

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE  
(Modalidade EAD)**

**MARIANA DARIVA DE OLIVEIRA**

**PERFIL DA DEMANDA DE ATENDIMENTOS REALIZADOS PELA UNIDADE DE  
PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE TRAMANDAÍ/RS**

**Porto Alegre  
2019**

DE OLIVEIRA

**PERFIL DA DEMANDA DE ATENDIMENTOS REALIZADOS PELA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE TRAMANDAÍ/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde, modalidade à 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. Clezio Saldanha dos Santos

**Porto Alegre  
2019**

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

### **ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Masato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

### **COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

#### **CIP - Catalogação na Publicação**

de Oliveira, Mariana Dariva

Perfil da Demanda de Atendimentos Realizados Pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Tramandaí/RS/ Mariana Dariva de Oliveira. -- 2019.

42 f.

Orientador: Clezio Saldanha dos Santos.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Especialização em Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Serviços de Saúde. 2. Pronto Atendimento. 3. Acolhimento com Classificação de Risco. 4. Saúde Básica. 5. Gestão em Saúde.. I. Saldanha dos Santos, Clezio, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

#### **Escola de Administração da UFRGS**

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: eadadm@ufrgs.br

MARIANA DARIVA DE OLIVEIRA

**PERFIL DA DEMANDA DE ATENDIMENTOS REALIZADOS PELA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE TRAMANDAÍ/RS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

**Banca-Examinadora**

---

Examinador(a)

---

Examinador(a)

---

Orientador: Prof. Dr. Clezio Saldanha dos Santos

## **AGRADECIMENTOS**

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Escola de Administração da UFRGS e ao Programa de Pós-Graduação em administração, pela oportunidade;

Aos colegas do curso, pela parceria e troca de experiências;

Ao Professor Clezio, pela orientação;

As tutoras Juliane, Priscila e Bruna, por todo o apoio, disponibilidade e aprendizagem;

A minha família por toda ajuda, incentivo, cuidado e paciência;

E ao meu filho João, que me transforma todos os dias e me dá forças para correr atrás dos meus sonhos.

## RESUMO

Os serviços de pronto atendimento existem na grande maioria dos municípios brasileiros e exercem um papel fundamental na rede de atenção à saúde. Conhecer o perfil da população que busca atendimento neste tipo de serviço constitui uma ferramenta importante para o planejamento de ações em saúde e pode contribuir para uma melhor organização das portas de entrada do sistema de saúde do município. O objetivo deste estudo foi descrever o perfil da demanda de atendimentos realizados pela Unidade de Pronto Atendimento do município de Tramandaí no período de setembro de 2018 a fevereiro de 2019, considerando a triagem realizada pela equipe de acolhimento com a Classificação de Risco (n=390). O estudo contou com uma abordagem quantitativa, do tipo transversal e descritivo. A análise das 390 fichas constatou que a principal característica da demanda da UPA foi atender adultos com idades entre 25 e 59 anos (54%), de ambos os sexos (feminino 50,3% e masculino 49,7%), que buscaram atendimento no turno da tarde (42,1%), que foram classificados em sua maioria nas cores verde (51,0%) e azul (30,7%). Através do estudo foi possível verificar que a UPA realiza em geral atendimentos considerados de baixa complexidade. Considerando-se que os serviços de pronto atendimento sejam priorizados para atender demandas de urgência e emergência, o estudo mostrou que a atenção básica do município precisa ser reorganizada e fortalecida.

**Palavras-chave:** Serviços de Saúde; Pronto Atendimento; Acolhimento com Classificação de Risco, Saúde Básica, Gestão em Saúde.

## ABSTRACT

The service of prompt service exist in the vast majority of Brazilian municipalities and makes a fundamental service for the health care network. Know in the profile of the population that seeks care in this type of service is an important tool for planning health actions and can contribute to a better organization of the entrance doors of the health system of the municipality. The objective of this study was to analyze the profile of the demand for services performed by the Emergency Care Unit of the municipality of Tramandaí from September 2018 to February 2019, considering the screening carried out by the host team with the Risk Classification. The study had a quantitative, cross-sectional and descriptive approach. The analysis of the 390 records found that the main characteristic of the UPA demand was to attend adults aged between 25 and 59 years (54%), of both sexes (female 50,3% and male 49,7%), who sought service mainly in the afternoon shift (42,1%) which were mostly classified in green color (51,0%) and blue (30,07%). Through the study it was possible to verify that UPA performs generally considered low complexity services. Considering that emergency care services are prioritized to meet urgency and emergency demands, the study showed that the basic care of the municipality needs to be reorganized and strengthened.

**Keywords:** Health services; Ready Attendance; Acceptance with Risk Classification, Basic Health, Health Management.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1 - Relação de atendimentos por faixa etária .....</b>	<b>26</b>
<b>Gráfico 2 - Relação da classificação de risco dos atendimentos .....</b>	<b>30</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 – Definição dos portes aplicados às UPAs 24h .....</b>	<b>20</b>
<b>Tabela 2 – Níveis de Gravidade por cor e tempo de atendimento .....</b>	<b>22</b>
<b>Tabela 3 – Relação de atendimentos por mês conforma sexo .....</b>	<b>27</b>
<b>Tabela 4 – Relação de atendimentos por turno .....</b>	<b>27</b>
<b>Tabela 5 – Relação de queixa principal e sua classificação de risco .....</b>	<b>28</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA.....	10
1.2 JUSTIFICATIVA .....	14
1.3 OBJETIVOS .....	15
<b>1.3.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>15</b>
<b>1.3.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>15</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>16</b>
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>24</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>26</b>
4.1 SEXO E IDADE DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA UPA .....	26
4.2 HORÁRIO UTILIZADO PARA A BUSCA DE ATENDIMENTO.....	27
4.3 OS PRICIPAIS MOTIVOS (QUEIXAS) QUE LEVARAM OS USUÁRIOS A PROCURAREM ATENDIMENTO .....	28
4.4 USUÁRIOS QUE PROCURARAM ATENDIMENTO NA UPA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO .....	30
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>35</b>
<b>ANEXO A - FICHA DE ATENDIMENTO.....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO B - CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ALUNO .....</b>	<b>41</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA

A Constituição Federal de 1988 a partir do seu artigo 196 garante o direito à saúde por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações que visem sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Portanto o direito a saúde foi constitucionalizado como direito do cidadão Brasileiro, correspondendo como dever dos Poderes Públicos através de políticas que possam garantir esse direito(PEREIRA; NELSON, 2012).

Os municípios conjuntamente com união, através do Ministério da Saúde buscam garantir estes direitos a partir da utilização de programas, um deles é o da atenção básica, através da ampliação as Estratégias de Saúde da Família (ESF's) e o outro é através da implementação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) (SILVEIRA, 2015).

A atenção primária conta com dois dispositivos, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas quais devem contar com serviços de atendimento médico na área clínica, pediátrica e ginecológica, e também com atendimento odontológico e de enfermagem(BRASIL, 2014). Já as unidades da Estratégia de Saúde da Família contam com uma abordagem coletiva e atendimentos multiprofissionais, ela é centrada na família e na comunidade, tem um número específico de usuários de uma área geográfica definida e é constituída por enfermeiros, médicos, técnicos em enfermagem, dentistas e agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2014).

As UPAS fazem parte da política Nacional de Urgência e Emergência que foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, esta política estrutura e organiza a rede de urgência e emergência no Brasil com o intuito de integrar a rede de atenção a saúde (KONDER; O'DWYER,2015). As UPAS são responsáveis por concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica e a atenção hospitalar, funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana (BRASIL, 2013).

Deste modo as UPAS foram criadas com o objetivo de diminuir as filas em pronto-atendimentos hospitalares, evitando que os casos de menor complexidade lotem a rede hospitalar, pois elas são capazes de atender grande parte dos atendimentos de urgência e emergência (UCHIMURA et. al., 2015). Segundo a cartilha do Ministério da Saúde, os municípios que contam com este tipo de serviço conseguem solucionar cerca de 97% dos casos na própria unidade, quando há necessidade os pacientes são encaminhados para outros serviços, por exemplo quando se percebe que a queixa é menos complexa ou que exige certo tipo de acompanhamento eles são encaminhados para a Rede de Atenção Básica, ou em casos mais complexos para hospitais ou centro de especialização de referência (BRASIL, 2013).

O município de Tramandaí está situado no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, tem uma população estimada pelo IBGE em 2017 de 47.521 habitantes, distribuídos em uma área territorial de 144,408 km<sup>2</sup> (IBGE, 2016). Esta localizada a 118 km da capital do estado, Porto Alegre, possui uma boa infraestrutura turística, nos meses de verão sua população pode alcançar 500 mil habitantes (IBGE, 2015). O rio Tramandaí estabelece uma ligação entre a lagoa e o mar, esta ligação se dá através de um estreito lago que se forma acima do ponto onde o rio deita suas águas. Tramandaí possui uma expectativa de vida é de 75,5 anos (SEBRAE, 2017), e a taxa de mortalidade infantil segundo o censo do IBGE do ano de 2014 é de 7,44 óbitos/1000 habitantes, seu PIB per capita é de R\$ 18.912,91 ficando no 497º lugar no ranking do estado (IBGE, 2015).

No município de Tramandaí o sistema de saúde é composto por um hospital que atende 100% SUS, pela Secretaria Municipal da Saúde, que compreende oito unidades básicas sendo essas, cinco ESFs e três UBS, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma Farmácia Municipal, uma Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar, um Centro de Especialidades, um Centro de Testagem e Aconselhamento e as Vigilâncias em Saúde. O município conta também com uma parceria com o consórcio AMILINORTE, para exames e consultas que não são ofertados pelo SUS, fora isso, existe diversas clínicas e laboratórios que prestam atendimento particular. A atenção Básica está em processo de ampliação e consolidação na cidade, estão prontas duas novas UBS e duas novas ESFs, que estão em fase de licitação de

equipamentos e mobiliário, para ampliar a cobertura de atendimento da população na atenção primária (PMT, 2018).

A portaria nº 1.910 de 17 de outubro de 2016 do governo federal habilita a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, porte II no município de Tramandaí RS e estabelece os recursos a serem destinados ao estado e ao município. Para o custeio da UPA 24h, o Ministério da Saúde repassará o valor mensal conforme a capacidade operacional de funcionamento, declarada no Termo de Compromisso de Funcionamento da Unidade (PMT, 2018). Além disso, deverá ser monitorada, após o primeiro repasse do incentivo de custeio e deverá ser avaliada de acordo com os critérios descritos na Portaria 10/2017, através dos registros no SIA/SUS. Assim como todo o SUS, o financiamento da UPA de Tramandaí é tripartite, ou seja, ela conta com verbas vindas da união, estado e município (PMT, 2018).

A UPA de Tramandaí utiliza para seus atendimentos o acolhimento com protocolo de Classificação de Risco, conforme a cartilha do Humaniza/SUS a classificação de risco serve não apenas para organizar o atendimento nas unidades de saúde, mas também garantir que aquele paciente que necessita de um atendimento mais urgente seja atendido mais rapidamente, outros objetivos como informar os pacientes sobre a gravidade ou não de seu estado de saúde e sobre o tempo médio de espera também fazem parte deste processo (BRASIL, 2009). Este protocolo é baseado em categorias de sinais e sintomas e contém fluxogramas que serão selecionados a partir da situação/queixa apresentada pelo paciente (COFEN, 2011).

Na Saúde acolhimento é utilizado como uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que diz que ele não tem local nem hora para acontecer, também não tem um profissional específico para fazê-lo, ele deve fazer parte de todos os encontros nos serviços de saúde. Acolhimento implica na escuta do usuário por parte do profissional, acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram serviços de saúde (BRASIL, 2009b).

É neste sentido que o acolhimento deve funcionar, ele acolhe todo e qualquer cidadão que procura atendimento, seja pela queixa que for, o que faz o acolhimento com classificação de risco é organizar o atendimento por nível de complexidade, ou seja, ele não segue a sequência da ordem de chegada, ele atende primeiramente aquele que mais necessita, este tipo de acolhimento utiliza cores para classificar

seus pacientes, onde o vermelho seria o caso mais grave, e o azul o menos grave (BRASIL,2004).

Na perspectiva da RAS (Rede de Atenção a Saúde) a atenção primária deve ser a porta de entrada preferencial do SUS, ela deve atender três funções primordiais: resolubilidade, comunicação e responsabilização (MENDES, 2011). A resolubilidade corresponde a capacidade de resolver cerca de 85% dos problemas da sua população, já a comunicação corresponde a capacidade de articular-se com os demais serviços da rede e a responsabilização corresponde a ser o responsável pelas ações de saúde do seu território de abrangência (MENDES,2011). Nos níveis de atenção secundária e terciária não há uma organização para atender as demandas da população, então elas se organizam em redes temáticas, por exemplo, rede de atenção à saúde mental, rede de atenção às mulheres e crianças, rede de atenção às urgências e emergências, entre outras (CASSETTARI; MELLO, 2017).

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) formulou uma rede de serviços de cuidados integrais que visam atender as situações de urgência seja qual for o nível de atenção com o intuito de eliminar o atendimento nos prontos-socorros hospitalares (BRASIL, 2006). O atendimento pré-hospitalar por meio das UPAs foi definido como primeira assistência em casos de quadros complexos, traumas ou quadros psiquiátricos, visando garantir um atendimento ou transporte adequado para o serviço de referência (BRASIL,2002).

Os serviços de urgência e emergência no nosso país sofrem com a superlotação da população que não possui um acesso satisfatório aos demais níveis de atenção à saúde, seja pela falta de leitos em hospitais, ou pelo funcionamento inadequado dos níveis primários de saúde (CASSETTARI; MELLO, 2017). Deste modo as UPAs acabam por realizar atendimentos que não são de sua alçada, verificando assim uma demanda de usuários que poderiam ser atendidos em outros pontos da rede, causando acúmulo de usuários neste tipo de serviço. Esta lotação consome tempo e recursos, produzindo gastos que deveriam ser voltados para pacientes em situação de urgência ou emergência (SALLUM, 2010).

Contudo é possível, assim como apresentado em outros estudos, que a UPA de Tramandaí esteja atendendo usuários do SUS que poderiam ser atendidos na atenção básica do município. Estes tipos de atendimentos acabam por criar gargalos nos serviços de média complexidade, de urgência e emergência, tornando o

atendimento mais demorado e com menos qualidade, dificultando o acesso da população aos serviços de saúde(SILVA et. al., 2007).

Neste momento surgem questionamentos como:qual seria a demanda de atendimentos realizados pela Unidade de Pronto Atendimento do município de Tramandaí? Quais seriam as principais queixas apresentadas pelos usuários que procuram a UPA? A demanda atendida pela UPA de Tramandaí é realmente de urgência e emergência?

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Assim como em outros municípios do país, a população de Tramandaí sofre com a dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde e as consultas com especialistas, isto contribui para a problemática que atinge os serviços de urgência e emergência: a excessiva demanda de pacientes. Desta forma é importante descobrir quais os motivos que levam os usuários a utilizarem de forma contínua, e por muitas vezes inadequada, as portas de entradas dos serviços de urgência e emergência do município de Tramandaí, para que a partir daí se possam buscar estratégias de enfrentamento desta situação.

O interesse por analisar o perfil de atendimentos da UPA se dá por vários estudos relatarem que as Unidades de Pronto Atendimento acabam prestando atendimentos em situações não urgentes, situações estas que poderiam ser atendidas na atenção primária, causando grande entupimento nos serviços de média complexidade, assim como mostram os estudos feitos nas cidades de Gravataí (Silveira, 2015) e Florianópolis (Cassettari; Mello, 2017), que apontam que menos de 10% dos atendimentos realizados nas UPAS são realmente considerados urgentes ou de emergência.

O estudo apresentará dados sobre o perfil da população atendida pela UPA de Tramandaí, ele apresentará também quais os principais motivos que levaram os usuários a procurarem atendimento na UPA.As informações obtidas a partir da coleta dos dados serão relevantes e poderão ser utilizadas pelos gestores públicos para analisar uma possível mudança na organização da atenção a saúde no município, pois a análise da demanda atendida possibilitara uma reestruturação no

cotidiano da unidade, e da atenção à saúde, principalmente no que se refere ao acolhimento e ao fluxo do paciente no serviço, o que contribuirá para um melhor planejamento de ações em saúde.

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil da demanda de atendimentos realizados pela Unidade de Pronto Atendimento do município de Tramandaíno período de setembro de 2018 a fevereiro de 2019, considerando a triagem realizada pela equipe de acolhimento com a Classificação de Risco

#### 1.3.2 Objetivos específicos

- a) Descrever as características de sexo e idade da população atendida pela UPA;
- b) Identificar o horário mais utilizado para a busca de atendimento;
- c) Enumerar os principais motivos (queixas) que levaram os usuários a procurarem o serviço;
- d) Quantificar os usuários que procuraram atendimento na UPA e foram classificados nas cores azul, verde, amarelo e vermelho.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O Brasil garantiu aos seus cidadãos, através da promulgação da Constituição Federal em outubro de 1988, o direito integral à saúde. Através dela o governo passa a ter responsabilidade de garantir a todo e qualquer cidadão acesso universal aos serviços de saúde, bem como procedimentos, tratamentos, medicações e exames (BRASIL, 1988). A nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem a um processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Então nos anos 90 foi criado o SUS (Sistema Único de Saúde) que tem como principais diretrizes a equidade, a universalidade e a integralidade, e trabalha com redes hierarquizadas e regionalizadas (GUEZ, 2015).

O conceito de saúde é algo amplo, ele varia conforme a conjuntura social, econômica, política e cultural, ou seja, a saúde pode não representar a mesma coisa para todas as pessoas, pois isso dependerá do lugar, dos valores, do conhecimento científico, social e filosófico, da classe social. O mesmo pode ser dito das doenças, o que é considerado doença varia muito (SCLIAR, 2007).

A situação de saúde da população está ligada aos determinantes sociais e de saúde (DDS), pois as definições dos DDS determinam que as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e dos grupos estão relacionadas com a saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS; FILHO, 2007).

Diversos são os modelos que procuram esquematizar a relações entre os determinantes, um modelo bastante relevante é o de Dahlgren e Whitehead, no qual os DSS são dispostos em camadas, os indivíduos encontram-se na base desse modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos. A camada seguinte, representada pelos comportamentos e estilos de vida individuais, encontra-se no limiar entre aqueles fatores individuais e os DSS, já que os

comportamentos, além de serem dependentes de opções individuais, são também dependentes dos DSS, como o acesso a informações e alimentos saudáveis, lazer, entre outros. A camada seguinte é representada pelas redes comunitárias e de apoio, que conformam redes de solidariedade e expressam, em maior ou menor grau, de acordo com a sua organização, o nível de coesão social. Logo após, encontram-se os fatores relacionados com as condições de vida e de trabalho dos indivíduos, disponibilidade de alimentos, assim como o acesso a serviços essenciais, como saúde e educação, indicando os diferenciais de vulnerabilidade a que estão expostos os indivíduos que se encontram em condição de pobreza. Por fim, a última camada expressa os macro determinantes relacionados com as condições econômicas, sociais e ambientais em que vive a sociedade, assim como os determinantes supranacionais como o processo de globalização (BUSS; FILHO, 2007; COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008)

Neste sentido, para ter saúde é necessário também, ter acesso aos serviços de saúde disponíveis, mas isto irá depender de como estes serviços se organizam e como os usuários relacionam os conceitos de saúde e doença (GUEZ, 2015).

A lei 8.080 define como porta de entrada ao SUS todos os serviços de atendimento inicial à saúde. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a porta de entrada preferencial para o SUS, elas têm como objetivo atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamentos para centros especializados (BRASIL, 2015). Contudo, a porta de entrada nem sempre segue este protocolo, pois muitas vezes os serviços de emergência são os escolhidos pela população para o primeiro atendimento.

Segundo Marques e Lima (2007) os usuários de serviços de emergência buscam este tipo de atendimento por vários motivos, mas o principal seria por estes serviços serem “portas abertas”, ou seja, oferecem respostas e soluções mais rápidas, por isto há uma dificuldade em modificar este hábito culturalmente enraizado e fundado por fortes crenças. Outras crenças de que em comparação com as UBS, os serviços de emergência terão uma assistência mais resolutiva, mais rápida, com mais recursos, exames, medicações e acesso a especialidades também permeiam os usuários. Os autores ainda citam que o fortalecimento da orientação à população é muito importante, incentivando a mudança de hábitos no que diz respeito à procura a serviços de saúde (MARQUES; LIMA, 2007).

O que define a escolha pelo usuário a procurar determinado serviço de saúde está diretamente ligado a como os mesmos estão organizados (LUDWIG; BONILHA, 2003). Deste modo o que influencia é a gravidade ou urgência do problema, as tecnologias disponíveis, a resolutividade da atenção, o acolhimento recebido pelo usuário, às condições de acesso, a rapidez no atendimento, as experiências já vividas pelo paciente, à agilidade na marcação de exames ou encaminhamentos para outros serviços e o vínculo criado entre os usuários e os profissionais (RAMOS; LIMA, 2003, DEGANI, 2002).

A oferta restrita de serviços de saúde faz com que o público procure atendimento em locais que concentram mais possibilidades de porta de entrada, assim sendo os prontos atendimentos e hospitais acabam correspondendo com este perfil, pois apesar de muitas vezes serem superlotados, estes locais reúnem maiores recursos, exames, especialistas e contam com equipes multiprofissionais (MARQUES; LIMA, 2007).

A utilização inadequada dos serviços de emergência por parte da população é prejudicial para os usuários que estão em estado grave e que necessitam de atendimento de urgência/emergência. O acesso à atenção primária reduz o uso inadequado de serviços de emergência apenas se o usuário tiver rápido acesso ao atendimento, ou seja, o atendimento adequado dos níveis básicos de atenção à saúde é fundamental, pois podem reduzir a procura por serviços de urgência e emergência (MACHADO et. al. 2011).

A Rede de Atenção às Urgências (RAU) do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro vem passando por grandes avanços, ela tem por finalidade 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 ou emergência nos serviços de saúde de forma ágil e adequada (BRASIL, 2006).

Conforme o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) de 2013, a RAU possui seis componentes, são eles:

- Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde;
- Atenção Básica;
- Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU e Centrais de Regulação Médica de Urgência);
- Sala de Estabilização;

- Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h);
- Componente de Atenção Hospitalar.

Neste sentido é esperado que a população acometida por agravos agudos de saúde seja acolhida em qualquer nível de atenção, pois tanto a atenção básica, quanto os serviços mais especializados devem estar preparados para atender e encaminhar os pacientes quando se esgotarem as possibilidades de cada serviço (SILVEIRA, 2015).

Silveira (2015) também aponta que, contudo a atenção às urgências está ocorrendo predominantemente nos serviços hospitalares e nas unidades de pronto atendimento 24 horas, pois estes serviços atendem um volume considerável de pessoas com situações que são de sua responsabilidade, mas também por casos que poderiam ser atendidos em unidades básicas.

AsUPAs são consideradas componentes novos na composição da RAU e são definidas como um serviço que tem uma estrutura intermediária entre a ABS e a rede hospitalar, e tem como suas principais funções atender às urgências de menor complexidade, como rede de apoio a ABS, atender a população aos finais de semana e a noite, reduzir a demanda nos hospitais e ainda articular-se com a APS, SAMU, hospitais, unidades de apoio ao diagnóstico e com outros serviços da RAS (Rede de Atenção à Saúde)por meio de referência econtrareferência (BRASIL, 2011).

As unidades de pronto atendimento estão definidas e divididas por portes, como na Tabela1:

**Tabela 1 - Definição dos portes aplicáveis às UPAs 24h**

<b>UPA 24H</b>	<b>População da área de abrangência</b>	<b>Área física mínima</b>	<b>Atendimentos médicos em 24 horas</b>	<b>Nº mínimo de médicos por plantão</b>	<b>Nº mínimo de leitos de observação</b>	<b>Investimento (bilhões)</b>
Porte I	50 a 100 mil habitantes	700 m <sup>2</sup>	Até 150	2	7	1,4
Porte II	100 a 200 mil habitantes	1000m <sup>2</sup>	Até 300	4	11	2
Porte III	200 a 300 mil habitantes	1300m <sup>2</sup>	Até 450	6	15	2,6

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

Os serviços de pronto atendimento têm como característica a elevada demanda de pacientes em busca de atendimento. A procura por estes serviços acontece por diversos fatores entre eles falhas no acolhimento dos serviços de baixa ou média complexidade das redes básicas de saúde e pela insuficiência nos encaminhamentos de referência e contrareferência (GUEZ, 2015).

Seja qual for o serviço procurado ou o atendimento prestado, o acolhimento deve estar presente, pois ele pressupõe atender a todos, ouvir suas queixas e assumir uma postura capaz de oferecer respostas adequadas aos usuários, utilizando os recursos disponíveis para resolução dos problemas, isso tudo implicará prestar um serviço com interesse e responsabilização, dando orientações e para a continuidade do atendimento é necessário também estabelecer articulações com outros serviços e realizar encaminhamentos (FRANCO et. al. 1999).

O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde (BRASIL, 2009 b).

O QualiSUS e o HumanizaSUS propõem como uma ação técnica e assistencial o Acolhimento ao Usuário, ele provoca a mudança da relação entre profissional e usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, ele faz com que o sistema reconheça o usuário como um sujeito ativamente participante no processo de produção de saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004).

Geralmente, nos serviços de pronto atendimento, o modelo de acolhimento utilizado é o de classificação de risco, que determina agilidade no atendimento a partir da análise, sob a ótica de um protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, garantindo a atenção focada na complexidade do problema e não na ordem de chegada, este tipo de acolhimento se diferencia dos demais, pois ele se distancia do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, pois todos serão atendidos, uns com mais agilidade, outros esperando mais tempo dependendo do problema/queixa (BRASIL, 2004).

O protocolo de classificação de risco é uma ferramenta útil e necessária, mas ele não substitui o diálogo, a escuta, o respeito, tampouco ele é suficiente, pois ele não captura os aspectos subjetivos, afetivos, sociais e culturais dos usuários, mas a

compreensão destes fatores é fundamental para uma avaliação efetiva do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de urgência (BRASIL, 2009b).

O Ministério da Saúde tem buscado padronizar o processo de acolhimento com classificação de risco por meio da adoção de medidas que uniformizem esse processo, em todo o território nacional. De forma geral, tem sido recomendada a utilização de escalas/protocolos que classifiquem o risco em níveis (TOLEDO, 2009).

A classificação de risco foi criada para evitar intercorrências no atendimento de pacientes graves que são atendidos nas unidades de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa classificação é um processo dinâmico que identifica pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), a triagem classificatória deverá ser realizada por meio de protocolos pré-estabelecidos, por profissionais de saúde de nível superior, com treinamento específico; sendo proibida a dispensa de pacientes antes que estes recebam atendimento médico. Uma vez atendido, o paciente deve ter garantido sua referência, seja por meio de encaminhamento a consulta médica ou a outros serviços que compõem o sistema de saúde (BRASIL, 2002).

Na Tabela 2 é possível visualizar como funciona a classificação de risco por cor.

Tabela 2 - Níveis de gravidade por cor e tempo de atendimento

CLASSIFICAÇÃO	INTERVENÇÃO MÉDICA	REAValiaÇÃO DO ENFERMEIRO	PRIORIDADES
<b>VERMELHO</b> <b>(emergência)</b>	Atendimento médico imediato	Cuidados contínuos	Tratamento médico imediato
<b>AMARELO</b> <b>(urgência)</b>	Avaliação médica < 30 minutos	A cada 30 minutos	Aguardam atendimento médico prioritário
<b>VERDE</b> <b>(pouco urgente)</b>	Avaliação médica < 1 hora	A cada 60 minutos	Aguarda consulta com prioridade em relação ao azul
<b>AZUL</b> <b>(não urgente)</b>	Avaliação médica < 2 horas	A cada 2 horas	Atendimento por ordem de chegada

Fonte: NISHIO; FRANCO (2011).

Segundo a cartilha do Ministério da Saúde que trata do Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, a construção de um protocolo de classificação de risco deve seguir aqueles disponíveis na bibliografia, porém se ele for adaptado ao perfil de cada serviço e ao contexto de sua inserção da rede de saúde se torna mais fácil a interação da equipe e a valorização dos trabalhadores da urgência. A cartilha ainda diz ser importante que os serviços de uma mesma região desenvolvam critérios de classificação semelhantes, para facilitar o mapeamento e a construção de redes locais de atendimento (BRASIL, 2009b).

O atendimento em serviços de emergência é atrativo por dar aos usuários a impressão de rapidez, agilidade e eficiência da resolução dos seus problemas, isto resulta na superlotação das emergências. Hoje os serviços de emergência enfrentam um aumento grande do fluxo de usuários, eles acolhem pacientes de urgência, mas também aqueles pacientes que não tem acesso adequado à atenção básica, essas demandas acabam por lotar os prontos atendimentos, comprometendo a qualidade do serviço prestado a população (GUEZ, 2015; OLIVEIRA et. al., 2011).

Grande parte da sociedade tem a cultura imediatista, ou seja, elas buscam a solução dos seus problemas imediatamente, elas têm preferência por serviços que tenham acesso e tratamentos rápidos e fáceis (SILVA et. al., 2007). Por este motivo, muitas vezes os serviços de emergência são procurados com o intuito de tratar o problema atual com brevidade, sem a preocupação com a continuidade do tratamento. Deste modo a superlotação dos serviços de urgência e emergência está associada tanto a falta de recurso na atenção básica, quanto a questões culturais (GUEZ, 2015).

Observou-se, em um Serviço de Pronto Atendimento de um Centro de Saúde de grande porte, que era frequente a população utilizar o serviço de urgência não só para casos agudos, mas também para complementar os atendimentos das UBS, de forma eletiva. Outra característica que surgiu com frequência no discurso dos trabalhadores é que a utilização indevida descaracteriza o serviço, e colocava o usuário em uma situação de ter que justificar a necessidade para poder obter o atendimento (MARQUES; LIMA, 2007).

Assim para um serviço se constituir como porta de entrada preferencial dos usuários é necessário que o acolhimento neste local seja organizado e que ele conte com uma equipe disposta e preparada para receber e avaliar a situação de saúde daquele que busca atendimento, visando a resolutividade do problema/queixa. Exige também uma boa articulação das unidades básicas com os demais serviços da rede, ampliando desta forma a capacidade de resolver os problemas de saúde que acometem a comunidade e possibilitando ações de prevenção e promoção da saúde na sua área (SIMONS, 2008).

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal e descritivo. A escolha pela utilização da abordagem quantitativa é que ela possibilita que aspectos gerais do fenômeno avaliado sejam observados, permitindo a generalização pela representatividade (TANAKA; MELO, 2004). Ainda sobre o método quantitativo, Santos (1999) afirma que os dados deste tipo de pesquisa são objetivos, válidos e confiáveis. Já os estudos transversais caracterizam-se por serem estudos relativamente rápidos, que consomem poucos recursos do pesquisador e possibilita um recorte momentâneo do fenômeno investigado (JUNG, 2003).

Deste modo, foi feito um levantamento das fichas de atendimentos (FA) (ANEXO A) dos usuários acima de 12 anos que foram atendidos pelo médico clínico geral, pois os menores de 12 anos são atendidos pelo pediatra e ficaram de fora do estudo, e que foram avaliados pelo acolhimento de classificação de risco, durante o período setembro de 2018 e fevereiro de 2019. Neste período a UPA realizou em média 37.500 atendimentos, então para que a amostra tenha um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, contou com a avaliação de 385 FAs. Foram selecionados aleatoriamente 65 atendimentos em cada mês. A escolha do turno do atendimento e do dia da semana que o atendimento aconteceu também foi feita de forma aleatória. Durante a coleta de dados foram observadas muitas fichas mal preenchidas, sem queixa principal, sem classificação de risco, sem evolução médica e de enfermagem, estas FAs foram excluídas, pois não continham os dados necessários para o estudo.

As fichas foram separadas manualmente e coletados dados como: idade, sexo, horário do atendimento, queixa principal (motivo da procura pelo atendimento) e a cor da Classificação de Risco. Assim foi possível quantificar os atendimentos nas cores vermelho, amarelo, verde e azul. Com relação à queixa principal relatada nas fichas foi feita uma análise quantitativa das queixas que aparecem com mais frequência entre os atendimentos.

Os dados foram planilhados através de instrumento elaborado no programa MS Excel. Neste recurso, foi definido um conjunto de pastas com vínculos entre as mesmas, e com proteção das células para que não ocorressem erros. Para garantir a eficácia do estudo, foi realizada uma automação nos gráficos de modo que

qualquer nova informação inserida na planilha atualizasse o gráfico relacionado a ela.

O instrumento continha os dados que possibilitaram a identificação e caracterização como idade (jovens de 12 a 17 anos, adultos jovens de 18 a 24 anos, adultos de 25 a 59 anos e idosos acima de 60 anos), sexo, horário do atendimento (foi estabelecido como manhã os atendimentos ocorridos entre 06h00min e 12h59min, como tarde os atendimentos ocorridos entre 13h00min e 18h59min e como noite atendimentos ocorridos entre 19h00min e 05h59min), queixa principal, classificação de risco (azul, verde, amarelo e vermelho). Todos os dados foram analisados de forma descritiva e foram apresentados em forma de tabela ou gráfico.

O acesso às fichas foi disponibilizado conforme pedido protocolado junto a Secretaria de Saúde do município de Tramandaí (conforme ANEXO B). Este pedido conteve a carta de apresentação do pesquisador emitido pela instituição de ensino. Este estudo considerou os aspectos éticos de seguridade e autenticidade das informações obtidas. Nenhum paciente será identificado durante a realização do estudo, sendo relevantes somente as informações referentes ao tipo de atendimento prestado.

Ao final, foram utilizadas 390 fichas. Foram desconsiderados para o estudo os atendimentos pediátricos (pacientes abaixo de 12 anos), as FAs geradas para procedimentos como curativo, aplicação de medicamentos e inalação e aquelas FAs que não estavam preenchidas corretamente.

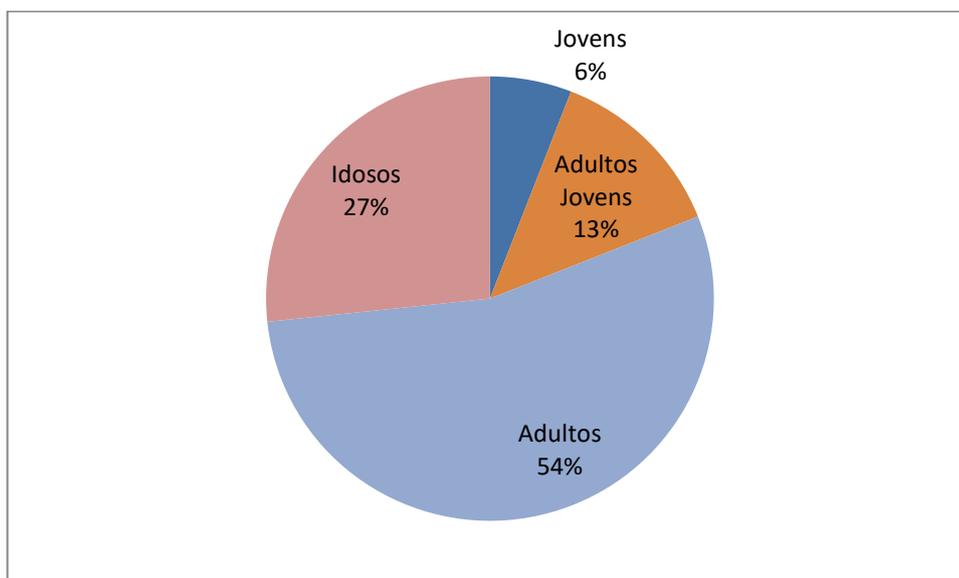
## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de setembro de 2018 a fevereiro de 2019, a UPA realizou 37.000 atendimentos, entre crianças e adultos. Para o estudo foram utilizados apenas aqueles atendimentos que foram classificados pelo Acolhimento de Classificação de Risco, e que passaram pela consulta médica com o médico clínico geral, sendo excluídos atendimentos pediátricos e fichas mal preenchidas.

### 4.1 SEXO E IDADE DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA UPA

Através do estudo pode-se perceber que a idade predominante da população que utiliza os serviços da UPA de Tramandaí é de adultos entre 25 e 59 anos, ou seja, das 390 fichas analisadas 212 (54%) eram de adultos entre estas idades, seguido pelos idosos (acima de 60 anos) com o total de 104 atendimentos que representaram 27%, do total de atendimentos, conforme Gráfico 1:

**Gráfico 1 - Relação de atendimentos por faixa etária**



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Os resultados encontrados estão de acordo com o estudo realizado por Guez (2015), que demonstra que 72.2% dos atendimentos realizados no Hospital de São Camilo em Novo Hamburgo são de adultos com idades entre 20 e 59 anos. Silva et

*al(2007)* em seu estudo, constatou que a idade média de atendimentos realizados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina é de 37,8 anos.

Em relação ao sexo, o estudo constatou que há uma certa semelhança tanto para o sexo feminino, quanto para o sexo masculino, pois, os dois tiveram uma porcentagem muito parecida 50,3% (196 atendimentos) para o sexo feminino e 49,7% (194 atendimentos) para o sexo masculino. Este resultado apresenta discordância com os outros estudos analisados, já que Guez (2015) verificou em seu estudo uma porcentagem de 74,2% de atendimentos para o sexo feminino. Da mesma forma em que para Silva *et al(2007)* o sexo feminino foi prevalente. Já o estudo de Oliveira *et al(2011)* se assemelha mais, pois a porcentagem entre sexo feminino (53,7%) e masculino (46,3%) é menor, ou seja uma diferença de apenas 7,4%.

Na Tabela 3 é possível visualizar o número de atendimentos por sexo em cada mês do estudo.

**Tabela 3 – Relação de atendimentos por mês conforme sexo**

	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Total	%
Feminino	33	33	28	31	35	36	196	50,3
Masculino	32	32	37	34	30	29	194	49,7

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

#### 4.2 HORÁRIO UTILIZADO PARA A BUSCA DE ATENDIMENTO

Os atendimentos realizados pela UPA de Tramandaí se dividem em manhã, tarde e noite, a partir do estudo ficou evidente que o turno mais procurado para a realização de consultas é o turno da tarde que teve um percentual de 42,1% dos atendimentos, seguido pelo turno da manhã com 30,8% e o da noite com 27,2%, conforme Tabela 4:

Tabela 4 – Relação de atendimentos por turno

	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Total	%
Manhã	20	22	22	23	15	18	120	30,8
Tarde	28	33	31	25	25	22	164	42,1
Noite	17	10	12	17	25	25	106	27,2

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Igualmente com o estudo feito por Guez (2015), que revelou que 40,6% dos atendimentos realizados no hospital são feitos no turno da tarde, 31,6% dos atendimentos são feitos no turno da manhã e 27,8% dos atendimentos acontecem no turno da noite. No estudo realizado por Silva *et al*(2007) pode-se observar que a maioria dos atendimentos, cerca de 67,2% são realizados no período diurno, a diferença é que o estudo não diferencia manhã e tarde, mas fica claro que a procura é maior nestes horários. Diferente do estudo de Oliveira *et al*(2011) que diz que os atendimentos acontecem em sua maioria no turno da manhã (45%).

Oliveira *et al*(2011) afirma que o horário em que há mais procura por atendimento é no período diurno, horários estes em que as unidades de saúde da rede municipal estão abertas, e que a princípio deveriam absorver esta demanda. Oliveira *et al*(2011) acrescenta ainda que mesmo que as unidades de saúde fiquem abertas, o modelo de saúde predominante do Brasil é o *hospitalocêntrico*, ou seja, aquele que atende as demandas de forma mais rápida e eficaz, o autor destaca ainda que as reflexões atuais que estão ocorrendo no campo da saúde, estão modificando este perfil imediatista, pelos modelos de atenção à saúde através das Estratégias de Saúde da Família (ESFs).

#### 4.3 OS PRINCIPAIS MOTIVOS (QUEIXAS) QUE LEVARAM OS USUÁRIOS A PROCURAREM O SERVIÇO

Com relação às queixas principais, foram encontradas uma média de 195 queixas diferentes, destas foram estabelecidas dez queixas que apareceram com mais frequência que estão apresentadas na tabela abaixo:

**Tabela 5 – Relação de queixa principal com sua classificação de risco**

	Azul	Verde	Amarelo	Vermelho	TOTAL
diarréia e vômito	7	12	1	0	20
dor abdominal	2	8	1	0	11
dor de garganta	12	6	0	0	18
dor na coluna	6	4	0	0	10
dor nas costas	2	8	2	0	12
dor no peito	0	15	10	0	25
falta de ar	2	7	6	0	15
mal estar	1	7	6	0	14
pressão alta	0	4	5	0	9

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Através da Tabela 5, pode-se verificar que uma queixa que se apresenta com bastante freqüência é a de dor no peito, no estudo foram unidas aquelas queixas de dor no peito com aquelas que trouxeram a dor no peito associada a outros sintomas como falta de ar e mal estar. Estas queixas são as que receberam o maior número de classificação verde, seguida por amarela. No estudo de Guez (2015) as fichas que receberam a maioria da classificação amarela foram as que continham queixas de dor aguda (666 casos), para Guez (2015) dor aguda é considerada um agravo com dor intensa há menos de 24 horas ou dor crônica com processo agudo.

As queixas que podem estar ligadas a gastroenterite ou problemas gastrointestinais como diarréia, vômito e dor abdominal se somadas chegam a um total de 38 atendimentos. Estas queixas apareceram em sua maioria nos meses de dezembro, janeiro e fevereiro, como menciona Oliveira *et al*(2011) que doenças relacionadas a gastroenterites e infecções virais ocorrem predominantemente no período de férias escolares e no Carnaval, isto pode estar ligado a mudanças de hábitos alimentares e também ao aumento da temperatura nos dias de verão.

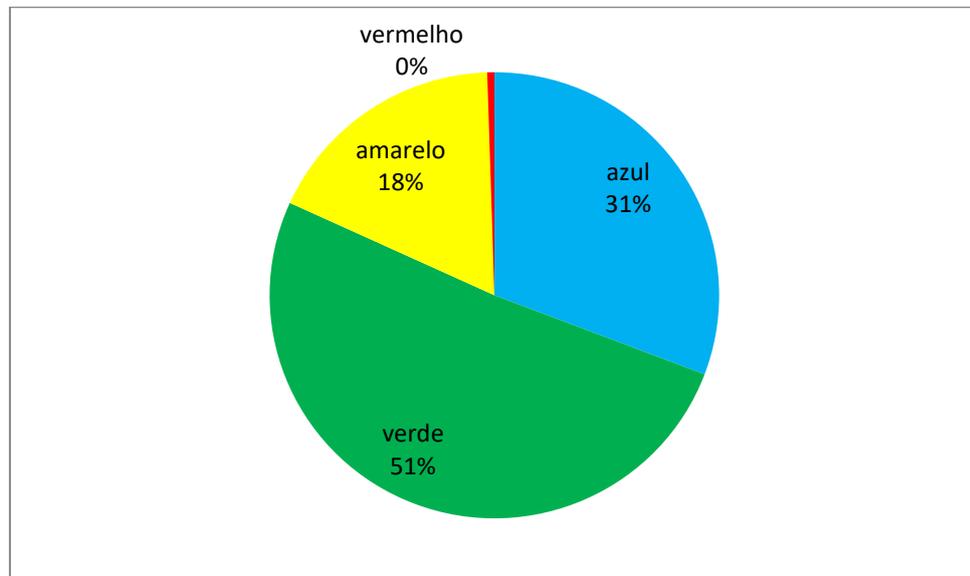
A queixa de mal-estar também aparece com freqüência, ela pode estar ligada a disfunções de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes ou como consequência de traumas, acidentes ou disfunções emocionais (ansiedade e depressão). No estudo de Guez (2015) a queixa de mal-estar também aparece como uma das mais freqüentes (131 casos), a autora enquadrou em mal-estar aqueles pacientes que relataram tontura, dor não especificada ou que utilizaram o termo “mal estar” para definir o motivo do atendimento.

Na pesquisa de Oliveira *et al*(2011) a segunda maior causa da demanda foram as doenças do aparelho respiratório, assim como aparece na pesquisa de Guez

(2015) a queixa de dispnéia que é utilizada para caracterizar aqueles pacientes que apresentam dificuldade respiratória. Neste estudo falta de ar parece como uma das dez queixas mais frequentes, ela aparece sozinha ou associada à dor no peito e mal-estar. No estudo realizado por Silva *et al* (2007) o grupo de pacientes internados no hospital a dispnéia aparece com um das queixas mais frequentes.

#### 4.4 USUÁRIOS QUE PROCURARAM ATENDIMENTO NA UPA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

**Gráfico 2 – Relação da classificação de risco dos atendimentos**



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Em relação à classificação de risco, através do Gráfico 2, fica claro que a hipótese inicial do estudo, que era de que os casos atendidos na UPA de Tramandaí eram predominantemente de baixa complexidade (azuis e verdes) acaba se confirmando. A prevalência de casos foram aqueles classificados como verdes 51,02% (199 casos), seguidos pelos azuis 30,76% (120 casos) e pelos amarelos 17,96% (69 casos). Entre as 390 fichas, apenas 2 (0,51%) foram classificadas como vermelhas elas representam menos de 1% do total da amostra. Os atendimentos que tiveram classificação de risco na cor vermelha foram uma queimadura em rosto e abdômen por explosão de um botijão de gás e uma parada cardiorrespiratória

(PCR). O paciente que teve a queimadura foi encaminhado para o hospital do município e o paciente que chegou em PCR acabou entrando em óbito.

O resultado obtido nesta pesquisa está em concordância com diversos estudos analisados, um deles é o de Oliveira *et al* (2011) que mostra que 67% dos atendimentos realizados foram classificados como verdes. Já o estudo realizado por Guez (2015) apresenta uma discordância com o estudo atual, pois ele mostra que a maioria, cerca de 39,9% dos atendimentos foram classificados como amarelos e apenas 35,5% foram classificados como verde. Cassetari e Melo (2017) apontam em seu estudo que os principais motivos de busca por atendimentos nas UPAs estudadas não são devidamente caracterizados como urgência e emergência.

A escolha pela utilização do serviço de pronto atendimento se dá muitas vezes pela facilidade e agilidade de atendimento. Oliveira *et al*(2011)aponta que o maior uso dos serviços de emergência está relacionado a Cultura imediatista dos usuários que esperam acesso e tratamento fáceis e rápidos. Silva *et al* (2005) ainda aponta que a procura por este tipo de serviço está relacionado à menor distância da moradia ao serviço, principalmente se tratando de hospitais, então o paciente acaba por escolher aquele que fica mais próximo a sua casa. Marques e Lima (2007) aponta que a agilidade na obtenção da consulta deste tipo de serviço, que é conseguida para o mesmo dia da procura, acaba por trazer os usuários ao pronto atendimento para obter respostas as suas necessidades. Cassetari e Melo (2017) também afirmam em seu estudo que a procedência dos usuários das UPAs estudadas segue a lógica da proximidade geográfica, ou seja, os usuários utilizam as UPAs que estão mais próximas de sua residência. Essa busca de certa forma inapropriada dos serviços de pronto atendimento por queixas consideradas não graves que na sua grande maioria, poderiam ser atendidos e solucionados nas unidades básicas de saúde, descaracteriza o verdadeiro papel das UPAs, e dificulta o trabalho dos gestores no que se refere à organização dos serviços e distribuição de recursos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo se propôs a analisar o perfil da demanda de atendimentos realizados pela Unidade de Pronto Atendimento do município de Tramandaíno período de setembro de 2018 a fevereiro de 2019. O estudo também teve como proposta relatar as características (sexo e idade) da população atendida pela UPA, verificar qual o horário é mais utilizado para a busca de atendimento, identificar os principais motivos (queixas) que levaram os usuários a procurarem o serviço e quantificar os usuários que procuraram atendimento na UPA e foram classificados nas cores azul, verde, amarelo e vermelho. A Classificação de Risco foi uma abordagem utilizada pelo estudo, ela vem sendo considerada um tipo de acolhimento muito importante e um dos grandes desafios da política de Humanização do sistema único de saúde do país. Essa abordagem representa mudanças nos modelos de acolhimento existentes, pois ela preconiza que todos os pacientes tenham atendimento igualitário e de qualidade, mantendo desta forma a dignidade dos sujeitos que necessitam de cuidado.

O acolhimento é o primeiro contato do paciente com a equipe de saúde, ele é considerado a porta de entrada para a população. É neste momento que o usuário pode expressar qualquer tipo de queixa, angústia e ansiedade bem como sua situação de saúde. O acolhimento com Classificação de Risco é considerado como um serviço de referência em unidades de pronto atendimento, pois além de organizar o atendimento, ele garante que quem precise tenha o atendimento mais rápido.

Durante a pesquisa surgiram algumas dificuldades, principalmente no que diz respeito ao registro de dados nas FAs, durante a coleta de dados, foram observadas diversas FAs sem classificação de risco, sem diagnóstico, sem queixa, sem evolução médica e de enfermagem. Deste modo é impossível saber o caminho que o paciente percorreu dentro do serviço, que tipo de procedimentos foi realizado e qual foi o seu destino. Contudo foi possível concluir que a principal característica da demanda da UPA foi atender adultos com idades entre 25 e 59 anos, se tratando do sexo, foi possível constatar que ambos os sexos são atendidos na mesma

proporção. O turno mais procurado para atendimento foi o turno da tarde, seguido pelo turno da manhã, ficando o turno da noite em terceiro lugar.

Quanto à classificação de risco o estudo apontou que a classificação que aparece em maior quantidade é a de cor verde, seguido pela cor azul. Contudo é importante salientar que durante a análise foi observado diferenças entre profissionais, ou seja, alguns profissionais classificavam de cores diferentes as mesmas queixas, identificando desta maneira falhas no protocolo. Outro ponto que deve ser mencionado é que o município de Tramandaí conta com um hospital que é referência em trauma e AVC, este é o motivo pelo qual a UPA acaba não recebendo os atendimentos mais urgentes. O próprio SAMU ao constatar a gravidade do caso acaba levando o paciente diretamente para o hospital. A cultura da população também influencia o perfil de atendimentos considerados graves, é de conhecimento da maioria da população que em casos mais graves como PCR, traumas, AVC, o paciente deve ser encaminhado diretamente para o hospital.

Através de todo o exposto fica claro que a hipótese inicial do estudo que era de que a UPA de Tramandaí realizava atendimentos predominantemente de baixa complexidade (azuis e verdes) acaba se confirmando. Embora o modelo de atendimentos realizados pela UPA seja voltado a urgências e emergências, na prática não é o que vemos, estes fatores podem estar ligados a falta de organização e resolutividade das unidades básicas de saúde que deveriam dar o primeiro suporte para a população. É evidente que os usuários do serviço não tenham uma concepção concreta do que realmente seriam casos de urgência e emergência, o que eles buscam é e resolução rápida e facilidade de seu problema, pois qualquer dor ou desconforto que afete o ser humano é considerado por ele uma urgência que precisa ser logo tratada, ou seja, cada um tem suas próprias urgências e emergências.

Existe uma cultura na nossa sociedade que precisa ser modificada, a população precisa entender a hierarquia dos serviços de saúde, ela precisa compreender a importância do trabalho em rede, a importância de se ter um acompanhamento contínuo, acompanhamento este que ela terá apenas nas unidades básicas de saúde. Precisamos vincular os usuários com os serviços de atenção básica de saúde, para que quando precisem de atendimento tenham confiança em utilizá-los. Conforme o site e-Gestor a cobertura da Atenção Básica no município de Tramandaí chegou a apenas 53,25% no mês de março. Foi possível

constatar através da pesquisa que mesmo tendo a sua disposição uma unidade básica de saúde, os pacientes procuraram atendimento na UPA. Contudo, foi possível confirmar também que a cobertura da atenção básica no município ainda é insuficiente.

A partir disto constata-se que a atenção primária em saúde do município de Tramandai precisa ser fortalecida, a gestão precisa reorganizar seu planejamento de atenção a saúde aumentando sua cobertura, fortalecendo vínculos com a comunidade e intensificando o trabalho em rede para desta forma conseguir realizar o acompanhamento dos problemas de saúde que afetam a sua população. Através deste estudo foi possível conhecer o perfil da demanda atendida pela UPA, assim sendo ele tem a intenção de contribuir para um melhor planejamento e reestruturação dos serviços de saúde do município

## REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2048 de 05 de novembro de 2002: Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência**. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **QualiSUS: Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília. DF, 2003.

BRASIL. Ministério da saúde (BR). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético no fazer em saúde** / Brasília, 2004. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento\\_com\\_avaliacao\\_e\\_classificacao\\_de\\_risco.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf) Acesso: 16 setembro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Série E. Legislação de Saúde, 3ª edição ampliada. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_urgencias\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf) Acesso em: 19 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Portaria n. 1820 de 13 de agosto de 2009: Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde**. . Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2009/01\\_set\\_carta.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf) Acesso em: 19 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília, 2009b.

BRASIL **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília (DF): MS; 2011. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria\\_n\\_1600\\_de\\_07\\_07\\_11\\_Politica\\_Nac\\_Urg\\_Emerg.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_n_1600_de_07_07_11_Politica_Nac_Urg_Emerg.pdf) Acesso em: 16 setembro 2018.

BRASIL. 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)**. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf) Acesso em: 13 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias das SAS**. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf). Acesso em: 13 maio 2018.

BRASIL. Portal Brasileiro de Dados abertos. **Unidades Básicas de Saúde – UBS**. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://dados.gov.br/dataset/unidades-basicas-de-saude-ubs> Acesso: 14 setembro 2018.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/tramandai> Acesso em: 13 maio 2018.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes**. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf> Acesso: 26 nov. 2018.

CASSETTARI, S.S.R.; MELO, A.L.S.F. **Demanda e tipo de atendimento realizado em Unidades de Pronto Atendimento do município de FLORIANÓPOLIS, Brasil**. *Texto Contexto Enferm*; 26(1):e3400015. Florianópolis, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000100308&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100308&lng=en&tlng=en) Acesso em: 19 maio 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Classificação de risco por cores: uma ferramenta de avaliação em emergência**. 2011. [online]. Disponível em: [http://revista.cofen.gov.br/site/index.php?option=com\\_content&view=article&id=354:classification-de-risco-por-cores-uma-ferramenta-de-avaliacao-em-emergencia&catid=39:blog&Itemid=65](http://revista.cofen.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=354:classification-de-risco-por-cores-uma-ferramenta-de-avaliacao-em-emergencia&catid=39:blog&Itemid=65). Acesso em: 19 maio 2018.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

DEGANI, V. C. **A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde**. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1862/000310803.pdf> Acesso: 14 setembro 2018.

FRANCO, T. B.; BUENO, W.S.; MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf> Acesso: 14 setembro 2018.

GUEZ, V. M. A. **O perfil da demanda de pacientes do serviço de emergência da fundação de saúde pública São Camilo de Esteio**. Trabalho de conclusão do curso de especialização de Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS. Novo Hamburgo, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/130249> Acesso: 14 setembro 2018.

JUNG, C. F. **Metodologia científica: ênfase em pesquisa tecnológica**. 3ª Ed. 2003. Disponível em: <https://www.ft.unicamp.br/~epoleti/ST008/Metodologia%20F%E1bio.pdf> Acesso: 04 dez 2018.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. **As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 25 [2]: 525-545, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00525.pdf> Acesso: 15 maio 2018.

LUDWIG, M. L. M.; BONILHA, A. L. L. **O contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário**. Rev Bras Enfermagem 2003, 56(1):12-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a03v56n1.pdf> Acesso: 14 setembro 2018.

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. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300010) Acesso: 16 setembro 2018.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. **Demanda de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde**. Rev Latino-Am Enfermagem; 15 (1) [internet]. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf) Acesso em: 14 setembro 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. 549 p. ISBN: 978-85-7967-075-6. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/eugenio-vilaca-redes-de-atencao.pdf> Acesso: 19 maio 2018.

NISHIO, E. A.; FRANCO, M. T. G. **Modelo de Gestão em Enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=663529&indexSearch=ID> Acesso: 18 setembro 2018.

OLIVEIRA, G. N. et. al. **Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Maio-Jun 2011; 19(3). Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_14](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14) Acesso: 16 setembro 2018.

PAIVA, C. H. H.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. Rev. História, Ciências, Saúde –v.21, n.1, jan-mar. 2014, p.15-35. Manguinhos, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf> Acesso: 14 setembro 2018.

PEREIRA, F. S.; NELSON, R. A. R. R. **A constitucionalização do direito à saúde e sua concretização via aplicação da norma constitucional**. In: Revista de Direito Constitucional e Internacional, São Paulo: Revista dos Tribunais, ano 20, vol. 81, out./2012, p. 105 – 144.

PMT. Prefeitura Municipal de Tramandaí. Disponível em: [http://www.tramandai.rs.gov.br/index.php?acao=conteudo&conteudos\\_id](http://www.tramandai.rs.gov.br/index.php?acao=conteudo&conteudos_id) Acesso em: 19 maio 2018.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil**. Cad Saúde Pública 2003 janeiro/fevereiro; 19(1):27- 34. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000100004&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000100004&script=sci_abstract) Acesso: 14 setembro 2018.

SCLIAR, M. **História do Conceito de Saúde**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03> Acesso: 16 setembro 2018.

SALLUM, AMC. **Estrutura organizacional de um serviço e emergência**. In: **Sallum AMC, Paranhos WY. O enfermeiro e as situações de emergência**. Editora Atheneu. São Paulo, 2010.

SANTOS, S. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica**. Jornal Pediatria, Rio de Janeiro, v. 75, n. 6, pg. 401 – 406. 1999.

SEBRAE/RS. **Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas do Rio Grande do Sul. Perfil das Cidades Gaúchas: Tramandaí**. Rio Grande do Sul, 2017. Disponível em: [http://ambientedigital.sebrae-rs.com.br/Download/PerfilCidades/Perfil\\_Cidades\\_Gauchas-tramandai.pdf](http://ambientedigital.sebrae-rs.com.br/Download/PerfilCidades/Perfil_Cidades_Gauchas-tramandai.pdf). Acesso em: 13 maio 2018.

SILVA, V. P. M. et. al. **Caracterização do Perfil da Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade de Federal de Santa Catarina**. Arquivos Catarinenses de Medicina. Vol. 36, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/520.pdf> Acesso: 16 setembro 2018.

SILVEIRA, J. R. A. **Pronto Atendimento Municipal de Gravataí: descrição dos atendimentos nos dias de maior demanda do ano de 2013**. Trabalho de conclusão do curso de especialização de Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/130274/000974603.pdf?sequence=1> Acesso: 19 maio 2018.

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**. [tese de doutorado] Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2008. 163 p. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008simons-da.pdf> Acesso 18 setembro 2018.

TANAKA, O. U.; MELO, C. **Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa.** In: Bosi MLM, Marcelo F. J. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis, RJ. Vozes, 2004.

TOLEDO, A. D. **Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal de Belo Horizonte** [tese de mestrado]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem /UFMG; 2009. 138 p. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/618M.PDF> Acesso: 18 setembro 2018.

UCHIMURA, L., Y., T. et. al. **Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná.** Rev. Saúde e Debate. Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, P. 972-983, out-dez 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00972.pdf> Acesso: 17 maio 2018.

ANEXO A – FICHA DE ATENDIMENTO

 <p>SIAA/SUS-RS SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</p>	<p>ATENDIMENTO Nro : 28669484</p> 	<p><b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b></p>																																																																																																																																																																					
<p>UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO</p> <p><b>NOME DA UNIDADE:</b> UPA TRAMANDAI</p> <p><b>ENDEREÇO:</b> FLORES DA CUNHA</p> <p><b>MUNICÍPIO:</b> TRAMANDAI</p> <p><b>UF:RS</b></p> <p><b>CÓDIGO SIA/SUS:7897162</b></p> <p><b>LOGIN:fernanda.vaz</b></p>		<p>MOTIVO DO ATENDIMENTO</p> <p style="text-align: right; font-size: 1.2em;">Verde</p>																																																																																																																																																																					
<p>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p> <p><b>CNS:</b> NOME: 1117661-</p> <p><b>ENDEREÇO:</b></p> <p><b>BAIRRO: CENTRO</b> <b>MUNICÍPIO:TRAMANDAI</b></p> <p><b>UF: RS</b> <b>IDADE: 32 anos, 1 meses e 18 dias</b> <b>SEXO: Feminino</b> <b>DATA NASC: 11/04/1987</b> <b>TELEFONE:</b> <b>CELULAR:</b> <b>FAMÍLIA PSF:</b> <b>MICROÁREA:</b> <b>MOTIVO DE ALTA:</b></p>		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:5%;">CBO</th> <th style="width:20%;">CÓDIGO TABELA DE PROCEDIMENTO SIA/SUS</th> <th style="width:10%;">PROFISSIONAL SETOR</th> <th style="width:50%;">TRATAMENTO DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS</th> <th style="width:15%;">ASSIN. E CARIMBO DO PROFISSIONAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>223505</td> <td>0301060118</td> <td>ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>225125</td> <td>0301060096</td> <td>ATENDIMENTO MÉDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td>Paciente relata</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td>alorimo plitodes-</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td>al a tarde</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td>φ Alergias</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td></td> <td></td> <td>φ banorbidades</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td># Tabagista</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11</td> <td></td> <td></td> <td>Em uso de</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12</td> <td></td> <td></td> <td>Sertalina 50mg</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>14</td> <td></td> <td></td> <td>COND- ECG</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>16</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>19</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>21</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>22</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>23</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>26</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>27</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>28</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>29</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>31</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>32</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	CBO	CÓDIGO TABELA DE PROCEDIMENTO SIA/SUS	PROFISSIONAL SETOR	TRATAMENTO DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	ASSIN. E CARIMBO DO PROFISSIONAL	1	223505	0301060118	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		2	225125	0301060096	ATENDIMENTO MÉDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO		3			Paciente relata		4			alorimo plitodes-		5			al a tarde		6					7			φ Alergias		8			φ banorbidades		9			# Tabagista		10					11			Em uso de		12			Sertalina 50mg		13					14			COND- ECG		15					16					17					18					19					20					21					22					23					24					25					26					27					28					29					30					31					32				
CBO	CÓDIGO TABELA DE PROCEDIMENTO SIA/SUS	PROFISSIONAL SETOR	TRATAMENTO DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	ASSIN. E CARIMBO DO PROFISSIONAL																																																																																																																																																																			
1	223505	0301060118	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO																																																																																																																																																																				
2	225125	0301060096	ATENDIMENTO MÉDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO																																																																																																																																																																				
3			Paciente relata																																																																																																																																																																				
4			alorimo plitodes-																																																																																																																																																																				
5			al a tarde																																																																																																																																																																				
6																																																																																																																																																																							
7			φ Alergias																																																																																																																																																																				
8			φ banorbidades																																																																																																																																																																				
9			# Tabagista																																																																																																																																																																				
10																																																																																																																																																																							
11			Em uso de																																																																																																																																																																				
12			Sertalina 50mg																																																																																																																																																																				
13																																																																																																																																																																							
14			COND- ECG																																																																																																																																																																				
15																																																																																																																																																																							
16																																																																																																																																																																							
17																																																																																																																																																																							
18																																																																																																																																																																							
19																																																																																																																																																																							
20																																																																																																																																																																							
21																																																																																																																																																																							
22																																																																																																																																																																							
23																																																																																																																																																																							
24																																																																																																																																																																							
25																																																																																																																																																																							
26																																																																																																																																																																							
27																																																																																																																																																																							
28																																																																																																																																																																							
29																																																																																																																																																																							
30																																																																																																																																																																							
31																																																																																																																																																																							
32																																																																																																																																																																							
<p>DATA DO ATENDIMENTO: 29/05/2019</p> <p>HORA DO ATENDIMENTO: 21:55</p>		<p>DIAGNÓSTICO: DOR NO PEITO</p> <p>CID:</p> <p>ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:</p> 																																																																																																																																																																					
<p><b>TRIAGEM DE ENFERMAGEM</b></p>		<p>POLEGAR DIREITO:</p>																																																																																																																																																																					
<p>Observação</p>		<p>Tipo Atendimento</p>																																																																																																																																																																					
<p>Observação</p>		<p>Hora Triagem 22:10</p>																																																																																																																																																																					
PA: 120x70	SAT: 98.1	PESO:	ALTURA:	IMC:	FC: 73	FR: 20	TX: 363	HGT: 87																																																																																																																																																															

## ANEXO B – Carta de Apresentação do Aluno



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE (UAB)

### Carta de Apresentação

Prezado Sr/Srª

Secretário Municipal da Saúde de Tramandai

Apresentamos por meio desta a acadêmica MARIANA DARIVA DE OLIVEIRA, regularmente matriculado na terceira edição do Curso de Especialização de Gestão em Saúde, da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que está realizando a pesquisa intitulada "PERFIL DA DEMANDA DE ATENDIMENTOS REALIZADOS PELA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE TRAMANDAÍ"

Solicitamos a gentileza de sua autorização para a execução e coleta de dados em sua instituição. O objetivo geral do estudo é descrever o perfil da demanda de atendimentos realizados pela Unidade de Pronto Atendimento do município de Tramandaí no período de setembro de 2018 à fevereiro de 2019. A análise dos dados coletados fará parte do Trabalho de Conclusão de Curso.

Todos os dados serão analisados de forma coletiva, de forma a garantir o anonimato dos indivíduos, além de preservar a identidade da instituição.

Uma das metas para a realização deste estudo é o comprometimento com o retorno dos resultados da pesquisa. Assim, ao final da mesma, uma cópia da versão definitiva do Trabalho de Conclusão de Curso será encaminhada por meio eletrônico a sua instituição.

Agradecemos a compreensão e colaboração no processo de desenvolvimento deste futuro profissional e da pesquisa científica em nossa região.

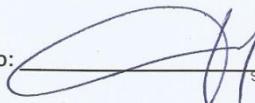
Atenciosamente.

Prof Dr Ronaldo Bordin  
Coordenador do Curso  
Especialização de Gestão em Saúde

Porto Alegre, 06 de maio de 2019.

Autorizado Dia: 06/05/2019

Assinatura do responsável pela autorização:

  
Luciano Von Saltiel  
Secretário Municipal da Saúde