
18 a 26 anos	283	21%	535	24%	818	23%	<0,001
27 a 40 anos	317	24%	576	26%	893	25%	
41 a 65 anos	480	36%	820	37%	1300	36%	
66 a 80 anos	214	16%	255	11%	469	13%	
Mais de 80 anos	48	4%	56	2%	104	3%	
Total	1342	100%	2242	100%	3584	100%	

Fonte: dados da pesquisa

Podemos observar na Tabela 4 os sintomas principais mais frequentes que os usuários classificados como pouco urgentes referiram na classificação de risco. Os mais frequentes são: Dor Abdominal, Cefaleia, Dor Lombar, Dispneia e Dor de Garganta.

Tabela 4
Sintomas Principais na Classificação de Risco

Sintoma	N	%
Dor Abdominal	510	14,2
Cefaleia	490	13,7
Dor Lombar	316	8,8
Dispneia	276	7,7
Dor de Garganta	275	7,7
Diarreia e Vômitos	211	5,9
Disúria	189	5,3
Dor em Membros Inferiores	140	3,9
Dor Torácica	139	3,9
Otalgia	94	2,6
Dor Cervical	83	2,3
Tonturas	77	2,1
Dor Articular	64	1,8
Alergias	52	1,5

Tosse Produtiva	48	1,3
Erupção Cutânea	42	1,2
Tosse	41	1,1
Vômitos	41	1,1
Palpitações	40	1,1
Mordeduras e Picadas	32	0,9
Dor em Membros Superiores	29	0,8
Olho Vermelho	29	0,8
Diarreia	28	0,8
Parestesias	27	0,8
Feridas	26	0,7
Diabetes	23	0,6
Dor na Face	21	0,6
Mal-Estar	18	0,5
Febre	15	0,4
Asma	12	0,3
Edema Facial	11	0,3
Edema de Membros Inferiores	10	0,3
Feridas no Pênis	10	0,3
Náuseas	10	0,3
Desmaio	9	0,3
Dor Testicular	8	0,2
Tosse Seca	8	0,2
Diminuição da Acuidade Auditiva	7	0,2
Cólica Renal	6	0,2
Epistaxe	6	0,2
Prurido	6	0,2
Secreção Uretral	6	0,2
Sondagem	6	0,2
Tremores	6	0,2
Outros (41)	91	2,5%
Total	3584	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Quando os cinco sintomas mais frequentes são distribuídos conforme os meses do ano, visualiza-se uma variação, pois no verão, a diarreia tem maior percentual do que a dispneia, dor lombar e dor de garganta. No outono e no inverno, se identifica maior percentual de dispneia, se comparado aos meses de primavera e verão. A dor

de garganta não aparece como os cinco mais frequentes no verão. A dor abdominal somente não é a mais frequente no inverno, pois houve mais queixas de cefaleia.

Tabela 5
Distribuição dos Sintomas Principais nas Estações do Ano

Estação ano	Sintoma	n	%
Verão	Dor Abdominal	129	14,8
	Cefaleia	112	12,8
	Diarreia e/ou Vômitos	81	9,3
	Dor Lombar	65	7,5
	Dispneia	54	6,2
Outono	Dor Abdominal	163	16,7
	Cefaleia	156	16,0
	Dor Lombar	91	9,3
	Dispneia	83	8,5
	Dor de Garganta	70	7,2
Inverno	Cefaleia	107	14,4
	Dor Abdominal	85	11,4
	Dor de Garganta	71	9,5
	Dispneia	63	8,5
	Dor Lombar	57	7,7
Primavera	Dor Abdominal	133	13,4
	Cefaleia	115	11,6
	Dor Lombar	103	10,4
	Dor de Garganta	90	9,1
	Dispneia	76	7,7

Fonte: dados da pesquisa

4.4 Discussão

A busca de atendimento com situações pouco urgentes são situações comuns verificadas em vários estudos^{9,10,11,12,21}. Quando observamos a totalidade dos atendimentos do serviço em estudo, 72,59% dos usuários recebeu a classificação de risco pouco urgente, um percentual maior que a média geral de todos os prontos atendimentos de Porto Alegre, sendo de 63,06% em 2015 e 66,8% em 2016 que

receberam esta mesma classificação, segundo o protocolo de Manchester⁶. Quando avaliamos separadamente, apenas os atendimentos clínicos (73.390 casos), dos quais 50.939, foram classificados como pouco urgentes são 69,4%.

A análise dos resultados, ao compararmos com estudos nacionais , em três estudos envolvendo emergências hospitalares, um em Ouro Preto, considerou inadequados 58,9% das consultas²¹, outro em Londrina, foi evidenciado que 60,3% da amostra foi classificada na cor verde¹⁰ e o outro, em Porto Alegre, observou-se que 39% dos casos não se enquadravam como casos de urgência ou de emergência⁸.

Estudos internacionais permitem-nos referir que apesar de realidades distintas, em vários países há políticas relacionadas a diminuir a busca a emergências^{22,23,24}, pois apesar de controverso, gera custos desnecessários²⁵. Relaciona-se ao uso inadequado dos serviços de emergências, a possibilidade da resolução do problema em serviços de atenção básica^{21, 22,23} e isto está diretamente ligado a Classificação de Risco de Manchester²⁶, quando classificados como não urgentes ou pouco urgentes. Um destes estudos sugere que as alavancas para reduzir a freqüência desnecessária do uso de departamento de emergência não estão no nível da atenção primária à saúde, mas no nível dos determinantes sociais mais amplos da saúde, como renda, emprego, educação, moradia e níveis de criminalidade²³.

Pesquisando pacientes da emergência do HNSC, Stein evidenciou que usuários considerados não urgentes relataram que não buscaram a sua Unidade Básica de Saúde, principalmente, pelo fato de a unidade estar fechada quando precisou, em segundo porque na emergência consideravam que havia mais recursos⁸. Em estudos realizados na Inglaterra, 26,5% dos indivíduos que consultaram na emergência, o fizeram por não conseguir atendimento com seu médico geral²² e

estima-se que naquele país, aproximadamente 76% dos atendimentos de emergência poderiam ter sido evitados e potencialmente tratados no nível de atenção primária²³.

O presente estudo, permitiu constatar que os pacientes vinculados às doze UBSs estudadas, buscaram pouco o atendimento na UPA, com situações pouco urgentes, pois os 3.584 usuários representaram apenas 2,9% dos 123.338 atendimentos. Além disso, apenas 1.342 usuários consultaram em horário das unidades abertas, o que corresponde a 2,6% dos 50.939 atendimentos pouco urgentes.

A população vinculada às UBSs era na sua maioria do sexo feminino (62,6%). Vários estudos mostram que as mulheres consultam mais em emergências ou na atenção primária^{8,21,27,28,29}. No entanto, Feijó et al, relata a predominância de usuários do sexo masculino (58,6%), destaca-se que neste local há também atendimento a traumas e sabe-se que os homens são mais expostos a violência urbana¹⁰.

A faixa etária predominante foi entre 27 a 65 anos, sendo que isso se repete na maioria dos estudos, pois mostram a predominância de pessoas com idade produtiva, que buscam atendimentos em emergências^{8,10,26,30}

Foi verificada a preferência dos usuários pelos dias úteis e pelos horários diurnos o que também é demonstrado em serviços semelhantes, nas cidades de Ouro Preto e Florianópolis^{23,26}. Machado refere que há duas vezes mais chance de consultas em dias úteis constituírem uso inadequado da Unidade de Pronto Atendimento²¹.

Chama atenção neste estudo é que ao combinarmos dias e horários, vê-se que 62,6% chegava à UPA em horários que as unidades de saúde estavam fechadas, mas lembremos que ao longo de uma semana, os serviços de atenção básica funcionam

por somente 30% das horas, considerando que funcionam das 8 às 18 horas em dias úteis, o que pode estar distorcendo este dado. Quando relacionada a faixa etária com o horário de atendimento avistou-se que os idosos consultam mais na UPA, mesmo em horários que as Unidades Básicas estão abertas, provavelmente porque os idosos saem menos à noite.

Sobre a variável procedência da demanda, o resultado sugere que há uma relação linear entre a população adstrita e o número de consultas na UPA, quanto maior a população cadastrada maior o número de consultas. Em se tratando da distância, a relação não foi verificada, apesar de o pesquisador observar nos números absolutos, uma menor utilização do serviço por moradores de bairros que possuem um acesso mais facilitado a outro pronto atendimento.

Em 2012, um estudo da demanda de consultas não urgentes no HCPA em Porto Alegre, também identificou o motivo principal de consultas, a dor abdominal em 11% dos casos²⁸. Torna-se relevante para os serviços incluídos neste estudo, saber que os cinco principais sintomas relatados pelos pacientes no pronto atendimento, estão entre os 30 problemas principais do diagnóstico de demanda em atenção primária, realizado em outro município do sul do país²⁷. As doenças respiratórias e osteomusculares, de acordo com estudo realizado em Minas Gerais, são as principais causas de consulta inadequadas e consideradas não urgentes²¹.

Os sintomas principais relatados pelos usuários neste estudo são: Dor Abdominal, Cefaleia, Dor Lombar, Dispneia e Dor de Garganta enquanto os principais motivos de procura por emergências e pronto atendimentos se referem a doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho circulatório²¹. Mas estes estudos são sobre todos os tipos de classificações.

4.5 Conclusão

Os resultados desta pesquisa adicionam informações sobre um problema muito prevalente em todo o mundo: a questão da aglomeração de pessoas em serviços de urgências e emergências. A busca por serviços de emergência com situações pouco urgentes é um problema mundial³⁰. Pesquisas anteriores demonstraram que uma proporção significativa de pacientes com condições não urgentes, que consultou em serviços de emergências, tentou antes acessar serviços alternativos³⁰.

O número de consultas no serviço de emergência, foi pequeno, se considerarmos que os usuários são procedentes de doze unidades básicas de saúde, com uma população adstrita de 120.000 pessoas, portanto o autor infere que os usuários cadastrados nestas UBSs têm um bom vínculo e provavelmente uma boa qualidade de atendimento.

Essa demanda existe e, mesmo em países desenvolvidos, os pacientes encontram dificuldades em conseguir uma consulta na atenção básica, buscando os prontos atendimentos^{22,23}. A percepção equivocada da gravidade dos sintomas pode explicar, em parte, o uso inadequado dos departamentos de emergência dos hospitais por pacientes não urgentes¹¹.

Os modelos de atenção devem ser focados nas necessidades de saúde da população, portanto a criação e consequente utilização de protocolos estão voltados às demandas mais prevalentes³¹. Considerando estas características identificadas e individualizadas, deve-se planejar mudanças que proporcionem acesso mais oportuno à atenção básica em todo o município, pois isso reduz o uso inadequado de serviços de emergências. Ações que qualifiquem os prontos atendimentos da mesma forma podem diminuir a aglomeração e o tempo de espera, por realizar um atendimento mais

organizado e resolutivo. Toda a rede de saúde deve estar integrada, desde que organizada e pactuada, isso possibilita a continuidade do cuidado. Um serviço deve complementar a ação do outro e todos devem agir na tentativa de o centro da atenção ser o paciente e sua família.

4.6 Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 978-85-334-1939-1 1. Serviços Básicos de Saúde. 2. Política de Saúde.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília (DF)2013. p. 24-37.
4. Oliveira, DC. A universalização e o acesso à saúde: consensos e dissensos entre profissionais e usuário. Cad. saúde colet. vol.25 no.4 Rio de Janeiro out./dez. 2017 <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700040078>
5. Carret MLV, Fassa ACG, Domingues, MR. Características da demanda do serviço de saúde de emergência do Sul do Brasil. Ciência e Saúde Coletiva16 (supl 1) 1060-1079 2011
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html
7. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília (DF) 2011.
8. Stein AT. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência. [Dissertação] Porto Alegre (RS). Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998
9. Costa JSM. Serviços de urgência e emergência hospitalar: atendimento não urgente nas redes de atenção às urgências, num contexto de transformações demográficas. [dissertação]. Belo Horizonte (MG). Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
10. Feijó VBER, Cordoni JL, Souza RKT, Dias AO. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. Saúde debate [Internet]. 2015, Sep [cited 2019 May 26]; 39(106): 627-636. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300627&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151060003005>.

11. Botelho A, Dias IC, Fernandes T, Pinto LMC, Teixeira J, et al. Overestimation of health urgency as a cause for emergency services inappropriate use: Insights from an exploratory economics experiment in Portugal. First published: 08 February 2019
<https://doi.org/10.1111/hsc.12720>
12. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2016, Mar [cited 2019 May 28]; 24(1): 49-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000100049&lng=en. Epub Mar 11, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600010106>
13. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev Saude Publica.* 2014;48(1):170-85.
14. Lopes SRS, Melo LO, Pereira MF, Piovesan ETA. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Comun ciênc saúde.* 2007;18(2):147-55.
15. Knowlton A, Weir BW, Hughes BS, Southerland RJH, Schultz CW, Sarpatwari R, et al. Patient demographic and health factors associated with frequent use of emergency medical services in a midsized city. *Acad Emerg Med.* 2013;20(11):1101-11.
16. Porto Alegre, Prefeitura Municipal. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Secretaria Municipal da Saúde. Porto Alegre (RS). 2017. P.89
http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf
17. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Sistema manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência. 2ª ed. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; Belo Horizonte (MG); 2010.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Hospital Nossa Senhora da Conceição S/A: Dados fornecidos pela Gerência de Saúde Comunitária. Porto Alegre. 2018
19. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.
20. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contagem Populacional de Porto Alegre, RS 2016 Available from:
ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_dou_2016_20160913.pdf
21. Machado GVC, Oliveira FLP, Barbosa HAL, Giatti LBPF. Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência, Ouro Preto, 2012. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2015 Dec [cited 2019 May 26]; 23 (4): 416-424. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000400416&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500040177>.
22. Cowling TE, Harris MJ, Watt HC, Gibbons DC, Majeed A. Access to general practice and visits to accident and emergency departments in England: cross-sectional analysis of a national patient survey. *Br J Gen Pract.* 2014; 64(624):e434–e439.
doi:10.3399/bjgp14X680533

23. Harris MJ, Patel B, Bowen S. Primary care access and its relationship with emergency department utilization: an observational, cross-sectional, ecological study. *Br J Gen Pract* 2011;61(593): e787-e793. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp11X613124>
24. Harris P, Whitty JA, Kendall E, Ratcliffe J, Wilson A, Littlejohns P, Scuffham PA. The Australian public's preferences for emergency care alternatives and the influence of the presenting context: a discrete choice experiment. *BMJ Open*. 2015 Apr 3; 5(4):e006820. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006820. PubMed PMID: 25841233; PubMed Central PMCID: PMC4390735.
25. Durand AC: et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. Durand, Anne-Claire et al. *The American Journal of Emergency Medicine*, Volume 29, Issue 3, 333 – 345
26. Dixe MACR, Passadouro R, Peralta TFC, Lourenço GS, Pedro ML. Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. *Rev. Enf. Ref.* [Internet]. 2018 Mar [citado 2019 Maio 26]; serl V(16): 41-52. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832018000100005&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17095>.
27. Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis, utilizando a classificação internacional de atenção primária: 2ª edição (CIAP). São Paulo, sn, 2009 [212] p ilus tab. Graf. Tese em Português LILACS ID: lil-587151.
28. Abreu KP. Utilização Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes. [dissertação]. Porto Alegre (RS). Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013
29. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saúde Colet* 2010;15(5)2297-94 <http://dx.doi.org/101590>
32. Unwin M, Crisp E, Rigby S, Kinsman L. Investigating the referral of patients with non-urgent conditions to a regional Australian emergency department: a study protocol. - *BMC Health Serv Res*;18(1): 647, 2018 Aug 20.
31. Uchôa SAC, Camargo JKR. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências? *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 July [cited 2019 May 27]; 15(4): 2241-2249. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400038&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400038>.

5. PRODUTO: RELATÓRIO TÉCNICO CIENTÍFICO

O material apresentado a seguir, foi nomeado como **RELATÓRIO TÉCNICO CIENTÍFICO DE CONSULTAS POUCO URGENTES EM 2017, NA UPA MOACYR SCLiar: Perfil dos Usuários Vinculados ao Serviço de Saúde Comunitária do GHC**. Este documento é produto da dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família, denominada DEMANDA E PERFIL DE USUÁRIOS ADULTOS CLASSIFICADOS COMO POUCO URGENTES EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ORIUNDOS DE UMA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMUNITÁRIA.

Este relatório consiste em uma descrição detalhada, primeiramente de forma consolidada, de todos os achados em conjunto, posteriormente um breve estudo comparativo dos serviços e, na sequência, uma exposição individualizada, doze relatórios, com a demanda e o perfil da população vinculada cada uma das UBSs.

O documento está constituído de dados de pesquisa científica, que estudou o perfil dos indivíduos adultos, vinculados às doze Unidades Básicas de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, que buscaram atendimento clínico na UPA Moacyr Scliar, no ano de 2017 e receberam classificação de risco pouco urgente.

Os relatórios serão disponibilizados para os gestores da UPA e do Serviço de Saúde Comunitária, em forma impressa e digital. Esperamos que estas informações sejam relevantes na gestão dos serviços estudados.

Para maiores informações entrar em contato com Aline Correa de Souza ou Gisele De Césaró Schafirowitz, através dos e mails [alinealinesouza78@gmail](mailto:alinealinesouza78@gmail.com) ou gisele.schaf@gmail.com.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RELATÓRIO TÉCNICO CIENTÍFICO DE CONSULTAS POUCO URGENTES DE
2017, NA UPA MOACYR SCLIAR**

Perfil dos Usuários Vinculados ao Serviço de Saúde Comunitária do GHC

Porto Alegre, 2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RELATÓRIO TÉCNICO CIENTÍFICO DE CONSULTAS POUCO URGENTES DE
2017, NA UPA MOACYR SCLIAR**

Perfil dos Usuários Vinculados ao Serviço de Saúde Comunitária do GHC

Autores:

Gisele De César Schafirowitz

Profa. Dra. Aline Corrêa de Souza

Porto Alegre, 2019

DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS:

Dedicamos este material a todos os usuários e profissionais do Sistema Único de Saúde. Aos usuários que merecem, em todas as instâncias, um atendimento humanizado e resolutivo e aos profissionais que de forma anônima lutam e se desdobram para oferecer serviços de qualidade.

Agradecemos a todos que auxiliaram, incentivaram ou participaram de alguma forma na elaboração deste material.

RESUMO

O presente relatório descreve a demanda e perfil de usuários com sinais e sintomas de doenças eletivas, que buscaram atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacyr Scliar, no ano de 2017 e possuíam vínculo às doze Unidades Básicas de Saúde do SSC do GHC. O objetivo é conhecer o perfil: sexo, faixa etária, sintomas, horários de procura do serviço, procedência. Além disso destacar e analisar algumas das peculiaridades destes indivíduos em conjunto e separadamente, de acordo com a procedência (UBS que possui vínculo).

Para atingir essa finalidade, os dados presentes na classificação de risco, foram coletados e realizado um estudo retrospectivo descritivo, com abordagem quantitativa. O estudo incluiu 3584 indivíduos, ao avaliar isoladamente dias úteis e feriados, houve preferência por dias úteis. No período diurno evidenciou-se maior busca por atendimento na UPA. Ao combinar dias e horários, percebe-se maior procura neste pronto atendimento, quando as unidades básicas de saúde estão fechadas. Na avaliação geral, os cinco principais sintomas observados foram: dor abdominal, cefaleia, dor lombar, dispneia e dor de garganta e houve mudança de acordo com as estações do ano e com a procedência. Observa-se que a faixa etária influenciou o horário de busca do atendimento. O número maior de usuários era proveniente das unidades com maior população adstrita e não houve relação com a proximidade ou distância das unidades até a UPA.

A interpretação e comunicação de resultados tem o intuito de racionalizar a gestão destes serviços. Ao analisar características de usuários classificados pouco urgentes (verdes), estudamos uma amostra da maior demanda dos prontos atendimentos do município. Com as informações obtidas pretende-se influenciar as práticas de saúde e incentivar a reorganização dos processos de trabalho.

A elaboração e entrega deste relatório objetiva agregar informações úteis e fomentar a implementação de estratégias específicas nos diferentes níveis de atenção e como consequência, contribuir com essa dimensão da saúde que é a qualidade.

Palavras chave: Gestão em Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde,

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Classificações de Risco dos Usuários da UPA Moacyr Scliar em 2017.....	71
Tabela 2: Características dos Usuários do SSC Classificados como Pouco Urgentes na UPA em 2017 e UBS de Procedência.....	72
Tabela 3: Relação entre Faixa Etária dos Usuários do SSC e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento das UBSs	74
Tabela 4: Sintomas Principais dos Usuários do SSC Classificados como Pouco Urgentes na UPA em 2017.....	75
Tabela 5: Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários do SSC nas Estações do Ano.....	78
Tabela 6: Distribuição dos Usuários do SSC Quanto ao Sexo e UBS de Procedência.....	79
Tabela 7: Média de Idade dos Usuários do SSC e UBS de Procedência.....	80
Tabela 8: Faixa Etária dos Usuários do SSC e UBS de Procedência	81
Tabela 9: Distribuição dos Usuários do SSC de Acordo com a UBS de Procedência e o Horário Admissão na UPA.....	82
Tabela 10: Distribuição dos Usuários do SSC de Acordo com a UBS de Procedência e o Dia de atendimento na UPA.....	83
Tabela 11: Distribuição dos Usuários da UBS Barão de Bagé Quanto ao Sexo.....	85
Tabela 12: Distribuição dos Usuários da UBS Barão de Bagé Quanto à Faixa Etária.....	85
Tabela 13: Distribuição dos Usuários da UBS Barão de Bagé Quanto ao Horário de Admissão na UPA.....	85

Tabela14: Distribuição dos Usuários da UBS Barão de Bagé Quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA.....	85
Tabela 15: Distribuição dos Usuários da UBS Barão de Bagé Quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS	85
Tabela 16: Relação entre a Faixa Etária dos Usuários da UBS Barão de Bagé e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS.....	86
Tabela 17: Sintomas Principais dos Usuários da UBS Barão de Bagé.....	87
Tabela 18: Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS Barão de Bagé nas Estações do Ano.....	88
Tabela 19: Distribuição dos Usuários da UBS Coinma quanto ao Sexo.....	89
Tabela 20: Distribuição dos Usuários da UBS Coinma quanto à Faixa Etária..	89
Tabela 21: Distribuição dos Usuários da UBS Coinma quanto ao Horário de Admissão na UPA	90
Tabela 22: Distribuição dos Usuários da UBS Coinma quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA	90
Tabela 23: Distribuição dos Usuários da UBS Coinma quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS.....	90
Tabela 24: Relação entre a Faixa Etária dos Usuários da UBS Coinma e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS	91
Tabela 25: Sintomas Principais dos Usuários da UBS Coinma	91
Tabela 26: Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS Coinma nas Estações do Ano.....	93
Tabela 27: Distribuição dos Usuários da UBS Costa e Silva quanto ao Sexo.....	94
Tabela 28: Distribuição dos Usuários UBS Costa e Silva quanto à Faixa Etária.....	94

Tabela 29: Distribuição dos Usuários da UBS Costa e Silva quanto ao Horário de Admissão na UPA.....	95
Tabela 30: Distribuição dos Usuários da UBS Costa e Silva quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA	95
Tabela 31: Distribuição dos Usuários da UBS Costa e Silva quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS.....	95
Tabela 32: Relação entre a Faixa Etária dos Usuários da UBS Costa e Silva e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS.....	96
Tabela 33 :Sintomas Principais dos Usuários da UBS Costa e Silva.....	97
Tabela 34: Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS Costa e Silva nas Estações do Ano	98
Tabela 35: Distribuição dos Usuários da UBS Divina Providência Quanto ao Sexo.....	99
Tabela 36: Distribuição dos Usuários da UBS Divina Providência quanto à Faixa Etária	99
Tabela 37: Distribuição dos Usuários da UBS Divina Providência quanto ao Horário de Admissão na UPA.....	100
Tabela 38: Distribuição dos Usuários da UBS Divina Providência quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA	100
Tabela 39: Distribuição dos Usuários da UBS Divina Providência quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS.....	100
Tabela 40: Relação entre a Faixa Etária dos Usuários da UBS Divina Providência e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS.....	101
Tabela 41 :Sintomas Principais dos Usuários da UBS Divina Providência.....	102

Tabela 42: Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS Divina Providência nas Estações do Ano.....	103
Tabela 43: Distribuição dos Usuários da UBS Conceição quanto ao Sexo....	104
Tabela 44: Distribuição dos Usuários da UBS Conceição quanto à Faixa Etária.....	104
Tabela 45: Distribuição dos Usuários da UBS Conceição quanto ao Horário de Admissão na UPA.....	105
Tabela 46: Distribuição dos Usuários da UBS Conceição quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA	105
Tabela 47: Distribuição dos Usuários da UBS Conceição quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS	105
Tabela 48: Relação entre a Faixa Etária dos Usuários da UBS Conceição e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS.....	106
Tabela 49: Sintomas Principais dos Usuários da UBS Conceição.....	107
Tabela 50: Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS Conceição nas Estações do Ano.....	109
Tabela 51: Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Itu quanto ao Sexo.....	110
Tabela 52: Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Itu quanto à Faixa Etária.....	110
Tabela 53: Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Itu quanto ao Horário de Admissão na UPA	111
Tabela 54: Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Itu quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA	111
Tabela 55: Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Itu Quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS.....	111

Tabela 56: Relação da Faixa Etária dos Usuários da UBS Jardim Itu e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS	112
Tabela 57: Sintomas Principais dos Usuários da UBS Jardim Itu	113
Tabela 58: Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS Jardim Itu nas Estações do Ano	115
Tabela 59: Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Leopoldina quanto ao Sexo.	116
Tabela 60: Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Leopoldina quanto à Faixa Etária	116
Tabela 61: Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Leopoldina quanto ao Horário de Admissão na UPA	117
Tabela 62: Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Leopoldina quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA	117
Tabela 63: Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Leopoldina quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS	117
Tabela 64: Relação da Faixa Etária dos Usuários da UBS Jardim Leopoldina e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS	118
Tabela 65: Sintomas Principais dos Usuários da UBS Jardim Leopoldina	119
Tabela 66: Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS Jardim Leopoldina nas Estações do Ano	121
Tabela 67: Distribuição dos Usuários da UBS Nossa Senhora Aparecida quanto ao Sexo	122
Tabela 68: Distribuição dos Usuários da UBS Nossa Senhora Aparecida quanto à Faixa Etária	122
Tabela 69: Distribuição dos Usuários da UBS Nossa Senhora Aparecida quanto ao Horário de Admissão na UPA	123

Tabela 70: Distribuição dos Usuários da UBS Nossa Senhora Aparecida quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA	123
Tabela 71: Distribuição dos Usuários da UBS Nossa Senhora Aparecida quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS	123
Tabela 72: Relação entre a Faixa Etária dos Usuários da UBS Nossa Senhora Aparecida e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS	124
Tabela 73: Sintomas Principais dos Usuários da UBS Nossa Senhora Aparecida.....	125
Tabela 74: Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS Nossa Senhora Aparecida nas Estações do Ano	126
Tabela 75: Distribuição dos Usuários da UBS Parque dos Maias quanto ao Sexo.....	127
Tabela 76: Distribuição dos Usuários da UBS Parque dos Maias quanto à Faixa Etária.....	127
Tabela 77: Distribuição dos Usuários da UBS Parque dos Maias quanto ao Horário de Admissão na UPA.....	128
Tabela 78: Distribuição dos Usuários da UBS Parque dos Maias quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA	128
Tabela 79: Distribuição dos Usuários da UBS Parque dos Maias quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS	128
Tabela 80: Relação entre a Faixa Etária dos Usuários da UBS Parque dos Maias e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS.....	129
Tabela 81: Sintomas Principais dos Usuários da UBS Parque dos Maias.....	129

Tabela 82: Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS Parque dos Maias nas Estações do Ano.....	131
Tabela 83: Distribuição dos Usuários da UBS Floresta quanto ao Sexo.....	132
Tabela 84: Distribuição dos Usuários da UBS Floresta quanto à Faixa Etária.....	132
Tabela 85: Distribuição dos Usuários da UBS Floresta quanto ao Horário de Admissão na UPA.....	133
Tabela 86: Distribuição dos Usuários da UBS Floresta quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA	133
Tabela 87: Distribuição dos Usuários da UBS Floresta quanto ao Dia e Horário Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS	133
Tabela 88: Relação entre a Faixa Etária dos Usuários da UBS Floresta e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS	134
Tabela 89: Sintomas Principais dos Usuários da UBS Floresta	135
Tabela 90: Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS Floresta nas Estações do Ano	136
Tabela 91: Distribuição dos Usuários UBS Santíssima Trindade por Sexo....	137
Tabela 92: Distribuição dos Usuários da UBS Santíssima Trindade quanto à Faixa Etária.....	137
Tabela 93: Distribuição dos Usuários da UBS Santíssima Trindade quanto ao Horário de Busca de Atendimento na UPA.....	138
Tabela 94: Distribuição dos Usuários da UBS Santíssima Trindade quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA	138
Tabela 95: Distribuição dos Usuários da UBS Santíssima Trindade quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS	138

Tabela 96: Relação entre a Faixa Etária dos Usuários da UBS Santíssima Trindade e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS	139
Tabela 97: Sintomas Principais dos Usuários da UBS Santíssima Trindade..	140
Tabela 98: Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS Santíssima Trindade nas Estações do Ano	141
Tabela 99: Distribuição dos Usuários da UBS Vila SESC quanto ao sexo.....	142
Tabela 100: Distribuição dos Usuários da UBS Vila SESC quanto à Faixa Etária.....	142
Tabela 101: Distribuição dos Usuários da UBS Vila SESC quanto ao Horário de Busca de Atendimento na UPA.....	143
Tabela 102: Distribuição dos Usuários da UBS Vila SESC quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA	143
Tabela 103: Distribuição dos Usuários da UBS Vila SESC quanto ao Dia e Horário de Busca de Atendimento na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS	143
Tabela 104: Relação entre a Faixa Etária dos Usuários da UBS Vila SESC e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS	144
Tabela 105: Sintomas Principais dos Usuários da UBS Vila SESC.....	145
Tabela 106: Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS Vila SESC nas Estações do Ano	146

ABREVIATURAS

APS: Atenção Primária à Saúde

COMPESQ: Comissão de pesquisa

GHC: Grupo Hospitalar Conceição

HNSC: Hospital Nossa Senhora Conceição

MS: Ministério da Saúde

PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências

RAS: Rede de Atenção à Saúde

RAUE: Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAMU: Serviço Móvel de Urgência

SSC: Serviço de Saúde Comunitária

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UPA 24h: Unidade de Pronto Atendimento Vinte e Quatro Horas

UFCSPA: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

SUMÁRIO

5.1 INTRODUÇÃO	66
5.2 JUSTIFICATIVA.....	66
5.3 METODOLOGIA.....	68
5.4 RELATÓRIO TÉCNICO CIENTÍFICO.....	69
5.4.1 Descrição Geral dos Atendimentos Realizados na UPA Moacyr Scliar em 2017.....	70
5.4.2 Descrição detalhada, do perfil dos usuários vinculados ao SSC que consultaram na UPA Moacyr Scliar, em 2017.....	72
5.4.3 Estudo comparativo entre as populações de cada UBS, que utilizaram a UPA Moacyr Scliar, em 2017.....	79
5.5 RELATÓRIO TÉCNICO CIENTÍFICO PARA AS UBSs	
5.5.1 UBS BARÃO DE BAGÉ.....	84
5.5.2 UBS COINMA.....	89
5.5.3 UBS COSTA E SILVA.....	94
5.5.4 UBS DIVINA PROVIDÊNCIA.....	99
5.5.5 UBS CONCEIÇÃO	104
5.5.6 UBS JARDIM ITU.....	110
5.5.7 UBS JARDIM LEOPOLDINA.....	116
5.5.8 UBS NOSSA SENHORA APARECIDA.....	122
5.5.9 UBS PARQUE DOS MAIAS JARDIM LEOPOLDINA.....	127
5.5.10 UBS FLORESTA.....	132
5.5.11 UBS SANTÍSSIMA TRINDADE.....	137
5.5.12 UBS SESC	142
5.6 Referências	147

5.1 Introdução

O crescente aumento dos atendimentos em serviços de emergência está relacionado ao aumento da longevidade da população, às questões socioeconômicas, à falta de leitos para internação na rede pública, assim como a falta de agilidade e resolutividade dos serviços de saúde¹. A atenção às urgências tem ocorrido, predominantemente, nos serviços hospitalares e nas unidades de pronto atendimento abertos 24 horas, porém há um volume considerável de ocorrências que poderiam ser atendidas em estruturas de menor complexidade e têm interferido consideravelmente no processo de trabalho e na qualidade do cuidado prestado à população². Estima-se que 10%-43% dos pacientes que consultam em emergências, possam ser tratados pelos serviços de atenção primária, portanto é necessário identificar as evidências e gerenciar isto com segurança³.

Um serviço de emergência que acolhe muitos indivíduos com situações pouco urgentes, considera-se uma unidade sentinela do serviço de atenção básica. Para a UPA é relevante conhecer os dados gerais identificados neste estudo, pois trata-se de uma amostra significativa da demanda principal da UPA: adultos que buscam consultas clínicas e são classificados como “verdes”. Para as Unidades de Atenção Primária à Saúde, a importância deste relatório detalhado está na identificação e detalhamento do perfil destes indivíduos que buscaram atendimento na UPA, com problemas pouco urgentes.

5.2 Justificativa

Objetiva-se fomentar a cada um dos serviços a criação de protocolos, recomendações, políticas e planejamento, alinhados com as necessidades da população atendida, ou seja, nortear a criação de estratégias específicas a estes usuários, com problemas de saúde eletivos.

Espera-se que este estudo influencie positivamente a saúde do município, proporcionando planejamento de fluxos que correspondam às necessidades da comunidade. A utilização adequada dos serviços de emergência e a continuidade do

cuidado são favorecidos pelo encaminhamento realizado por um outro profissional de saúde⁴. Visitas frequentes aos departamentos de emergência aumentam a tensão nos sistemas públicos de saúde e a percepção equivocada da gravidade dos sintomas é descrita como uma causa para o uso inadequado de departamentos de emergência⁵.

O atendimento humanizado depende da inclusão de diferenças nos processos de gestão e cuidado, é necessário pensar em um novo modo de cuidar e novas formas de organizar o trabalho, oferecendo ao usuário, acesso oportuno às tecnologias adequadas, ampliando a efetividade das práticas de saúde^{6,7}. Conhecer as características, os principais motivos de consultas e horários de maior procura do serviço por usuários com situações pouco urgentes, deve reforçar a percepção dos gestores envolvidos, no que tange a problemas de baixa complexidade. Um diagnóstico deste tipo pode subsidiar a tomada de decisão, quanto as medidas necessárias à melhoria da qualidade dos serviços, nos diferentes níveis de atenção. A Atenção Básica está voltada prioritariamente para atendimentos programáticos, mas isso não deve produzir detrimento ao acolhimento e atendimento das pessoas acometidas por quadros agudos de baixa complexidade. Caso contrário irão gerar encaminhamentos às unidades de pronto atendimento⁷.

Os gestores das Unidades Básicas de Saúde, poderão ser estimulados a pensar sobre a necessidade de mudança do horário de funcionamento das unidades, no incentivo a educação permanente, a criação de grupos de estudo para criação de protocolos de atendimento das principais demandas, ou na implementação de classificação de risco no acolhimento. As equipes de atenção primária devem estar habilitadas a definir a necessidade real do encaminhamento à emergência ou a resolução qualificada e imediata do problema, no próprio serviço.

Na gestão da UPA, sendo uma amostra significativa, auxiliará na definição de prioridades relacionadas aos profissionais da Equipe: cursos, elaboração e utilização de protocolos, de acordo com estes sintomas mais prevalentes. Deste modo, um atendimento mais ágil, rápido, de menor custo e, mesmo assim, de qualidade e embasado em evidências.

Aos gestores municipais, pretende-se gerar uma reflexão sobre a rede de saúde e suas relações, mas em todos os sentidos, interferir na melhoria da qualidade

da assistência oferecida aos usuários tanto na atenção primária quanto nos serviços de emergências.

5.3 Metodologia

Para a elaboração deste relatório, foram pesquisados os dados da classificação de risco de indivíduos adultos, que consultaram na UPA, durante o ano de 2017, classificados como pouco urgentes e que possuíam cadastro em uma Unidade Básica de Saúde pertencente ao Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição/Grupo Hospitalar Conceição.

O estudo foi retrospectivo, descritivo, de abordagem quantitativa, fundamentado na Política Nacional de Atenção Básica e de Atenção às Urgências e na Política Nacional de Atenção Básica, considerando a necessidade de planejamento e gestão em saúde dos diferentes níveis de atenção.

Foram incluídos no estudo indivíduos adultos, vinculados às 12 Unidades Básicas de Saúde, que consultaram na UPA, durante o ano de 2017, com classificação pouco urgente. As variáveis analisadas foram: idade, sexo, sintoma principal, dias da semana, procedência, estações de ano e horários dos atendimentos. Por meio da identificação do sintoma discriminador utilizado no fluxograma da classificação de risco, o principal sintoma foi definido. Foram considerados dias não úteis, os fins de semanas e feriados.

A UPA deste estudo é porte três, com 22 leitos e capacidade de atendimento de 300 a 450 casos de baixa e média complexidades por dia^{6,7}. As Unidades Básicas de Saúde estudadas são campo de atuação e de formação multiprofissional, além da produção do conhecimento e tecnologias em APS para o SUS. São responsáveis por doze territórios-áreas de abrangência, totalizando uma população de aproximadamente 120.000 pessoas⁸.

A coleta foi realizada no *Banco de dados de acesso restrito do serviço*, que armazena as informações das classificações de risco, o período estudado foi de primeiro de janeiro à trinta e um de dezembro de dois mil e dezessete.

O estudo que originou este relatório obedeceu às normas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁹ que dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisas com seres humanos. Esta pesquisa foi realizada somente com dados secundários, sem a identificação das pessoas. Para a efetivação da mesma, o projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição que gerencia a UPA (Parecer: 2.928.200). Para a realização deste estudo não existiu nenhum tipo de conflito de interesses.

Foi realizado primeiramente um estudo descritivo do perfil dos usuários, com relação ao sexo, faixa etária, horários, dias de atendimento, sintomas principais. E a distribuição deles, de acordo com a Unidade Básica a que era vinculado. Posteriormente, análise dos sintomas principais, relacionados a horários e estação do ano. Buscamos a relação entre a faixa etária e o horário de atendimento. Comparamos o número de consultas realizadas, buscando a relação entre a distância até a UPA e população adstrita de cada uma das UBSs.

O estudo descritivo foi realizado, primeiramente, de forma consolidada, com uma abordagem geral e, posteriormente, foi separado e detalhado por Unidade Básica de Saúde a que a população era cadastrada. A análise dos dados gerou os relatórios individuais, que serão entregues na forma física a todos os serviços envolvidos. Oportunamente será realizada uma apresentação para as gerências dos serviços.

5.4 RELATÓRIO TÉCNICO CIENTÍFICO

Os resultados deste estudo adicionam informações sobre um problema muito prevalente em todo o mundo: a questão da aglomeração de pessoas em serviços de urgências e emergências. A busca por serviços de emergência com situações pouco urgentes é um problema mundial¹⁰. Pesquisas anteriores demonstraram que uma proporção significativa de pacientes com condições não urgentes, que consultou em serviços de emergências, tentou antes acessar serviços alternativos¹¹.

Essa demanda existe e, mesmo em países desenvolvidos, os pacientes encontram dificuldades em conseguir uma consulta na atenção básica, buscando os prontos atendimentos^{12,13,14}. A percepção equivocada da gravidade dos sintomas pode explicar, em parte, o uso inadequado dos departamentos de emergência dos hospitais por pacientes não urgentes⁵. Os modelos de atenção devem ser focados nas necessidades de saúde da população, portanto a criação e consequente utilização de protocolos estão voltados às demandas mais prevalentes¹⁵.

5.4.1 Descrição Geral dos Atendimentos Realizados na UPA em 2017

No ano de 2017 a Unidade de Pronto Atendimento realizou 123.338 atendimentos, 72,59% foram classificados como pouco-urgentes. Da totalidade destes usuários, 73.390 (59,5%) realizaram consultas clínicas. Os demais atendimentos compreendiam consultas odontológicas, pediátricas, cirúrgicas e de procedimentos de enfermagem.

Destaca-se que 25,13% de todos os atendimentos realizados, foram para indivíduos procedentes de outros municípios. Em estudo semelhante, em Belo Horizonte, os moradores de outros municípios que usavam as UPAs correspondiam a 17,49%¹⁶. Os municípios que compuseram um quarto dos atendimentos da UPA Moacyr Scliar foram: Alvorada (16,53%), Viamão (2,73%), Cachoeirinha (1,66), Gravataí (1,57%). Ao se analisar a classificação para o atendimento em todos os municípios, se manteve um percentual de 75 % classificadas como pouco urgentes.

Na tabela 1, são apresentadas as classificações de risco do ano de 2017. Quando observamos a totalidade dos atendimentos do serviço em estudo, 72,59% dos usuários recebeu a classificação de risco pouco urgente, mais alta que a média geral de todos os prontos atendimentos de Porto Alegre, sendo de 63,06% em 2015 e 66,87% em 2016^{17,18}. Observamos que as classificações verdes deste estudo (pouco urgentes), são a maioria quando observamos a totalidade dos atendimentos e quando avaliamos separadamente os atendimentos clínicos (50,93%).

Tabela 1 - Classificações de Risco dos Usuários da UPA Moacyr Scliar em 2017 (n: 123.338)

Classificação de risco	Total de atendimentos		Atendimentos clínicos	
	Atendimentos	Percentual	Atendimentos	Percentual
Vermelha	239	0,19	194	0,26
Laranja	7.659	6,21	5.894	8,03
Amarela	19.022	15,42	15.642	21,31
Verde	89.531	72,59	50.939	69,41
Azul	3.843	3,12	670	0,91
Branca	3.044	2,47	51	0,07
Total	123.338	100,0	73.390	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

Em estudo realizado na Inglaterra, o autor refere que 26,5% dos indivíduos que consultaram nos serviços de urgência do país, o fizeram por não conseguir atendimento com seu médico geral¹² e muitos atendimentos destes serviços, foram precedidos por tentativas malsucedidas de obter consultas convenientes de clínica geral¹³. Estima-se que, naquele país, aproximadamente 76% dos atendimentos de emergência poderiam ser evitados e potencialmente tratados no nível de atenção primária¹³. No entanto, os resultados sugerem que as alavancas para reduzir a frequência desnecessária do uso de departamento de emergência não estão no nível da atenção primária à saúde, mas no nível dos determinantes sociais mais amplos da saúde, como renda, emprego, educação, moradia e níveis de criminalidade¹³.

No período estudado, da totalidade dos atendimentos clínicos, 50.939 (69,41%) foram classificadas como pouco-urgentes. Dentre estes, 4.226 (8,29%) estavam vinculados às doze unidades básicas do Serviço de Saúde Comunitária do GHC. A amostra do estudo, portanto, foi composta por 3.584 pacientes após exclusão de: registros em duplicidade, indivíduos menores de 18 anos, vinculados ao consultório de rua e com classificação inadequada. Não são consideradas, para este estudo, consultas clínicas os seguintes atendimentos: pediatria, odontologia e cirurgia.

5.4.2 Descrição detalhada do perfil dos usuários vinculados ao SSC que consultaram na UPA Moacyr Scliar, em 2017.

Na análise descritiva a que este estudo se propôs, a tabela 2 demonstra as características dos usuários estudados.

Os indivíduos deste estudo eram, na sua maioria, do sexo feminino (62,6%) e a faixa etária predominante foi entre 41 e 65 anos (36,3%). Como demonstra a tabela 2.

Com relação a horários de consultas, a maior busca de atendimento foi entre oito e dezoito horas (62,3%). Ao comparar a categoria dos dias, os pacientes buscaram atendimento, preferencialmente, em dias úteis (63,4%). Ao combinarmos dias e horários, observa-se que 62,6% chegava à UPA em horários que as unidades de saúde estavam fechadas. Mais da metade dos pacientes estudados eram provenientes de quatro unidades (G, E, I e F). No entanto, as distâncias não interferiram na demanda de consultas, mas a população cadastrada, sim.

Tabela 2
Características dos Usuários Adultos do SSC Classificados como Pouco Urgentes na UPA em 2017 e UBSs de Procedência (n=3584)

Características	n	%
Sexo		
Feminino	2245	62,6
Masculino	1339	37,4
Faixa etária		
18 a 26 anos	818	22,8
27 a 40 anos	893	24,9
41 a 65 anos	1300	36,3
66 a 80 anos	469	13,1
Mais de 80 anos	104	2,9
Horário do atendimento		
8:00 às 18:00h	2234	62,3
18h01 às 08:00h	1350	37,7
Categoria de dia		
Útil	2272	63,4
Não útil	1312	36,6
Atendimentos UPA X Horário de funcionamento das UBS		

Aberta: (08:01-18h de dias úteis)	1342	37,4
Fechada: (18:01-08h dias úteis e todos não uteis)	2242	62,6
UBS de Procedência (Distância da UPA/população cadastrada)		
JARDIM LEOPOLDINA (4,8 km / 13836 pessoas)	725	20,2
CONCEIÇÃO (2,9 Km/ 21900 pessoas)	504	14,1
PARQUE DOS MAIAS (7,3 Km /9504 pessoas)	436	12,2
JARDIM ITU (2,8 Km /11170 pessoas)	365	10,2
FLORESTA (2,3 Km / 17.009 pessoas)	331	9,2
COSTA E SILVA (4,5 Km/ 4.754 pessoas)	271	7,6
SANTÍSSIMA TRINDADE (6,9 Km/2.938 pessoas)	265	7,4
NOSSA SENHORA APARECIDA (5,2 Km/4.064 pessoas)	257	7,2
DIVINA PROVIDÊNCIA (3,6 Km/5.347 pessoas)	143	4,0
SESC (4,3 Km/4.766 pessoas)	140	3,9
COINMA (4,1 Km/6.167 pessoas)	103	2,9
BARÃO DE BAGÉ (4,6 Km/ 4.010 pessoas)	44	1,2
Total	3584	100,0

Fonte: dados da pesquisa / Gerência das UBSs e IBGE (out/2018)

Quando analisamos a quantidade usuários vinculados a cada serviço, o resultado sugere que há uma relação linear entre a população adstrita e o número de consultas na UPA, sendo a correlação igual a 0,69 (p -valor=0,014). Dessa forma, quanto maior a população cadastrada maior o número de consultas. Em se tratando da distância, a relação não foi verificada.

Demonstra-se na tabela 3, a associação entre o horário de atendimento na UPA e o horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde em uma das faixas etárias dos pacientes. O resultado sugere que pacientes de 66 a 80 anos estão positivamente relacionados com as consultas na UPA em horários que as Unidades Básicas estão abertas. ($p < 0,001$). Teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 3
Relação entre Faixa Etária dos Usuários do SSC e Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento das UBSs (n=3584)

Faixa etária	Dia e horário				Total		p-valor
	Aberta: (08-18 de dias úteis)		Fechada: (18-08h dias úteis e todos não úteis)				
	n	%	n	%	N	%	
18 a 26 anos	283	21%	535	24%	818	23%	<0,001
27 a 40 anos	317	24%	576	26%	893	25%	
41 a 65 anos	480	36%	820	37%	1300	36%	
66 a 80 anos	214	16%	255	11%	469	13%	
Mais de 80 anos	48	4%	56	2%	104	3%	
Total	1342	100%	2242	100%	3584	100%	

Fonte: dados da pesquisa

Podemos observar na Tabela 4, os sintomas principais mais frequentes referidos na classificação de risco. Os mais frequentes são: Dor Abdominal, Cefaleia, Dor Lombar, Dispneia e Dor de Garganta. Visto que esta é uma amostra da principal demanda da UPA, adultos, classificados como pouco urgentes e que buscam atendimento clínico, os autores destacam a importância de oferecer aos profissionais educação permanente sobre estes temas à equipe assistencial da UPA.

Acreditamos que paralelamente devem ser priorizadas a decisão por uso de protocolos ou guidelines já existentes ou criados pelo grupo de profissionais vinculado ao serviço. O uso de diretrizes ou recomendações são uma forma de melhorar a qualidade da atenção, pois incrementa a capacidade de decisão individual do médico e torna a prática mais racional e científica. Além de advogar a melhora da qualidade do cuidado, diminui custos, ao incorporar à decisão clínica, uma racionalidade custo-benefício dotada de valor ético¹⁶.

Tabela 4
Sintomas Principais dos Usuários do SSC Classificados como Pouco Urgentes na UPA em 2017 (n: 3584)

Sintoma	N	%
Dor Abdominal	510	14,2
Cefaleia	490	13,7
Dor Lombar	316	8,8
Dispneia	276	7,7
Dor de Garganta	275	7,7
Diarreia e Vômitos	211	5,9
Disúria	189	5,3
Dor em Membros Inferiores	144	4,0
Dor Torácica	139	3,9
Otalgia	94	2,6
Dor Cervical	83	2,3
Tonturas	77	2,1
Dor Articular	64	1,8
Alergias	52	1,5
Tosse Produtiva	48	1,3
Erupção Cutânea	42	1,2
Tosse	41	1,1
Vômitos	41	1,1
Palpitações	40	1,1
Mordeduras e Picadas	32	0,9
Dor em Membros Superiores	29	0,8
Olho Vermelho	29	0,8
Diarreia	28	0,8
Parestesias	27	0,8
Feridas	26	0,7
Diabetes	23	0,6
Dor na Face	21	0,6
Mal-Estar	18	0,5
Febre	15	0,4
Asma	12	0,3
Edema Facial	11	0,3
Edema de Membros Inferiores	10	0,3
Feridas no Pênis	10	0,3
Náuseas	10	0,3
Desmaio	9	0,3
Dor Testicular	8	0,2
Tosse Seca	8	0,2
Diminuição da Acuidade Auditiva	7	0,2
Cólica Renal	6	0,2

Epistaxe	6	0,2
Prurido	6	0,2
Secreção Uretral	6	0,2
Sondagem	6	0,2
Tremores	6	0,2
Ansiedade	5	0,1
Dor no Corpo	5	0,1
Infecções Locais e Abscessos	5	0,1
Pressão Arterial Elevada	5	0,1
Secreção Ocular	5	0,1
Doença Sexualmente Transmissível	4	0,1
Embriaguez Aparente	4	0,1
Hematúria	4	0,1
Astenia	3	0,1
Constipação	3	0,1
Dor Ocular	3	0,1
Queda do Sensório	3	0,1
Disfagia	2	0,1
Dor em Hemicorpo	2	0,1
Dor Mamária	2	0,1
Edema Articular	2	0,1
Edema Cervical	2	0,1
Exposição A Agentes Químicos	2	0,1
Pirose	2	0,1
Visão Turva	2	0,1
Zumbidos	2	0,1
Dor em membros	2	0,0
Ardência Ocular	1	0,0
Cianose de Extremidades	1	0,0
Corpo Estranho no Ouvido	1	0,0
Dor Anal	1	0,0
Dor no Pênis	1	0,0
Edema	1	0,0
Edema de Membros Superiores	1	0,0
Edema Ocular	1	0,0
Hematospermia	1	0,0
Hemorragia Digestiva	1	0,0
Incontinência Urinária	1	0,0
Insuficiência Renal	1	0,0
Lesão Escrotal	1	0,0
Nódulo Cervical	1	0,0
Overdose e Envenenamento	1	0,0

Profilaxia Pós-Exposição – HIV	1	0,0
Quedas	1	0,0
Trauma recente	1	0,0
Total	3584	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Quando os cinco sintomas mais frequentes são distribuídos conforme os meses do ano (tabela 5) observa-se variação. No verão, a diarreia tem maior percentual do que a dispneia, dor lombar e dor de garganta. No outono e no inverno, se identifica maior percentual de dispneia, se comparado aos meses de primavera e verão. A dor de garganta não aparece como os cinco mais frequentes no verão. A dor abdominal somente não é a mais frequente no inverno, pois houve mais queixas de cefaleia.

Tabela 5
Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários
do SSC nas Estações do Ano

Estação ano	Sintoma	N	%
Verão	Dor Abdominal	129	14,8
	Cefaleia	112	12,8
	Diarreia e Vômitos	81	9,3
	Dor Lombar	65	7,5
	Dispneia	54	6,2
Outono	Dor Abdominal	163	16,7
	Cefaleia	156	16,0
	Dor Lombar	91	9,3
	Dispneia	83	8,5
	Dor de Garganta	70	7,2
Inverno	Cefaleia	107	14,4
	Dor Abdominal	85	11,4
	Dor de Garganta	71	9,5
	Dispneia	63	8,5
	Dor Lombar	57	7,7
Primavera	Dor Abdominal	133	13,4
	Cefaleia	115	11,6
	Dor Lombar	103	10,4
	Dor de Garganta	90	9,1
	Dispneia	76	7,7

Fonte: dados da pesquisa

5.4.3 Estudo comparativo entre as populações de cada UBS, que utilizaram a UPA Moacyr Scliar, em 2017.

SEXO: Em todos os grupos de usuários das doze UBSs, que foram atendidos na UPA em 2017, com classificação de risco pouco urgente, observamos que o sexo feminino predomina, conforme a tabela 6, sendo o menor percentual de mulheres os da UBS Vila SESC, com 56,4% e o maior , a da UBS Jardim Leopoldina, com 67,9%.

Tabela 6
Distribuição dos Usuários do SSC quanto ao Sexo e UBS de Procedência (n:3583)

Unidade de Saúde de Procedência	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
BARÃO DE BAGÉ	29	65,9	15	34,1
COINMA	59	57,3	44	42,7
COSTA E SILVA	161	59,4	110	40,6
DIVINA PROVIDÊNCIA	89	62,2	54	37,8
CONCEIÇÃO	308	61,1	196	38,9
JARDIM ITU	233	63,8	132	36,2
JARDIM LEOPOLDINA	492	67,9	233	32,1
NOSSA SENHORA APARECIDA	149	58,0	108	42,0
PARQUE DOS MAIAS	271	62,2	165	37,8
FLORESTA	204	61,6	127	38,4
SANTÍSSIMA TRINDADE	171	64,5	94	35,5
SESC	79	56,4	61	43,6

Fonte: dados da pesquisa

IDADE: Observando a Tabela 7, identifica-se que a média de idade mais baixa foi a dos usuários procedentes da UBS Santíssima Trindade e a mais alta foi a dos usuários procedentes da UBS Jardim Itu.

Tabela 7
Média de Idade dos Usuários do SSC e UBS de Procedência

Unidade de procedência	Idade					
	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Moda
BARÃO DE BAGÉ	44	41	19	19	83	19
COINMA	47	43	20	18	89	22
COSTA E SILVA	46	46	19	18	85	18
DIVINA PROVIDÊNCIA	39	35	18	18	89	24
CONCEIÇÃO	47	48	19	18	90	22
JARDIM ITU	51	54	21	18	99	26
JARDIM LEOPOLDINA	45	44	18	18	90	18
N. SENHORA APARECIDA	40	35	17	18	89	28
PARQUE DOS MAIAS	40	36	18	18	92	18
FLORESTA	48	49	18	18	91	49
SANTÍSSIMA TRINDADE	36	33	14	18	92	18
SESC	41	36	18	18	83	20

Fonte: dados da pesquisa

FAIXA ETÁRIA: Os usuários mais jovens vieram da UBS Divina providência e UBS Santíssima Trindade e os mais idosos da UBS Jardim Itu, mas as faixas etárias predominantes na maioria foi entre 41 a 65 anos, o que se visualiza na tabela 8.

Tabela 8
Faixa Etária dos Usuários do SSC e UBS de Procedência (n: 3583)

Unidade de procedência	18 a 26 anos		27 a 40 anos		41 a 65 anos		66 a 80 anos		Mais de 80 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Barão de Bagé	9	20,5	13	29,5	13	29,5	7	15,9	2	4,5
COINMA	23	22,3	24	23,3	37	35,9	15	14,6	4	3,9
Costa e Silva	52	19,2	68	25,1	95	35,1	49	18,1	7	2,6
Divina Providência	49	34,3	38	26,6	39	27,3	14	9,8	3	2,1
N. Sra. Conceição	98	19,4	112	22,2	194	38,5	84	16,7	16	3,2
Jardim Itu	68	18,6	61	16,7	132	36,2	74	20,3	30	8,2
Jardim Leopoldina	156	21,5	170	23,4	287	39,6	101	13,9	11	1,5
N. S. Aparecida	57	22,2	97	37,7	76	29,6	22	8,6	5	1,9
Parque dos Maias	128	29,4	121	27,8	139	31,9	39	8,9	9	2,1
Vila Floresta	56	16,9	59	17,8	162	48,9	42	12,7	12	3,6
S. Trindade	84	31,7	90	34,0	80	30,2	10	3,8	1	0,4
Vila SESC	38	27,1	40	28,6	46	32,9	12	8,6	4	2,9

Fonte: Dados da Pesquisa

HORÁRIOS:

Observamos na Tabela 9, que todas as populações das doze UBSs, preferiram buscar atendimento na UPA no período diurno.

Tabela 9
Distribuição dos Usuários do SSC de acordo com a UBS de Procedência e o Horário de Admissão na UPA

Unidade Básica de Saúde	Horários			
	Das 8:01 às 18:00h		Das 18h01 às 08:00	
	N	%	N	%
BARÃO DE BAGÉ	25	56,8	19	43,2
COINMA	61	59,2	42	40,8
COSTA E SILVA	169	62,4	102	37,6
DIVINA PROVIDÊNCIA	84	58,7	59	41,3
CONCEIÇÃO	325	64,5	179	35,5
JARDIM ITU	219	60,0	146	40,0
JARDIM LEOPOLDINA	465	64,1	260	35,9
NOSSA SENHORA APARECIDA	140	54,5	117	45,5
PARQUE DOS MAIAS	286	65,6	150	34,4
FLORESTA	203	61,3	128	38,7
SANTÍSSIMA TRINDADE	167	63,0	98	37,0
SESC	90	64,3	50	35,7

Fonte: dados da pesquisa

DIAS ÚTEIS X FINS DE SEMANAS E FERIADOS

Como verificamos na tabela 10, mais de 60% em todas as populações, preferiram consultar na UPA em dias úteis e não em fins de semanas e feriados.

Tabela 10
Distribuição dos Usuários de Acordo com a UBS de Procedência e o Dia de Atendimento na UPA (n:3583)

Unidade de procedência	Tipo de Dia			
	Útil		Não útil	
	N	%	N	%
BARÃO DE BAGÉ	27	61,4	17	38,6
COINMA	63	61,2	40	38,8
COSTA E SILVA	164	60,5	107	39,5
DIVINA PROVIDÊNCIA	97	67,8	46	32,2
CONCEIÇÃO	306	60,7	198	39,3
JARDIM ITU	232	63,6	133	36,4
JARDIM LEOPOLDINA	449	61,9	276	38,1
NOSSA SENHORA APARECIDA	157	61,1	100	38,9
PARQUE DOS MAIAS	279	64,0	157	36,0
FLORESTA	215	65,0	116	35,0
SANTÍSSIMA TRINDADE	178	67,2	87	32,8
SESC	105	75,0	35	25,0

Fonte: dados da pesquisa

5.5 RELATÓRIO TÉCNICO-CIENTÍFICO PARA AS UBSs

5.5.1 UBS BARÃO DE BAGÉ:

No ano de 2017, buscaram atendimento na UPA Moacyr Scliar e foram classificados como pouco urgentes para consulta clínica, apenas **44 usuários** vinculados à **UBS Barão de Bagé**, correspondendo a **1,2%** do total de indivíduos deste estudo (n:3584). A seguir são descritas as características desta população.

Sexo dos Usuários: Na análise descritiva destes indivíduos, como demonstra a Tabela 11, identificou-se que eram, na sua maioria, do sexo feminino (65,9%).

Tabela 11
Distribuição dos Usuários da UBS Barão de Bagé quanto ao Sexo (n: 44)

Sexo	N	%
Feminino	29	65,9
Masculino	15	34,1
Total	44	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária: As faixas etárias predominantes foram 27-40 anos (29,5%) e 41 e 65 anos (29,5%), como observa-se abaixo, na Tabela 12.

Tabela 12
Distribuição dos Usuários da UBS Barão de Bagé quanto à Faixa Etária (n:44)

Idade	N	%
18 a 26 anos	9	20,5
27 a 40 anos	13	29,5
41 a 65 anos	13	29,5
66 a 80 anos	7	15,9
Mais de 80 anos	2	4,5
Total	44	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Dias e Horários: O maior número de usuários que buscou atendimento na UPA, o fez durante o dia, entre as oito e dezoito horas (56,8%), como demonstrado na Tabela 13. A procura por consultas predominou em dias úteis (61,4%), observado na Tabela 14. Ao combinar dias e horários, verificou-se que grande parte (68,2%) chegava ao pronto atendimento estudado, em dias e horários que as unidades de saúde estavam fechadas, como descrito na Tabela 15.

Tabela 13
Distribuição dos Usuários da UBS Barão de Bagé quanto ao Horário de Admissão na UPA (n: 44)

Horário	N	%
Das 8:01-18:00h	25	56,8
Das 18:01-08:00h	19	43,2
Total	44	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 14
Distribuição dos Usuários da UBS Barão de Bagé quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA (n: 44)

Dia	N	%
Útil	27	61,4
Não útil	17	38,6
Total	44	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 15
Distribuição dos Usuários da UBS Barão de Bagé quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS (n: 44)

Dia e horário	N	%
Aberta: (08:01-18:00h de dias úteis)	14	31,8
Fechada: (18:01-08:00h de dias úteis e todos não úteis)	30	68,2
Total	44	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária e Horários de Admissão na UPA

Tabela 16
Relação entre a Faixa Etária dos Usuários da UBS Barão de Bagé e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS

Faixa etária	Dia e horário						p-valor
	Aberta: (08:01-18:00 de dias úteis)		Fechada: (18:01-08:00h de dias úteis e todos não uteis)		Total		
	N	%	N	%	N	%	
18 a 26 anos	3	21%	6	20%	9	20%	<0,899
27 a 40 anos	5	36%	8	27%	13	30%	
41 a 65 anos	3	21%	10	33%	13	30%	
66 a 80 anos	2	14%	5	17%	7	16%	
Mais de 80 anos	1	7%	1	3%	2	5%	
Total	14	100%	30	100%	44	100%	

Não houve associação entre a Faixa etária dos usuários da UBS Barão de Bagé Itu e a busca de atendimento na UPA em horários que a UBS está aberta ou fechada ($p\text{-valor} > 0,05$). Teste Qui Quadrado Pearson.

Fonte: dados da pesquisa

Sintoma principal referido na classificação de risco

Os principais sintomas referidos na classificação de risco pelos usuários desta unidade foram Diarreia, Dor abdominal, Cefaleia, Dispneia e Dor Torácica, os quais podem ser identificados, juntamente com todos os demais, na Tabela 17.

Tabela 17
Sintomas Principais dos Usuários da UBS Barão de Bagé (n:44)

Sintoma	N	%
Diarreia e Vômitos	7	15,9
Dor Abdominal	7	15,9
Cefaleia	4	9,1
Dispneia	4	9,1
Dor Torácica	4	9,1
Dor de Garganta	2	4,5
Tonturas	2	4,5
Tosse	2	4,5
Alergias	1	2,3
Constipação	1	2,3
Disúria	1	2,3
Dor Cervical	1	2,3
Dor em Membros Inferiores	1	2,3
Edema Facial	1	2,3
Mordeduras e Picadas	1	2,3
Olho Vermelho	1	2,3
Otalgia	1	2,3
Overdose e envenenamento	1	2,3
Parestesias	1	2,3
Tosse Produtiva	1	2,3
Total	44	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Sintomas X Estações do Ano: Ao distribuir os sintomas principais nos diferentes períodos do ano, evidencia-se que, somente no inverno, não houve a queixa de cefaleia. A avaliação da variação foi feita de acordo com os 10 mais frequentes sintomas, por isso no inverno não aparece 4 sintomas, como expresso, na tabela 18.

Tabela 18
Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS
Barão de Bagé nas Estações do Ano (n:44)

Estação ano	Sintoma	N	%
Verão	Diarreia e Vômitos	4	36,4
	Cefaleia	1	9,1
	Disúria	1	9,1
	Dor Abdominal	1	9,1
	Dor de Garganta	1	9,1
Outono	Cefaleia	2	11,1
	Dispneia	2	11,1
	Dor Abdominal	2	11,1
	Tonturas	2	11,1
	Tosse	2	11,1
Inverno	Diarreia e Vômitos	1	50,0
	Dor Torácica	1	50,0
Primavera	Dor Abdominal	4	30,8
	Dispneia	2	15,4
	Alergias	1	7,7
	Cefaleia	1	7,7
	Constipação	1	7,7

Fonte: dados da pesquisa

5.5.2 UBS COINMA:

No ano de 2017, buscaram atendimento na UPA Moacyr Scliar e foram classificados como pouco urgentes para consulta clínica, **103 usuários** vinculados à **UBS Coinma**, o que corresponde a apenas **2,87%** do total de indivíduos deste estudo (n:3584). A seguir são descritas as características desta população.

Sexo dos usuários: Na análise descritiva destes indivíduos, como demonstra a Tabela 19, observou-se que eram, na sua maioria, do sexo feminino (57,3%).

Tabela 19
Distribuição dos Usuários da UBS Coinma quanto ao Sexo (n:103)

Sexo	N	%
Feminino	59	57,3
Masculino	44	42,7
Total	103	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária dos usuários: As faixas etárias predominantes foram: entre 41 e 65 anos (35,9%), e entre 27 e 40 anos (23,3%), como observa-se abaixo, na Tabela 20.

Tabela 20
Distribuição dos Usuários da UBS Coinma quanto à Faixa Etária (n:103)

Idade	N	%
18 a 26 anos	23	22,3
27 a 40 anos	24	23,3
41 a 65 anos	37	35,9
66 a 80 anos	15	14,6
Mais de 80 anos	4	3,9
Total	103	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Dias e Horários de chegada dos usuários na UPA

O maior número de usuários que buscou atendimento na UPA, o fez entre as oito e dezoito horas (59,2%), como observa-se na Tabela 21. A maioria preferiu consultar em dias úteis (61,2%), o que se pode ver na Tabela 22. Ao combinarmos dias e horários, verificou-se que grande parte da população (64,1%) chegava ao pronto atendimento, em horários que as unidades de saúde estavam fechadas, como identifica-se na Tabela 23.

Tabela 21
Distribuição dos Usuários da UBS Coinma quanto ao Horário de Admissão na UPA (n:103)

Horário	N	%
Das 8:01-18:00h	61	59,2
Das 18:01-08:00h	42	40,8
Total	103	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 22
Distribuição dos Usuários da UBS Coinma quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA (n:103)

Dia	N	%
Útil	63	61,2
Não útil	40	38,8
Total	103	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 23
Distribuição dos Usuários da UBS Coinma quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS (n:103)

Dia e horário	N	%
Aberta: (08:01-18:00h de dias úteis)	37	35,9
Fechada: (18:01-08:00h de dias úteis e todos os não uteis)	66	64,1
Total	103	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária e Horários de Admissão na UPA

Tabela 24

Relação da Faixa Etária dos Usuários da UBS Coinma e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS

Faixa etária	Dia e horário				Total		p-valor
	UBS Aberta: (08:01-18:00 de dias úteis)		UBS Fechada: (18:01-08:00h dias úteis e todos não uteis)				
	N	%	n	%	N	%	
18 a 26 anos	7	19%	16	24%	23	22%	<0,214
27 a 40 anos	11	30%	13	20%	24	23%	
41 a 65 anos	9	24%	28	42%	37	36%	
66 a 80 anos	8	22%	7	11%	15	15%	
Mais de 80 anos	2	5%	2	3%	4	4%	
Total	37	100%	66	100%	103	100%	

Não houve associação entre a Faixa etária dos usuários da UBS Coinma e a busca de atendimento na UPA em horários que a UBS está aberta ou fechada (p-valor>0,05). Teste Qui Quadrado Pearson.

Fonte: dados da pesquisa

Sintoma principal referido na classificação de risco

Os principais sintomas referidos pelos usuários desta unidade, ao consultar na UPA e receber classificação de risco pouco urgente, foram Cefaleia, Dor Abdominal, Dor Lombar, Diarreia e Vômitos e Dispneia, os quais podem ser identificados, juntamente com todos os demais, na Tabela 25.

Tabela 25
Principais Sintomas dos Usuários da UBS Coinma (n: 103)

Sintoma	N	%
Cefaleia	18	17,5
Dor Abdominal	17	16,5
Dor Lombar	8	7,8
Diarreia e Vômitos	7	6,8
Dispneia	6	5,8
Disúria	6	5,8
Otalgia	6	5,8
Dor de Garganta	5	4,9
Dor Cervical	3	2,9
Dor em Membros Inferiores	3	2,9
Dor Torácica	3	2,9
Edema Facial	3	2,9
Alergias	2	1,9
Diarreia	2	1,9
Tosse Produtiva	2	1,9
Tosse Seca	2	1,9
Constipação	1	1,0
Dor Articular	1	1,0
Dor Testicular	1	1,0
Edema Articular	1	1,0
Febre	1	1,0
Hematúria	1	1,0
Mal-estar	1	1,0
Olho Vermelho	1	1,0
Tonturas	1	1,0
Vômitos	1	1,0
Total	103	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Sintomas x Estações do Ano

Ao distribuir os sintomas principais nos diferentes períodos do ano, evidencia-se que, a cefaleia é a principal queixa, exceto no verão quando é ultrapassada pela dor abdominal. No outono e no inverno diminuíram as queixas de diarreia, como expresso na tabela 26.

Tabela 26
Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS Coinma nas Estações do Ano

Estação ano	Sintoma	N	%
Verão	Dor Abdominal	8	25,0
	Cefaleia	4	12,5
	Disúria	3	9,4
	Diarreia	2	6,3
	Diarreia e Vômitos	2	6,3
Outono	Cefaleia	6	20,0
	Dor Abdominal	5	16,7
	Dispneia	2	6,7
	Disúria	2	6,7
	Dor Lombar	2	6,7
Inverno	Cefaleia	4	21,1
	Dor Abdominal	4	21,1
	Alergias	2	10,5
	Dispneia	2	10,5
	Dor Cervical	2	10,5
Primavera	Cefaleia	4	18,2
	Diarreia e Vômitos	3	13,6
	Dor Lombar	3	13,6
	Dor em Membros Inferiores	2	9,1
	Otalgia	2	9,1

Fonte: dados da pesquisa

5.5.3 UBS COSTA E SILVA:

No ano de 2017, buscaram atendimento na UPA Moacyr Scliar e foram classificados como pouco urgentes para a consulta clínica, **271 usuários** vinculados à **UBS Costa e Silva**, correspondendo a **7,53%** do total de indivíduos deste estudo (n:3584). A seguir são descritas as características desta população.

Sexo dos usuários: Na análise descritiva destes indivíduos, como demonstra a Tabela 27, identificou-se que eram na sua maioria do sexo feminino (59,4%).

Tabela 27
Distribuição dos Usuários da UBS Costa e Silva quanto ao Sexo (N:271)

Sexo	N	%
Feminino	161	59,4
Masculino	110	40,6
Total	271	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária dos usuários: As faixas etárias predominantes foram: entre 41 e 65 anos (35,1%), e entre 27 e 40 anos (25,1%), como observa-se abaixo, na Tabela 28.

Tabela 28
Distribuição dos Usuários UBS Costa e Silva quanto à Faixa Etária (n: 271)

Idade	n	%
18 a 26 anos	52	19,2
27 a 40 anos	68	25,1
41 a 65 anos	95	35,1
66 a 80 anos	49	18,1
Mais de 80 anos	7	2,6
Total	271	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Dias e Horários de chegada dos usuários na UPA: O maior número de usuários que buscou atendimento na UPA, o fez durante o dia, entre as oito e dezoito horas (62,4%), como demonstrado na Tabela 29. A procura por consultas predominou em dias úteis (60,5%), observado na Tabela 30. Ao combinar dias e horários, verificou-se que grande parte (64,2%) chegava ao pronto atendimento estudado, em horários que as unidades de saúde estavam fechadas, como descrito na Tabela 31.

Tabela 29
Distribuição dos Usuários da UBS Costa e Silva quanto ao Horário de Admissão na UPA (n:271)

Horário	n	%
Das 8h:01-18:00h	169	62,4
Das 18h01-08:00h	102	37,6
Total	271	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 30
Distribuição dos Usuários da UBS Costa e Silva UBS Costa e Silva quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA (n:271)

Dia	n	%
Útil	164	60,5
Não útil	107	39,5
Total	271	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 31
Distribuição dos Usuários da UBS Costa e Silva quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS (n:271)

Dia e horário	n	%
Aberta: (08:01-18:00h de dias úteis)	97	35,8
Fechada: (18:01-08:00h dias úteis e todos os não uteis)	174	64,2
Total	271	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária e Horário de Admissão na UPA

Tabela 32

Relação da Faixa Etária dos Usuários da UBS Costa e Silva e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS (n:271)

Faixa etária	Dia e horário						p-valor
	Aberta: (08:01-18:00h de dias úteis)		Fechada: (18:01-08:00h de dias úteis e todos os não uteis)		Total		
	n	%	N	%	N	%	
18 a 26 anos	14	14%	38	22%	52	19%	0,563
27 a 40 anos	23	24%	45	26%	68	25%	
41 a 65 anos	38	39%	57	33%	95	35%	
66 a 80 anos	19	20%	30	17%	49	18%	
Mais de 80 anos	3	3%	4	2%	7	3%	
Total	97	100%	174	100%	271	100%	

Não houve associação entre a Faixa etária dos usuários da UBS Costa e Silva e a busca de atendimento na UPA em horários que a UBS está aberta ou fechada (p-valor>0,05). Teste Qui Quadrado Pearson.

Fonte: dados da pesquisa

Sintoma principal referido na classificação de risco:

Os principais sintomas referidos pelos usuários desta unidade, ao consultarem na UPA e receberem classificação de risco pouco urgente foram Cefaleia, Dor Abdominal, Diarreia e vômitos, Dor lombar, Dispneia. os quais podem ser identificados, juntamente com os demais, na Tabela 33.

Tabela 33
 Sintomas Principais dos Usuários da UBS Costa e Silva (n: 271)

Sintoma	N	%
Cefaleia	39	14,4
Dor Abdominal	31	11,4
Diarreia e Vômitos	21	7,7
Dor Lombar	21	7,7
Dispneia	20	7,4
Dor em Membros Inferiores	15	5,6
Dor de Garganta	14	5,2
Dor Torácica	13	4,8
Disúria	11	4,1
Tonturas	9	3,3
Tosse	6	2,2
Diabetes	5	1,8
Dor Articular	5	1,8
Erupção Cutânea	4	1,5
Febre	4	1,5
Feridas	4	1,5
Olho Vermelho	4	1,5
Otalgia	4	1,5
Palpitações	4	1,5
Vômitos	4	1,5
Alergias	3	1,1
Dor em Membros Superiores	3	1,1
Edema de Membros Inferiores	3	1,1
Parestesias	3	1,1
Ansiedade	2	0,7
Asma	2	0,7
Cólica Renal	2	0,7
Dor Cervical	2	0,7
Dor Anal	1	0,4
Dor Mamária	1	0,4
Dor Ocular	1	0,4
Dor Testicular	1	0,4
Edema Articular	1	0,4
Edema Cervical	1	0,4
Edema Facial	1	0,4
Infecções Locais e Abscessos	1	0,4
Mal-estar	1	0,4
Mordeduras e Picadas	1	0,4
Prurido	1	0,4
Secreção Ocular	1	0,4

Tosse Produtiva	1	0,4
Total	271	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Sintomas x Estações do Ano: Ao distribuir os sintomas principais nos diferentes períodos do ano, evidencia-se que, na primavera, a disúria é um sintoma mais frequente que a diarreia e vômitos. No inverno, o sintoma dor de garganta surge com maior frequência do que a dispneia. A dor abdominal e a cefaleia estão dentre os 5 principais sintomas em todas as estações do ano, como expresso na tabela 34.

Tabela 34
Distribuição dos Cinco Sintomas Principais nas Estações do Ano

Estação ano	Sintoma	N	%
Verão	Diarreia e Vômitos	8	11,8
	Dor Abdominal	8	11,8
	Cefaleia	6	8,8
	Dor Lombar	6	8,8
	Dispneia	5	7,4
Outono	Cefaleia	16	20,3
	Dor Abdominal	9	11,4
	Dor Lombar	8	10,1
	Dispneia	7	8,9
	Diarreia e Vômitos	6	7,6
Inverno	Dor de Garganta	6	11,8
	Cefaleia	5	9,8
	Dor Torácica	5	9,8
	Dor Abdominal	4	7,8
	Diarreia e Vômitos	3	5,9
Primavera	Cefaleia	12	16,4
	Dor Abdominal	10	13,7
	Disúria	7	9,6
	Dispneia	5	6,8
	Dor Lombar	5	6,8

Fonte: dados da pesquisa

5.5.4 UBS DIVINA PROVIDÊNCIA:

No ano de 2017, buscaram atendimento na UPA Moacyr Scliar e foram classificados como pouco urgentes para consulta clínica, **143 usuários** vinculados à **UBS Divina Providência**, o que corresponde a **3,98%** do total de indivíduos deste estudo (n:3584). A seguir são descritas as características desta população.

Sexo dos usuários: Na análise descritiva destes indivíduos, como demonstra a Tabela 35, identificou-se que eram, na sua maioria, do sexo feminino (62,2%).

Tabela 35
Distribuição dos Usuários da UBS Divina Providência
Quanto ao Sexo (n:143)

Sexo	n	%
Feminino	89	62,2
Masculino	54	37,8
Total	143	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária dos usuários: As faixas etárias predominantes foram entre 18 e 26 anos (34,3%), e entre 41 e 65 anos (27,3%), como observa-se abaixo, na Tabela 36.

Tabela 36
Distribuição dos Usuários da UBS Divina Providência quanto à Faixa Etária (n:143)

Idade	N	%
18 a 26 anos	49	34,3
27 a 40 anos	38	26,6
41 a 65 anos	39	27,3
66 a 80 anos	14	9,8
Mais de 80 anos	3	2,1
Total	143	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Dias e Horários de chegada dos usuários na UPA: O maior número de usuários que buscou atendimento na UPA, o fez durante o dia, entre as oito e dezoito horas (58,7%), como demonstrado na Tabela 37. A procura por consultas predominou em dias úteis (67,8%), observado na Tabela 38. Ao combinar dias e horários, verificou-se que grande parte (61,5%) chegava ao pronto atendimento estudado, em horários que as unidades de saúde estavam fechadas, como descrito na Tabela 39.

Tabela 37
Distribuição dos Usuários da UBS Divina Providência quanto ao Horário de Admissão na UPA (n:143)

Horário	n	%
Das 8:01-18:00h	84	58,7
Das 18:01-08:00h	59	41,3
Total	143	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 38
Distribuição dos Usuários da UBS Divina Providência quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA (n:143)

Dia	n	%
Útil	97	67,8
Não útil	46	32,2
Total	143	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 39
Distribuição dos Usuários da UBS Divina Providência quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Atendimento da UBS (n:143)

Dia e horário	n	%
Aberta: (08:01-18:00h de dias úteis)	55	38,5
Fechada: (18:01-08:00h de dias úteis e todos os não úteis)	88	61,5
Total	143	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária e Horário de Admissão na UPA:

Tabela 40

Distribuição da Faixa Etária de Acordo com Horários e Dias de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS (n:143)

Faixa etária	Dia e horário						p-valor
	Aberta: (08:01-18:00h de dias úteis)		Fechada: (18:01-08:00h de dias úteis e todos não uteis)		Total		
	N	%	N	%	N	%	
18 a 26 anos	12	22%	37	42%	49	34%	
27 a 40 anos	15	27%	23	26%	38	27%	
41 a 65 anos	17	31%	22	25%	39	27%	
66 a 80 anos	8	15%	6	7%	14	10%	<0,023
Mais de 80 anos	3	5%	0	0%	3	2%	
Total	55	100%	88	100%	143	100%	

Houve associação entre a faixa etária dos usuários da UBS Divina providência e o horário de admissão na UPA, considerando a situação da UBS (aberta ou fechada). Pacientes com mais de 80 anos estão positivamente relacionados com a busca de atendimento na UPA em horários que a UBS está aberta e pacientes de 18 a 26 anos estão positivamente associados com admissão na UPA em horários em que a UBS está fechada ($p < 0,023$). Teste Qui Quadrado de Pearson.

Fonte: dados da pesquisa

Sintoma principal referido na classificação de risco:

Os principais sintomas referidos pelos usuários desta unidade, ao consultarem na UPA e receberem classificação de risco pouco urgente foram Dor Abdominal, Cefaleia, Dor Abdominal, Dor de Garganta, Dispneia e Dor lombar, os quais podem ser identificados, juntamente com os demais, na Tabela 41.

Tabela 41 :Sintomas Principais dos Usuários da UBS Divina Providência (n:143)

Sintoma	N	%
Dor Abdominal	22	15,4
Cefaleia	20	14,0
Dor de Garganta	18	12,6
Dispneia	15	10,5
Dor Lombar	12	8,4
Disúria	7	4,9
Diarreia e Vômitos	6	4,2
Dor em Membros Inferiores	6	4,2
Dor Cervical	5	3,5
Dor Torácica	5	3,5
Otalgia	5	3,5
Tonturas	4	2,8
Dor em Membros Superiores	2	1,4
Hematúria	2	1,4
Vômitos	2	1,4
Diminuição da Acuidade Auditiva	1	0,7
Dor Articular	1	0,7
Dor no Corpo	1	0,7
Dor Testicular	1	0,7
Feridas	1	0,7
Hematospermia	1	0,7
Incontinência Urinária	1	0,7
Lesão Escrotal	1	0,7
Náuseas	1	0,7
Palpitações	1	0,7
Secreção Ocular	1	0,7
Tosse	1	0,7
Total	143	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Sintomas X Estações do Ano

Ao distribuir os sintomas principais nos diferentes períodos do ano, evidencia-se que, Cefaleia e Dor Abdominal estão entre os cinco mais frequentes em todas as estações. Na primavera surge a otalgia, como um dos sintomas mais frequentes e a dor lombar no inverno. como expresso, na tabela 42.

Tabela 42: Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS Divina Providência nas Estações do Ano (n:143)

Estação do ano	Sintoma	n	%
Verão	Cefaleia	6	15,4
	Diarreia e Vômitos	5	12,8
	Dor Abdominal	5	12,8
	Disúria	4	10,3
	Dor em Membros Inferiores	3	7,7
Outono	Dor de Garganta	8	22,9
	Cefaleia	6	17,1
	Dor Abdominal	5	14,3
	Disúria	3	8,6
	Dispneia	2	5,7
Inverno	Dispneia	5	17,2
	Cefaleia	4	13,8
	Dor de Garganta	4	13,8
	Dor Lombar	4	13,8
	Dor Abdominal	3	10,3
Primavera	Dor Abdominal	9	22,5
	Dispneia	7	17,5
	Cefaleia	4	10,0
	Dor de Garganta	4	10,0
	Otalgia	4	10,0

Fonte: dados da pesquisa

5.5.5 UBS CONCEIÇÃO

No ano de 2017, buscaram atendimento na UPA Moacyr Scliar e foram classificados como pouco urgentes para consulta clínica, **504 usuários** vinculados à **UBS Conceição** o que corresponde a **14,06%** do total de indivíduos deste estudo (n:3584). A seguir são descritas as características desta população.

Sexo dos usuários: Na análise descritiva destes indivíduos, como demonstra a Tabela 43, identificou-se que eram, na sua maioria, do sexo feminino (61,1%).

Tabela 43: Distribuição dos Usuários da UBS Conceição quanto ao Sexo (n: 504)

Sexo	N	%
Feminino	308	61,1
Masculino	196	38,9
Total	504	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária dos usuários: As faixas etárias predominantes foram: entre 41 e 65 anos (38,5%), e entre 27 e 40 anos (22,2%), como observa-se abaixo, na Tabela 44.

Tabela 44: Distribuição dos Usuários da UBS Conceição quanto à Faixa Etária (n: 504)

Idade	N	%
18 a 26 anos	98	19,4
27 a 40 anos	112	22,2
41 a 65 anos	194	38,5
66 a 80 anos	84	16,7
Mais de 80 anos	16	3,2
Total	504	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Dias e Horários de chegada dos usuários na UPA: O maior número de usuários que buscou atendimento na UPA, o fez durante o dia, entre as oito e dezoito horas (64,5%), como demonstrado na Tabela 45. A procura por consultas predominou em dias úteis (60,7%), observado na Tabela 46. Ao combinar dias e horários, verificou-se que grande parte (62,5%) chegava ao pronto atendimento estudado, em horários que as unidades de saúde estavam fechadas, como descrito na Tabela 47.

Tabela 45: Distribuição dos Usuários da UBS Conceição quanto ao Horário de Admissão na UPA (n:504)

Horário	N	%
Das 8:01 às 18:00h	325	64,5
Das 18:01 às 08:00h	179	35,5
Total	504	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 46: Distribuição dos Usuários da UBS Conceição quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA (n:504)

Dia	N	%
Útil	306	60,7
Não útil	198	39,3
Total	504	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 47: Distribuição dos Usuários da UBS Conceição quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS (n:504)

Dia e horário	N	%
Aberta: (08:01-18:00h de dias úteis)	189	37,5
Fechada: (18:01-08:00h de dias úteis e todos os não uteis)	315	62,5
Total	504	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária e Horário de Admissão na UPA:

Tabela 48: Relação da Faixa Etária dos Usuários da UBS Conceição e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS (n:504)

Faixa etária	Dia e horário						p-valor
	Aberta: (08:01-18:00h de dias úteis)		Fechada: (18:01-08:00h de dias úteis e todos os não úteis)		Total		
	N	%	n	%	n	%	
18 a 26 anos	37	20%	61	19%	98	19%	<0,046
27 a 40 anos	43	23%	69	22%	112	22%	
41 a 65 anos	60	32%	134	43%	194	38%	
66 a 80 anos	40	21%	44	14%	84	17%	
Mais de 80 anos	9	5%	7	2%	16	3%	
Total	189	100%	315	100%	504	100%	

O resultado sugere que pacientes de 66 a 80 anos estão positivamente relacionados com a ida à UPA no horário que a UBS está aberta e que os pacientes de 27 a 40 anos estão positivamente associados com a ida à UPA nos horários da UBS fechada ($p < 0,046$).

Teste Qui Quadrado de Pearson.

Fonte: dados da pesquisa

Sintoma principal referido na classificação de risco:

Os principais sintomas referidos pelos usuários desta unidade, ao consultar na UPA e receber a classificação de risco pouco urgente foram Cefaleia, Dor abdominal, Dor de Garganta, Dor Lombar e Disúria, os quais podem ser identificados, juntamente com os demais menos frequentes, na Tabela 49.

Tabela 49: Sintomas Principais dos Usuários da UBS Conceição (n:504)

Sintoma	N	%
Cefaleia	65	12,9
Dor Abdominal	64	12,7
Dor de Garganta	50	9,9
Dor Lombar	35	6,9
Disúria	32	6,3
Tosse Produtiva	27	5,4
Diarreia e Vômitos	25	5,0
Tosse	18	3,6
Dor em Membros Inferiores	18	3,4
Dispneia	17	3,4
Otalgia	17	3,4
Dor Cervical	15	3,0
Alergias	13	2,6
Diarreia	12	2,4
Dor Torácica	9	1,8
Mordeduras e Picadas	9	1,8
Diabetes	6	1,2
Erupção Cutânea	6	1,2
Febre	6	1,2
Palpitações	6	1,2
Dor Articular	5	1,0
Tonturas	5	1,0
Dor na Face	4	0,8
Feridas	4	0,8
Olho Vermelho	3	0,6
Parestesias	3	0,6
Prurido	3	0,6
Tosse Seca	3	0,6
Cólica Renal	2	0,4
Feridas no Pênis	2	0,4
Sondagem	2	0,4
Vômitos	2	0,4

Ansiedade	1	0,2
Desmaio	1	0,2
Dor em Hemicorpo	1	0,2
Dor em membros	1	0,2
Dor em Membros Superiores	1	0,2
Dor Ocular	1	0,2
Dor Testicular	1	0,2
Edema Cervical	1	0,2
Edema de Membros Inferiores	1	0,2
Edema Ocular	1	0,2
Epistaxe	1	0,2
Exposição A Agentes Químicos	1	0,2
Infecções Locais e Abscessos	1	0,2
Mal-estar	1	0,2
Queda do Sensório	1	0,2
Secreção Uretral	1	0,2
Total	504	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Sintomas x Estações do Ano: Ao distribuir os sintomas principais nos diferentes períodos do ano, evidencia-se que, Disúria e Cefaleia estão entre os cinco sintomas mais frequentes em todas as estações. No outono e inverno a Dor de Garganta se apresentou como um sintoma frequente. Enquanto a Diarreia e vômito somente no verão se destacou como sintoma principal. Essas informações são expressas, na Tabela 50.

Tabela 50: Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS Conceição nas Estações do Ano

Estação ano	Sintoma	n	%
Verão	Dor Abdominal	17	13,1
	Cefaleia	12	9,2
	Dor Lombar	11	8,5
	Diarreia e Vômitos	9	6,9
	Disúria	8	6,2
Outono	Cefaleia	26	19,5
	Dor Abdominal	21	15,8
	Dor de Garganta	13	9,8
	Dor Lombar	13	9,8
	Disúria	9	6,8
Inverno	Tosse Produtiva	14	14,9
	Cefaleia	13	13,8
	Dor de Garganta	9	9,6
	Tosse	9	9,6
	Disúria	6	6,4
Primavera	Dor de Garganta	23	15,6
	Dor Abdominal	21	14,3
	Cefaleia	14	9,5
	Disúria	9	6,1
	Dor em Membros Inferiores	9	6,1

Fonte: dados da pesquisa

5.5.6 UBS JARDIM ITU: No ano de 2017, buscaram atendimento na UPA Moacyr Scliar e foram classificados como pouco urgentes para a consulta clínica, **365 usuários** vinculados à **UBS Jardim Itu**, correspondendo a **9,93%** do total de indivíduos deste estudo (n: 3584). A seguir são descritas as características desta população.

Sexo dos usuários: Na análise descritiva destes indivíduos, como demonstra a Tabela 51, identificou-se que eram, na sua maioria, do sexo feminino (63,8%).

Tabela 51: Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Itu quanto ao Sexo (n:365)

Sexo	n	%
Feminino	233	63,8
Masculino	132	36,2
Total	365	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária dos usuários: As faixas etárias predominantes foram entre 41 e 65 anos (36,2%) e, diferente da maioria das demais UBSs, a segundo intervalo de idade mais frequente foi entre 66 a 80 anos (20,3%), como observa-se abaixo, na Tabela 52.

Tabela 52: Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Itu quanto à Faixa Etária (n:365)

Idade	n	%
18 a 26 anos	68	18,6
27 a 40 anos	61	16,7
41 a 65 anos	132	36,2
66 a 80 anos	74	20,3
Mais de 80 anos	30	8,2
Total	365	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Dias e Horários de chegada dos usuários na UPA: O maior número de usuários que buscou atendimento na UPA, o fez durante o dia, entre as oito e dezoito horas (60,0%), como demonstrado na Tabela 53. A procura por consultas predominou em dias úteis (63,6%), observado na Tabela 54. Ao combinar dias e horários, verificou-se que grande parte (63,3%) chegava ao pronto atendimento estudado, em horários que as unidades de saúde estavam fechadas, como descrito na Tabela 55.

Tabela 53
Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Itu quanto ao Horário de Admissão na UPA (n:365)

Horário	n	%
Das 8:01- 18:00h	219	60,0
Das 18:01-08:00h	146	40,0
Total	365	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 54
Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Itu quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA (n:365)

Dia	n	%
Útil	232	63,6
Não útil	133	36,4
Total	365	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 55
Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Itu quanto ao dia e Horário de Admissão na UPA (n:365)

Dia e horário	n	%
Aberta: (08-18 de dias úteis)	134	36,7
Fechada: (18-08h dias úteis e todos não uteis)	231	63,3
Total	365	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária e Horários de admissão na UPA:

Tabela 56
Relação entre a Faixa Etária dos Usuários da UBS Jardim Itu e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS (n:365)

Faixa etária	Dia e horário						p-valor
	Aberta: (08:01-18:00h de dias úteis)		Fechada: (18:01-08:00h de dias úteis e todos os não úteis)		Total		
	N	%	N	%	n	%	
18 a 26 anos	24	18%	44	19%	68	19%	0,831
27 a 40 anos	20	15%	41	18%	61	17%	
41 a 65 anos	49	37%	83	36%	132	36%	
66 a 80 anos	31	23%	43	19%	74	20%	
Mais de 80 anos	10	7%	20	9%	30	8%	
Total	134	100%	231	100%	365	100%	

Não houve associação entre a Faixa etária dos usuários da UBS Jardim Itu e a busca de atendimento na UPA em horários que a UBS está aberta ou fechada (p-valor>0,05). Teste Qui Quadrado Pearson.

Fonte: dados da pesquisa

Sintoma principal referido na classificação de risco:

Os principais sintomas referidos pelos usuários desta unidade, ao consultar na UPA, e terem sido classificados como pouco urgente, foram Cefaleia, Dispneia, Dor abdominal, Dor de Garganta e Dor Lombar, os quais podem ser identificados, juntamente com os demais, na Tabela 57.

Tabela 57: Sintomas Principais dos Usuários da UBS Jardim Itu (n:365)

Sintoma	n	%
Cefaleia	52	14,2
Dor Abdominal	38	10,4
Dispneia	36	9,9
Dor de Garganta	30	8,2
Dor Lombar	28	7,7
Disúria	19	5,2
Tonturas	17	4,7
Dor em Membros Inferiores	16	4,4
Diarreia e Vômitos	13	3,6
Dor Torácica	13	3,6
Diarreia	9	2,5
Diabetes	7	1,9
Otalgia	7	1,9
Vômitos	7	1,9
Dor Cervical	6	1,6
Parestesias	6	1,6
Alergias	4	1,1
Dor Articular	4	1,1
Mordeduras e Picadas	4	1,1
Olho Vermelho	4	1,1
Palpitações	4	1,1
Mal-estar	3	0,8
Náuseas	3	0,8
Pressão Arterial Elevada	3	0,8
Tosse	3	0,8
Desmaio	2	0,5
Diminuição da Acuidade Auditiva	2	0,5
Dor em Membros Superiores	2	0,5
Dor no Corpo	2	0,5
Feridas	2	0,5
Queda do Sensório	2	0,5
Astenia	1	0,3
Disfagia	1	0,3
Dor no Pênis	1	0,3
Edema	1	0,3
Edema de Membros Inferiores	1	0,3
Edema Facial	1	0,3
Febre	1	0,3
Infecções Locais e Abscessos	1	0,3

Insuficiência Renal	1	0,3
Nódulo Cervical	1	0,3
Pirose	1	0,3
Quedas	1	0,3
Secreção Ocular	1	0,3
Secreção Uretral	1	0,3
Tosse Produtiva	1	0,3
Tosse Seca	1	0,3
Tremores	1	0,3
Total	365	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Sintomas x Estações do Ano

Ao distribuir os sintomas principais nos diferentes períodos do ano, evidencia-se que, dor abdominal e cefaleia estão dentre os 5 principais sintomas em todas as estações do ano. Assim como em vários usuários de outras UBSs estudadas, no outono e no inverno, a Dor de Garganta aumenta a sua frequência e a Diarreia e Vômitos surge mais frequentemente no verão. Essas informações expressas, na tabela 58.

Tabela 58
Distribuição dos Sintomas Principais dos Usuários da UBS Jardim Itu
nas Estações do Ano

Estação ano	Sintoma	n	%
Verão	Cefaleia	8	11,3
	Dispneia	7	9,9
	Diarreia	5	7,0
	Dor Abdominal	5	7,0
	Diarreia e Vômitos	4	5,6
Outono	Dor Abdominal	15	14,2
	Cefaleia	14	13,2
	Dispneia	10	9,4
	Dor de Garganta	9	8,5
	Dor Lombar	9	8,5
Inverno	Dispneia	13	15,7
	Cefaleia	12	14,5
	Dor de Garganta	12	14,5
	Dor Abdominal	8	9,6
	Dor em Membros Inferiores	6	7,2
Primavera	Cefaleia	18	17,1
	Dor Lombar	12	11,4
	Dor Abdominal	10	9,5
	Disúria	9	8,6
	Tonturas	7	6,7

Fonte: dados da pesquisa

5.5.7 UBS JARDIM LEOPOLDINA:

No ano de 2017, buscaram atendimento na UPA Moacyr Scliar e foram classificados como pouco urgentes para a consulta clínica, **725usuários** vinculados à **UBS Jardim Leopoldina**, correspondendo a **20,2%** do total de indivíduos deste estudo (n:3584). A seguir são descritas as características desta população.

Sexo dos usuários: Na análise descritiva destes indivíduos, como demonstra a Tabela 59, identificou-se que eram, na sua maioria, do sexo feminino (67,9%).

Tabela 59: Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Leopoldina quanto ao Sexo (n:725)

Sexo	n	%
Feminino	492	67,9
Masculino	233	32,1
Total	725	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária dos usuários:

As faixas etárias predominantes foram: entre 41 e 65 anos (39,6%), e entre 27 e 40 anos (23,4%), como observa-se abaixo, na Tabela 60.

Tabela 60: Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Leopoldina quanto à Faixa Etária (n:725)

Idade	n	%
18 a 26 anos	156	21,5
27 a 40 anos	170	23,4
41 a 65 anos	287	39,6
66 a 80 anos	101	13,9
Mais de 80 anos	11	1,5
Total	725	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Dias e Horários de chegada dos usuários na UPA: O maior número de usuários que buscou atendimento na UPA, o fez durante o dia, entre as oito e dezoito horas (64,1%), como demonstrado na Tabela 61. A procura por consultas predominou em dias úteis (61,9%), observado na Tabela 62. Ao combinar dias e horários, verificou-se que grande parte (61,8%) chegava ao pronto atendimento estudado, em horários que as unidades de saúde estavam fechadas, como descrito na Tabela 63.

Tabela 61: Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Leopoldina quanto ao Horário de Admissão na UPA (n:725)

Horário	N	%
Das 8h às 18h	465	64,1
Das 18h01 às 7h59	260	35,9
Total	725	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 62: Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Leopoldina quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA (n:725)

Dia	N	%
Útil	449	61,9
Não útil	276	38,1
Total	725	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 63:
Distribuição dos Usuários da UBS Jardim Leopoldina quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS (n:725)

Dia e Horário	N	%
Aberta: (08-18 de dias úteis)	277	38,2
Fechada: (18-08h dias úteis e todos não uteis)	448	61,8
Total	725	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária e Horários de Admissão na UPA:

Tabela 64

Relação entre a Faixa Etária dos Usuários da UBS Jardim Leopoldina com a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS (n:725)

Faixa etária	Dia e horário				Total		p-valor
	Aberta: (08-18 de dias úteis)		Fechada: (18-08h dias úteis e todos não úteis)				
	N	%	n	%	n	%	
18 a 26 anos	58	21%	98	22%	156	22%	<0,015
27 a 40 anos	54	19%	116	26%	170	23%	
41 a 65 anos	109	39%	178	40%	287	40%	
66 a 80 anos	48	17%	53	12%	101	14%	
Mais de 80 anos	8	3%	3	1%	11	2%	
Total	277	100%	448	100%	725	100%	

Houve associação entre a faixa etária dos pacientes e o horário de chegada na UPA, considerando o horário de atendimento da UBS. O resultado sugere que pacientes nas faixas de 66 a 80 anos e de mais de 80 anos estão positivamente relacionados com a admissão na UPA em horários que as UBS estão abertas, enquanto os pacientes na faixa etária de 27 a 40, estão positivamente associados com a admissão na UPA em horários que as UBS estão fechadas ($p < 0,015$). Teste Qui Quadrado de Pearson.

Fonte: dados da pesquisa

Sintoma principal referido na classificação de risco: Os principais sintomas referidos pelos usuários desta unidade, ao consultar na UPA e receber classificação de risco pouco urgente foram Dor abdominal, Cefaleia, Dor lombar, Dispneia e Disúria, os quais podem ser visualizados, juntamente com os demais, na Tabela 65.

Tabela 65: Sintomas Principais dos Usuários da UBS Jardim Leopoldina (n:725)

Sintoma	n	%
Dor Abdominal	108	14,9
Cefaleia	97	13,4
Dor Lombar	70	9,7
Dispneia	64	8,8
Disúria	47	6,5
Dor de Garganta	46	6,3
Dor em Membros Inferiores	33	4,6
Diarreia e Vômitos	29	4,0
Dor Torácica	25	3,4
Dor Articular	23	3,2
Otalgia	14	1,9
Palpitações	14	1,9
Alergias	13	1,8
Tonturas	13	1,8
Vômitos	12	1,7
Dor Cervical	10	1,4
Dor em Membros Superiores	9	1,2
Erupção Cutânea	8	1,1
Olho Vermelho	8	1,1
Tosse Produtiva	7	1,0
Asma	5	0,7
Diarreia	5	0,7
Feridas	4	0,6
Mal-estar	4	0,6
Mordeduras e Picadas	4	0,6
Parestesias	4	0,6
Tosse	4	0,6
Diabetes	3	0,4
Dor na Face	3	0,4

Epistaxe	3	0,4
Secreção Uretral	3	0,4
Tremores	3	0,4
Cólica Renal	2	0,3
Doença Sexualmente Transmissível	2	0,3
Edema Facial	2	0,3
Náuseas	2	0,3
Pressão Arterial Elevada	2	0,3
Prurido	2	0,3
Sondagem	2	0,3
Ansiedade	1	0,1
Ardência Ocular	1	0,1
Astenia	1	0,1
Cianose de Extremidades	1	0,1
Desmaio	1	0,1
Diminuição da Acuidade Auditiva	1	0,1
Dor em Hemicorpo	1	0,1
Dor no Corpo	1	0,1
Dor Testicular	1	0,1
Edema de Membros Inferiores	1	0,1
Edema de Membros Superiores	1	0,1
Febre	1	0,1
Feridas no Pênis	1	0,1
PEP	1	0,1
Secreção Ocular	1	0,1
Visão Turva	1	0,1
Total	725	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Sintomas X Estações do Ano

Ao distribuir os cinco sintomas mais frequentes nos diferentes períodos do ano, evidencia-se que, há diferença apenas na primavera onde a dor de garganta torna-se mais frequente que a disúria, no demais meses do ano, os cinco mais frequentes são sempre os mesmos, mudando somente de posição, como expresso, na tabela 66.

Tabela 66
Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da
UBS Jardim Leopoldina nas Estações do Ano

Estação ano	Sintoma	n	%
Verão	Cefaleia	26	15,3
	Dor Abdominal	23	13,5
	Disúria	13	7,6
	Dor Lombar	13	7,6
	Dispneia	12	7,1
Outono	Dor Abdominal	44	20,6
	Cefaleia	32	15,0
	Dispneia	22	10,3
	Dor Lombar	18	8,4
	Disúria	13	6,1
Inverno	Cefaleia	21	13,0
	Dor Abdominal	19	11,8
	Dispneia	14	8,7
	Dor Lombar	13	8,1
	Disúria	11	6,8
Primavera	Dor Lombar	26	14,4
	Dor Abdominal	22	12,2
	Cefaleia	18	10,0
	Dispneia	16	8,9
	Dor de Garganta	16	8,9

Fonte: dados da pesquisa

5.5.8 UBS NOSSA SENHORA APARECIDA

No ano de 2017, buscaram atendimento na UPA Moacyr Scliar e foram classificados como pouco urgentes para a consulta clínica, **257 usuários** vinculados à **UBS Nossa Senhora Aparecida**, correspondendo a **1,2%** do total de indivíduos deste estudo (n:3584). A seguir são descritas as características desta população.

Sexo dos usuários: Na análise descritiva destes indivíduos, como demonstra a Tabela 67, identificou-se que eram, na sua maioria, do sexo feminino (58,0%).

Tabela 67
Distribuição dos Usuários da UBS Nossa Senhora Aparecida quanto ao Sexo (n: 257)

Sexo	n	%
Feminino	149	58,0
Masculino	108	42,0
Total	257	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária dos usuários: As faixas etárias predominantes foram: entre 27 a 40 anos (37,7%) e entre 41 e 65 anos (29,6%), como observa-se abaixo, na Tabela 68.

Tabela 68
Distribuição dos usuários da UBS Nossa Senhora Aparecida quanto à Faixa Etária (n: 257)

Idade	n	%
18 a 26 anos	57	22,2
27 a 40 anos	97	37,7
41 a 65 anos	76	29,6
66 a 80 anos	22	8,6
Mais de 80 anos	5	1,9
Total	257	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Dias e Horários de chegada dos usuários na UPA:

O maior número de usuários que buscou atendimento na UPA, o fez durante o dia, entre as oito e dezoito horas (54,5%), como demonstrado na Tabela 69. A procura por consultas predominou em dias úteis (61,1%), observado na Tabela 70. Ao combinar dias e horários, verificou-se que grande parte (69,6%) chegava ao pronto atendimento estudado, em horários que as unidades de saúde estavam fechadas, como descrito na Tabela 71.

Tabela 69
Distribuição dos Usuários da UBS Nossa Senhora Aparecida quanto ao horário de Admissão na UPA (n: 257)

Horário	n	%
Das 8:01h-18:00h	140	54,5
Das 18:01-8:00h	117	45,5
Total	257	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 70
Distribuição dos usuários da UBS Nossa Senhora Aparecida quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA (n: 257)

Dia	n	%
Útil	157	61,1
Não útil	100	38,9
Total	257	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 71
Distribuição dos Usuários da UBS Nossa Senhora Aparecida quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS (n: 257)

Dia e horário	n	%
Aberta: (8:01h-18:00h de dias úteis)	78	30,4
Fechada: (18:01-8:00h dias úteis e todos não uteis)	179	69,6
Total	257	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária e Horários de Admissão na UPA:

Tabela 72

Relação entre a Faixa Etária dos Usuários da UBS Nossa Senhora Aparecida e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS

Faixa etária	Dia e horário						p-valor
	Aberta: (08:01-18:00 de dias úteis)		Fechada: (18:01-08:00h de dias úteis e todos não uteis)		Total		
	n	%	n	%	N	%	
18 a 26 anos	13	17%	44	25%	57	22%	0,101
27 a 40 anos	30	38%	67	37%	97	38%	
41 a 65 anos	23	29%	53	30%	76	30%	
66 a 80 anos	8	10%	14	8%	22	9%	
Mais de 80 anos	4	5%	1	1%	5	2%	
Total	78	100%	179	100%	257	100%	

Não houve associação entre faixa etária dos pacientes da UBS Nossa Senhora Aparecida e a busca de atendimento na UPA nos horários de UBS aberta ou fechada (p-valor>0,05). Teste Qui Quadrado Pearson.

Fonte: dados da pesquisa

Sintoma principal referido na classificação de risco

Os principais sintomas referidos pelos usuários desta unidade, ao consultarem na UPA e receberem classificação de risco pouco urgente foram Dor abdominal, Cefaleia, Dispneia, Dor de Garganta, Dor Lombar, os quais podem ser identificados, juntamente com todos os demais, na Tabela 72.

Tabela 73
Sintomas Principais dos usuários da UBS Nossa Senhora
Aparecida (n:257)

Sintoma	n	%
Dor Abdominal	52	20,2
Cefaléia	45	17,5
Dispneia	20	7,8
Dor de Garganta	18	7,0
Dor Lombar	18	7,0
Diarréia e/ou Vômitos	17	6,6
Dor Torácica	12	4,7
Dor Cervical	9	3,5
Disúria	8	3,1
Dor em Membros Inferiores	8	3,1
Otalgia	5	1,9
Tonturas	5	1,9
Tosse	4	1,6
Alergias	3	1,2
Mordeduras e Picadas	3	1,2
Olho Vermelho	3	1,2
Parestesias	3	1,2
Dor Articular	2	0,8
Dor em Membros Superiores	2	0,8
Dor Testicular	2	0,8
Embriaguez Aparente	2	0,8
Erupção Cutânea	2	0,8
Feridas no Pênis	2	0,8
Tosse Produtiva	2	0,8
Asma	1	0,4
Astenia	1	0,4
Corpo Estranho no Ouvido	1	0,4
Diminuição da Acuidade Auditiva	1	0,4
Edema de Membros Inferiores	1	0,4
Feridas	1	0,4
Mal-Estar	1	0,4
Náuseas	1	0,4
Palpitações	1	0,4
Vômitos	1	0,4
Total	257	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Sintomas X Estações do Ano

Ao distribuir os sintomas principais nos diferentes períodos do ano, evidencia-se que, dor abdominal e cefaleia estão dentre os 5 principais sintomas em todas as estações do ano. assim como em vários usuários de outras UBSs estudadas. Na primavera e no inverno a Dor de Garganta aumenta a sua frequência no inverno. Essas informações expressas, na tabela 73.

Tabela 74
Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS Nossa Senhora Aparecida nas Estações do Ano

Estação ano	Sintoma	n	%
Verão	Cefaleia	14	20,6
	Dor Abdominal	11	16,2
	Diarreia e Vômitos	6	8,8
	Dor Lombar	6	8,8
	Dor Torácica	6	8,8
Outono	Dor Abdominal	16	25,8
	Cefaleia	10	16,1
	Dispneia	6	9,7
	Diarreia e Vômitos	4	6,5
	Dor Cervical	3	4,8
Inverno	Dor Abdominal	13	21,7
	Cefaleia	9	15,0
	Dispneia	7	11,7
	Dor de Garganta	6	10,0
	Dor Lombar	5	8,3
Primavera	Cefaleia	12	17,9
	Dor Abdominal	12	17,9
	Dor de Garganta	8	11,9
	Dispneia	5	7,5
	Dor Lombar	4	6,0

Fonte: dados da pesquisa

5.5.9 UBS PARQUE DOS MAIAS

No ano de 2017, buscaram atendimento na UPA Moacyr Scliar e foram classificados como pouco urgentes para a consulta clínica, **436 usuários** vinculados à **UBS Parque dos Maias**, correspondendo a **12,16%** do total de indivíduos deste estudo (n:3584). A seguir são descritas as características desta população.

Sexo dos usuários: Na análise descritiva destes indivíduos, como demonstra a Tabela 75, identificou-se que eram, na sua maioria, do sexo feminino (62,2%).

Tabela 75
Distribuição dos usuários da UBS Parque dos Maias quanto ao Sexo (n:436)

Sexo	n	%
Feminino	271	62,2
Masculino	165	37,8
Total	436	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária dos usuários: As faixas etárias predominantes foram: entre 41 e 65 anos (31,9%), e entre 18 a 26 anos (25,1%), como observa-se abaixo, na Tabela 76.

Tabela 76
Distribuição dos Usuários da UBS Parque dos Maias quanto à Faixa Etária (n:436)

Idade	n	%
18 a 26 anos	128	29,4
27 a 40 anos	121	27,8
41 a 65 anos	139	31,9
66 a 80 anos	39	8,9
Mais de 80 anos	9	2,1
Total	436	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Dias e Horários de chegada dos usuários na UPA

O maior número de usuários que buscou atendimento na UPA, o fez durante o dia, entre as oito e dezoito horas (65,6%), como demonstrado na Tabela 77. A procura por consultas predominou em dias úteis (64%), observado na Tabela 78. Ao combinar dias e horários, verificou-se que grande parte (59,9%) chegava ao pronto atendimento estudado, em horários que as unidades de saúde estavam fechadas, como descrito na Tabela 79.

Tabela 77
Distribuição dos Usuários da UBS Parque dos Maias quanto ao Horário de Admissão na UPA (n:436)

Horário	n	%
Das 8:01-18:00h	286	65,6
Das 18h01-08:00h	150	34,4
Total	436	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 78
Distribuição dos Usuários da UBS Parque dos Maias quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA (n:436)

Dia	n	%
Útil	279	64,0
Não útil	157	36,0
Total	436	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 79
Distribuição dos Usuários da UBS Parque dos Maias quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS (n:436)

Dia e horário	n	%
Aberta: (08:01-18:00h de dias úteis)	175	40,1
Fechada: (18:01-08:00h dias úteis e todos os não uteis)	261	59,9
Total	436	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária e Horários de Admissão na UPA

Tabela 80

Relação entre a Faixa Etária dos Usuários da UBS Parque dos Maias e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS (n:436)

Faixa etária	Dia e horário						p-valor
	Aberta: (08:01-18:00h de dias úteis)		Fechada: (18:01-08:00h e todos os não uteis)		Total		
	N	%	N	%	n	%	
18 a 26 anos	48	27%	80	31%	128	29%	0,204
27 a 40 anos	47	27%	74	28%	121	28%	
41 a 65 anos	59	34%	80	31%	139	32%	
66 a 80 anos	20	11%	19	7%	39	9%	
Mais de 80 anos	1	1%	8	3%	9	2%	
Total	175	100%	261	100%	436	100%	

Não houve associação entre a faixa etária dos usuários da UBS Parque dos Maias e a busca de atendimento na UPA nos horários de UBS aberta ou fechada (p-valor>0,05). Teste Qui Quadrado Pearson.

Fonte: dados da pesquisa

Sintoma principal referido na classificação de risco : Os cinco principais sintomas referidos pelos usuários desta unidade, ao consultarem na UPA e receberem classificação de risco pouco urgente foram Dor abdominal, Cefaleia, Dispneia, Diarreia e Vômitos, Dor de Garganta, os quais podem ser identificados, juntamente com todos os demais, na Tabela 81.

Tabela 81

Sintomas Principais dos Usuários da UBS Parque dos Maias (n:436)

Sintoma	n	%
Dor Abdominal	68	15,6
Cefaleia	52	11,9

Dispneia	41	9,4
Diarreia e Vômitos	39	8,9
Dor de Garganta	33	7,6
Dor Lombar	29	6,7
Disúria	26	6,0
Dor Torácica	21	4,8
Dor em Membros Inferiores	16	3,6
Dor Cervical	15	3,4
Otalgia	14	3,2
Tonturas	9	2,1
Dor na Face	7	1,6
Dor Articular	6	1,4
Dor em Membros Superiores	6	1,4
Vômitos	6	1,4
Erupção Cutânea	5	1,1
Palpitações	5	1,1
Alergias	4	0,9
Asma	3	0,7
Feridas no Pênis	3	0,7
Mal-Estar	3	0,7
Parestesias	3	0,7
Desmaio	2	0,5
Doença Sexualmente Transmissível	2	0,5
Edema de Membros Inferiores	2	0,5
Olho Vermelho	2	0,5
Tremores	2	0,5
Diabetes	1	0,2
Dor Mamária	1	0,2
Dor no Corpo	1	0,2
Dor Ocular	1	0,2
Exposição A Agentes Químicos	1	0,2
Hematúria	1	0,2
Mordeduras e Picadas	1	0,2
Náuseas	1	0,2
Secreção Uretral	1	0,2
Sondagem	1	0,2
Tosse	1	0,2
Tosse Produtiva	1	0,2
Total	436	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Sintomas X Estações do Ano

Ao distribuir os sintomas principais nos diferentes períodos do ano, evidencia-se que, dor abdominal e cefaleia estão dentre os 5 principais sintomas em todas as estações do ano, assim como em vários usuários de outras UBSs estudadas. A Diarreia e Vômitos surge mais frequentemente no verão e no outono. Essas informações expressas, na tabela 82.

Tabela 82
Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS Parque dos Maias nas Estações do Ano (n:436)

Estação ano	Sintoma	n	%
Verão	Dor Abdominal	19	18,1
	Diarreia e Vômitos	17	16,2
	Cefaleia	12	11,4
	Dispneia	7	6,7
	Disúria	7	6,7
Outono	Dor Abdominal	27	22,7
	Dispneia	14	11,8
	Cefaleia	12	10,1
	Diarreia e Vômitos	10	8,4
	Dor de Garganta	10	8,4
Inverno	Cefaleia	17	17,0
	Dor Abdominal	12	12,0
	Dispneia	7	7,0
	Dor de Garganta	7	7,0
	Dor Lombar	7	7,0
Primavera	Dispneia	13	11,6
	Cefaleia	11	9,8
	Dor de Garganta	11	9,8
	Dor Abdominal	10	8,9
	Dor Lombar	10	8,9

Fonte: dados da pesquisa

5.5.10 UBS FLORESTA

No ano de 2017, buscaram atendimento na UPA Moacyr Scliar e foram classificados como pouco urgentes para a consulta clínica, **331 usuários** vinculados à **UBS Vila Floresta**, correspondendo a **9,23%** do total de indivíduos deste estudo (n:3584). A seguir são descritas as características desta população.

Sexo dos usuários: Na análise descritiva destes indivíduos, como demonstra a Tabela 83, identificou-se que eram, na sua maioria, do sexo feminino (61,6%)

Tabela 83
Distribuição dos Usuários da UBS Floresta quanto ao Sexo (n:331)

Sexo	N	%
Feminino	204	61,6
Masculino	127	38,4
Total	331	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária dos usuários: As faixas etárias predominantes foram: entre 41 e 65 anos (48,9%), e entre 27 e 40 anos (17,8%), como observa-se abaixo, na Tabela 84.

Tabela 84
Distribuição dos Usuários da UBS Floresta quanto à Faixa Etária (n:331)

Idade	n	%
18 a 26 anos	56	16,9
27 a 40 anos	59	17,8
41 a 65 anos	162	48,9
66 a 80 anos	42	12,7
Mais de 80 anos	12	3,6
Total	331	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Dias e Horários de chegada dos usuários na UPA: O maior número de usuários que buscou atendimento na UPA, o fez durante o dia, entre as oito e dezoito horas (61,3%), como demonstrado na Tabela 85. A procura por consultas predominou em dias úteis (61,4%), observado na Tabela 86. Ao combinar dias e horários, verificou-se que grande parte (64,7%) chegava ao pronto atendimento estudado, em horários que as unidades de saúde estavam fechadas, como descrito na Tabela 87.

Tabela 85
Distribuição dos Usuários da UBS Floresta Quanto ao Horário de Admissão na UPA (n:331)

Horário	n	%
Das 08:01-18:00h	203	61,3
Das 18:01-08:00h	128	38,7
Total	331	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 86
Distribuição dos Usuários da UBS Vila Floresta quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA (n:331)

Dia	n	%
Útil	215	65,0
Não útil	116	35,0
Total	331	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 87
Distribuição dos Usuários da UBS Vila Floresta quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS (n:331)

Dia e horário	n	%
Aberta: (08-18 de dias úteis)	117	35,3
Fechada: (18-08h dias úteis e todos não uteis)	214	64,7
Total	331	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária e Horários de Admissão na UPA:

Tabela 88

Relação entre a Faixa Etária dos Usuários da UBS Floresta e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS (n:331)

Faixa etária	Dia e horário						p-valor
	Aberta: (08-18 de dias úteis)		Fechada: (18-08h dias úteis e todos não uteis)		Total		
	n	%	n	%	N	%	
18 a 26 anos	18	15%	38	18%	56	17%	0,676
27 a 40 anos	19	16%	40	19%	59	18%	
41 a 65 anos	57	49%	105	49%	162	49%	
66 a 80 anos	19	16%	23	11%	42	13%	
Mais de 80 anos	4	3%	8	4%	12	4%	
Total	117	100%	214	100%	331	100%	

Não houve associação entre a faixa etária dos usuários da UBS Floresta e a busca de atendimento na UPA nos horários de UBS aberta ou fechada (p-valor>0,05).
Teste Qui Quadrado Pearson.

Fonte: dados da pesquisa

Sintoma principal referido na classificação de risco: Os principais sintomas referidos pelos usuários desta unidade, ao consultarem na UPA e receberem classificação de risco pouco urgente foram Dor Lombar, Dor abdominal, Cefaleia, Dor de Garganta, Dor abdominal e Dispneia, os quais podem ser identificados, juntamente com todos os demais, na Tabela 89.

Tabela 89
Sintomas Principais dos usuários da UBS Floresta (n:331)

Sintoma	N	%
Dor Lombar	40	12,1
Cefaleia	38	11,5
Dor de Garganta	34	10,3
Dor Abdominal	32	9,7
Dispneia	30	9,1
Diarreia e Vômitos	22	6,6
Dor Torácica	17	5,1
Dor em Membros Inferiores	15	4,4
Disúria	13	3,9
Dor Cervical	9	2,7
Mordeduras e Picadas	7	2,1
Otalgia	7	2,1
Tonturas	7	2,1
Erupção Cutânea	6	1,8
Alergias	5	1,5
Dor Articular	4	1,2
Tosse Produtiva	4	1,2
Dor em Membros Superiores	3	0,9
Edema Facial	3	0,9
Mal-Estar	3	0,9
Palpitações	3	0,9
Vômitos	3	0,9
Diminuição da Acuidade Auditiva	2	0,6
Dor na Face	2	0,6
Febre	2	0,6
Feridas	2	0,6
Náuseas	2	0,6
Parestesias	2	0,6
Ansiedade	1	0,3
Diabetes	1	0,3
Disfagia	1	0,3
Dor em Membros	1	0,3
Edema de Membros Inferiores	1	0,3
Epistaxe	1	0,3
Feridas no Pênis	1	0,3
Hemorragia Digestiva	1	0,3
Olho Vermelho	1	0,3
Secreção Ocular	1	0,3
Sondagem	1	0,3
Tosse	1	0,3

Visão Turva	1	0,3
Zumbidos	1	0,3
Total	331	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Sintomas X Estações do Ano: Ao distribuir os sintomas principais nos diferentes períodos do ano, evidencia-se que, cefaleia está dentre os 5 principais sintomas em todas as estações do ano. assim como em vários usuários de outras UBSs estudadas, no inverno e na primavera a Dor de Garganta aumenta a sua frequência e a Diarreia e Vômitos surge mais frequentemente no verão e no outono. Essas informações expressas, na tabela 90.

Tabela 90
Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da
UBS Floresta nas Estações do Ano

Estação ano	Sintoma	n	%
Verão	Dor de Garganta	9	12,9
	Diarreia e Vômitos	8	11,4
	Dor Abdominal	8	11,4
	Dor em Membros Inferiores	7	10,0
	Cefaleia	6	8,6
Outono	Dor Lombar	13	14,9
	Cefaleia	11	12,6
	Dispneia	10	11,5
	Diarreia e Vômitos	8	9,2
	Dor Torácica	7	8,0
Inverno	Cefaleia	12	17,1
	Dor de Garganta	10	14,3
	Dispneia	7	10,0
	Dor Abdominal	7	10,0
	Dor Lombar	6	8,6
Primavera	Dor Lombar	16	15,4
	Dor Abdominal	11	10,6
	Dor de Garganta	11	10,6
	Cefaleia	9	8,7
	Disúria	9	8,7

Fonte: dados da pesquisa

5.5.11 UBS SANTÍSSIMA TRINDADE

No ano de 2017, buscaram atendimento na UPA Moacyr Scliar e foram classificados como pouco urgentes para a consulta clínica, **265 usuários** vinculados à **UBS Santíssima Trindade**, correspondendo a **7,39%** do total de indivíduos deste estudo (n:3584). A seguir são descritas as características desta população.

Sexo dos usuários: Na análise descritiva destes indivíduos, como demonstra a Tabela 91, identificou-se que eram, na sua maioria, do sexo feminino (64,5%)

Tabela 91
Distribuição dos usuários da UBS Santíssima Trindade quanto ao sexo (n:265)

Sexo	n	%
Feminino	171	64,5
Masculino	94	35,5
Total	265	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária dos usuários

As faixas etárias predominantes foram entre 27 e 40 anos (34,0%) e entre 41 e 65 anos (30,2%), como observa-se abaixo, na Tabela 92.

Tabela 92
Distribuição dos Usuários da UBS Santíssima Trindade quanto à Faixa Etária (n:265)

Idade	n	%
18 a 26 anos	84	31,7
27 a 40 anos	90	34,0
41 a 65 anos	80	30,2
66 a 80 anos	10	3,8
Mais de 80 anos	1	0,4
Total	265	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Dias e Horários de chegada dos usuários na UPA

O maior número de usuários que buscou atendimento na UPA, o fez durante o dia, entre as oito e dezoito horas (63,0%), como demonstrado na Tabela 93. A procura por consultas predominou em dias úteis (67,2%), observado na Tabela 94. Ao combinar dias e horários, verificou-se que grande parte (60,8%) chegava ao pronto atendimento estudado, em horários que as unidades de saúde estavam fechadas, como descrito na Tabela 95.

Tabela 93

Distribuição dos Usuários da UBS Santíssima Trindade quanto ao Horário de Admissão na UPA (n:265)

Horário	n	%
Das 8h às 18h	167	63,0
Das 18h01 às 7h59	98	37,0
Total	265	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 94

Distribuição dos Usuários da UBS Santíssima Trindade quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA (n:265)

Dia	n	%
Útil	178	67,2
Não útil	87	32,8
Total	265	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 95

Distribuição dos Usuários da UBS Santíssima Trindade quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o horário de Funcionamento da UBS (n:265)

Horário e Dia	n	%
Aberta: (08:01-18:00h de dias úteis)	104	39,2
Fechada: (018:01-08:00h de dias úteis e todos os não uteis)	161	60,8
Total	265	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária e Horários de Admissão na UPA

Tabela 96

Relação entre a Faixa Etária dos Usuários da UBS Santíssima Trindade e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS (n:265)

Faixa etária	Dia e horário						p-valor
	Aberta: (08:01-18:00h de dias úteis)		Fechada: (18:01-08:00h de dias úteis e todos os não uteis)		Total		
	n	%	n	%	n	%	
18 a 26 anos	31	30%	53	33%	84	32%	<0,655
27 a 40 anos	34	33%	56	35%	90	34%	
41 a 65 anos	33	32%	47	29%	80	30%	
66 a 80 anos	5	5%	5	3%	10	4%	
Mais de 80 anos	1	1%	0	0%	1	0%	
Total	104	100%	161	100%	265	100%	

Não houve associação entre a faixa etária dos usuários da UBS Santíssima Trindade e a busca de atendimento na UPA nos horários de UBS aberta ou fechada (p-valor>0,05).
Teste Qui Quadrado Pearson.

Fonte: dados da pesquisa

Sintoma principal referido na classificação de risco

Os principais sintomas referidos pelos usuários desta unidade, ao consultarem na UPA e receberem classificação de risco pouco urgente foram Dor abdominal, Cefaleia, Dor Lombar, Dor de Garganta e Disúria, os quais podem ser identificados, juntamente com todos os demais, na Tabela 97.

Tabela 97
Sintomas Principais dos Usuários da UBS Santíssima
Trindade (n:265)

Sintoma	n	%
Dor Abdominal	45	17,0
Cefaleia	41	15,5
Dor Lombar	35	13,2
Dor de Garganta	19	7,2
Disúria	15	5,7
Diarreia e Vômitos	13	4,9
Dor Torácica	12	4,5
Dispneia	10	3,8
Dor Articular	9	3,4
Erupção Cutânea	7	2,6
Feridas	7	2,6
Otalgia	7	2,6
Dor Cervical	5	1,9
Dor em Membros Inferiores	5	1,9
Tonturas	4	1,5
Alergias	3	1,1
Desmaio	3	1,1
Dor na Face	2	0,8
Embriaguez Aparente	2	0,8
Infecções Locais e Abscessos	2	0,8
Mordeduras e Picadas	2	0,8
Olho Vermelho	2	0,8
Parestesias	2	0,8
Vômitos	2	0,8
Asma	1	0,4
Constipação	1	0,4
Dor em Membros Superiores	1	0,4
Dor Testicular	1	0,4
Epistaxe	1	0,4
Mal-Estar	1	0,4
Palpitações	1	0,4
Tosse	1	0,4
Tosse Produtiva	1	0,4
Tosse Seca	1	0,4
Trauma recente	1	0,4
Total	265	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Sintomas X Estações do Ano

Ao distribuir os sintomas principais nos diferentes períodos do ano, evidencia-se que, dor abdominal, dor lombar e cefaleia estão dentre os 5 principais sintomas referidos pelos usuários da UBS Santíssima Trindade, em todas as estações do ano. No outono e no inverno, a Dor de Garganta aumentou sua frequência e no verão, o mesmo acontece com a disúria. Essas informações estão expressas, na tabela 98.

Tabela 98
Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários da UBS Santíssima Trindade nas Estações do Ano

Estação ano	Sintoma	N	%
Verão	Cefaleia	14	20,9
	Dor Abdominal	13	19,4
	Dor Lombar	6	9,0
	Disúria	5	7,5
	Diarreia e/ou Vômitos	4	6,0
Outono	Cefaleia	14	20,3
	Dor Lombar	11	15,9
	Dor Abdominal	10	14,5
	Dispneia	5	7,2
	Dor de Garganta	5	7,2
Inverno	Dor Abdominal	6	13,3
	Dor Lombar	5	11,1
	Cefaleia	4	8,9
	Diarreia e/ou Vômitos	4	8,9
	Dor de Garganta	4	8,9
Primavera	Dor Abdominal	16	19,0
	Dor Lombar	13	15,5
	Cefaleia	9	10,7
	Dor de Garganta	6	7,1
	Dor Torácica	6	7,1

Fonte: dados da pesquisa

5.5.12 UBS SESC

No ano de 2017, buscaram atendimento na UPA Moacyr Scliar e foram classificados como pouco urgentes para a consulta clínica, **140 usuários** vinculados à **UBS Vila SESC**, correspondendo a **3,90%** do total de indivíduos deste estudo (n:3584). A seguir são descritas as características desta população.

Sexo dos usuários: Na análise descritiva destes indivíduos, como demonstra a Tabela 99, identificou-se que eram, na sua maioria, do sexo feminino (56,4%).

Tabela 99
Distribuição dos usuários da UBS Vila SESC quanto ao Sexo (n:140)

Sexo	n	%
Feminino	79	56,4
Masculino	61	43,6
Total	140	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária dos usuários: As faixas etárias predominantes foram: entre 41 e 65 anos (32,9%), e entre 27 e 40 anos (28,6%), como observa-se abaixo, na Tabela 100.

Tabela 100
Distribuição dos Usuários da UBS SESC quanto à Faixa Etária (n:140)

Idade	n	%
18 a 26 anos	38	27,1
27 a 40 anos	40	28,6
41 a 65 anos	46	32,9
66 a 80 anos	12	8,6
Mais de 80 anos	4	2,9
Total	140	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Dias e Horários de chegada dos usuários na UPA

O maior número de usuários que buscou atendimento na UPA, o fez durante o dia, entre as oito e dezoito horas (64,3%), como demonstrado na Tabela 101. A procura por consultas predominou em dias úteis (75,0%), observado na Tabela 102. Ao combinar dias e horários, verificou-se que grande parte (53,6%) chegava ao pronto atendimento estudado, em horários que as unidades de saúde estavam fechadas, como descrito na Tabela 103.

Tabela 101
Distribuição dos Usuários da UBS SESC quanto ao Horário de Admissão na UPA (n:140)

Horário	N	%
Das 8:01-18:00h	90	64,3
Das 18:01- 08:00	50	35,7
Total	140	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 102
Distribuição dos Usuários da UBS SESC quanto ao Dia de Busca de Atendimento na UPA (n:140)

Dia	n	%
Útil	105	75,0
Não útil	35	25,0
Total	140	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 103
Distribuição dos Usuários da UBS SESC quanto ao Dia e Horário de Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS (n:140)

Horário x Dia	n	%
Aberta: (8:01-18:00h de dias úteis)	65	46,4
Fechada: (18:01- 08:00 de dias úteis e todos não uteis)	75	53,6
Total	140	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Faixa Etária e Horários de Admissão na UPA

Tabela 104

Relação entre a Faixa Etária dos Usuários da UBS SESC e a Admissão na UPA Considerando o Horário de Funcionamento da UBS (n:140)

Faixa etária	Dia e horário						p-valor
	Aberta: (08-18 de dias úteis)		Fechada: (18-08h dias úteis e todos não úteis)		Total		
	N	%	n	%	n	%	
18 a 26 anos	18	28%	20	27%	38	27%	0,910
27 a 40 anos	16	25%	24	32%	40	29%	
41 a 65 anos	23	35%	23	31%	46	33%	
66 a 80 anos	6	9%	6	8%	12	9%	
Mais de 80 anos	2	3%	2	3%	4	3%	
Total	65	100%	75	100%	140	100%	

Não houve associação entre a faixa etária dos usuários da UBS SESC e a busca de atendimento na UPA nos horários de UBS aberta ou fechada (p-valor>0,05).
Teste Qui Quadrado Pearson.

Fonte: dados da pesquisa

Sintoma principal referido na classificação de risco

Os principais sintomas referidos pelos usuários desta unidade, ao consultarem na UPA e receberem classificação de risco pouco urgente foram Dor abdominal dor lombar, Cefaleia, Dispneia, Diarreia e Vômito, os quais podem ser identificados, juntamente com todos os demais, na Tabela 104

Tabela 105
Sintomas Principais dos usuários da UBS SESC (n:140)

Sintoma	n	%
Dor Abdominal	26	18,6
Dor Lombar	20	14,3
Cefaleia	19	13,6
Dispneia	13	9,3
Diarreia e Vômitos	12	8,6
Otalgia	7	5,0
Dor de Garganta	6	4,3
Dor Torácica	5	3,6
Disúria	4	2,9
Dor Articular	4	2,9
Dor em Membros Inferiores	4	2,9
Erupção Cutânea	4	2,9
Dor Cervical	3	2,1
Dor na Face	3	2,1
Alergias	1	0,7
Feridas	1	0,7
Feridas no Pênis	1	0,7
Palpitações	1	0,7
Pirose	1	0,7
Tonturas	1	0,7
Tosse Produtiva	1	0,7
Tosse Seca	1	0,7
Vômitos	1	0,7
Zumbidos	1	0,7
Total	140	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Sintomas X Estações do Ano

Ao distribuir os sintomas principais nos diferentes períodos do ano, evidencia-se que, Cefaleia, Dor Lombar e Dor Abdominal estão entre os cinco principais, em todas as estações. Na primavera, diferente dos outros períodos do ano, surgem mais erupções cutâneas Enquanto a Diarreia e vômito diminui a frequência neste período, como expresso, na Tabela 105.

Tabela 106
Distribuição dos Cinco Sintomas Principais dos Usuários
da UBS SESC nas estações do ano

Estação ano	Sintoma	n	%
Verão	Dor Abdominal	11	26,8
	Dispneia	8	19,5
	Diarreia e Vômitos	6	14,6
	Dor Lombar	4	9,8
	Cefaleia	3	7,3
Outono	Cefaleia	7	26,9
	Dor Lombar	6	23,1
	Dor Abdominal	3	11,5
	Diarreia e Vômitos	1	3,8
	Dor Articular	1	3,8
Inverno	Cefaleia	6	19,4
	Dor Lombar	5	16,1
	Dor Abdominal	4	12,9
	Dor de Garganta	4	12,9
	Diarreia e Vômitos	3	9,7
Primavera	Dor Abdominal	8	19,0
	Dor Lombar	5	11,9
	Dispneia	4	9,5
	Erupção Cutânea	4	9,5
	Cefaleia	3	7,1

Fonte: dados da pesquisa

5.6 REFERÊNCIAS

1. Souza, CC et al. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 26-33, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2014. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_0...
2. Garlet ER, Lima, MADS, Santos JLG, Marques, GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento do usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 266-72.
3. Cooper A; Davies F; Edwards M; Anderson P; et al. The impact of general practitioners working in or alongside emergency departments: a rapid realist review. *BMJ Open*; 9(4): e024501, 2019 Apr 11.
4. Stein, AT. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência. [Dissertação] Porto Alegre (RS). Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
5. Botelho A; Dias IC; Fernandes T; Pinto LMC; Teixeira J, Valente M, Veiga P. Overestimation of health urgency as a cause for emergency services inappropriate use: Insights from an exploratory economics experiment in Portugal. First published: 08 February 2019 <https://doi.org/10.1111/hsc.12720>
6. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF) 2011.
7. Ros C, Peres AM, Bernardino E, Lowen IMV, Poli NP, Moura MEB. Atenção primária à saúde: ordenadora da integração assistencial na rede de urgência e emergência. *REME – Rev Min Enferm*. 2018[citado em];22:e-1137. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20180066
8. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Hospital Nossa Senhora da Conceição S/A: Dados fornecidos pela Gerência de Saúde Comunitária. Porto Alegre. 2018
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466**, de 12 de dezembro de 2012. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.
10. Mendes, EV. As redes de atenção a saúde.. *Cien Saúde Colet* 2010;15(5)2297-94 <http://dx.doi.org/101590>

12. Unwin, M; Crisp, E; Rigby, S; Kinsman, L. - Investigating the referral of patients with non-urgent conditions to a regional Australian emergency department: a study protocol. - *BMC Health Serv Res*;18(1): 647, 2018 Aug 20.

Durand, AC: et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. Durand, Anne-Claire et al. *The American Journal of Emergency Medicine*, Volume 29, Issue 3 , 333 – 345

13. Cowling TE, Harris MJ, Watt HC, Gibbons DC, Majeed A. Access to general practice and visits to accident and emergency departments in England: cross-sectional analysis of a national patient survey. *Br J Gen Pract*. 2014;64(624):e434–e439. doi:10.3399/bjgp14X680533

14. Harris MJ, Patel B, Bowen S. Primary care access and its relationship with emergency department utilization: an observational, cross-sectional, ecological study. *Br J Gen Pract* 2011;61(593): e787-e793. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp11X613124>

15. Harris P, Whitty JA, Kendall E, Ratcliffe J, Wilson A, Littlejohns P, Scuffham PA. The Australian public's preferences for emergency care alternatives and the influence of the presenting context: a discrete choice experiment. *BMJ Open*. 2015 Apr 3;5(4):e006820. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006820. PubMed PMID: 25841233; PubMed Central PMCID: PMC4390735.

16. Uchôa SAC, Camargo JKR. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências? *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 Jul [citado 2019 Maio,25]; 15 (4): 2241-2249. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400038&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400038>.

17. Pires MRGM, Göttems LBD, Cupertino TV, Leite LS, Vale LR, et al. A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. *Saude soc.* [Internet]. 2013 Mar [cited 2019 June 06]; 22(1): 211-222. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000100019>.

18. Porto Alegre, Prefeitura Municipal. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Secretaria Municipal da Saúde. Porto Alegre (RS). 2013.

19. Porto Alegre, Prefeitura Municipal. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Secretaria Municipal da Saúde. Porto Alegre (RS). 2017. P.89 http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf

6 REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 3 ed. 2006. p. 256.
2. Stein, AT. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência. [Dissertação] Porto Alegre (RS). Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
- 3 Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Port. Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
PORTARIA MS/GM Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dep. de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 978-85-334-1939-1 1. Serviços Básicos de Saúde. 2. Política de Saúde.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Dep. de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília (DF) 2013. p. 24-37.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília (DF) 2011.
7. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese Rev Saúde Publica. 2014;48(1):170-85.
8. Lopes SRS, Melo LO, Pereira MF, Piovesan ETA. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. Comun ciênc saúde. 2007;18(2):147-55.
9. Porto Alegre, Prefeitura Municipal. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Secretaria Municipal da Saúde. Porto Alegre (RS). 2017. P.89
http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf
10. Costa, JSM. Serviços de urgência e emergência hospitalar: atendimento não urgente nas redes de atenção às urgências, num contexto de transformações demográficas. [dissertação]. Belo Horizonte (MG). Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
11. Knowlton A, Weir BW, Hughes BS, Southerland RJH, Schultz CW, Sarpatwari R, et al. Patient demographic and health factors associated with frequent use of emergency medical services in a midsized city. Acad Emerg Med. 2013;20(11):1101-11.
12. Goldstein RA, Barcellos C, Magalhães MAFM, Gracie R, Viacava F. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. Ciênc saúde coletiva. 2013;18(1):45-56.

13. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estud av.* 2013; 27(78):7-26.
14. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O sistema único de saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 365-94
15. Ros C, Peres AM, Bernardino E, Lowen IMV, Poli Neto P, Moura MEB. Atenção primária à saúde: ordenadora da integração assistencial na rede de urgência e emergência. *REME – Rev Min Enferm.* 2018[citado em];22:e-1137. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20180066
16. Oliveira, DC. A universalização e o acesso à saúde: consensos e dissensos entre profissionais e usuário. *Cad. saúde colet.* vol.25 no.4 Rio de Janeiro out./dez. 2017 <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700040078>
17. Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad. Saúde Pública [Internet]*. 2009 Jan [cited 2019 Mar 19]; 25(1): 7-28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100002>.
18. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde *Cien Saúde Colet* 2010;15(5)2297-94 <http://dx.doi.org/101590>
19. Starfield B. *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy* Ed.2, 1992.
20. Santos LPR, Castro ALB, Dutra VGP, Guimarães RM. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2018 June [cited 2019 Mar 19]; 26(2): 178-183. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000200178&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800020230>.
21. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil *Saúde soc.* vol.20 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2011
22. Declaração de Alma-ata conferência internacional sobre cuidados primários de saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978
23. Simas KBF, Gomes AP, Simões PP, Augusto DK, Siqueira-Batista R. A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: breve recorte histórico. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2018;13(40):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1687](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1687)
24. Góis CW. *Saúde comunitária: pensar e fazer.* São Paulo (SP) Hucitec, 2008.
25. Juarez MP. Dimensiones de la salud comunitária que consideran pediatras del primer nivel de atención: reflexiones y desafíos. *Psicologia em pesquisa*, 9(1), 2015. P. 50-61

26. Calatayud FM. A perspectiva ética da saúde comunitária e sua relação com a formação universitária de recursos humanos: uma aproximação. In J. Sarriera, E. Saforcada & I. Alfaro (Orgs.), *Perspectiva psicossocial na saúde comunitária*. Porto Alegre: Sulina. 2015. p. 49-62.
27. Duro CLM, Lima MADS. O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em emergências: análise da literatura. *Online braz j nurs (Online)*. 2010;9(3):1-12.
28. Coutinho AAP, Mota JAC, Cecílio LCO. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Rev méd. Minas Gerais. Belo Horizonte*: 2012; 22(2).
29. Steiner D, Renetseder F, Kutz A, Haubitz S, Faessler L, Anderson JB, et al. Performance of the Manchester Triage System in Adult Medical Emergency Patients: A Prospective Cohort Study. *J Emerg Med*. 2016;50(4):678-89.
30. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. *Sistema manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência*. 2ª ed. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; Belo Horizonte (MG); 2010.

APÊNDICE A

Pesquisa: DEMANDA E PERFIL DE USUÁRIOS ADULTOS CLASSIFICADOS COMO POUCO URGENTES EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ORIUNDOS DE UMA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Instrumento de Coleta de Dados

Atendimento	Sexo	Idade	Dia	Horário	Estado civil	Sintoma usado no fluxograma de classificação de risco	Unidade Básica de Saúde a que pertence
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

APÊNDICE B

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA USO DE DADOS DO GRUPO HOSPITALAR

CONCEIÇÃO

Eu, Aline Corrêa de Souza, juntamente com, professoras do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e Gisele De César Schafirowitz, médica do Hospital Nossa Senhora Conceição, plantonista da Unidade de Pronto Atendimento da Zona Norte e aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “**DEMANDA E PERFIL DE USUÁRIOS ADULTOS CLASSIFICADOS COMO POUCO URGENTES EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ORIUNDOS DE UMA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMUNITÁRIA**”, comprometemo-nos com a utilização dos dados contidos no Banco de dados de acesso restrito da UPA Moacyr Scliar, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometemo-nos a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários e banco de dados, bem como com a privacidade de seus conteúdos. Declaramos entender que é nossa a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é de nossa responsabilidade não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa. Por fim, comprometemo-nos com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida.

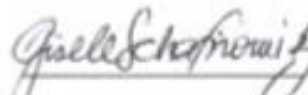
A partir das informações acima, informamos a necessidade de **dispensa** do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para realização deste projeto tendo em vista que o mesmo utilizará somente dados secundários obtidos a partir do estudo de material já coletado para fins diagnósticos e estatísticos e também da revisão de prontuários com as informações referentes aos pacientes.

Esclarecemos ainda que os dados coletados serão preservados pelo período de 5 anos e depois destruídos, respeitando as diretrizes do Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição e da UFCSPA e conforme preconizado pela CEP-CONEP

Porto Alegre, setembro de 2018.



Aline Corrêa de Souza



Gisele De C. Schafirowitz

APÊNDICE C

TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR/SERVIÇO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA NO GHC

Ref.: Projeto de pesquisa intitulado:

“DEMANDA E PERFIL DE USUÁRIOS ADULTOS CLASSIFICADOS COMO POUCO URGENTES EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ORIUNDOS DE UMA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMUNITÁRIA”

Eu, Lúcia De Fontoura Osório, responsável pelo setor/serviço UPA Moacyr Scliar, tenho ciência do projeto de pesquisa supracitado, proposto por Aline Corrêa de Souza pesquisadora responsável e pesquisadora Gisele De César Schafirowitz, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida. Declaro estar ciente de que o estudo não irá interferir no fluxo normal deste serviço e que o início da pesquisa somente poderá se dar após a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Chefe do Serviço

Carimbo:

Obs.: Este documento não autoriza o início da realização da pesquisa, pois trata-se de requisito exigido pelo CEP-GHC para apreciação ética do projeto de pesquisa. A finalidade é atestar se a pesquisa não interferirá negativamente no desenvolvimento no trabalho do serviço.

ANEXO 1

Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa – Plataforma Brasil

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DEMANDA E PERFIL DE USUÁRIOS ADULTOS CLASSIFICADOS COMO POUCO URGENTES EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ORIUNDOS DE UMA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Pesquisador: GISELE DE CESARO SCHAFIROWITZ

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 96592418.7.0000.5530

Instituição Proponente: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO SA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.928.200

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa vinculado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFCSPA apresentado pela maestranda Gisele de César Schafrowitz (médica, funcionária do GHC) e orientado pela Doutora em Enfermagem Profa. Dra. Aline Corrêa de Souza. Propõe-se a analisar a demanda e perfil dos usuários classificados como pouco urgentes, que buscam atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), oriundos de uma rede de serviços de saúde comunitária (SSC/GHC). Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo, pois pretende descrever características de uma população que consultou na UPA, por meio de dados secundários. O cenário de pesquisa será a UPA Moacyr Scliar, localizada na zona norte do município de Porto Alegre, inaugurada em setembro de 2012, integrando a Política de Nacional de Atenção às Urgências, em um convênio da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e o Grupo Hospitalar Conceição, que gerencia o serviço e os recursos humanos. O objeto do estudo serão os dados secundários dispostos no sistema informatizado da UPA, de indivíduos maiores de quatorze anos, que realizaram consulta clínica na UPA Moacyr Scliar, no ano de 2017, que tenham sido classificados como pouco urgentes e cadastrados no serviço de Saúde Comunitária. Desse modo, a amostra do estudo será constituída pela população atendida na UPA Zona Norte durante o ano de 2017, que foi classificada como pouco urgente e que seja oriunda de uma das 12 unidades de Saúde do SSC/GHC. No período estipulado para a realização do estudo, a UPA Zona Norte realizou 372.745 atendimentos, destes

Endereço: Francisco Trêin, 596 - Centro Administrativo do GHC
Cidade: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Protocolo: 2.928.206

52.969 foram adultos classificados como pouco urgentes que compõem a amostra para o estudo do perfil com análise de município de procedência e demanda. A pesquisa vai identificar quantos destes indivíduos residem na área de abrangência dos serviços de Saúde Comunitária do GHC e, a partir desta amostra, será realizada uma análise do perfil e demanda de cada um dos 12 serviços. A coleta de dados será realizada pela pesquisadora no banco de dados de acesso restrito da UPA investigada, que armazena os dados das classificações de risco. Serão coletados dados de classificação de risco do dia primeiro de janeiro ao dia trinta e um de dezembro de 2017, considerando os diferentes dias da semana, fins de semanas e feriados. Deste banco de dados serão analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, unidade de procedência, dia e horário de busca pelo atendimento e queixa principal (instrumento apresentado no Apêndice A do projeto). Os dados coletados serão agregadas, sem possibilidade de identificação individual. Serão realizadas reuniões com a gerência da UPA, para organização do local de trabalho e liberação da senha para acesso dos dados. Será feito um estudo piloto, com a coleta de dados existentes, relativos ao estudo, com uma amostra do período de dezembro de 2017. A previsão para a realização do teste piloto é setembro de 2018. A pesquisa terá análise das frequências simples das variáveis e análise de frequência bivariada. As variáveis serão sexo, idade, dia da semana, horário de consulta, unidade de procedência, sintoma utilizado no fluxograma da classificação de risco, estado civil. O projeto será submetido à apreciação da Comissão de Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e posteriormente ao CEP do Grupo Hospitalar Conceição. A coleta de dados terá início após a aprovação de ambas as instituições. Como a pesquisa será documental, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) não será utilizado, portanto, será fornecido pelo pesquisador um Termo de responsabilidade de uso de dados e Termo de Anuência do Responsável pelo setor/serviço, onde será realizada a pesquisa no GHC. Os dados coletados serão utilizados apenas para realização da pesquisa proposta e depois arquivados por cinco anos antes de sua eliminação. Os autores irão divulgar os resultados da pesquisa através de apresentação oral em reunião de equipe nos serviços envolvidos, publicações em revistas científicas e apresentações em congressos. Além disso, será entregue um exemplar impresso da pesquisa concluída a cada uma das chefias destes serviços e ao Centro de Documentação do GHC, para consulta aos interessados. Haverá divulgação do dia, hora e local da defesa do trabalho final do Mestrado Profissional. O projeto está na segunda versão do processo de avaliação pelo CEP GHC.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Endereço: Francisco Tróia, 596 - Centro Administrativo do GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR CEP: 91.350-200
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51) 3357-2407 Fax: (51) 3357-2407 E-mail: osp-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer 2.928.200

Analisar a demanda e perfil dos usuários classificados como pouco urgentes, que buscam atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), oriundos de uma rede de serviços de saúde comunitária.

Objetivos específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico destes usuários.
- Conhecer a distribuição destes usuários entre os serviços de saúde comunitária.
- Analisar a demanda destes usuários: sintoma principal, dias e horários de busca do atendimento na UPA.
- Comparar a demanda destes usuários em relação à sua procedência e horários de busca pelo atendimento na UPA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pendências atendidas pelos pesquisadores (2ª avaliação):

Pendência 1. Na página 22, última frase do item 4.4 Coleta de dados, incluir a variável "estado civil" (presente no Apêndice A).

Comentário CEP: A variável foi incluída ao texto do projeto, p. 22, item 4.4 Coleta de dados.

Informação apresentada no projeto modificado: "[...] serão analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, unidade de procedência, dia e horário de busca pelo atendimento e queixa principal, utilizando o instrumento presente no Apêndice A.

Pendência 2. Na Folha de Rosto, foi apresentada a informação de 3000 participantes na pesquisa. Entretanto, na Metodologia do projeto (p. 21 - 4.3 Amostra) esse número não é mencionado e nem justificado.

Comentário CEP: Foi incluída no projeto a informação sobre o número de participantes (p. 21 - 4.3 Amostra). "[...] Estima-se que esta amostra seja em torno de 3.000 pessoas".

Pendência 3. Apresentar a Carta de Aprovação do projeto da Comissão de Pesquisa da UFCSPA (segundo o cronograma apresentado, o projeto passou pela Comissão de Pesquisa da Instituição em agosto de 2018).

Endereço: Francisco Trein, 596 - Centro Administrativo do GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
telefone: (51) 3357-2407 **Fax:** (51) 3357-2407 **E-mail:** oap-gho@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 2.928.200

Comentário CEP: O Atestado de registro do projeto junto à Comissão de Pesquisa da UFCSPA foi anexado aos documentos do projeto na Plataforma Brasil (projeto 041/2018).

Pendência 4. O TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA USO DE DADOS DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO apresentado no Apêndice B deve estar assinado pelas pesquisadoras e apresentado como um documento na Plataforma Brasil.

Comentário CEP: O Termo de Responsabilidade para Uso de Dados assinado pelas pesquisadoras foi anexado aos documentos da Plataforma Brasil e ao projeto (p. 31).

Pendência 5. Não foi apresentado o TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR/SERVIÇO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA NO GHC assinado pelo responsável pela UPA Moacyr Scliar. O Termo de Anuência anexado foi assinado pela Gerência de Saúde Comunitária do GHC.

Comentário CEP: Foi anexo aos documentos da Plataforma Brasil e ao projeto (p. 32) o Termo de anuência do responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa no GHC (Lúcia de Fontoura Osório - responsável pela UPA Moacyr Scliar).

Acrescenta-se, ainda, que as pesquisadoras atualizaram o cronograma da pesquisa, e a coleta de dados está prevista para iniciar em outubro de 2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados (2ª avaliação):

- Carta resposta CEP
- Projeto de pesquisa modificado
- Termo de anuência do responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa no GHC (Lúcia de Fontoura Osório - responsável pela UPA Moacyr Scliar)
- Termo de Responsabilidade para Uso de Dados
- Atestado de registro do projeto junto à Comissão de Pesquisa da UFCSPA

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais e critério do CEP:

Após o atendimento das pendências apontadas no parecer anterior, este projeto preserva os

Endereço: Francisco Trein, 596 - Centro Administrativo do GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR Cid.: 91.350-200
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 Fax: (51)3357-2407 E-mail: csp-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 2.928.200

aspectos éticos dos participantes da pesquisa, estando em conformidade com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e com as normas internas do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, sendo, portanto, recomendada a aprovação por esse Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS_DO_PROJETO_1179801.pdf	26/09/2018 17:22:25		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	26/09/2018 17:21:55	GISELE DE CESARO SCHAFIROWITZ	Aceito
Outros	cartacompesq.pdf	26/09/2018 17:21:19	GISELE DE CESARO	Aceito
Outros	cartacep.pdf	26/09/2018 17:19:15	GISELE DE CESARO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termoupa.pdf	26/09/2018 17:18:48	GISELE DE CESARO SCHAFIROWITZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoados.pdf	26/09/2018 17:18:23	GISELE DE CESARO SCHAFIROWITZ	Aceito
Folha de Rosto	PLATAFORMA.pdf	19/07/2018 15:21:00	GISELE DE CESARO	Aceito
Outros	Curriculo_Aline.pdf	13/07/2018 16:27:00	GISELE DE CESARO	Aceito
Outros	curriculum.pdf	13/07/2018 16:26:31	GISELE DE CESARO	Aceito
Outros	RELATORIO.pdf	13/07/2018 16:18:58	GISELE DE CESARO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	relacao.pdf	13/07/2018 16:13:34	GISELE DE CESARO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMOssc.pdf	13/07/2018 16:00:57	GISELE DE CESARO SCHAFIROWITZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa.docx	13/07/2018 15:58:12	GISELE DE CESARO SCHAFIROWITZ	Aceito

Endereço: Francisco Trein, 596 - Centro Administrativo do GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR Cid: 91.350-200
Uf: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3367-2407 Fax: (51)3367-2407 e-mail: cag-gho@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 2.928.208

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 01 de Outubro de 2018

Assinado por:
Daniel Demétrio Faustino da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Francisco Trein, 596 - Centro Administrativo do GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **Cidade:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51) 3357-2407 **Fax:** (51) 3357-2407 **E-mail:** osp-gho@ghc.com.br

Anexo 2 Parecer da Comissão de pesquisa da UFCSPA



Atestado

Atestamos que o projeto de pesquisa intitulado *"Demanda e perfil de usuários adultos classificados como pouco urgentes em unidade de pronto atendimento oriundos de uma rede de serviços de saúde comunitária"* está registrado na Comissão de Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre com o número 041/2018, sob responsabilidade de Aline Corrêa de Souza.

Salientamos que este registro não autoriza o pesquisador a coletar ou analisar dados oriundos de sujeitos de pesquisa.

Salientamos ainda que este registro não garante a concessão de recursos financeiros por parte da UFCSPA a este projeto de pesquisa.

Porto Alegre, 11 de junho de 2018.


Pedro Dal Lago
Coordenador de Pesquisa
UFCSPA

Anexo 3
Revista Cadernos de Saúde Coletiva (UFRJ)

Cadernos
Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

**ISSN 1414-462X versão
impressa**

Escopo e política

Os Cadernos Saúde Coletiva (CSC) publicam trabalhos inéditos considerados relevantes para a área de Saúde Coletiva.

Conflito de interesses: Todos os autores do manuscrito devem declarar as situações que podem influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Essas situações podem ser de origem financeira, política, acadêmica ou comercial.

Questões éticas: Todos os artigos resultantes de pesquisas envolvendo seres humanos estão condicionados ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

O artigo deverá conter o número do processo e o nome do Comitê de Ética ao qual foi submetido e declarar, quando for o caso, e informar que os sujeitos da pesquisa assinaram o termo de consentimento informado. O Conselho Editorial de CSC poderá solicitar informações sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa, se achar necessário.

Autoria: Todos os autores do manuscrito devem estar dentro dos critérios de autoria do International Committee of Medical Journal Editors: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada no Documento de responsabilidade pela autoria.

Processo de julgamento: Os artigos submetidos, que atenderem às Instruções aos colaboradores e estiverem de acordo com a política editorial da revista serão encaminhados para avaliação.

Pré-análise: a primeira análise é feita pelos Editores Associados com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares: os artigos selecionados na pré-análise são enviados para avaliação por especialistas na temática abordada.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

A revista adota softwares livres para identificação de plágio.

Forma e preparação de manuscritos

Serão aceitos trabalhos em português, espanhol e inglês. A folha de rosto deve conter o título do trabalho, nome, titulação e o vínculo profissional de cada um dos autores, e o endereço, telefone e e-mail do autor principal.

O artigo deve conter título do trabalho em português, título em inglês, resumo e abstract, com palavras-chave e key words. As informações constantes na folha de rosto não devem aparecer no artigo. Sugere-se que o artigo seja dividido em subitens. Os artigos serão submetidos a no mínimo dois pareceristas, membros do Conselho Científico dos Cadernos ou a pareceristas ad hoc. O Conselho Editorial do CSC enviará uma carta resposta informando da aceitação ou não do trabalho.

A aprovação dos textos implica na cessão imediata e sem ônus dos direitos autorais de publicação nesta Revista, a qual terá exclusividade de publicá-los em primeira mão. O autor continuará a deter os direitos autorais para publicações posteriores.

Formatação: Os trabalhos devem estar formatados em folha A4, espaço duplo, fonte Arial 12, com margens: esq. 3,0 cm, dir. 2,0 cm, sup. e inf. 2,5 cm. O título deve vir em negrito; palavras estrangeiras, e o que se quiser destacar, devem vir em itálico; as citações literais, com menos de 3 linhas, deverão vir entre aspas dentro do corpo do texto; as citações literais mais longas deverão vir em outro parágrafo, com recuo de margem de 3cm à esquerda e espaço simples. Todas as citações deverão vir seguidas das respectivas referências. Todas as páginas devem estar numeradas.

Ilustrações: o número de quadros, tabelas e/ou figuras (gráficos, mapas etc.) deverá ser mínimo (em um máximo de 5 por artigo, salvo exceções, que deverão ser justificadas por escrito em anexo à folha de rosto).

Tabelas: Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.

Figuras: As fotografias, desenhos, gráficos, mapas, etc. devem ser citados como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.

As equações deverão vir centralizadas e numeradas sequencialmente, com os números entre parênteses, alinhados à direita.

Resumo: todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal (de 100 a 200 palavras) e sua tradução em inglês (Abstract); O resumo deverá apresentar de forma concisa a questão central da pesquisa, os métodos utilizados, os resultados e a resposta à questão central do trabalho. Deverão também trazer um mínimo de 3 e um máximo de 5 palavras-chave, traduzidas em cada língua (key words, palabras clave), dando-se preferência aos Descritores para as Ciências da Saúde, DeCS (a serem obtidos na página <http://decs.bvs.br/>).

Agradecimentos: As pessoas que prestaram alguma colaboração ao trabalho, mas que não preenchem os critérios de autoria, assim como instituições que apoiaram o trabalho podem ser mencionados, desde que deem permissão expressa para isto (Documento de responsabilidade pelos agradecimentos).

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções:

Artigos originais: artigos resultantes de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual, ou ensaios teóricos; máximo de 4.000 palavras.

Revisão: revisão sistemática crítica sobre um tema específico; máximo de 4.000 palavras.

Debate: artigo teórico acompanhado de opiniões proferidas por autores de diferentes instituições, a convite do Editor; máximo de 6.000 palavras

Notas: relato de resultados preliminares ou parciais de pesquisas em andamento; máximo de 1.200 palavras.

Opiniões: opiniões sobre temas ligados à área da Saúde Coletiva, de responsabilidade dos autores, não

necessariamente refletindo a opinião dos editores; máximo 1.800 palavras.

Cartas: devem ser curtas, com críticas a artigos publicados em números anteriores; máximo de 1.200 palavras.

Ensaio clínico

Artigos que apresentem resultados de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número de registro do ensaio. Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaio Clínico a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

A norma adotada para elaboração das referências é Vancouver.

Envio de manuscritos

Os autores deverão estar cadastrados no sistema da revista para a submissão de originais que deverão ser enviados online. O endereço eletrônico da revista é: <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/>. Neste endereço é possível realizar o cadastro no sistema, assim como verificar as orientações gerais para a submissão, tais como: tipos de manuscritos aceitos, formatação.

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.