

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

JOSÉ RICARDO AGLIARDI SILVEIRA

**PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE GRAVATAÍ: DESCRIÇÃO DOS
ATENDIMENTOS NOS DIAS DE MAIOR DEMANDA NO ANO DE 2013**

**Porto Alegre
2015**

JOSÉ RICARDO AGLIARDI SILVEIRA

**PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE GRAVATAÍ: DESCRIÇÃO DOS
ATENDIMENTOS NOS DIAS DE MAIOR DEMANDA NO ANO DE 2013**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde, modalidade a distância, no âmbito do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP), da Escola de Administração /UFRGS - Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Orientador: Prof. Dr. Celmar Corrêa de Oliveira
Tutor de orientação a distância: Gimerson Érick Ferreira

**Porto Alegre
2015**

JOSÉ RICARDO AGLIARDI SILVEIRA

**PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE GRAVATAÍ: DESCRIÇÃO DOS
ATENDIMENTOS NOS DIAS DE MAIOR DEMANDA NO ANO DE 2013**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a
obtenção do título de Especialista de Gestão em Saúde.**

Aprovado em ___ de _____ de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. (a) Dr. (a) _____

Prof. (a) Dr. (a) _____

Prof. (a) Dr. (a) _____

Orientador: Prof. Dr. Celmar Corrêa de Oliveira

DEDICATÓRIAS

Àqueles que tiveram a coragem de lutar pela democracia, que tiveram a coragem de construir um sistema nacional de saúde ouvindo a diversidade de vozes de nossa sociedade;

Àqueles que estiveram em diversas conferências de saúde, municipais, estaduais, nacionais e, em especial, a todos que participaram da 8ª Conferência Nacional de Saúde;

A Gilson Carvalho (*in memoriam*) e a Néelson Santos (*in memoriam*);

A todos vocês capazes de impulsionar comportamentos e ações, que permitem dar significado para o meu trabalho, pois frente aos desafios me mobilizo para agir e mudar;

AGRADECIMENTOS

Ao Programa Nacional de Formação em Administração Pública, à Escola de Administração da UFRGS e ao Programa de Pós-Graduação em Administração, pela oportunidade;

A todos os envolvidos que contribuíam para a realização deste curso;

À Secretaria Municipal de Saúde, por ter possibilitado a realização desta pesquisa;

Aos colegas de curso pelo aprendizado, lições de competência e humildade;

Ao professor Dr. Celmar Correia de Oliveira, pela orientação;

À mestre Rita Nagem, por fazer parte da minha formação e da minha história;

Ao tutor orientador Gímerson Érick Ferreira, por sua atuação, disponibilidade e apoio constantes;

À professora Maria Janete Schreiber do Nascimento, pela disponibilidade;

À Camila Guaranha, pelo apoio e incentivo no início da caminhada;

À Sílvia Valim de Melo, pela compreensão, incentivo e paciência.

Bola de meia, bola de gude.
Milton Nascimento/Fernando Brant

“Há um menino, há um moleque
Morando sempre no meu coração
Toda vez que o adulto balança
Ele vem pra me dar a mão.
Há um passado no meu presente
Um sol bem quente lá no meu quintal
Toda vez que a bruxa me assombra
O menino me dá a mão
E me fala de coisas bonitas
Que eu acredito
Que não deixarão de existir
Amizade, palavra, respeito
Caráter, bondade alegria e amor
Pois não posso
Não devo, não quero
Viver como toda essa gente
Insiste em viver
E não posso aceitar sossegado
Qualquer sacanagem ser coisa normal
Bola de meia, bola de gude
O solidário não quer solidão
Toda vez que a tristeza me alcança
O menino me dá a mão
Há um menino, há um moleque
Morando sempre no meu coração
Toda vez que o adulto fraqueja
Ele vem pra me dar a mão. ”

Extraído do álbum Miltons, 1988.

RESUMO

Os serviços de pronto atendimento certamente existem em muitos municípios brasileiros antes de qualquer ato normativo ou portaria editada pelo Ministério da Saúde. O pronto atendimento exerce um papel fundamental na hoje denominada rede de atenção à saúde. O objetivo desta pesquisa foi analisar a necessidade de manter o modelo clínico do atual Pronto Atendimento Municipal após a construção de duas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h. O delineamento do estudo foi transversal, exploratório, descritivo com coleta de dados retrospectiva e com abordagem quantitativa. Foram consultados 19.517 boletins de atendimento ambulatoriais referentes aos 59 dias de maior procura pelo serviço no ano de 2013. Foi constatado que apenas 2,74% dos atendimentos foram gerados por situação de urgência/emergência, sendo observada importante procura por atendimentos de clínico geral (9.563) e pediatria (4.448). Com base na observação dos dados de atendimento realizados no ano de 2013 no Pronto Atendimento Municipal de Gravataí, nas características desse serviço de saúde e das UPAs, e o estabelecido pela Portaria 1101/GM/2002, pode-se inferir que as UPAs em construção contribuirão para reordenar a rede de saúde do município de Gravataí, projetando-se a Rede Municipal de Urgência e Emergência articulada com as esferas estadual e federal. Também se conclui que há necessidade de ampliar a cobertura da atenção primária a partir das unidades de Estratégia de Saúde da Família, ampliar o quadro de recursos humanos e rever as estruturas hoje existentes, pois o melhor investimento na área de urgência e emergência é o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde.

Palavras-chave: Serviços de saúde. Serviços ambulatoriais de saúde. Emergências. Atenção primária à saúde. Gestão em saúde.

ABSTRACT

The service responsiveness certainly in many municipalities before any legislative act or ordinance issued by the health ministry. The Emergency Care plays a key role in the now called Health Care Network. The objective of this research was to analyze the need to maintain the clinical model of the current Municipal Emergency Care after building two UBAs 24h. The study design was cross-sectional, exploratory, descriptive with retrospective data collection and quantitative approach. Were consulted 19,517 reports of outpatient care related to 59 days of increased demand for the service in 2013. They found that only 2.74% of visits were generated by urgency / emergency, being observed high demand for general medical care (9.563) and pediatrics (4.448). Based on the observation of the service performed in 2013 data in the Municipal Emergency Care in Gravataí, the characteristics of the health service and UPAs, and established by decree 1.101 (2002) can be inferred that the UPAs under construction, contribute to reorder the health network in the city of Gravataí, projecting the Municipal network Emergency and articulated with the state and federal levels. Also concluded in this study that there is need to expand the coverage of primary care from the Family Health Strategy, expand the human resource framework and review existing structures today as the best investment in the urgent and emergency services is the strengthening of Primary Health Care.

Key words: Health services. Ambulatory health services. Emergencies. Primary Health care; Health Management Health Policy

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| RESUMO | 7 |
| <i>ABSTRACT</i> | 8 |
| 1 DELIMITAÇÃO DO TEMA | 10 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 13 |
| 3 CONTEXTO DO ESTUDO | 14 |
| 3.1 Os usuários e o Sistema Único de Saúde | 14 |
| 3.2 Perspectivas futuras para a Rede de Urgência e Emergência | 16 |
| 4 OBJETIVOS | 20 |
| 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 21 |
| 5.1 Limitações do estudo | 21 |
| 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 22 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 33 |
| 8 REFERÊNCIAS | 35 |
| ANEXO A | 36 |
| ANEXO B | 37 |
| ANEXO C | 38 |

1 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Saúde é um direito fundamental de todos os brasileiros e um dever do estado (BRASIL, 1988). O Ministério da Saúde busca realizar o enfrentamento dos problemas atuais na gestão da saúde instituindo uma série de ações, entre as quais as de fortalecimento da atenção básica, via ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e as voltadas aos serviços de Urgência e Emergência, implantando as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

Na atenção básica, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem ser capazes de oferecer atendimento em medicina clínica, pediatria, odontologia, ginecologia e assistência de enfermagem. A ESF amplia o atendimento mediante implantação de equipes multiprofissionais, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias em uma área geográfica delimitada, atuando na promoção, prevenção, recuperação de doenças e agravos. Existe uma série de programas para melhorar e qualificar a atenção básica em saúde e a estratégia de saúde da família (BRASIL,2014).

Para o serviço de urgência e emergência, entre outros programas, o Ministério da Saúde lançou o SOS Emergências (Portaria 1.163 de 6 de agosto de 2012), voltado a qualificar as portas de entrada dos mesmos. O SOS Emergência busca melhorar a gestão, qualificar e ampliar o acesso dos usuários, reduzir o tempo de espera e garantir atendimento ágil, humanizado e acolhedor. A partir disso, foram criadas as UPAs, estruturas de complexidade intermediária entre as UBS, ESF e a rede hospitalar. Devem funcionar 24 horas por dia, durante todos os dias da semana (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, considerando o incentivo financeiro, houve um grande interesse por parte dos municípios em implantar as UPAs (Portaria 1.171 de 5 de junho de 2012). Sabe-se que muitos municípios já possuem unidades de pronto atendimento 24h que antecederam a proposta atual das UPAs, sendo que estes Pronto Atendimentos Municipais são em sua maioria custeados com verbas municipais (CNM, 2013).

O município de Gravataí, situado na região metropolitana de Porto Alegre (RS), possui 255.762 habitantes (estimativa IBGE, 2008), distribuídos numa área total de 497,82 km², sendo área urbana 121,37 km² e área rural 376,45 km². A taxa

de crescimento populacional é 2,19% e a densidade demográfica de 544 habitantes/km² (IBGE, 2006). O município é banhado pelo rio Gravataí e parte do município pertence à Área de Proteção Ambiental do Banhado Grande. Os dados socioeconômicos incluem expectativa de vida 73,6 anos (IBGE, 2000), taxa de mortalidade infantil de 8,99 óbitos/1000 habitantes, abastecimento de água em 98% da zona urbana e PIB em 2011 de R\$ 7.304.668 milhões sendo o quinto maior PIB do estado do Rio Grande do Sul. Gravataí destaca-se no cenário econômico combinando crescimento e ampliação da qualidade de vida. Servida por três estradas estaduais (RS-118, RS-030 e RS-020) e uma federal (BR-290) está localizada a 22 quilômetros de Porto Alegre e 20 minutos do Aeroporto Internacional Salgado Filho. Além de forte vocação industrial com destaque ao polo automotivo, os setores do comércio e serviços também têm acompanhado o crescimento da cidade.

O município, através da SMS, vem realizando ações de fortalecimento da atenção básica e de ampliação das ESF. Embora possua um Pronto Atendimento Municipal 24 horas (PAM) que realiza em média 250 atendimentos/dia, habilitou-se para construção de duas UPAs porte II, projetadas para atender até 300 pacientes em 24h.

O Pronto Atendimento Municipal foi criado em 2 de maio de 1994 com a finalidade de ofertar um plantão médico para a população da cidade. Com o passar dos anos e o aumento populacional, o referido serviço passou por uma série de transformações. Ocorreram mudanças na sua localização, na estrutura física, na oferta de serviços e no número de profissionais. Atualmente, está localizado no distrito norte da cidade, bairro São Geraldo próximo à RS 118, RS 030, RS 020 e BR 290 (anexo A).

As referidas UPAs serão construídas em duas regiões distintas da cidade. A primeira UPA será construída na Avenida Dorival Cândido Luz de Oliveira, número 2350, uma via de trânsito rápido, fácil acesso, com saídas para RS 118 e BR 290, muito próxima do atual Pronto Atendimento Municipal. A segunda será construída na RS 020, número 2354, próximo ao Bairro Morada do Vale, no eixo com RS 118. A falta de opções de imóveis contribuiu para a escolha da localização das duas unidades, pois a arquitetura das UPAs predefinidas pelo MS exige terrenos de dimensões adequadas.

O município de Gravataí conta com um Hospital Geral, o Hospital Dom João Becker, que presta serviços aos SUS com contrato por produção. A instituição possui certificado de filantropia e conta com 199 leitos, sendo 125 SUS, UTI com 10 leitos, sendo 8 do SUS. Nesse contexto, está inserido uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde hospitalares e ambulatoriais em caráter de urgência e emergência e eletivos, visando a garantir o atendimento integral à população no limite de sua capacidade instalada e pactuada, fazendo parte de uma rede articulada.

2 JUSTIFICATIVA

O estudo apresenta dados e informações relevantes que poderão ser utilizadas pelo gestor público para analisar a possível mudança do modelo de atendimento hoje existente na estrutura física do atual pronto atendimento municipal após a construção das duas UPAs.

Considerando a construção de duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no município de Gravataí, o modelo clínico na atual estrutura onde está inserido o PAM poderá ser revista, uma vez que a cidade passa a ser contemplada com duas UPAs, em locais distintos - uma na região norte e outra na região sul da cidade. Portanto, considerando o papel proposto pela UPA, que é desafogar a porta de entrada do hospital, e a demanda de atendimentos do PAM durante o ano de 2013, é justificável a necessidade de permanência desse serviço com o mesmo modelo clínico de atendimento após a construção de duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA)?

Considerando o número de habitantes, portas de entrada existentes, portarias e diretrizes do Ministério da Saúde, é necessário pensar as possibilidades da ocupação da área física do atual PAM por outro serviço de acordo com as necessidades da população, cabendo ao gestor o planejamento e a otimização de recursos.

3 CONTEXTO DO ESTUDO

No município de Gravataí, há demanda na área de especialidades médicas, porém é necessário descrever a demanda de atendimentos do Pronto Atendimento Municipal, sistematizando de acordo com os Serviços de Saúde os quais o usuário está adscrito.

3.1 Os usuários e o Sistema Único de Saúde

Passados 25 anos da Lei 8.080, das conferências do nascimento do sistema nacional de saúde, o SUS, a dignidade não está mais representada por uma carteira que comprove a contribuição à previdência social. O Sistema Único de Saúde acolhe a todos que buscam de alguma forma atendimento, seja ele individual ou coletivo.

Conforme Pierantoni (2008), o maior programa de inclusão social do mundo, o SUS desenvolveu-se ao longo desses 20 anos, independentemente de governos e partidos políticos, expansões e contrações no seu financiamento ou mudanças de modelo na gestão governamental. Tem como base a descentralização e participação social em seu modelo primeiro de gestão, o que tem representado um constante aprendizado institucional na configuração do Estado democrático brasileiro em seu desenho federativo. A porta de entrada dos usuários de serviços de saúde com frequência tem sido os serviços de Pronto Atendimento ou emergências de hospitais. Muitos desses usuários apresentam quadros clínicos que, segundo a equipe de assistência, são considerados leves ou moderados, que poderiam ser resolvidos, muitas vezes, em serviços de saúde próximos da residência dos usuários, como, por exemplo, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou unidades de Estratégia de Saúde da família (ESF). Segundo Marques (2007), os usuários procuram os serviços hospitalares de urgência como uma das alternativas de acesso, pois entendem que eles reúnem um somatório de recursos, como consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, que os tornam mais resolutivos.

O decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei 8.080, definiu portas de entrada como serviços de atendimento inicial à saúde do usuário

no SUS. As UBS são a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para hospitais. A expansão das UBS tem o objetivo de descentralizar o atendimento, dar a população proximidade ao acesso dos serviços de saúde e desafogar os hospitais (BRASIL, 2015).

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem alcançando grande espaço no cenário mundial como importante estratégia para aperfeiçoamento dos processos de trabalho dos serviços de saúde. APS representa o primeiro nível do contato dos usuários, da família e da comunidade com o SUS, constituindo o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (BRASIL, 2010). Para organizar a APS, o Ministério da Saúde prioriza como política de estado a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é composta por um conjunto de profissionais: médico, enfermeiro, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde e é uma estratégia de eficiência comprovada, responsável pela redução de indicadores de melhoria da saúde da população brasileira. Nela as equipes devem atuar de forma articulada com os demais níveis de atenção do sistema de saúde do município (BRASIL, 2005).

O município pode ser dividido em diversos territórios para implementação das áreas de abrangência das equipes de UBS e ESF. Território é um espaço vivo geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em razão de identidades comuns, sejam elas culturais, sociais ou outras (BRASIL, 2005). O distrito sanitário como unidade operacional mínimo do sistema de saúde conta com uma rede de serviços de saúde adequada às características epidemiológicas da população distribuída em seu interior (GONDIM *et al*, 2015).

Segundo Martins *et al* (2007), entender a lógica do usuário na escolha do atendimento de emergência em situações tecnicamente não emergências trata-se de um assunto desafiador e relevante. O autor ressalta que o conceito de emergência pode ser diferente para quem o percebe. Para o usuário, a presença de dor, cefaleia, febre, náuseas ou até mesmo uma alergia pode representar uma situação de urgência. Em outro estudo, Minayo & Deslandes (2008) expõem que a população possui critérios específicos a partir de valores próprios para julgar o que seja uma urgência, e esses parâmetros nem sempre ou, na maioria das vezes, se assemelham aos dos profissionais de saúde.

O emprego inadequado dos serviços de emergência é prejudicial para os usuários em estado grave, que necessitam de atendimentos adequados. O acesso à atenção primária reduz o uso inadequado de serviços de emergência apenas se o usuário tiver rápido acesso ao atendimento de urgência nessa esfera de atendimento. O atendimento adequado nos níveis básicos de atenção à saúde é fundamental, destacando a necessidade de sobrepujar a deficiência numérica, a organização fragilizada e os recursos escassos para esse nível de atenção (MACHADO *et al*, 2011).

Conforme observado, o sistema nacional de saúde, em determinados momentos, carece de organização dentro de suas estruturas. O Ministério da Saúde vem identificando, nos últimos anos, os problemas existentes no sistema para aperfeiçoar os processos assistenciais, implantar uma série de políticas públicas na área da saúde, além de buscar o fortalecimento da Atenção Primária a ampliação da Estratégia Saúde da Família, merecendo destaque a Política Nacional de Atenção às Urgências.

3.2 Perspectivas futuras para a Rede de Urgência e Emergência

Em 2003, foi implantada a Política Nacional de Atenção às Urgências através da Portaria Ministerial nº 1.863 MS/GM em 29 de setembro de 2003. No intuito de organizar o processo assistencial com enfoque na urgência e emergência, surgiram outras portarias que regulam uma série de serviços, como o SAMU (Portaria 1.864 MS/GM de 29 de setembro de 2003), as portas de entrada hospitalares da urgência e emergência e as unidades de pronto atendimento 24h (Portaria 2.048 de novembro de 2002). Porém, muitas vezes, os excessos normativos não são garantia de acesso mais resolutivo para os usuários.

De acordo com estudo de Garlet *et al* (2009), nos últimos anos, o sistema brasileiro de atenção às urgências tem apresentado avanços em relação à definição de conceitos e incorporação de novas tecnologias visando à organização do atendimento em rede. Nesse sentido, espera-se que a população acometida por agravos agudos seja acolhida em qualquer nível de atenção do sistema de saúde, de modo que tanto a atenção básica quanto os serviços especializados devem estar preparados para o acolhimento e encaminhamento de pacientes para os demais

níveis do sistema quando esgotarem-se as possibilidades de complexidade de cada serviço.

Porém a atenção às urgências tem ocorrido, predominantemente, nos serviços hospitalares e nas unidades de pronto atendimento abertos 24 horas. Esses serviços respondem por situações que vão desde aquelas de sua estrita responsabilidade, bem como um volume considerável de ocorrências não urgentes que poderiam ser atendidas em estruturas de menor complexidade.

A Portaria Nº 342 MS/GM de 4 de março de 2013 redefiniu as diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24h não hospitalares da rede de atenção às urgências.

As Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA) são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar (tabela 1), devendo funcionar 24 horas por dia todos os dias da semana e compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos. Devem ter como objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em suas condições clínicas e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, para os serviços da atenção básica ou especializados ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletiva da população (BRASIL, 2013b).

As unidades de pronto atendimento 24h estão apresentadas e definidas em três portes, conforme o quadro 1.

Quadro 1. Porte das Unidades de Pronto Atendimento

| UPA 24h | População da área de abrangência | Área física mínima | Atendimentos médicos em 24h | Nº mínimo de médicos por plantão | Nº mínimo de leitos de observação | Investimento (milhões) |
|-----------|----------------------------------|--------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| Porte I | 50 a 100 mil habitantes | 700 m2 | Até 150 | 2 | 7 | 1,4 |
| Porte II | 100 a 200 mil habitantes | 1000 m2 | Até 300 | 4 | 11 | 2 |
| Porte III | 200 a 300 mil | 1300 m2 | Até 450 | 6 | 15 | 2,6 |

Fonte: Seminário Nacional da Rede de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde. Brasília, 2012.

A Portaria Ministerial MS/GM Nº 1.171, de junho de 2012, dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento e ampliação no âmbito do componente unidade de pronto atendimento e dos conjuntos de serviços de urgência 24 horas da rede de Atenção às Urgências e Emergências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Segundo a portaria, é considerada *UPA Nova* a Unidade de Pronto Atendimento construída com recursos do incentivo financeiro de investimento para construção e *UPA Ampliada* a Unidade de Pronto Atendimento constituída a partir do acréscimo de área a estabelecimento de saúde já existente e cadastrado no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

As propostas para implantação da UPA 24h devem ser submetidas à análise prévia e aprovação de saúde do município sede e pactuada na Comissão Intergestores Regional e Comissão Intergestores Bipartide. Não há mais como ampliar e ofertar serviços sem o planejamento adequado alicerçado em dados e indicadores, pois isso é imprescindível para o planejamento e organização da rede de saúde e o sistema (Portaria GM/MS, Nº. 2048 de 5 de Novembro de 2002).

Com a publicação do Projeto Saúde Brasil 2030 elaborado por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, que compõe as Diretrizes para a Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro, projetando cenários possíveis frente aos desafios que o SUS deverá enfrentar (FIOCRUZ, 2012), será necessário ao gestor conhecer os serviços e seus indicadores antes da tomada de decisão.

Há necessidade de que a gestão aprimore seus processos. Nesse sentido os indicadores permitirão análises quantitativas ou qualitativas. Assim deve-se sempre observar que os critérios qualitativos oferecem informação, mas, muitas vezes, subjetiva e intangível, entretanto as avaliações quantitativas em geral estão alheias à subjetividade e pressupostos daqueles que realizam a medição. Esses indicadores, na imensa maioria, utilizam procedimentos padronizados, com base em matemática (FERRARI, 2005).

A proposta por indicadores é usada para analisar dados para clarificar os resultados e rendimentos de processos. Os indicadores de resultados são geralmente objetivos e facilmente capturados pela coleta de dados, mas, em geral, refletem o que já aconteceu em outro período, tendo dificuldade em apoiar decisões atuais. Conforme Ferrari (2005), são enumerados como indicadores de resultados a taxa de óbito segundo risco de base, o número de exames normais/total exames, taxa de mortalidade do serviço de emergência, a taxa de mortalidade evitável,

frequência de acidentes de trabalho, a taxa de erro de diagnóstico e índice de reconsultas, que são subsidiados pelos indicadores de desempenho e qualidade assistencial. Infelizmente, muitos serviços carecem do uso de indicadores nos seus processos de gestão.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral:

Descrever a demanda de atendimentos do PAM durante o ano de 2013 visando a avaliar a necessidade de permanência desse serviço com o mesmo modelo clínico de atendimento após a construção de duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

4.2 Objetivos Específicos:

- a) Identificar o número de usuários de acordo com os bairros do município e a inserção dos serviços de saúde nesses bairros;
- b) Sistematizar o perfil dos atendimentos prestados no momento de maior demanda.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O referencial teórico foi fundamentado a partir do manual instrutivo da rede de atenção às urgências do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), demais legislações referentes à política de urgência e emergência e dados do departamento de atenção primária da Secretaria Municipal da Saúde de Gravataí. Também foram consultados artigos da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scielo* e *Google Scholar* a partir da busca dos termos “urgência e emergência”, “serviços médicos urgência/emergência”, “medicina de urgência/emergência”.

A motivação para o tema apresentado originou-se do exercício funcional do autor na construção coletiva da política de urgência e emergência no município de Gravataí.

Trata-se de um estudo transversal, exploratório-descritivo, com coleta de dados retrospectiva e com abordagem quantitativa. Os estudos transversais caracterizam-se por serem estudos relativamente rápidos, que consomem poucos recursos do pesquisador, possibilitando obter um recorte momentâneo do fenômeno investigado (JUNG, 2003).

A coleta de dados foi realizada a partir dos boletins de atendimentos ambulatoriais do PAM, Boletim de Produção Ambulatorial e dados da Secretaria Municipal de Saúde durante o ano de 2013. A população do estudo consiste em 91.165 mil atendimentos realizados no ano de 2013 e a amostra foi obtida a partir da análise dos dados colhidos nos 59 dias de maior demanda.

Também foram realizadas visitas às Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Estratégia de Saúde da Família do município com a finalidade de conhecer a realidade desses serviços no momento da pesquisa.

Por se tratar de emprego de dados secundários, houve dispensa de termo de consentimento livre esclarecido e parecer do comitê de ética. Este estudo foi apresentado para termo de concordância do gestor municipal, conforme anexo C.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente, o município de Gravataí dispõe de 26 serviços de saúde, compostos por quinze Unidades Básicas de Saúde (UBS) e onze Unidades de Saúde da Família (USF). Elas estão distribuídas em quatro Distritos Sanitários (DS), que são estruturas administrativas e também espaços de discussão e práticas, onde são operacionalizadas as estratégias da atenção básica do município, conforme apresentado na tabela 1. As UBS possuem equipes multidisciplinares que incluem clínico geral, pediatra, ginecologista, odontólogo, enfermeiro e equipe de enfermagem. A ESF visa à reversão do modelo de assistência vigente no qual predomina o atendimento emergencial ao doente.

Tabela 1. Dados demográficos dos distritos sanitários de Gravataí.

| Distrito Sanitário | Serviços de Saúde | População | Total da população |
|---------------------------|--------------------------|------------------|---------------------------|
| Centro | UBS Centro | 15404 | 92.096 |
| | UBS Vila Aliança | 12773 | |
| | UBS Parque dos Anjos | 13935 | |
| | USF Santa Cecília | 2553 | |
| | USF Barro Vermelho | 9769 | |
| | USF Granville | 6053 | |
| | UBS Itatiaia | 6900 | |
| | USF Aristides Dávila | 6944 | |
| | USF Nova Conquista | 7182 | |
| | USF Érico Veríssimo | 10593 | |
| Rural | USF Neópolis | 6479 | 28.063 |
| | USF Itacolomi | 6457 | |
| | USF São Marcos | 2651 | |
| | USF Csta do Ipirinaga | 5411 | |
| | USF Morungava | 7065 | |
| Sul | UBS Cohab A | 18000 | 74.575 |
| | UBS Cohab B | 10000 | |
| | UBS Cohab C | 10525 | |
| | UBS São Judas Tadeu | 26070 | |
| | UBS Princesa Isabel | 9980 | |
| Norte | UBS São Geraldo | 10816 | 85.857 |
| | UBS Bonsucesso | 16000 | |
| | UBS Vera Cruz | 8931 | |
| | UBS Vila Branca | 9654 | |
| | UBS Morada do Vale | 20000 | |
| | UBS águas Claras | 20456 | |
| Total da população | | | 280.587 |

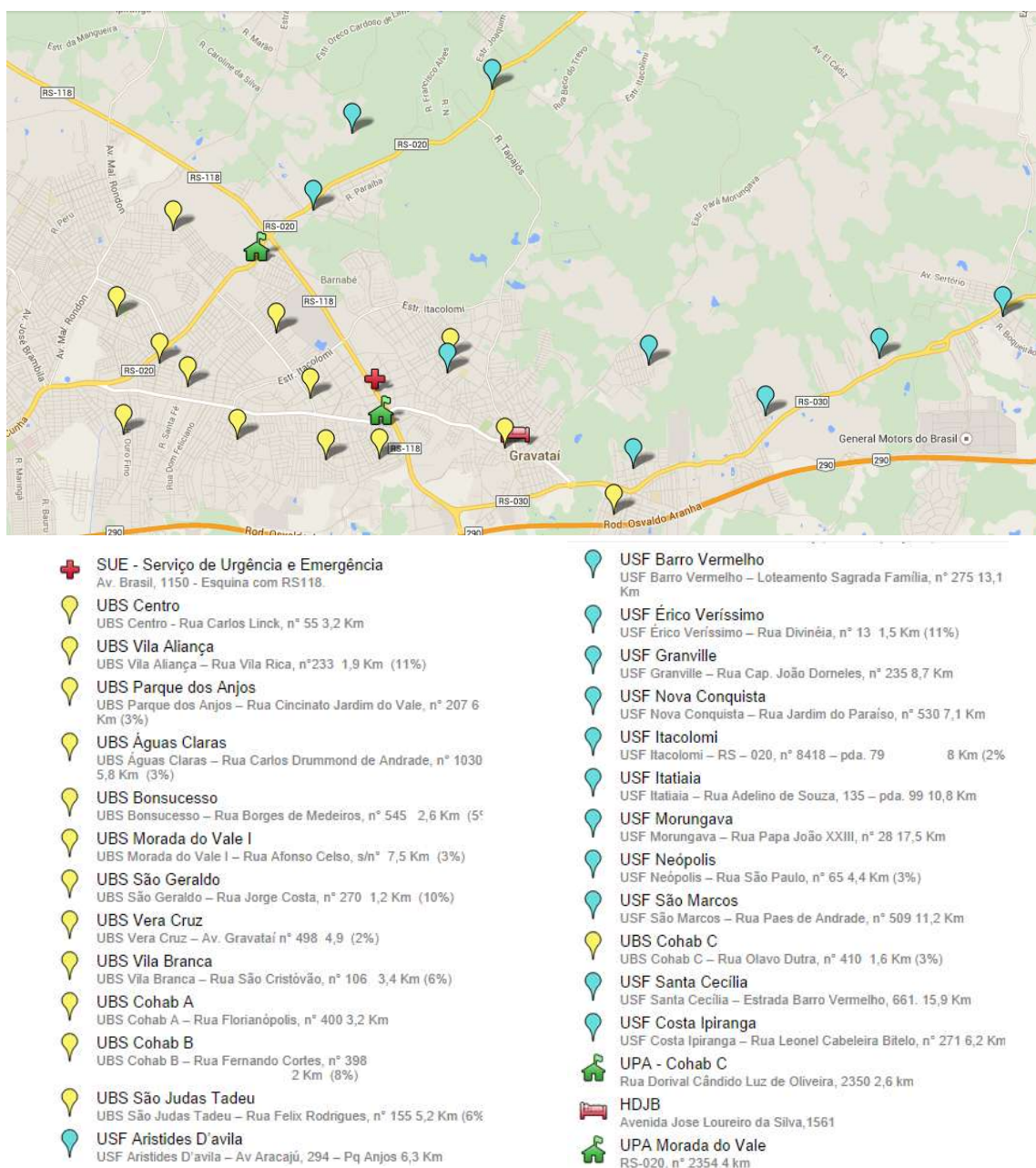
Fonte: Departamento de Atenção Básica. Secretaria Municipal de Saúde de Gravataí/RS, 2014.

Na tabela 1, pode-se observar a distribuição dos serviços de saúde nos respectivos distritos sanitários da cidade de Gravataí. Divisão esta que iniciou no

ano de 2005 quando a Secretaria Municipal de saúde buscou organizar as ações e serviços de saúde nos espaços geográficos definidos.

Na figura 1, pode-se observar a distribuição geográfica dos serviços de saúde acima citados, bem como o Pronto Atendimento Municipal, o Hospital Dom João Becker e a localização futura das duas UPAS porte II plotados no *goole maps*.

Figura 1. Localização geográfica dos serviços de saúde de Gravataí.



Em visita realizada aos serviços de saúde do município, percebeu-se a dedicação dos profissionais de saúde nos processos assistenciais e acolhimento dos usuários. Foi possível identificar serviços procurando adequar ações diante das necessidades e muitos desafios. Dentre eles, a precariedade da estrutura física das UBS, muitos em imóveis antigos sem manutenção adequada, alguns locados e adaptados, não oferecendo ambiência e acessibilidade para os trabalhadores e os usuários. Observou-se, também, a falta de profissionais médicos e de outras categorias evidenciando a problemática dos recursos humanos que hoje não contempla as estruturas existentes, ou seja, os serviços de saúde em funcionamento, porém sem os profissionais para atender.

Também se pode perceber na figura 1 um importante número de serviços de saúde próximos ao pronto atendimento 24h e às instalações das futuras UPAs, o que sugere a possibilidade de os usuários que utilizam os respectivos serviços procurarem o serviço mais atrativo na resolução de seu problema.

O serviço foi incluído no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 17 de março de 2003 sob o número 2229978. Possui característica ambulatorial, nível de atenção média complexidade, gestão municipal e atendimento à população de demanda espontânea e referenciada. O Pronto Atendimento Municipal teve uma produção anual em 2013 de 91.165 atendimentos com uma média geral 250 atendimentos por dia (anexo B). Observou-se que em 59 dias do ano houve maior procura pelo serviço, com número de atendimentos acima de 300 em 24h. Nesses dias, houve aumento da demanda chegando ao pico de 393 atendimentos em 24h. Esse foi o dia de maior procura do ano, uma quinta-feira antevéspera de feriado, dia 12 de outubro.

Com base nos 19.517 usuários que procuraram o serviço nos dias de maior movimento, buscou-se identificar o número de usuários de acordo com os bairros de origem e o perfil dos atendimentos prestados quanto ao tipo de demanda.

Um dado que chamou a atenção na pesquisa foi que os dias de maior demanda no serviço ocorreram na segunda-feira, revelando a alta procura por consultas.

Examinando a tabela 2, constatou-se que 29% dos usuários que procuraram o serviço nos dias de maior demanda residem na área territorial pertencente ao Distrito Sanitário Norte onde existem seis UBS, seguido pelo Distrito Centro com 19% dos atendimentos, onde há cinco USF e três UBS. Em seguida, vem o distrito

sul com 14% dos atendimentos, onde há cinco UBS. Por fim, o distrito rural que conta com cinco USF representou 3% dos atendimentos. Demais territórios com serviço de saúde tiveram índice menor que 2% no número de usuários que procuraram o serviço.

Tabela 2. Frequência de atendimentos realizados no PAM segundo o serviço de saúde de origem (n=19.517).

| Serviço de Saúde | Impacto nos atendimentos PAM (%) | Distância geográfica do PAM (Km) |
|-------------------------|---|---|
| Érico Veríssimo | 11,0 | 1,5 |
| São Geraldo | 10,0 | 1,2 |
| Outras cidades* | 9,0 | - |
| Coahb B | 8,0 | 2,0 |
| Vila Branca | 6,0 | 4,4 |
| São Judas | 6,0 | 5,2 |
| Bonsucesso | 5,0 | 2,6 |
| Vila Aliança | 5,0 | 1,9 |
| Morada do Vale I | 3,0 | 7,5 |
| Parque dos Anjos | 3,0 | 6,0 |
| Águas Claras | 3,0 | 5,8 |
| Neópolis | 3,0 | 4,4 |
| Vera Cruz | 2,0 | 4,9 |
| Cohab C | 2,5 | 1,6 |
| Centro | 2,0 | 3,2 |
| Cohab A | 2,0 | 3,2 |
| Costa do Ipiranga | 2,0 | 6,2 |
| Aristides D' Ávila | 2,0 | 6,3 |
| Nova Conquista | 2,0 | 7,1 |
| Itacolomi | 2,0 | 8,0 |
| Granville | 2,0 | 8,7 |
| Itatiaia | 2,0 | 10,8 |
| São Marcos | 2,0 | 11,2 |
| Barro Vermelho | 2,0 | 13,1 |
| Santa Cecília | 2,0 | 15,9 |
| Morungava | 2,0 | 17,5 |

*Atendimentos a usuários de Alvorada, Viamão, Canoas, Cachoeirinha, Santo Antônio da Patrulha, Glorinha, Tramandaí, Taquara, Sapucaia do Sul, São Leopoldo e Porto Alegre originários do SAMU ou quando o usuário exerce atividade profissional na cidade.

Observou-se na pesquisa que os usuários com UBS ou ESF na proximidade de suas residências optam em buscar atendimento no PAM, como, por exemplo, a USF Érico Veríssimo que, no período da pesquisa, contribuiu com 11% do total dos atendimentos em dias de pico, estando localizada a 1,5 km do PAM.

O distrito rural que possui o maior número de USF apresentou o menor número de usuários com procura pelo PAM. O referido distrito também possui a maior distância geográfica do PAM.

Considerando os 19.517 dos boletins de Atendimento Ambulatorial referentes aos dias de maior demanda no serviço, constatou-se que 49% dos atendimentos foram demandados ao clínico geral, 23% ao pediatra, 16% ao traumatologista, 6,5% ao cirurgião, e 5,5% ao odontólogo, conforme apresentado na tabela 3. Verificou-se que apenas 2,74%, ou seja, 534 boletins de atendimento ambulatoriais foram gerados como uma urgência/emergência, atendimentos estes, em sua maioria, gerados pelo SAMU, Polícia Rodoviária Estadual (PRE) ou encaminhamentos de serviços municipais de saúde (UBS e ESF). Esses atendimentos foram diagnosticados como sendo infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e traumas (acidentes de trabalho, acidentes de trânsito e violências).

Tabela 3. Frequência e percentual de atendimentos realizados no PAM em 2013, de acordo com o tipo de serviço médico utilizado nos dias de maior demanda.

| Serviço médico | N ° usuários | Demanda (%) |
|----------------|--------------|-------------|
| Clínica geral | 9563 | 49,0 |
| Pediatria | 4488 | 23,0 |
| Traumatologia | 3122 | 16,0 |
| Cirurgia | 1268 | 6,5 |
| Odontologia | 1073 | 5,5 |

Outra constatação na pesquisa foi o número importante de solicitações de exames de diagnóstico laboratorial e de imagem observado nos boletins de atendimento ambulatorial. Isso fortalece o que já foi identificado por Gomide *et al* (2012) no trabalho “*Acessibilidade e demanda em uma unidade de pronto atendimento: perspectiva do usuário*”, pois, segundo a autora, a população valoriza o uso das tecnologias na resolução de suas necessidades. Isso provavelmente pode ser uma das causas de incentivo aos usuários para procurarem o PAM.

Uma questão perceptível na pesquisa é que o PAM tornou-se sinônimo de resolução para os usuários. Conforme Gomide *et al* (2012), as pessoas buscam o pronto atendimento, pois o serviço atende às necessidades da população que não encontra resposta rápida nos demais serviços da rede. Segundo a autora, ao

analisar as demandas de usuários em serviços de pronto atendimento, pode-se verificar que esse serviço atua como porta de ingresso no sistema de saúde. Os usuários aprendem a utilizar o serviço de saúde conforme suas necessidades, e suas escolhas emergem das suas vivências bem como da construção coletiva das mesmas.

Embora o modelo clínico do PAM seja voltado à urgência e emergência assim como constatado em outros municípios (ALVES, 2014), essa situação está muito relacionada à desorganização do sistema, à resolutividade da atenção primária e à falta de acesso às políticas públicas - o que provoca a superlotação do serviço.

Observou-se na pesquisa, mesmo considerando a distância geográfica, que o distrito Rural com maior número de unidades de Estratégia de Saúde da Família (cinco ESFs) foi aquele em que o menor número de usuários buscou atendimento no PAM (11%). E outro dado relevante apresentado na pesquisa demonstra que, apesar da sobrecarga na demanda do PAM, apenas 2,74% daquelas que procuram o serviço estariam efetivamente em situação de urgência e emergência. Conforme Barros (2007), em média 85%, das demandas e ações nos serviços de saúde podem ser resolvidos no primeiro nível de atenção. Por outro lado, a maior parte dos atendimentos realizados nos serviços de urgência e emergência é de situações ambulatoriais. A autora acredita que a procura por atendimento em qualquer serviço de saúde é a procura por alívio de um sofrimento representado no corpo e destaca que o sofrimento é sempre, além de tudo um sofrimento do corpo engajado no mundo e nas relações com os outros, portanto esse conceito embasa a ideia de que a população endereça ao serviço de saúde uma demanda de cuidado a partir do seu sofrimento. Frente às considerações, são levantadas algumas hipóteses pela autora:

1. O “imaginário” popular tende a considerar que a “resolução de seu sofrimento” é obtida pelo trinômio hospital-exame-medicamento. A população considera que o serviço de emergência do hospital é o local para resolução de seu sofrimento, pela possibilidade de acesso a medicamentos, serviços laboratoriais e de RX, caso necessário, pelo acesso a medicamentos injetáveis, geralmente de efeito mais rápido. Portanto tende a procurar mais por esse tipo de serviço, por julgar reunir as possibilidades de solucionar seu problema de saúde em menor espaço de tempo e com maior resolutividade.

2. As unidades de saúde da família estão de portas fechadas para atendimento aos casos agudos e organizadas para atividades pragmáticas.

3. As unidades de saúde da família não são capazes de vínculos sólidos com as famílias e os indivíduos em risco (orgânico subjetivo e social), porque não se responsabilizam pela população que atendem. (BARROS, D.M., 2007. p. 19 e 20)

Segundo Kuschnir (2010), a definição do que seriam casos de urgência e emergência varia e é pouco precisa. De forma geral, as emergências são definidas como “[...] condições de agravo à saúde que implique risco iminente de vida ou sofrimento intenso exigindo, portanto, tratamento médico imediato [...]” e as urgências como “[...] a ocorrência imprevista de agravo com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata [...].” (CFM 1995).

Sabe-se que a quase totalidade dos usuários de serviços de saúde não pensa assim, prevalecendo o senso comum. Embora o respectivo trabalho não tenha o foco de classificar o risco de cada atendimento, observou-se que aquilo que o usuário busca é resolutividade, ou seja, urgência ou emergência no senso comum não importa, é algo singular em que todos têm a sua urgência e a sua emergência, seja por dor, ou qualquer outro desconforto que altere a sua vida normal. Existe uma cultura em nossa sociedade e acredita-se que, no município de Gravataí, não seja diferente, de que o serviço de urgência ou hospital “resolve o problema”.

Outra questão que deve ser registrada é o impacto de nomenclaturas utilizadas para definir os serviços de saúde, como no caso da Unidade Básica de Saúde. Com esta definição, estamos dizendo ao usuário que o serviço é “básico”. Diante disto, o próprio serviço recebe carinhosamente o apelido “postinho de saúde”. Quem imagina resolver um problema de saúde em um local que recebe esta denominação? Da mesma forma, ao referir-se à Atenção Básica em Saúde, é necessário, de maneira pedagógica, passar a instruir nossa população a nos referirmos às portas de entrada do nosso Sistema Único de Saúde de como Atenção Primária em Saúde. E nesse processo pedagógico, criar uma cultura de que estamos falando de serviços de saúde, dentro da atenção primária, ou seja, a unidade de saúde ou uma unidade de estratégia de saúde da família.

Precisamos vincular os usuários aos nossos serviços da mesma forma que eles estabelecem vínculo com o seu líder religioso, com o dono da padaria, com o dono do açougue, com a diretora da escola, dentre outros, pois assim como ele não precisa ir comprar pão em um supermercado, ele também não precisa resolver suas demandas de saúde em um pronto atendimento ou em um hospital.

Como observado na pesquisa, a maioria dos usuários, mesmo assistida por uma unidade de saúde com cobertura da ESF, buscou atendimento no PAM, e, segundo Barros (2007), essa questão sugere problemas na organização da rede de saúde do processo de trabalho e do cuidado. O Ministério da Saúde vem propondo

nos últimos anos a organização de redes de atenção, das quais a maioria tem a Atenção Primária em Saúde como ordenadora das redes. Diante disso, fica clara a necessidade do fortalecimento da atenção primária, e esse fortalecimento se dá pela priorização de investimento na área, tanto em recursos humanos quanto estrutura física.

Diante do exposto, é preciso desenvolver e amadurecer o conceito do trabalho em rede. É necessária a participação do controle social com o interlocutor dos serviços de saúde com a população, deixando claro à população o papel de cada serviço existente no município.

Constata-se a necessidade de ampliar a cobertura da atenção primária em saúde no município fortalecendo a estratégia de saúde da família. A efetivação dos processos assistenciais mais inclusivos nas UBS é dificultada pelo excesso de população atendida por cada serviço, que, em alguns casos, ultrapassa o recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica. A baixa cobertura populacional estimada da atenção básica reflete diretamente nos serviços que independente dos esforços não conseguem atender satisfatoriamente às demandas da população. Observa-se que a consolidação da territorialização e da regionalização das unidades tradicionais constitui um desafio, que apenas será viável com a construção de novos serviços de saúde com foco na atenção primária em saúde.

O município de Gravataí precisa adequar o número de recursos humanos da área assistencial à oferta de serviços que hoje possui, reorganizar os processos de trabalho e promover a comunicação nos diversos pontos de sua rede de atenção à saúde. O melhor investimento na porta de entrada de urgência e emergência será a ampliação da Atenção Primária em Saúde com fortalecimento da Estratégia de Saúde da família, a melhoria das estruturas existentes e não apenas a aberturas de duas novas portas de entrada para urgência e emergência.

O município de Gravataí possui uma importante estrutura de pronto atendimento 24h. Observando o CNES e em visita presencial ao serviço, foi constatada diferença entre os dados apresentados no CNES e o realmente existente. Porém a visita permitiu aprimorar a interpretação frente à proposta das UPAs 24h. A população do município de Gravataí é de aproximadamente 255 mil habitantes, o número de leitos de observação do PAM é maior que 20. O PAM possui características que o tornam melhor que uma UPA porte III (tabela 1, página

17). Se uma UPA porte III fosse construída hoje, provavelmente não teria a estrutura e oferta de serviço como PAM possui atualmente. Observou-se que a ampliação do PAM transformando-o em uma UPA III, alinhado as diretrizes do Ministério da Saúde, teria viabilidade.

No entanto houve momento em que a administração pública optou pela construção duas novas UPAs porte II com capacidade de até 300 atendimentos em 24h, com onze leitos de observação. As referidas UPAs estarão em duas regiões distintas da cidade, norte e sul, regiões que possuem serviços de saúde (UBS e ESF) que necessitam de maiores estruturas e recursos, regiões que precisam ampliar a cobertura da Atenção Primária à Saúde.

Como existem no município três serviços de pronto atendimento 24h, considerando as duas UPAs e o atual PAM, pode-se projetar uma média de 850 atendimentos em 24h, se for utilizado o dado obtido na pesquisa de 2,74% de atendimentos em reais situações de urgência e emergência. Logo serão 23 atendimentos nos três serviços. Com isso, é questionável a decisão tomada quanto à construção de duas UPAs porte II. Porém a Portaria N° 1.101/GM, de 12 de junho de 2002, do Ministério da Saúde que apresenta parâmetros assistenciais do SUS, refere como parâmetro 15.0% do total de consultas médicas programadas como *consulta médica de urgência e emergência* e a média brasileira 26.88%, justificando a decisão tomada pela administração.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação ao objetivo específico *a - Identificar o número de usuários de acordo com os bairros do município e a inserção dos serviços de saúde nesses bairros* - este estudo encontrou uma população de aproximadamente 280 mil habitantes distribuídos em cinco distritos sanitários com número total de 26 serviços de saúde. Identificou-se que os usuários que procuraram o serviço de PAM nos dias de maior demanda pertencem, respectivamente, 29% ao Distrito Norte, onde existem seis UBS, 19% ao Distrito Centro, com cinco USF e três UBS, 14% ao Distrito Sul, com cinco UBS, e 3% ao Distrito Rural, com cinco USF.

Em relação ao objetivo específico *b - Sistematizar o perfil dos atendimentos prestados no momento de maior demanda* – observou-se que 49% dos atendimentos foram demandados à clínica geral, 23% à pediatra, 16% à traumatologia, 6,5% ao cirúrgica, e 5,5% à odontologia. Também observou-se que apenas 2,74%, ou seja, 534 boletins de atendimento ambulatoriais, foram gerados como uma urgência/emergência.

Em relação ao objetivo geral - *Descrever a demanda de atendimentos do PAM durante o ano de 2013 visando a avaliar a necessidade de permanência desse serviço com o mesmo modelo clínico de atendimento após a construção de duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA)* – e a partir da observação dos dados de atendimento realizados no ano de 2013 no PAM, nas características desse serviço de saúde e das UPAs, e o estabelecido pela Portaria N° 1.101/GM de 12 de junho de 2002, a referida pesquisa conclui que as UPAs em construção e o PAM contribuirão de forma concomitante para reordenar a rede de saúde do município de Gravataí, projetando-se a Rede Municipal de Urgência e Emergência articulada com as esferas estadual e federal.

Os dados reforçam a necessidade de ampliar a cobertura da atenção primária a partir das unidades de Estratégia de Saúde da Família, ampliar o quadro de recursos humanos e rever as estruturas hoje existentes, pois o melhor investimento na área de urgência e emergência é o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, P.B. **Procura por assistência à saúde em Porto Alegre de uma região ampliada em Saúde**. Dissertação de mestrado em Saúde e Enfermagem. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

BARROS, D.M. **Demanda de pronto atendimento ao serviço de emergência de um hospital geral em um município coberto pela Estratégia de Saúde da Família: o caso Quissamã**. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2007.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Brasília, 1988.

_____. **Lei N° 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Congresso Nacional. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS, N° 1.101 de 12 de junho de 2002**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS, N° 2048 de 5 de novembro de 2002**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde **Portaria GM/MS, N° 1.863 de 29 de setembro de 2003**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde **Portaria GM/MS, N° 1.864 de 29 de setembro de 2003**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: Garantindo a Saúde nos municípios**. CONASEMS. Brasília, DF. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Melhoria Contínua da Qualidade na Atenção Primária: Conceitos Métodos e Diretrizes**. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de atenção Básica. Série B – Textos Básicos da Saúde. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto 7.508 de 28 de junho de junho de 2011**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde **Portaria GM/MS, N° 1.163 de 6 de agosto de 2012**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS, N° 1.171 de 5 de junho de 2012**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de saúde (SUS)**. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Reflexões aos novos Gestores Municipais de Saúde 2013-2016**. CONASEMS. 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS, N° 342 de 4 de março de 2013**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras Estratégias da SAS**. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>.

_____. Portal Brasileiro de Dados abertos. **Unidades Básicas de Saúde – UBS**. Ministério da Saúde. Disponível em <http://dados.gov.br/dataset/unidades-basicas-de-saude-ubs>, 2015. Acessado em 31 de março de 2015.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº1451**. 10 de março de 1995.

CNM. Confederação Nacional de Municípios. **Saúde na Gestão Municipal**. Brasília, 2013.

FERRARI, A.D. Desenvolvimento de um Sistema Gerencial de Controle Assistencial para Serviços de Emergência Hospitalares. Uma proposta integrando indicadores de qualidade e desempenho. 2005. **Trabalho de conclusão de curso**. Escola de Administração. UFRGS. Porto Alegre, 2005. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12344?locale=pt_BR>. Acesso em: setembro 2014.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de Saúde brasileiro**. Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2012.

GARLET, E.R., LIMA, M.A.D.S., SANTOS, J.L.G., MARQUES, G.Q. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enferm**. v.18, n.2, p.266-272, abril-jun. Florianópolis, 2009.

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

GONDIM, Grácia M. et al. **O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização**. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf

GRAVATAÍ (RS). Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2014.

JUNG. C.F. **Metodologia científica: ênfase em pesquisa tecnológica**. 3ª Ed. 2003. Disponível em: <<http://www.mecanica.ufrgs.br/promec/alunos/download/metodolo.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2014.

KUSCHNIR, R.C.; CHORNY, A.H.; LIRA, A.M.L. **Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde**. 180 p. Departamento de Ciências da Administração. UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2010.

MACHADO, C.V.; SALVADOR, F.G.F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Análise da Política Brasileira. **Revista de Saúde Pública**. v. 45, n.3, p.519-528. Jun. 2011.

MARQUES, GQ; Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v.15, n.1, p.13 -9. Jan-Fev. 2007.

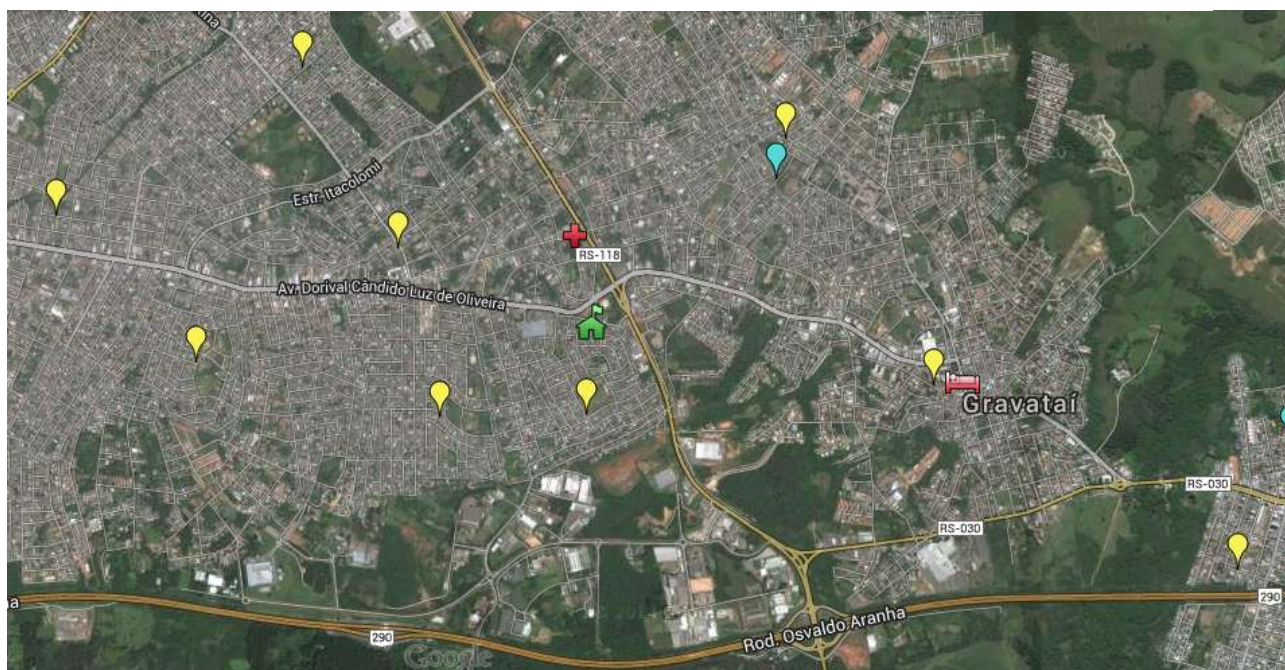
MARTINS, H. S.; DAMASCENO, M.C.T.; AWADA, S.B. (Ed). **Pronto Socorro: condutas do hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. São Paulo: Manole. 2007

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.24, n.8., p.1877-1886. Ago. 2008.

PIERANTONI, C.R. 20 anos do sistema de saúde brasileiro: o Sistema Único de Saúde. **Revista Physis**. v.18, n.4. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000400002>>. Acesso em: 2 nov. 2014.

ANEXO A

Localização geográfica do Pronto Atendimento Municipal de Gravataí.



ANEXO B

Atendimentos realizados pelo Pronto Atendimento Municipal no ano de 2013.

| | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total | Média |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|
| 01 | 136 | 249 | 255 | 337 | 234 | 170 | 273 | 299 | 201 | 280 | 261 | 249 | 2.944 | 245 |
| 02 | 275 | 193 | 224 | 277 | 301 | 182 | 274 | 247 | 331 | 253 | 226 | 370 | 3.153 | 263 |
| 03 | 310 | 156 | 166 | 288 | 236 | 281 | 275 | 220 | 261 | 301 | 233 | 324 | 3.051 | 254 |
| 04 | 295 | 288 | 283 | 247 | 229 | 268 | 287 | 181 | 256 | 269 | 363 | 306 | 3.272 | 273 |
| 05 | 182 | 211 | 208 | 235 | 165 | 290 | 261 | 351 | 247 | 189 | 275 | 288 | 2.902 | 242 |
| 06 | 174 | 263 | 251 | 206 | 272 | 268 | 211 | 271 | 256 | 193 | 268 | 259 | 2.892 | 241 |
| 07 | 271 | 231 | 254 | 152 | 235 | 251 | 176 | 238 | 191 | 331 | 315 | 234 | 2.879 | 240 |
| 08 | 255 | 216 | 272 | 346 | 194 | 196 | 330 | 272 | 224 | 278 | 251 | 191 | 3.025 | 252 |
| 09 | 264 | 141 | 189 | 276 | 252 | 162 | 283 | 196 | 366 | 308 | 207 | 361 | 3.005 | 250 |
| 10 | 213 | 143 | 215 | 261 | 234 | 340 | 288 | 171 | 287 | 393 | 184 | 305 | 3.034 | 253 |
| 11 | 276 | 241 | 320 | 230 | 166 | 312 | 225 | 179 | 292 | 298 | 281 | 268 | 3.088 | 257 |
| 12 | 226 | 176 | 192 | 209 | 115 | 269 | 275 | 340 | 295 | 215 | 308 | 300 | 2.920 | 243 |
| 13 | 149 | 329 | 261 | 165 | 321 | 285 | 249 | 222 | 254 | 236 | 212 | 284 | 2.967 | 247 |
| 14 | 318 | 259 | 280 | 133 | 297 | 224 | 171 | 218 | 250 | 296 | 269 | 184 | 2.899 | 242 |
| 15 | 247 | 287 | 218 | 315 | 306 | 193 | 387 | 240 | 218 | 306 | 223 | 198 | 3.138 | 262 |
| 16 | 248 | 202 | 183 | 278 | 232 | 167 | 288 | 249 | 306 | 293 | 218 | 337 | 3.001 | 250 |
| 17 | 258 | 182 | 139 | 297 | 198 | 318 | 288 | 195 | 274 | 354 | 186 | 284 | 2.973 | 248 |
| 18 | 238 | 295 | 295 | 267 | 148 | 299 | 274 | 225 | 261 | 280 | 370 | 239 | 3.191 | 266 |
| 19 | 197 | 223 | 239 | 191 | 158 | 231 | 236 | 358 | 252 | 238 | 293 | 297 | 2.913 | 243 |
| 20 | 175 | 269 | 216 | 147 | 315 | 195 | 210 | 323 | 236 | 183 | 288 | 278 | 2.835 | 236 |
| 21 | 257 | 282 | 279 | 173 | 287 | 200 | 169 | 261 | 172 | 303 | 283 | 247 | 2.913 | 243 |
| 22 | 270 | 246 | 255 | 341 | 276 | 185 | 249 | 271 | 187 | 348 | 285 | 213 | 3.126 | 261 |
| 23 | 254 | 170 | 209 | 312 | 273 | 198 | 219 | 234 | 291 | 246 | 234 | 299 | 2.939 | 245 |
| 24 | 256 | 180 | 225 | 265 | 286 | 300 | 225 | 160 | 225 | 308 | 183 | 204 | 2.817 | 235 |
| 25 | 262 | 202 | 334 | 276 | 265 | 269 | 302 | 141 | 255 | 286 | 370 | 207 | 3.169 | 264 |
| 26 | 183 | 267 | 233 | 223 | 191 | 226 | 229 | 222 | 273 | 152 | 295 | 328 | 2.822 | 235 |
| 27 | 163 | 237 | 266 | 174 | 313 | 265 | 213 | 223 | 247 | 211 | 295 | 297 | 2.904 | 242 |
| 28 | 292 | 247 | 227 | 193 | 312 | 250 | 226 | 235 | 216 | 357 | 316 | 251 | 3.122 | 260 |
| 29 | 298 | | 186 | 352 | 227 | 202 | 377 | 288 | 209 | 330 | 263 | 208 | 2.940 | 245 |
| 30 | 270 | | 109 | 293 | 197 | 156 | 241 | 250 | 352 | 277 | 222 | 330 | 2.697 | 245 |
| 31 | 266 | | 147 | | 255 | | 244 | 224 | | 280 | | 218 | 1.634 | 233 |
| Total | 7.478 | 6.385 | 7.130 | 7.459 | 7.490 | 7.152 | 7.955 | 7.504 | 7.685 | 8.592 | 7.977 | 8.358 | 91.165 | 7.715 |
| Média | 241 | 220 | 230 | 249 | 242 | 238 | 257 | 242 | 256 | 277 | 266 | 270 | 250 | |

Legenda

| | De | Até | Quant. De dias |
|--|---------------|-----|----------------|
| | de 0 a 199 | | 72 |
| | de 200 a 299 | | 234 |
| | de 300 a 399 | | 59 |
| | de 400 a 500 | | 0 |
| | Total de dias | | 365 |

ANEXO C



**Prefeitura de
GRAVATAÍ**
Cuidar das pessoas faz uma cidade melhor.

Av. Ely Corrêa, 675 - 4º andar
P. dos Anjos – CEP: 94190-130 – Gravataí/RS
Fone: (51) 3600.7199
sms@gravatai.rs.gov.br
www.gravatai.rs.gov.br

SMS
SECRETARIA MUNICIPAL
DA SAÚDE


Gravataí, 24 de março de 2015.

À UFRGS/EA

DECLARAÇÃO

Declaramos que autorizamos o pós-graduando do curso Gestão em Saúde, **José Ricardo Agliardi Silveira** a realizar a pesquisa: "*Pronto Atendimento Municipal: perfil dos atendimentos realizados no ano de 2013*". Salientamos que a referida pesquisa foi autorizada no ano de 2013.

Atenciosamente,


Prefeitura Municipal de Gravataí
Secretaria Municipal da Saúde
Departamento de Recursos Humanos
Leandro Monteiro Borba
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenador de Recursos Humanos