



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO DE ARACAJU**

Aracaju

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

João Manoel da Silva Santos

**CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO DE ARACAJU**

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof. Dra. Anna Klara Bohland

Aracaju

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

João Manoel da Silva Santos

CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO DE ARACAJU

Aracaju, 09 de Janeiro de 2017

Autor: João Manoel da Silva Santos

Orientadora Prof. Dra. Anna Klara Bohland
DME/ CCBS/ Universidade Federal de Sergipe

Aracaju

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

João Manoel da Silva Santos

CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO DE ARACAJU

Aracaju, 09 de Janeiro de 2017.

Examinador

Universidade Federal de Sergipe

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Definição dos portes aplicáveis às UPA 24h 15

Quadro 1: Definição dos portes aplicáveis às UPA 24h 28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características dos pacientes (em número e percentual) da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Nestor Piva segundo a adequação da demanda. Aracaju (SE), 2015 31

Tabela 2. Região e bairro de residência^a dos pacientes (em número e percentual) de Aracaju (SE)^{b,c} segundo adequação^d da demanda na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Nestor Piva, 2015 32

Tabela 3. Diagnóstico médico do atendimento (em número e percentual), segundo o principal capítulo de causas e a adequação da demanda, na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Nestor Piva. Aracaju (SE), 2015 34

Tabela 4. Características dos pacientes (em número e percentual) quanto ao tipo de saída e exames realizados segundo adequação da demanda. Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Nestor Piva. Aracaju (SE), 2015 35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMS:	Assembleia Mundial da Saúde
OMS:	Organização Mundial da Saúde
SUS:	Sistema Único de Saúde
AB:	Atenção Básica
PSF:	Programa de Saúde da Família
MS:	Ministério da Saúde
PNAU:	Programa Nacional de Atenção às Urgências
SAMU:	Serviço de Atendimento móvel de Urgências
UPA:	Unidade de Pronto Atendimento
RUE:	Rede de Urgência e Emergências
ECS:	Emergency Care Service
UBS:	Unidades Básicas de Saúde
SE:	Sergipe

Índice

1 Revisão de literatura.....	08
1.1 Assistência à saúde.....	08
1.2 Regionalização da assistência à saúde.....	12
1.3 Política Nacional de Atenção às Urgências.....	12
1.4 A Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde.....	12
1.5 As Unidades de Pronto Atendimento (UPA).....	13
1.6 A demanda dos serviços de pronto atendimento.....	155
2 Normas de publicação da Revista Ciência & Saúde Coletiva.....	188
3 Artigo científico: Perfil de morbidade e adequação da demanda na UPA Nestor Piva, Aracaju, 2015.....	244
Resumo.....	24
Abstract.....	25
Introdução.....	266
Metodologia.....	288
Resultados.....	29
Discussão.....	344
Considerações finais.....	39
Referências.....	41
Referências Bibliográficas.....	44
Anexo 1 Ficha de acompanhamento.....	49
Anexo 2 Instrumento de coleta de dados.....	51

1 Revisão de literatura

1.1. Assistência à saúde

Ao se falar do estofo ético e moral chamado assistência à saúde, considera-se as ideias providas do conceito de saúde estabelecido na Assembleia Mundial da Saúde (AMS) há três décadas. Foi em 1983, a Organização Mundial da Saúde (OMS), na AMS, sugeriu que saúde englobaria múltiplas facetas de um mesmo sujeito, tanto em aspectos somáticos, quanto em fatores de estilo de vida, culturais, e socioeconômicos. Nesse contexto, cinco anos depois da AMS, a constituição Federal Brasileira de 1988 ao regulamentar o Sistema Único de Saúde (SUS) propôs que a saúde é direito de todos e dever do Estado (SOUSA *et al*, 2012; BRASIL, 1990).

O SUS proporciona, dentre outros princípios, universalidade e equidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Além disso, oferece uma integralidade, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. Portanto, com o SUS, foi estabelecida uma integralidade à conotação de assistência à saúde (BRASIL, 2007; BARROS e GONDIM, 2014).

A Atenção Básica (AB) é o primeiro nível de atenção do SUS aos usuários e aplica uma tecnologia de baixa densidade tecnológica. Foi posta em evidência através da Portaria do Ministério da Saúde n. 648/2006 (BRASIL, 2006a), então, aprovou-se a Política Nacional de Atenção Básica e determinou-se revisar as normas e diretrizes organizacionais da AB para o Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários. AB é definida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza conhecimentos de baixa densidade tecnológica, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. A AB tem a Saúde da Família sua estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS. A compreensão, tanto teórica, quanto prática, da AB é um fator importante para entender o funcionamento logístico do SUS. E, além disso, saber interpretar e discutir a relação entre a AB e a atenção em média e alta complexidade se faz fundamental à manutenção das doutrinas universais e à autenticidade do SUS (BRASIL, 2006a).

A AB reafirma o objetivo de uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes da saúde das coletividades. É desenvolvida próxima às pessoas, com descentralização e capilaridade, devendo ser a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Quando o assunto é atenção de média e alta complexidade, o Ministério da Saúde (MS) diz que a média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. No outro vértice, atenção de alta complexidade é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2006b).

Teoricamente, com a AB, propunha-se uma redução do número de atendimentos ambulatoriais nas emergências hospitalares de média e alta complexidade. Sabe-se que, em média, 85% das demandas e ações por serviços de saúde podem ser solucionados no primeiro nível de atenção (BARROS, 2010). Contudo, problemas permanecem oprimindo a logística do SUS na assistência à saúde de AB. Tal como, deficiente sistema de referência e contrarreferência; demora no retorno dos resultados dos exames laboratoriais, ineficiência de acolhimento, excessivo número de famílias por equipe; dificuldade para marcar consulta e despesas com medicamentos. Assim, a AB acabou por se tornar uma estreita porta de entrada do SUS, possuindo, na prática essas e outras carências operacionais. (AZEVEDO e COSTA, 2010; BARROS e SÁ, 2010)

As estimativas apontam que em breve a cobertura da AB e sua espantosa expansão de população adscrita se igualará a toda parcela da população (ultrapassará a área urbana e chegará a áreas rurais, indígenas e periferias). Entretanto, os usuários que dispõem do acesso à assistência desses serviços, em sua maioria, não se sentem, na prática, contemplados integralmente pelos objetivos da AB. Fazendo-os procurar outro nível de atendimento (atendimento de média e alta complexidade), assim, compromete-se o arcabouço operacional do SUS, gerando inadvertidamente um efeito verdadeiramente destoante de desarticulação nas redes de saúde, terminando por agredir diretamente os processos de trabalho do SUS. Contudo, vale frisar, que esse não é o único motivo que justifica a baixa qualidade da assistência exercida no cenário atual do SUS, apenas uma das várias dimensões organizacionais que compõe o modelo atual de atendimento. (AZEVEDO e COSTA, 2010; SOARES, 2013; GROVER, 2006). Portanto, para o alcance de aspectos cruciais de assistência primária à saúde, Bárbara Starfield propõe quatro elementos estruturais para definição do potencial do sistema de serviços de saúde, são eles: continuidade, acessibilidade, variedade de serviços e população sob responsabilidade definida (STARFIELD, 2002).

1.2 Regionalização da assistência à saúde

O horizonte da política de saúde brasileira é organizado estruturalmente através da descentralização e regionalização. A lei 8.080/1990 define a regionalização como uma doutrina do SUS e um processo político que prioriza a organização em níveis de complexidade tecnológica crescente. A regionalização é imposta pelas relações estabelecidas por diferentes atores sociais (governos, organizações, cidadãos) inseridos nas regiões de saúde e suas dimensões de acessibilidade:

a) Dimensão geográfica: refere-se a aspectos físicos, distância entre a população e os recursos. b) Dimensão organizacional: contempla o modo de organização do serviço: entrada; pós-entrada, continuidade da atenção, que se relaciona a mecanismos de referência e contrarreferência. c) Dimensão sociocultural: refere-se a perspectivas da população: percepção do indivíduo sobre a gravidade de sua doença, medo do diagnóstico e das intervenções, crenças e hábitos; e do sistema de saúde: formação dos profissionais; preparo das equipes frente à diversidade de pacientes com distintas características socioculturais,

incipiência dos processos de participação. d) Dimensão econômica: refere-se ao consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência, podendo haver prejuízos ao usuário por perda de dias de trabalho ou custo do tratamento. (BRASIL, 2001; AZEVEDO e COSTA, 2010; DOURADO e ELIAS, 2011).

A descentralização é compreendida como uma forma constitucional de redistribuir o dever assistencialista da saúde entre os vários níveis de governo. O fenômeno da descentralização funciona através da divisão de responsabilidade entre as instituições federais, estaduais e municipais. Essa estratégia é preparada sob a forma de pactos de gestão municipal, estadual e federal, assim, quem responde pela abrangência de um município é o próprio governo municipal e sua respectiva Secretaria de Saúde, no âmbito dos Estados e do Distrito federal, a abrangência deve ser responsabilidade do governo estadual através da respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, e, o que for de domínio nacional, o comprometimento será de responsabilidade federal, pelo MS (TEIXEIRA, 2002; RIBEIRO, 2009).

Incluem-se ainda processos de habilitação dos municípios e suas respectivas Secretarias de Saúde, processos de financiamento, planejamento e organização funcional do sistema. Além disso, busca-se criar condições mais favoráveis ao desempenho, resolutividade, melhoria da qualidade e garantir o controle e fiscalização por parte dos cidadãos. E ampliar o acesso aos serviços, portanto, estes deixam de ser restritos e passam a ser universais, abandonam a centralização e norteiam-se pela descentralização. Neste desenho de modelo ficam determinadas, profundamente, algumas responsabilidades a cada nível de governo (VIANA e MACHADO, 2009).

É responsabilidade do governo municipal: assumir compromisso integralmente de ações e serviços de seu território. Possuir secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo Estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal e o planejamento estadual. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer. É responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde situados em seu município. No entanto, quando um gestor municipal julgar necessário uma

avaliação específica ou auditoria de entidade que lhe presta serviços, situada em outro município, pode recorrer ao gestor estadual (BRASIL, 2001).

Os papéis dos estados são exercer a gestão do SUS na esfera estadual. Promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus habitantes, sempre na perspectiva da atenção integral. Assumir, em caráter transitório, a gestão da atenção à saúde das populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade. Promover a harmonização, integração e modernização dos sistemas municipais. Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde, devendo-se aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela união. Além de ser um dos parceiros para aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Por fim, as responsabilidades federais são semelhantes às estaduais, no entanto, são exercidas notavelmente no âmbito nacional (BRASIL, 2001; LIMA *et al*, 2012).

1.3 Política Nacional de Atenção às Urgências

A regulamentação do atendimento de urgência tem destaque na saúde federal do Brasil desde o ano de 2003, quando a Portaria nº1863/2003 (BRASIL, 2003) publicou a aprovação da política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). Desde então, a PNAU foi implantada em todas as unidades federativas de modo a respeitar as competências das três esferas de gestão. Buscou-se garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências. A distribuição dos recursos, a elaboração de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, qualificação, capacitação, e confecção de protocolos de prevenção, atenção e promoção à saúde em urgências médicas (BRASIL, 2006b). Desde a implantação da PNAU até o presente instante, ocorreram avanços legítimos no serviço. Podendo-se dividir em três momentos: de 1998 a 2003, a fase inicial de regulamentação, 2004-2008, a expansão dos Serviços Móveis de Urgência (SAMU) e de 2009 em diante, a implementação de instalações de cuidados pré-hospitalares, conhecidas como Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (GROVER, 2006; O'DWYER *et al*, 2013).

1.4 A Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde

A portaria Nº 1600/2011 (BRASIL, 2011) reformulou a PNAU e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS. O MS no uso de suas atribuições organizou a Rede de Urgência e Emergência (RUE) imediatamente a atender aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência, de forma autêntica e resolutiva. A articulação e integração de todos os equipamentos de saúde com o objetivo de qualificar oportunamente o acesso integral, digno e humanizado aos usuários em situações de urgência/emergência se fez uma necessidade imperativa. Visto que segundo dados de Vigilância em Saúde do MS, o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro apresenta uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre os adultos jovens até os quarenta anos e, acima desta faixa etária, os dados apontam para uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório. Além disso, soma-se o envelhecimento da população, com aumento da expectativa de vida nos últimos anos (BRASIL, 2013).

São componentes e interfaces de comunicação da RUE: Núcleos de educação, promoção, prevenção e vigilância à saúde; AB, que visa, sobretudo, ampliar o acesso e fortalecer o vínculo como um primeiro cuidado aos pacientes; Força Nacional do SUS, que valoriza a união de esforços em situações de desastres ou calamidades; SAMU e centrais de regulação que priorizam o atendimento e ou transporte rápido e adequado para os serviços de saúde; Salas de estabilizações, um local de assistência temporária para pacientes críticos que necessitam de estabilização do seu quadro clínico; UPA 24h que oferecem atendimento qualificado e buscam resolver os problemas e agravos de saúde podendo encaminhar para outros serviços especializados quando houver necessidade; Atenção hospitalar que oferece serviços às urgências e contempla enfermarias e leitos de retaguarda e unidades de cuidados intensivos; Atendimento domiciliar e inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias da atenção hospitalar, tal como os cuidados cardiovascular, cerebrovascular, trauma e politrauma (BRASIL, 2013; LIMA e RIVERA, 2010; TIMERMAN *et al*, 2006).

Toda essa rede possui um papel pujante no cenário da saúde pública brasileira, trabalha com estratégias de acolhimento, classificação de risco, qualificação e informação dos profissionais prestadores de serviços e com enfoque na capacidade de identificar e resolver os problemas (BRASIL, 2013).

1.5 As Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

As UPAs 24h começaram a ser concebidas, ou pelo menos sua ideia central, em 2003, quando o MS lançou a PNAU. Objetivou-se diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais tentando-se evitar que casos que deveriam ser resolvidos nas UPAs, ou nas unidades básicas de saúde, fossem encaminhados para as unidades hospitalares (BRASIL, 2013).

As UPAs são estruturas de complexidade intermediárias, ou seja, são unidades com elementos e atributos entre as unidades básicas de saúde e a rede hospitalar. O seu funcionamento é preconizado em 24h por dia, todos os dias da semana. O fluxo de atendimento é inerentemente relacionado com a intervenção de condições de urgência e emergência contemplada a uma rede organizada de contrarreferência para os demais serviços, sejam de AB, especializada ou de internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população (BRASIL, 2013). A estrutura de uma UPA é sistematizada em sala de Raios-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Visa prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definida, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2011).

As UPAs 24h tem três portes definidos de acordo com a população de abrangências, para os quais tem-se a média de atendimentos e o número mínimo de leitos de observação (Quadro 1).

Quadro 1. Definição dos portes aplicáveis às Unidades de Ponto Atendimento (UPA) 24 horas.

Definição dos portes aplicáveis às upa 24h	População da área de abrangência da UPA	Número de atendimentos médicos em 24 horas	Número mínimo de leitos de observação
Porte I	50.000 a 100.000	Média de 150 pacientes	7 leitos
Porte II	100.001 a 200.000	Média de 250 pacientes	11 leitos
Porte III	200.001 a 300.000	Média de 350 pacientes	15 leitos

Fonte: MS, Portaria Nº 104, de 15 de janeiro de 2014.

As UPAs são, portanto, um dos componentes da PNAU, e uma das prioridades do MS, na tentativa de imprimir resolutividade na atenção às urgências, bem como, de diminuir a superlotação das emergências dos grandes hospitais (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2011). A oferta limitada de serviços para a população provoca uma procura por atendimento em locais com maiores condições de portas de entrada, assim, as UPAs e as emergências hospitalares,

embora superlotadas, possuem as características favoráveis para atender esses usuários de forma ágil e direta (GARCIA e REIS, 2014; FEIJÓ, 2010; DOURADO, 2013).

1.6 A demanda das Unidades de Pronto Atendimento

As UPAs são sobrecarregadas por problemas assombrosos de superlotação que poderiam ser solucionados através de uma correta adequação quanto aos níveis de atenção. Os usuários experimentam uma realidade perversa caracterizada pelo uso inadequado destes serviços. Este cenário diminui a eficácia, afeta negativamente a qualidade do serviço público e aumenta os custos com a saúde (CARRET, 2007).

A demanda das UPAs engloba diferentes necessidades, desde as simples às complexas. As queixas desenrolam-se numa variedade grande de situações. Os casos de risco e gravidade complexa, tal como, suspeita de Acidente Vascular Encefálico, problemas cardíacos, crises convulsivas, males súbitos e distúrbios psiquiátricos, muitas vezes são transferidos para hospitais com competências apropriadas e oferecem uma continuidade na assistência. Os casos com desdobramentos de situações agudas mais simples surgem com queixas relacionadas a crises hipertensivas, dor, disfunções respiratórias, diarreias e vômitos, sendo que nos pacientes pediátricos, os problemas respiratórios e as gastroenterites são os mais comuns e possuem uma variação sazonal. Nos adultos, a hipertensão arterial e a dor (abdominal, pélvica, torácica e migrânea) são as mais frequentes (MARQUES e LIMA, 2007). Outro dado importante que revela informações acerca da demanda das UPAs é a relação entre a faixa etária dos pacientes e o horário de procura para atendimento, consagra-se a regularidade da busca por assistência em condições clínicas mais graves quanto maior for a faixa etária e mais tarde for o horário de procura por assistência (DINIZ *et al*, 2014).

A população que desfruta dos serviços das UPAs costuma utilizá-la de maneira inapropriada, movida por obstáculos correlacionados com a dificuldade de acesso, baixa resolutividade da AB e pela maior necessidade de saúde em municípios menores (visto o baixo investimento na rede própria ou conveniada), assim, torna-se uma população fragilizada sob o ponto de vista médico e social (CARRET, 2007). Embora o processo de trabalho esteja organizado para atender as necessidades, respondendo, dentro de limites, à finalidade de tratar a queixa principal e seguir a hierarquia do Sistema. A integralidade do cuidado é dada pelo usuário, que percorre sozinho, a seu critério e risco, os diferentes serviços, quando isso deve

ser uma responsabilidade do Sistema como um todo (MARQUES e LIMA, 2007; BARROS e SÁ, 2010).

Contextualizando o momento em que vivem os serviços de urgência e emergência, um estudo qualitativo do tipo descritivo investigou categoricamente a procura de atendimento em uma UPA sob a perspectiva do usuário. Os autores do estudo advogaram a ideia de que os serviços de AB não têm conseguido exercer prontamente o primeiro atendimento ao usuário, ou seja, a população está recorrendo aos serviços de urgência/emergência como a primeira porta de entrada de assistência, portanto, a assertiva levantada pelos autores do estudo condiz com a representativa lotação desses serviços (GOMIDE, 2012). Atrelada à superlotação, o modelo de atenção nos serviços de emergências necessita de uma reorganização em busca de uma nova identidade com caráter sistêmico, em decorrência da integração das vocações assistenciais, organização de fluxos, da repactuação sensata no processo de trabalho dos serviços de saúde, e, da possibilidade de uma mudança com foco no usuário (BITTENCOURT e HORTALE, 2007).

Uma análise acerca da natureza dos atendimentos do serviço de saúde de emergência no Rio Grande do Sul apontou que o serviço presta um atendimento imediato, entretanto, há uma enorme quantidade de diagnósticos mal definidos ou pouco esclarecidos. Nessas margens estreitas de acerto, foi proposto treinamento constante dos profissionais da emergência para reduzir a solicitação de exames e assegurar que tanto o profissional quanto a população estejam conscientes da importância de uma atenção continuada (CARRET, 2011).

Garcia e Reis (2014) realizaram uma análise descritiva do perfil de morbidade e adequação da demanda de uma UPA, suas apreciações chegaram aos resultados de que apenas uma pequena parcela dos atendimentos analisados (cerca de 40%) é adequada de acordo com o papel assistencial e a densidade tecnológica das UPAs, além do que 97,7% dos atendimentos foi constituído por usuários que buscavam assistência por iniciativa própria e a minoria de 2,3% foi referenciada por serviços da rede assistencial, sendo 1,9% pelo SAMU e apenas 0,4% pela Unidade Básica de Saúde (GARCIA e REIS, 2014). Carret (2007) também avaliou a adequação da demanda de uma UPA através de um estudo transversal e sua amostra revelou uma prevalência de 24,2% de inadequação, sendo este uso inadequado inversamente proporcional à faixa etária (CARRET, 2007). E em outra análise, realizou uma revisão sistemática, com 31 artigos publicados em 12 anos, demonstrando uma variação de 20 a 40% de inadequação, tendo idade, renda e dificuldades de acesso como fatores de associação com

o uso inconveniente das UPAs (CARRET, 2009). Simons (2008) produziu um trabalho observacional-transversal com o objetivo de analisar o perfil da demanda de uma UPA, comparou-se a adequação da procura antes e após a municipalização e do PSF em Alagoas, assim, os resultados mostraram que a municipalização da saúde e o PSF não modificaram o perfil de atendimento na UPA, quanto à adequação da demanda (SIMONS, 2008). Em outro momento, foi observado que a maioria dos pacientes que procuram a unidade de emergência necessita de atendimentos de baixa complexidade, principalmente quando procedem de bairros próximos ao hospital (JACOBS, 2005). Além disso, a oferta dos serviços das UPAs, na maioria das vezes, é direcionada em focalizar no ato agudo da queixa dos usuários, não ampliando o foco da atenção para um histórico clínico (OLIVATI *et al*, 2010). Nesse contexto, foi sugerida a melhoria do acesso e resolutividade da rede básica de saúde, buscando-se dignidade no acolhimento ao usuário em situações agudas de urgência com uma triagem eficiente (CARRET *et al*, 2009). E, invariavelmente, foi proposto que o conhecimento do perfil de utilização dos serviços de saúde pode trazer subsídios para respostas operacionais mais efetivas das necessidades da rede saúde de atenção às urgências (GARCIA e REIS, 2014).

Naturalmente, a necessidade de se conhecer os motivos do uso inapropriado das UPAs trará benefícios que contemplam a conjuntura de ações para ampliação do atendimento de emergência nas queixas realmente urgentes, e, guiará o redirecionamento dos problemas não urgentes para serem atendidos na atenção básica. Além disso, poderá cooperar notoriamente na reorganização da atenção ambulatorial, tanto na rede básica quanto na rede de média e alta complexidade (CARRET *et al*, 2011; COELHO *et al*, 2010). Propõe-se uma mobilização social com o desenvolvimento de campanhas educativas de orientação sobre o uso apropriado de serviços médicos de urgências e emergências e esclarecimento sobre as desvantagens de se consultar no serviço de emergência quando o caso não é realmente urgente (CARRET, 2007; CARRET *et al*, 2009). Entretanto, ainda permanece desproporcional a dimensão do problema perante o pouco que se tem estudado, tornando-se necessários novos estudos para que as decisões sejam baseadas em evidências consistentes. (BITTENCOURT e HORTALE, 2009).

2. Normas de publicação da Revista: Ciência & Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações

textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos*(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

3. Artigo científico Perfil de morbidade e adequação da demanda na UPA Nestor Piva, Aracaju, 2015

Perfil de morbidade e adequação da demanda na UPA Nestor Piva, Aracaju, 2015

João Manoel da Silva Santos

Anna Klara Bohland

Resumo

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre a Unidade Básica de Saúde e a Rede Hospitalar e deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes. O objetivo deste trabalho é avaliar o perfil de morbidade e a adequação da demanda atendida na UPA Nestor Piva em Aracaju, 2015. Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo. As variáveis foram: sexo, idade, data e horário de entrada, município e bairro de residência, queixa e motivo que levou a procura do PS, hipótese diagnóstica, avaliação de risco realizada pelo médico, tipo de saída e a adequação da demanda dos pacientes da clínica médica em relação à Política de Atenção as Urgências. A análise foi realizada pelo programa Epi-info. Encontrou-se uma inadequação de 59,2% dos atendimentos. A maior procura considerada adequada correspondeu aos pacientes acima dos 70 anos com 73,3%, e, quanto ao horário, o turno da madrugada com 50,0%, obteve maior adequação. O perfil de morbidade identificou maior número de doenças infecciosas. Os resultados deste estudo foram importantes para conhecimento e organização interna do próprio serviço de saúde, além de serem úteis para capacitações, como educação continuada e popular em saúde.

Palavras chave. Emergências. Morbidade. Avaliação em saúde.

Abstract

The Emergency Care Service (ECS) is a health facility of intermediate complexity between the Basic Health Unit and the Hospital Network and must provide resolute and qualified care to patients. The study aims to evaluate the morbidity profile and the adequacy of the demand attended at the ECS during the year 2015 in Aracaju. A descriptive, retrospective study was carried out during the period of one year, collected from the ECS' Attendance Sheets. The variables were: sex, age, date and time of entry, municipality and neighborhood of residence, complaint and reason that led to the ECS, diagnostic hypothesis, using the International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems - CID 10r, risk performed by the physician, type of output and the adequacy of the demand of the medical clinic patients in relation to the Policy of Attention to the Urgencies. The analysis was performed by the Epi-info program. The demand assisted was considered inadequate in 59.2% of the attendances. The highest demand considered adequate corresponded to patients above 70 years (73.3%), and, regarding the schedule, the morning shift, obtained greater adequacy (50,0%). The morbidity profile identified a greater number of infectious diseases. The results of this study were important for the knowledge and internal organization of the health service itself, besides being useful for training, such as continuing education and popular health.

Key words. Emergency. Morbity. Health evaluation.

INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde tem como objetivos a promoção e prevenção da saúde e é composta pela atenção primária (Unidades Básicas de Saúde - UBS), pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e outros serviços com funcionamento 24h, pelo Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU), pelos serviços hospitalares de atenção às urgências e suas enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos, bem como pelas inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias (acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, trauma) e pela atenção domiciliar (através do programa Melhor em Casa). Sua finalidade é articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna¹.

A UPA é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as UBS e a Rede Hospitalar e deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade².

As UPAs têm três portes definidos de acordo com a população de abrangências, para os quais tem-se a média de atendimentos e o número mínimo de leitos de observação (Quadro 1).

Quadro 1. Definição dos portes aplicáveis às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas.

Definição dos portes aplicáveis às upa 24h	População da área de abrangência da UPA	Número de atendimentos médicos em 24 horas	Número mínimo de leitos de observação
Porte I	50.000 a 100.000	Média de 150 pacientes	7 leitos
Porte II	100.001 a 200.000	Média de 250 pacientes	11 leitos
Porte III	200.001 a 300.000	Média de 350 pacientes	15 leitos

Fonte: MS, Portaria Nº 104, de 15 de janeiro de 2014.

As UPAs são, portanto, um dos componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências, e uma das prioridades do Ministério da Saúde, na tentativa de imprimir resolutividade na atenção às urgências, bem como, de diminuir a superlotação das emergências dos grandes hospitais^{2,3}. A oferta limitada de serviços para a população provoca uma procura por atendimento em locais com maiores condições de portas de entrada, assim, as UPAs e as emergências hospitalares, embora superlotadas, possuem as características favoráveis para atender esses usuários de forma ágil e direta^{4,5,6}.

O Ministério da Saúde relata que em média 85,0% das demandas e ações por serviços de saúde poderiam ser resolvidos na UBS, entretanto grande parte destes atendimentos é realizado nos serviços de urgência⁷. Um estudo realizado em Recife, em 2007 apontou que nas UBS havia uma baixa resolutividade com relação aos atendimentos de pequenas urgências, o que leva ao estrangulamento dos serviços de média e alta complexidade⁸.

Também foi verificado em Salvador, no início da década passada, que a maioria dos pacientes que procuraram uma Unidade de Urgência necessitava de atendimentos de baixa complexidade, sendo que 79,0% passavam somente por consulta⁹. No município de Ribeirão Preto, em 2011, foi realizado um estudo em uma UPA em que se verificou que 67,9% dos atendimentos foram inadequados, podendo ser resolvidos na atenção primária⁴. Em Aracaju, existem poucos trabalhos que tratam do assunto¹⁰, um estudo mostrou que apenas 16,8% dos pacientes na Área Azul do maior hospital do Estado permaneceram internados.

Os serviços hospitalares de atenção às urgências são fundamentais para garantir uma boa assistência à saúde, no entanto, são sobrecarregadas por muitos problemas, sobretudo, pela grande demanda^{4,5}. Nesse contexto, as UPAs são uma ferramenta importante, pois funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana^{2,3,11}. O conhecimento da demanda dos serviços de pronto atendimento é importante para a identificação do uso inapropriado por parte dos usuários, auxilia na organização do serviço, identifica falhas nos processos de trabalho, na qualidade e na segurança do serviço e, além disso, contribui para planejar soluções para os problemas de superlotação, decorrentes da inadequação de oferta e demanda que, por sua vez, geram atendimentos insuficientes e problemáticos^{4,5,12}. O conhecimento da adequação da demanda pode contribuir para ações que diminuam atendimentos inadequados nas unidades de atendimento de urgência e emergência. O objetivo deste trabalho é avaliar o perfil de morbidade e a adequação da demanda de atendimentos na UPA Nestor Piva, em Aracaju, 2015.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo, durante o período de um ano (entre 01/01/2015 e 31/12/2015). Os dados foram coletados a partir de uma amostra das Fichas de Atendimento da UPA Nestor Piva. A amostra foi calculada a partir do número total de atendimentos em 2015, com uma margem de erro de 5%, intervalo de confiança de 95%, sendo aleatória simples do tipo sistemática. As variáveis foram: sexo, idade, data e horário de entrada, município e bairro de residência, queixa e motivo que levou a procura da UPA, hipótese diagnóstica, utilizando a Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID 10r¹³, avaliação de risco realizada pelo médico (Baixo,

Moderado ou Alto), tipo de saída (alta, internação, óbito, transferência ou evasão) e a adequação da demanda em relação à Política de Atenção as Urgências¹⁴ (adequadas ou inadequadas) conforme o proposto por Garcia e Reis⁴, sendo considerados:

Adequados:

Casos referenciados pela rede básica;

Casos transferidos para serviços hospitalares;

Casos em que foram utilizados exames e/ou procedimentos não disponíveis na rede básica.

Inadequados:

Demais atendimentos

Para tanto foi elaborado um instrumento de coleta de dados (Anexo 2) a partir da ficha de acompanhamento dos pacientes (Anexo 1), e os mesmos foram analisados a partir do programa Epi InfoTM 7¹⁵, e descritos em número e percentual. Cabe ressaltar que o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe, tendo sido aprovado (CAAE: 50352315.5.0000.5546).

RESULTADOS

Durante o período do estudo foram analisadas 420 fichas de atendimentos (Tabela 1). Observou-se que 267 (63,6%) eram do sexo feminino e 153 (36,4%) do sexo masculino. Com relação à faixa etária geral, foram excluídos 5 (1,2%) casos onde a idade havia sido ignorada e 131 (32,3%) 20 até 29 anos a faixa etária com maior frequência. Quanto ao horário de chegada, foi verificada uma concentração dos atendimentos no período da manhã, ou seja, das

6:00 às 11:59 horas foram atendidos 208 pacientes (51,0%). Em cinco casos foi ignorado o horário de atendimento. A inadequação da demanda foi de 59,2%. Os pacientes do sexo feminino mostraram maior inadequação com 61%. A faixa etária com maior adequação correspondeu entre 70 e 80 anos com 73,3%. O período da madrugada foi o que apresentou maior adequação da demanda (50%), seguido pelo período da noite (40,5%).

Tabela 1. Características dos pacientes (em número e percentual) da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Nestor Piva segundo a adequação da demanda. Aracaju (SE), 2015.

Características	Adequação				Total Nº
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Sexo^a					
Feminino	103	39,0	161	61,0	264
Masculino	66	44,6	82	55,4	148
Idade^b					
10 20	19	35,9	34	64,1	53
20 30	50	38,2	81	61,8	131
30 40	34	45,3	41	54,7	75
40 50	28	43,8	36	56,2	64
50 60	12	32,4	25	67,6	37
60 70	8	33,3	16	66,7	24
70 80	11	73,3	4	26,7	15
80 e mais	3	50,0	3	50,0	6
Horário de chegada^c					
00:00 6:00	24	50,0	24	50,0	48
06:00 12:00	83	40,1	124	59,9	207
12:00 18:00	43	39,9	67	60,9	110
18:00 00:00	17	40,5	25	59,5	42

a: Excluídos 8 casos cuja dados de adequação foi ignorado.

b: Excluídos 15 casos cuja idade e/ou adequação foi ignorada.

c: Excluídos 12 casos com horário de chegada do atendimento e/ou adequação foi ignorado.

Quanto à procedência, observou-se que 84,5% dos pacientes eram do município de Aracaju, dentre esses, 41,1% foram considerados atendimentos adequados. Os municípios da região metropolitana de Aracaju (Barra dos Coqueiros, São Cristóvão e Nossa Senhora do

Socorro) somaram 10,9% dos atendimentos, com 35,6% de adequação e Nossa Senhora do Socorro contribuindo com 60,0% dos atendimentos correspondentes à área metropolitana de Aracaju. Pacientes procedentes de municípios mais distantes (Nossa Senhora da Glória, Salgado, Siriri e Santo Amaro das Brotas) totalizaram 1,2% dos atendimentos, sendo que, a adequação relativa ao atendimento dos pacientes desses municípios mais distantes foi de 50,0%. Além disso, 3,4% das fichas de atendimentos não referiram o município de procedência.

A distribuição por região de saúde de bairros de residência de Aracaju foi: 16 (4,6%) na Região 1, 57 (16,5%) na Região 2, 128 (37,0%) na Região 3 e 145 (42,0%) na Região 4 (Tabela 2). Sendo que a região com maior percentual de adequação foi a Região 2, seguida pela Região 4, com 45,6% e 43,4% respectivamente. A Região 1 mostrou o maior índice de inadequação, com 75,0%. Foram excluídos 2 casos que não declararam o bairro de residência.

Tabela 2. Região e bairro de residência^a dos pacientes (em número e percentual) de Aracaju (SE)^{b,c} segundo adequação^d da demanda na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Nestor Piva, 2015.

Região	Bairro	Adequação				Total	
		Sim		Não		N ^o	%
		N ^o	%	N ^o	%		
1 ^a	Aeroporto	-	-	-	-	-	-
	Atalaia	-	-	-	-	-	-
	Coroa do Meio	-	-	1	100,0	1	-
	Farolândia	1	50,0	1	50,0	2	-
	Inácio Barbosa	-	-	2	100,0	2	-
	Jabutiana	-	-	1	100,0	1	-
	Santa Maria	1	25,0	3	75,0	4	-
	São Conrado	1	25,0	3	75,0	4	-
	Zona de expansão	1	50,0	1	50,0	2	-
2 ^a	13 de Julho	-	-	-	-	-	-
	América	8	66,7	4	33,3	12	-
	Grageru	-	-	1	100,0	1	-
	Jardins	-	-	-	-	-	-

	Luzia	3	75,0	1	25,0	4
	Novo Paraíso	4	33,3	8	66,7	12
	Ponto Novo	2	28,6	5	71,4	7
	Salgado Filho	-	-	-	-	-
	Siqueira Campos	9	42,9	12	57,1	21
	18 do Forte	11	40,7	16	59,3	27
	Centro	6	66,7	3	33,3	9
	Cidade Nova	12	38,7	19	61,3	31
	Cirurgia	-	-	2	100,0	2
	Getúlio Vargas	6	42,9	8	57,1	14
	Industrial	5	38,5	8	61,5	13
3 ^a	Japãozinho	-	-	1	100,0	1
	Palestina	2	50,0	2	50,0	4
	Pereira Lobo	-	-	1	100,0	1
	Porto Dantas	2	33,3	4	66,7	6
	Santo Antônio	3	23,1	10	76,9	13
	São José	1	25,0	3	75,0	4
	Suissa	1	33,3	2	66,7	3
	Bugio	15	51,7	14	48,3	29
	Capucho	1	100,0	0	0,0	1
	Jardim Centenário	5	29,4	12	70,6	17
4 ^a	José C. de Araújo	2	28,6	5	71,4	7
	Lamarão	8	80,0	2	20,0	10
	Olaria	12	50,0	12	50,0	24
	Santos Dumont	18	33,3	36	66,7	54
	Soledade	2	66,7	1	33,3	3
Total		142	-	204	-	346

a: Foram excluídos 2 pacientes cujo bairro de residência foi ignorado.

b: Foram excluídos 52 pacientes residentes de outros municípios.

c: Foram excluídos 14 pacientes cujo município de residência foi ignorado.

d: Foram excluídos 6 pacientes cujo dados de adequação foram ignorados

Fonte: Ficha de acompanhamento, UPA Nestor Piva, Aracaju (SE), 2015

Quanto ao perfil de diagnósticos, identificou-se que as doenças relacionadas aos Capítulos 1, 10, 13 e 18 tiveram maior frequência e referem-se aos casos de doenças infecciosas e parasitárias (1), do aparelho respiratório (10), osteomusculares e do tecido conjuntivo (13) e queixas mal definidas (18). Posto isto, os casos de doenças infecciosas e parasitárias sozinhos (32,7%) correspondem a praticamente a todos os casos do aparelho respiratório, osteomuscular e tecido conjuntivos juntos (33,2%).

Os atendimentos com maior percentual de inadequação foram classificados segundo aos capítulos 6, 7, 8, 9 e 12, aos quais, reportam às doenças do sistema nervoso (6), dos olhos e anexos (7), do ouvido e apófise mastoide (8), do aparelho circulatório (9) e doenças da pele e tecido subcutâneo (12). Das fichas analisadas não constavam o diagnóstico do paciente em 201 (47,9%) (Tabela 3).

Tabela 3. Diagnóstico médico do atendimento (em número e percentual), segundo o principal capítulo de causas e a adequação da demanda, na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Nestor Piva. Aracaju (SE), 2015.

Capítulo	Adequado				Total	
	Sim		Não		N ^o	%
	N ^o	%	N ^o	%		
1. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	31	32,0	40	33,3	71	32,7
2. Neoplasias	1	1,0	-	-	1	0,5
5. Transtornos Mentais e Comportamentais	1	1,0	-	-	1	0,5
6. D. do Sistema Nervoso	1	1,0	2	1,7	3	1,4
7. D. dos olhos e anexos	-	-	2	1,7	2	0,9
8. D. do ouvido e apófise mastoide	1	1,0	2	1,7	3	1,4
9. D. do Aparelho Circulatório	2	2,1	5	4,2	7	3,2
10. D. do Aparelho Respiratório	16	16,5	27	22,5	43	19,8
11. D. do Aparelho Digestivo	7	7,2	-	-	7	3,2
12. D. da pele e tecido subcutâneo	1	1,0	2	1,7	3	1,4
13. D. osteomuscular e tecido conjuntivo	11	11,3	18	15,0	29	13,4
14. D. do Aparelho Geniturinário	6	6,2	4	3,3	10	4,6
18. Mal definidas	15	15,5	16	13,3	31	14,3
19. Causas externas	4	4,1	2	1,7	6	2,8
Total	97	100,0	120	100,0	217	100,0

a: Em 201 casos não contava o diagnóstico na ficha de acompanhamento.

b: Foram excluídos 2 casos sem informações da adequação da demanda.

Fonte: Ficha de acompanhamento, UPA Nestor Piva, Aracaju (SE), 2015.

A avaliação de risco realizada pelo médico foi ignorada em 361 (87,6%) das fichas de atendimento analisadas, 45 (11%) foram descritas como baixo risco, das quais, 42,2% foram adequadas segundo a demanda, 6 (1,4%) como risco moderado, onde observou-se 50% de adequação, e não houve registro de pacientes com alto risco.

A maioria dos casos 392 (95,1%) teve como desfecho a alta após o atendimento médico, 8 (1,9%) necessitou de internação hospitalar, 2 (0,5%) foram transferidos para o um hospital de maior complexidade, 9 (2,2%) evadiram-se do local e 1 (0,3%) não possuía registro quanto ao tipo de saída do paciente (Tabela 4).

Tabela 4. Características dos pacientes (em número e percentual) quanto ao tipo de saída e exames realizados segundo adequação da demanda. Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Nestor Piva. Aracaju (SE), 2015.

Características	Adequação ^a				Total	
	Sim		Não		N ^o	%
	N ^o	%	N ^o	%		
Saída						
Alta	152	90,5	240	98,4	392	95,1
Internação	8	4,8	-	-	8	1,9
Transferência	2	1,2	-	-	2	0,5
Evasão	6	3,6	3	1,2	9	2,2
Ignorado	-	-	1	0,4	1	0,2
Exames						
Sim	167	99,4	-	-	167	40,5
Não	1	0,6	244	100	245	59,5
Total	168	100	244	100	412	100

a: Foram excluídos 8 casos onde informações de adequação foram ignoradas.

DISCUSSÃO

Os resultados indicaram uma importante frequência de inadequação (59,2%) na demanda da UPA Nestor Piva em Aracaju, Brasil, e embora a ocorrência de inadequação seja variável na literatura, entre 58,9 a 84%, devido às desigualdades metodológicas dos estudos^{4,16,17}. O índice de inadequação deste estudo é comparável aos encontrados em outras análises e considerado elevado.

Em relação ao gênero, quase dois terços (63,6%) corresponderam ao sexo feminino. Diniz (2014)¹⁸ encontrou 57,4% de usuários do sexo feminino analisando apenas casos clínicos de uma UPA em Minas Gerais. Simons (2008)¹⁶ apreciou a demanda absoluta em serviços de urgência de Maceió, Alagoas, e encontrou maior frequência do sexo masculino (54,5%), supõe-se que essa discordância é justificada pelo fato da presente amostra ser predominantemente composta por casos clínicos, sendo excluídos os casos de traumas e acidentes (causas externas) que são mais frequentes no sexo masculino¹⁶. Em relação à adequação quanto ao sexo, percebeu-se maior adequação nos pacientes do sexo masculinos 44,6%, contra 39,0% no sexo feminino. Segundo Simons (2008)¹⁶, este percentual de maior inadequação já foi visto em outras análises e foi atribuído a fatores biológicos, sociais e comportamentais compreendidos pelos maiores indicadores de morbidade das mulheres¹⁶.

A idade exerceu um forte efeito sobre a inadequação. No entanto, enquanto Carret (2007)¹² mostra que a faixa etária abaixo dos 50 anos apresenta significativa inadequação, Simons (2008)¹⁶ refere percentuais de 86,1% de inadequação até os 59 anos, no presente estudo, mostrou-se grande inadequação nos pacientes com faixa etária até os 70 anos (60,7%) e relevante declínio nos pacientes a partir desta idade (33,3%), ou seja, somente os pacientes idosos, com 70 anos ou mais, apresentaram índice de adequação superior ao índice de inadequação. Este desenho nos achados podem caracterizar a maior prevalência de doenças crônicas e co-morbidades nos indivíduos mais velhos^{12,16,17}.

O horário de procura com maior densidade se concentrou no período da manhã, e vários estudos^{9,16,17,18,19} tem mostrado que o período de maior procura estava relacionado ao turno da manhã, invariavelmente, horário correspondente ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde. Estes achados contrariam o conceito do Ministério da Saúde de que as UBS são a porta de entrada dos usuários^{4,19}. Ademais, em outros estudos também foi observado a

dominância de atendimentos no período diurno¹⁶. Foi visto ainda, que a oferta de atendimentos seguiu a lei natural de sono/vigília dos seres humanos, achados semelhantes aos encontrados numa UPA de Salvador, Bahia⁹.

A distribuição de atendimentos referente à procedência comportou-se de acordo com uma predominância quase absoluta de atendimentos provenientes da grande Aracaju, observa-se que a maior inadequação foi dos usuários residentes nos municípios da grande Aracaju. Os pacientes provenientes de municípios distantes apresentaram uma proporção de adequação de 50%. Coelho (2010)²⁰ mostrou que a imensa maioria dos atendimentos de urgência e emergência é proveniente do mesmo município em que a unidade estudada é localizada.

A diferença mais importante identificada nos atendimentos por região de saúde em Aracaju ficou determinada pela aglutinação de atendimentos nas regiões 3 e 4, representada por 78,9% dos pacientes de Aracaju. Esta significativa condensação na procura por atendimento pode ser explicada, sobretudo, pela proximidade territorial, menor poder socioeconômico, baixo índice de condições de vida e alta dependência do SUS encontrada nessas áreas^{21,22}. Simons (2008)¹⁶ mostrou, em 2008, que quanto mais próximo da UPA, maior o nível de inadequação da demanda, contudo, o presente estudo mostrou que na capital, o maior percentual de inadequação se concentrou na região mais distante da UPA Nestor Piva. Já para municípios vizinhos, os dados revelaram índices semelhantes de outros estudos, ou seja, quanto mais distante da UPA, mais adequada foi a demanda^{16,20,21}.

Os diagnósticos mais frequentes fazem parte do capítulo de doenças infecciosas e parasitárias da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID 10)¹³, percebe-se um cenário marcado pela carência nas condições de vida, baixo poder socioeconômico, importantes obstáculos no acesso à saúde, menores oportunidades de tratamentos resolutivos, e, conseqüentemente, uma esfera marcada por alto risco e chances maiores de contrair

doenças que aumentam a mortalidade precoce destes usuários^{12,16}. Em outras pesquisas, observaram-se os agravos classificados no capítulo XIX (causas externas) da CID 10 como primeira causa de demanda. Essa diferença encontrada pode ser explicada pelo fato de que nestes estudos foram avaliadas além das causas clínicas, também as causas cirúrgicas¹⁶. No entanto, excluindo-se os agravos causados por lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas, a literatura mostra as causas infecciosas e parasitárias como principal queixa na demanda dos serviços de urgência, tal como foi visto no presente estudo. Em 2005, um estudo realizado em uma unidade de emergência de Salvador também identificou causas infecciosas como principal causa, queixas codificadas como febre e diarreia⁹.

Os atendimentos com maior percentual de inadequação foram classificados segundo aos capítulos 6, 7, 8, 9 e 12, conforme referido anteriormente. Na literatura, quanto à inadequação e o diagnóstico, observa-se uma variabilidade grande conforme for à amostra ou o lugar do estudo, associa-se os pacientes com doenças neurológicas, órgãos dos sentidos ou doenças respiratórias, doenças infecciosas relacionadas à pele com maior probabilidade de consultas inadequadas nos serviços de urgência e emergência¹². Simons (2008)¹⁶ sugere que os problemas de saúde e as condições socioeconômicas locais de cada região são inerentes aos níveis de inadequação da demanda segundo o diagnóstico dos pacientes.

Os dados disponíveis, sobre a avaliação de risco, mostraram 88,2% dos usuários classificados como baixo risco e 11,8% como risco moderado. O índice de alta foi de 95,1%, apenas 1,9% ficaram internados, 0,5% foram transferidos para um hospital de maior complexidade e o nível de evasão do local foi de 2,2%. A proporção de internamentos em outros estudos foi maior, com uma variação de 10,6% a 30,0%^{9,23,24}, sendo que a maior proporção foi observada em um estudo realizado na França²⁴, onde o sistema de triagem funciona exponencialmente melhor. Este estudo foi comparável ao estudo de Lateef (2000)²⁵,

que encontrou 1,5% de internamentos: esse número baixo de internações é fortemente condicionado pelo mau uso dos serviços de urgência. Em contrapartida, o número de internamentos foi proporcional ao esperado para uma UPA de porte III, que segundo as normas da Portaria nº 2048, Ministério da Saúde (2002) é de até 3%²⁶.

Os valores encontrados mostraram um alto poder de resolutividade nos atendimentos. Porém, em virtude da escassez de dados clínicos e informações ignoradas acerca da referencia e contra-referencia da rede de Atenção de Urgência, não foi possível precisar se os casos foram referenciados das UBS para a UPA, no entanto, a ausência de qualquer informação em todas as fichas da amostra sugere fortemente que não existiram encaminhamentos das UBS para a UPA Nestor Piva. Machado (2015)¹⁷ realizou um estudo em uma UPA de Ouro Preto e observou que 95,9% da demanda foi interposta sem encaminhamento da rede¹⁷, a literatura diz que essa procura direta é movida por fundamentos enraizados na população de que nas urgência e emergência existe garantia de atendimento imediato; atendimento 24 horas; comodidade; preferência por tecnologias mais complexas não disponíveis em outros serviços; desconfiança da atenção primária e acesso facilitado^{17,19,27}.

Verificou-se casos representados com dados clínicos idênticos, no entanto, com condutas discordantes, ou seja, para casos com os mesmos diagnósticos em determinados momentos foram tomadas condutas classificadas adequadas, e em outros, condutas caracterizadas inadequadas quanto à demanda. Pardo (2004)²⁸, em 2004, apontou 15% de hospitalização inadequada em pacientes clínicos e Simons (2008)¹⁶ mostrou 45,7% de inadequação nas internações, ou seja, nestes estudos foi posto que a falta de padrão nas condutas pudessem estar relacionadas com questões sociais, tanto dos usuários, quanto dos municípios, que dispostos de carências de recursos para continuidade dos cuidados básicos, encaminham pacientes para as unidades de urgência e emergência^{16,28}. Na amostra estudada,

também foram atribuídos os fatores socioeconômicos, tanto dos pacientes, quanto dos municípios menos desenvolvidos, que encaminham seus pacientes para Aracaju como causa da desproporção de condutas. E, além disso, a falta de um protocolo assistencial contribui para as condutas inadequadas na UPA.

Esta análise mostrou um alto percentual de falta de informações que deveriam estar preenchidos na ficha de atendimento da unidade, sobretudo acerca dos dados sobre o diagnóstico do paciente, fato recorrente em outros estudos^{4,9,16,17,20} que proporciona riscos para a integralidade, compilação, análise e conclusão das investigações¹⁶.

Os resultados mostraram que embora tenha sido realizada uma reorientação no modelo assistencial, desde a década de 90²⁹ objetivando a Atenção Básica como a porta de entrada do sistema, os usuários do SUS ainda mantêm preferência por pronto-socorro em unidades de média e alta complexidade⁴. Isto já foi demonstrado por Garcia e Reis, em 2014, no entanto, ainda há uma necessidade imperiosa de modificação desse cenário, e, uma inclusão dos usuários na discussão do processo de reorientação do modelo assistencial⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário observado pode sugerir uma não adesão de parte da população aos serviços das UBS, com uma demanda excessiva e desnecessária de pacientes a UPA. Além disto, propõe-se uma modificação na ficha de atendimento da UPA, em razão do alto índice de dados em branco ou ignorados. Aventa-se que sejam preconizados protocolos de atendimentos com o objetivo de melhorar a qualidade e controle do atendimento e reduzir custos.

O presente estudo foi importante para conhecimento e organização interna do próprio serviço de saúde, além de poder ser útil em capacitações como educação continuada e popular em saúde. A intenção do estudo foi fornecer subsídios para elaboração de novos estudos e auxiliar na tomada de decisão quanto ao funcionamento das UPAs.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde toda Hora. 2015.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.600, 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); jul. 2011.
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3ª ed. ampl. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2006.
4. Garcia VM, Reis KR. Adequação da demanda e perfil de morbidade atendida em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2014; 13 (4): 665-673.
5. Feijó VBER. *Acolhimento com avaliação e classificação de risco: análise da demanda atendida no pronto socorro de um hospital escola*. [dissertação]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2010.
6. Dourado EMR. *Análise da política nacional de atenção às urgências: Uma proposta*. [dissertação]. Brasília (DF): Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde coletiva; 2013.
7. Barros DM, Sá MC. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. *Ciência saúde coletiva*. 2010; 15 (5) 2473-2482.
8. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde: uma avaliação do acesso na estratégia de saúde da família. *Interface. Comunicação saúde educação*. 2010; 14(35):797-810.
9. Jacobs PC, Matos EP. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador–Bahia. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51 (6): 348-53.
10. Santana ATL, Carvalho J, Faro A, Mendonça VN, Ribeiro MCO. Diagnóstico situacional do acolhimento dos acompanhantes na área azul do Hospital de Urgência de Sergipe. *11º Congresso Internacional da Rede Unida*; Fortaleza, 10 a 13 de abril de 2014.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de 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, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2013.
12. Carret MLV. *Demanda do Serviço de Saúde de emergência: Características e Fatores de risco para uso inadequado*. [tese]. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas; 2007.

13. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo, SP, 1995.
14. Ministério da Saúde, Portaria N° 104, de 15 de janeiro de 2014. Altera a Portaria n° 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Epi Info™ 7 [internet]. Version 7.1.5. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2015 [acesso em 15 jul 2015]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/epiinfo>
16. Simons DA. *Avaliação do perfil da demanda na Unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família*. [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
17. Machado GVC, Oliveira FLP, Barbosa HAL, Giatti L, Bonolo PF. Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência, Ouro Preto, 2012. *Cad Saúde Colet* 2015; 23(4):416-424.
18. Diniz AS, Silva AP, Souza CC, Chianca TCM. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. *Rev Eletr Enf* 2014; 16(2):312-20.
19. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15(1).
20. Coelho MF, Chaves LDP, Anselmi ML, Hayashida M, dos Santos, CB. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem* 2010; 18(4).
21. Carvalho RAS, Santos VS, Melo CM, Gurgel RQ, Oliveira CCC. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2015; 49:5.
22. Inagaki ADM, Cardoso NP, Lopes RJPL, Alves JAB, Mesquita JRF, Araújo KCGM, Katagiri S. Análise espacial da prevalência de toxoplasmose em gestantes de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014; 36(12):535-40.
23. Quick G. Time analysis of consult service emergency department admission process compared with emergency medicine service admission process. *J Emerg Med* 1999;17(5):815-22.
24. Nikkanen HE, Pougès C, Jacobs LM. Emergency medicine in France. *Ann Emerg Med* 1998;31(1):116-20.

25. Lateef F, Anantharaman V. The short-stay emergency observation ward is here to stay. *Am J Emerg Med* 2000;18(5):629-34.
26. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União Brasília (DF); nov. 2002.
27. Gonide MFS, Pinto IC, Figueiredo AL. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. *Acta Paul Enferm* 2012;25(2):19-25.
28. Pardo PR, Laserna PA, Quijada RE, Toledo AP, Picazo JÁ, Carrilero JC. Adecuación de los ingresos hospitalarios no quirúrgicos desde un servicio de urgencias. *Emergencias* 2004; 16:111-15.
29. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012.

Referências Bibliográficas

AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde: uma avaliação do acesso na estratégia de saúde da família. **Interface - Comunicação saúde educação**, Botucatu: v.14, n.25, p.797-810, out./dez. 2010.

BARROS, D.M.; SÁ, M.C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2473-2482, 2010.

BARROS, L.F.F.; GONDIM, D.S.M. Integralidade na Assistência em Saúde: desafios e impasses. **Revista Científica da FMC**, Campos dos Goytacazes, v.9, n.2, 2014.

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.929-934, 2007.

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1439-54, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 104, de 15 de janeiro de 2014. Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 648/2006, 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, mar 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.600, 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, jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1863/GM de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. set 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial da União Brasília**, Brasília, DF, nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS – Doutrinas e Princípios**. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: 3ª Edição. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde toda Hora**. Brasília, DF, 2015.

CARRET, M.L.V. et al. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.1069-79, 2011.

CARRET, M.L.V. **Demanda do Serviço de Saúde de emergência: Características e Fatores de risco para uso inadequado**. 2007. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, 2007.

CARRET, M.L.V.; FASSA, A.G. Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.7-28, 2009.

CARVALHO, R.A.S. et al. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.49, n.5, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention. **Epi Info™ 7** [internet]. Version 7.1.5. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2015 [acesso em 15 jul 2015]. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/epiinfo>>. Acesso em: 21 set. 2016.

COELHO, M.F. et al. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.4, p.1-9, 2010.

DINIZ, A.S. et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Rev Eletr Enf**, Goiania, v.16, n.2, p.312-20, 2014.

DOURADO, E.M.R. **Análise da política nacional de atenção às urgências: Uma proposta**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Brasília. 2013.

DOURADO, D.A.; ELIAS, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.45, n.1, p.204-11, 2011.

FEIJÓ, V.B.E.R. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: análise da demanda atendida no pronto socorro de um hospital escola**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina (PR). 2010.

GARCIA, V.M.; REIS, K.R. Adequação da demanda e perfil de morbidade atendida em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá (PR), v.13, n.4, p.665-673, 2014.

GONIDE, M.F.S.; PINTO, I.C.; FIGUEIREDO, A.L. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n.2, p.19-25, 2012.

GROVER, A. Critical care workforce: A policy perspective. **Crit Care Med**, Mount Prospect (Illinois), v. 34, n.3, 2006.

INAGAKI, A.D.M. et al. Análise espacial da prevalência de toxoplasmose em gestantes de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v.36, n.12, p.535-40, 2014.

JACOBS, P.C.; MATOS, E.P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador–Bahia. **Rev Assoc Med Bras**, Rio de Janeiro, v.51, n.6, p.348-353, 2005.

LATEEF, F.; ANANTHARAMAN, V. The short-stay emergency observation ward is here to stay. **Am J Emerg Med**, Oxford, v.18, n.5, p.629-634, 2000.

LIMA, J.C.; RIVERA, F.J. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.323-336, 2010.

LIMA, L.D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.7, p.1903-14, 2012.

MACHADO, G.V.C. et al. Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência, Ouro Preto, 2012. **Cad Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.416-424, 2015.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, 2007.

NIKKANEN, H.E.; POUGES, C.; JACOBS, L.M. Emergency medicine in France. **Ann Emerg Med**, Irving, v.31, n.1, p.116-20, 1998.

O'DWYER, G, et al. The current scenario of emergency care policies in Brasil. **BMC Health Services Research**, Los Angeles, 2013.

OLIVATI, F.N. et al. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. **RFO UPH**. Passo Fundo, v.15, n.3, p.245-50, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo, SP, 1995.

PARDO, P.R. et al. Adecuación de los ingresos hospitalarios no quirúrgicos desde un servicio de urgencias. **Emergencias**, Madrid, v.16, p.111-15, 2004.

QUICK, G. Time analysis of consult service emergency department admission process compared with emergency medicine service admission process. **J Emerg Med**, v. 17, n. 5, p.815-22, 1999.

RIBEIRO, P.T. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.819-28, 2009.

SANTANA, A.T.L. et al. Diagnóstico situacional do acolhimento dos acompanhantes na área azul do Hospital de Urgência de Sergipe. In: 11º CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, Fortaleza, 10 a 13 de abril de 2014.

SIMONS, D.A. **Avaliação do perfil da demanda na Unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família**. 2008. Tese (Doutorado em Ciências). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

SOARES, S.S. **O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas**. 2003. Trabalho de conclusão de Curso (Especialização Gestão da Atenção Básica). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

SOUSA, M.C. et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n.3, p.452-60, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO, Ministério da Saúde: Brasília, 2002.

TEIXEIRA, C.F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p.153-6, 2002.

TIMERMAN, S. Emergency medical services: Brazil. **Resuscitation**, Virginia, v.70, p.356-59, 2006.

VIANA, A.L.; MACHADO, C.V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.807-17, 2009.

Anexo 1. Ficha de acompanhamento.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Aracaju
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: _____ Data: / / _____ Hora de entrada: _____ e _____

Identificação
Nome: _____ Cartão SUS: _____
Sexo: Masc. Fem Data de Nascimento: / / _____ RG: _____
Nome da Mãe: _____ Telefone para Contato: _____
Endereço: _____

I- AVALIAÇÃO DE RISCO

1. Queixa/Motivo que levou a procurar o Pronto Socorro. _____

2. Cronologia/Duração da Queixa: Agudo Crônico

3. História Pregressa: DM Cardiopatias HAS Alergias Medicções Outros

4. Sinais e Sintomas:

R23.0	CLANOSE		R53/R63.0	MAL ESTAR/FADIGA e/ou FALTA DE APETITE	
R07.1	DOR TORÁCICA		R19.4	DIARRÉIA e/ou OBSTIPAÇÃO	
R06.0	DISPNEIA		R50	FEBRE	
R61	SUDORESE		R20.2	PARESTESIA	
R00.2	PALPITAÇÃO		R60	EDEMA	
R40.0	SONOLÊNCIA		R42	TONTURA	
R45.1	AGITAÇÃO		R26.2	DIFICULDADE P/ ANDAR	
R31/R30.0	HEMATURIA e/ou DISÚRIA		R11	NÁUSEAS/VÔMITOS	
R10	DOR		R05	TOSSE	
R51	CEFALÉIA		R23	ALTERAÇÕES DE PELE	
R10	DOR ABDOMINAL				

5. Dados Vitais
P.A. _____ x _____ Pulso _____ Temperatura _____ Freq. Resp. _____
Normal Alterado Com Relação com a Queixa Sem Relação com a Queixa

6. Cálculo do Escore de Risco

Pontuação	Dados Vitais	Relação	Cronologia	Escore

7. Risco: BAIXO MODERADO ALTO

8. Destino/ Área: _____

Assinatura e Carimbo do Profissional

II- ATENDIMENTO MÉDICO

1. História Clínica

2. Exame Físico

3. Hipótese diagnóstica

4. Avaliação de Risco realizada pelo médico:
BAIXO MODERADO ALTO

5. Conduta Terapêutica:

MOD 260

Anexo 2 Instrumento de coleta de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: Perfil de morbidade e adequação da demanda na UPA Nestor Piva, Aracaju, 2015

DADOS CONFIDENCIAIS

Dados de Identificação	
Número de ordem	
Iniciais do nome	
Sexo	1-Masculino 2-Feminino 3-Ignorado
Data do nascimento	/ /
Data de entrada	/ /
Horário de entrada	
Município de residência	
Bairro de residência	
Queixa e motivo que levou a procura do OS	
Destino área	1-Vermelha 2- Amarela 3- Verde 4- Azul
Hipótese diagnóstica	
Avaliação de risco realizada pelo médico	1-Baixo 2-Moderado 3-Alto
Tipo de saída	1- Alta 2- Internação 3- Óbito 4- Transferência 5- Evasão
Adequação da demanda	
Caso foi referenciados pela rede básica	1-Sim 2- Não
Caso foi transferido para serviço hospitalar	1-Sim 2- Não
Foram utilizados exames e procedimentos não disponíveis na rede básica.	1-Sim 2- Não

Dados coletados por:	
Data:	Assinatura