UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

WEBSE DA MOTA COSTA

PERFIL DOS ATENDIMENTOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE

GOIÂNIA
2020

SIBI
SISTEMA DE BIBLIOTECAS UFG

PRPG
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

UFG

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o(a) autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico: **[X] Dissertação** **[ ] Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do(a) autor(a): Webse da Mota Costa

Título do trabalho: **Perfil dos atendimentos em urgência e emergência em um Centro de Atenção Integrada à Saúde**

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento [**X**] SIM [ ] NÃO[1]

Independente da concordância com a disponibilização eletrônica, é imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Webse da Mota Costa
Assinatura do(a) autor(a)[2]

Ciente e de acordo:

Waldemar Naves do Amaral
Assinatura do(a) orientador(a)[2] Data: 06/04/2020

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

[2] As assinaturas devem ser originais sendo assinadas no próprio documento. Imagens coladas não serão aceitas.

WEBSE DA MOTA COSTA

PERFIL DOS ATENDIMENTOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral

GOIÂNIA

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

da Mota Costa, Webse
PERFIL DOS ATENDIMENTOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE [manuscrito] / Webse da Mota Costa. - 2020.
109 f.: il.

Orientador: Prof. Waldemar Naves do Amaral.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Goiânia, 2020.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui siglas, abreviaturas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Urgência. 2. Emergência. 3. Perfil. 4. Demanda. I. Naves do Amaral, Waldemar, orient. II. Título.

CDU 61

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE MEDICINA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº **03/2020** da sessão de Defesa de Dissertação de **Webse da Mota Costa**, que confere o título de Mestre em **Ciências da Saúde**, na área de concentração em **Dinâmica do Processo Saúde-Doença**.

Aos **quatro dias do mês de abril de dois mil e vinte**, a partir das **10:30h**, **por meio de videoconferência**, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada **"PERFIL DOS ATENDIMENTOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE"**. Os trabalhos foram instalados pelo Orientador, Professor Doutor **Waldemar Naves do Amaral (FM/UFG)** com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professor Doutor **Rui Gilberto Ferreira (FM/UFG)**, membro titular externo; Professor Doutor **Tárik Kassem Saidah**, membro titular externo. Durante a arguição os membros da banca **não fizeram** sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido o candidato **aprovado** pelos seus membros. Proclamados os resultados pelo Professor Doutor **Waldemar Naves do Amaral**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, aos **quatro dias do mês de abril de dois mil e vinte**.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

Documento assinado eletronicamente por **Rui Gilberto Ferreira**, **Professora do Magistério Superior**, em 04/04/2020, às 19:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **Juarez Antonio De Sousa**, **Subchefe**, em 05/04/2020, às 12:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **Waldemar Naves Do Amaral**, **Professor do Magistério Superior**, em 06/04/2020, às 10:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **TÁRIK KASSEM SAIDAH**, **Usuário Externo**, em 06/04/2020, às 10:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **WEBSE DA MOTA COSTA**, **Usuário Externo**, em 06/04/2020, às 12:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1264191** e o código CRC **2D0A6F19**.

Referência: Processo nº 23070.012896/2020-01 SEI nº 1264191

Dedico este trabalho a minha família e a todos que acreditaram na realização dessa conquista profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **DEUS** pelo dom da vida, pois d'Ele e para Ele são todas as coisas;

A minha mãe **AVELINA AIRES DA MOTA COSTA** pela educação, ensinamentos e apoio que sempre me proporcionaram, sendo a base de todas as minhas conquistas;

A minha **FAMÍLIA** que sempre está disposta a estender a mão de quem recebo o melhor abraço amigo;

Ao meu orientador **PROF. DR. WALDEMAR NAVES DO AMARAL** pela excelência na arte de transmitir e orientar, sempre à disposição com sua experiência e seu conhecimento;

A **BANCA DE QUALIFICAÇÃO** e **BANCA DE DEFESA** pelo carinho ao aceitar o convite para contribuição com suas arguições e apontamentos;

Aos **AMIGOS(AS)** pessoais pelo carinho e companheirismo, que com alegria sempre dividem comigo bons e maus momentos;

A **MAJOR SELMA**, comandante da 19ª Companhia Independente do Corpo de Bombeiros Militar de Goiás pelo apoio, oportunidades e compreensão além do merecido em toda minha carreira até aqui;

A **1º TENENTE LISIANE,** Corpo de Bombeiros Militar de Goiás pela força e companheirismo durante todos os momentos desde o início de nosso convívio profissional;

Ao Sr. **ALESSANDRO**, Secretário de Saúde de Aparecida de Goiânia, pela anuência na realização desse trabalho;

Ao Sr. **DENYSSON**, Chefe de Enfermagem do Cais Nova Era em Aparecida de Goiânia, pela colaboração, apoio e compreensão demasiadamente importante para a realização desse trabalho;

A Sra. **AMANDA**, Chefe do Serviço de Urgência de Aparecida de Goiânia, pela anuência e colaboração com a realização desse trabalho;

A **SECRETARIA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**, representados pela Valdecina e Lívia, que sempre dispuseram a ajudar naquilo que podiam fazer;

Ao **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/FM-UFG** por me proporcionar a oportunidade de alcançar mais esse objetivo;

A **TODOS** que direta ou indiretamente contribuíram para realização de mais essa conquista profissional.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 15
2. OBJETIVOS 20
2.1. OBJETIVO GERAL 20
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 20
3. MÉTODOS 21
3.1. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS 21
3.2. TIPO DE ESTUDO 21
3.3. LOCAL DO ESTUDO 21
3.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO 21
3.4.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO 22
3.4.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO 22
3.5. INSTRUMENTO DE PESQUISA 22
3.6. MEDIDAS DE PESQUISA 23
3.7. COLETA DE DADOS 25
3.8. TABULAÇÃO DOS DADOS 26
3.9. ANÁLISE DOS DADOS 26
4. PUBLICAÇÕES 27
4.1 MANUSCRITO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA 28
4.2 MANUSCRITO 2: PERFIL DA DEMANDA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA PERSPECTIVA DE UM CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE 44
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 64
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 65
APÊNDICES 71
ANEXOS 89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das AIHs de acordo com os dados sociodemográficos.....50

Tabela 2. Distribuição das AIHs de acordo com os dados da solicitação 51

Tabela 3. Distribuição das AIHs de acordo com os agravos de saúde 52

Tabela 4. Distribuição dos casos de acordo com as características das AIHs aprovadas 53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição dos estudos de acordo com a caracterização metodológica 32

Quadro 2. Distribuição dos estudos de acordo com os dados sociodemográficos 33

Quadro 3. Distribuição dos estudos de acordo com os agravos de saúde 34

Quadro 4. Distribuição dos estudos de acordo com as considerações finais 39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma das medidas de pesquisa para dados sociodemográficos.....23

Figura 2. Fluxograma das medidas de pesquisa para dados da solicitação.....24

Figura 3. Fluxograma das medidas para especificação das AIHs aprovadas.....25

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Cálculo do tamanho amostral 71

Apêndice B – Total de casos selecionados para amostra 72

Apêndice C – Critérios para distribuição do parecer da solicitação 73

Apêndice D – Fluxograma da análise dos dados sociodemográficos 74

Apêndice E – Fluxograma da análise dos dados da solicitação 75

Apêndice F – Fluxograma da análise dos dados das AIHs aprovadas 76

Apêndice G – Quadros do manuscrito 1 77

Apêndice H – Tabelas do manuscrito 2 81

Apêndice I – Termo de dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido 88

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Modelo para preenchimento de autorização de internação hospitalar 94

Anexo B – Normas e instruções aos autores para publicação nos periódicos.....95

Anexo C – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa.....103

Anexo D – Comprovante de submissão dos manuscritos da dissertação.....103

LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAIS	Centro de Atenção Integrada À Saúde
CBMGO	Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás
CER-RJ	Central Estadual de Regulação – Rio de Janeiro
CID-10	Classificação Internacional de Doença-10
CRMRJ	Complexo Regulador do Município do Rio de Janeiro
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IC	Intervalo de Confiança
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OMS	Organização Mundial da Saúde
P	p-valor
POP	Procedimento Operacional Padrão
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SIH-SUS	Sistema de Informação Hospitalar
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensivo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
AVC	Acidente Vascular Cerebral
RS	Rio Grande do Sul
TC	Tomografia Computadorizada

RESUMO

Introdução: O atendimento em urgência e emergência sofreu importantes reestruturações a partir de 2003, com a criação da Política Nacional de Atenção às Urgências, pelo o Ministério da Saúde. Com base nisso o serviço de urgência e emergência passou a ser composto por uma rede de unidades especializadas na prestação desse serviço em níveis de atenção secundária ou terciária, a depender de sua estruturação e capacidade resolutiva, sendo a atenção primária responsável pelo atendimento de agravos de saúde emergências de baixa complexidade. **Objetivo**: Analisar o perfil da demanda dos pacientes admitidos na urgência e emergência em um Centro de Atenção Integrada à Saúde. **Métodos**: Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Para a coleta de dados foi utilizado a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento registrado no Sistema de Regulação (SISREG). Foram avaliadas todas as AIHs solicitadas no período de 01 de janeiro de 2018 a 30 de junho de 2018. Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, qualquer idade, e qualquer município de origem, e excluídos casos com AIH incompleta para os dados pesquisados. Foram analisados os dados referentes ao perfil sociodemográfico (sexo, faixa etária e município de origem), dados da AIH solicitada (mês da solicitação, período da solicitação e regulação, intervalo de espera, especialidade médica, e parecer da solicitação), os diagnósticos iniciais relacionados a AIH, e a caracterização da AIH aprovada (estabelecimento executante e finalidade da AIH). Os dados foram analisados pela estatística descritiva, com a obtenção da frequência absoluta e relativa das variáveis, além do teste Qui-quadrado de Pearson para comparação das variáveis do estudo, com significância de $p<0,05$. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados**: Um total de 2013 AIHs foram selecionadas para a amostra. O sexo masculino foi mais prevalente com 1021 casos (50,72%). A idade variou de 1 a 101 anos, com média de 44,24 anos (DP±23,13). A faixa etária ≥50 anos foi mais frequente, com 43,52% dos casos, em relação as demais categorias (p<0,001). Em relação ao município de origem, o maior número de casos foi observado para Aparecida de Goiânia com 66,57% dos registros, seguido por Goiânia com 18,03%. Não foi observada, no geral, variação por mês. Quanto ao período para a solicitação e regulação, notou-se o turno diurno como o mais frequente com 68,95% e 69,50% dos casos, respectivamente. Os intervalos de espera mais prevalentes foram 60 min (45,11%), 1 a 6 horas (23,00%), 6 a 12 horas (5,81%), e 12 a 24 horas (11,03%). Em relação ao parecer da solicitação, um total de 71,49% foi aprovado, enquanto 17,14% foi negado. Cerca de 5,32% dos pacientes receberam alta, e 5,12% evadiram do local. As especialidades solicitadas com maior frequência foram a clínica geral (54,25%), cirurgia geral (18,63%) e pediatria (12,62%). Os agravos de saúde mais observados foram abdome agudo (8,00%), acidente vascular cerebral (7,65%) e outros traumatismos intracranianos (6,46). Os serviços requeridos para as AIHs aprovadas mais frequentes foram procedimentos de alta complexidade (36,00%), avaliação por especialista (35,86%), e internação hospitalar (25,85%). Os estabelecimentos de públicos foram os mais frequentes com 76,86, seguido por privados (19,88%). **Conclusões**: Observou-se

problemáticas com estrutura, equipamentos para exames e mão de obra qualificada, além da solicitação excessiva de exames de alta complexidade, pela ausência de protocolos internos para orientação de sua solicitação. Além disso, como perfil houve maior frequência para o sexo masculino, faixa etária >50 anos e oriundos de Aparecida de Goiânia. A maioria dos casos obtiveram parecer aprovado no intervalo de espera de 60 min, relacionados principalmente ao abdome agudo. A finalidade das AIHs foi frequente para a avaliação de urgência e exames de alta complexidade em estabelecimentos públicos.

Palavras chaves: Urgência. Emergência. Perfil. Demanda

ABSTRACT

Introduction: Urgent and emergency care has undergone important restructuring since 2003, with the creation of the National Policy for Attention to Urgencies, by the Ministry of Health. Based on this, the urgency and emergency service started to be composed of a network of units specialized in providing this service at levels of secondary or tertiary care, depending on its structuring and resolution capacity, with primary care responsible for the care of low complexity emergencies. **Objective**: To analyze the profile of the demand of patients admitted to the emergency room at an Integrated Health Care Center. **Methods**: This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. To analyze the demand profile of patients admitted to the urgency and emergency, linked to the request for AIH through the Regulation System. All AIHs requested from January 1, 2018 to June 30, 2018 were evaluated. Patients of both genders, any age, and any city of origin were included, and cases with incomplete AIH were excluded for the survey data. The data referring to the sociodemographic profile (gender, age group and city of origin), data from the requested AIH (month of application, period of application and regulation, waiting interval, medical specialty, and application opinion), initial diagnoses were analyzed related to AIH, and the characterization of the approved AIH (executing establishment and purpose of the AIH). The data were analyzed using descriptive statistics, obtaining the absolute and relative frequency of the variables, in addition to Pearson's Chi-square test to compare the study variables, with significance of $p < 0.05$. The study was submitted to and approved by the Research Ethics Committee. **Results**: A total of 2013 AIHs were selected for the sample. Male gender was more prevalent with 1021 cases (50.72%). Age ranged from 1 to 101 years, with a mean of 44.24 years (SD ± 23.13). The age group ≥50 years was more frequent, with 43.52% of the cases, in relation to the other categories ($p < 0.001$). In relation to the municipality of origin, the highest number of cases was observed for Aparecida de Goiânia with 66.57% of the records, followed by Goiânia with 18.03%. In general, there was no variation per month. As for the request and regulation period, the day shift was noted as the most frequent with 68.95% and 69.50% of cases, respectively. The most prevalent waiting intervals were 60 min (45.11%), 1 to 6 hours (23.00%), 6 to 12 hours (5.81%), and 12 to 24 hours (11.03%). Regarding the request's opinion, a total of 71.49% was approved, while 17.14% was denied. About 5.32% of patients were discharged, and 5.12% escaped from the site. The specialties most frequently requested were general practice (54.25%), general surgery (18.63%) and pediatrics (12.62%). The most observed health problems were acute abdomen (8.00%), stroke (7.65%) and other intracranial injuries (6.46). The services required for the most frequent approved AIHs were highly complex procedures (36.00%), evaluation by a specialist (35.86%), and hospitalization (25.85%). Public establishments were the most frequent with 76.86, followed by private (19.88%). **Conclusions**: Problems with structure, equipment for exams and qualified labor were observed, in addition to the excessive request for highly complex exams, due to the absence of internal protocols to guide your request. In addition, like profile there was a higher frequency for males, aged> 50 years and from Aparecida de Goiânia. Most

of the cases were approved in the 60 min waiting interval, mainly related to acute abdomen. The purpose of AIHs was frequent to the evaluation of urgency and tests of high complexity in public establishments.

Keywords: Urgency. Emergency. Profile. Demand.

1. INTRODUÇÃO

A compreensão de Saúde, como um estado de bem-estar físico, mental e social, vai além da proposta anteriormente definida apenas visto como a ausência de doença (SEGRE *&* FERRAZ, 1997). A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política pública de saúde No Brasil, todos os indivíduos têm acesso universal e integral aos atendimentos em saúde disponíveis, pautando sempre o princípio da equidade entre os pacientes (BRASIL, 2002).

Outro aspecto importante encontra-se na forma hierarquizada e regionalizada da prestação dos cuidados em saúde, onde por meio da estruturação em níveis de atenção primária, secundária e terciária, considerando as variáveis epidemiológicas regionais no planejamento das ações e gestão dos recursos, tem incorrido em maior resolutividade das demandas envolvidas (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, o atendimento em urgência e emergência sofreu importantes reestruturações a partir de 2003, com a criação da Política Nacional de Atenção às Urgências, pelo o Ministério da Saúde. Com base nisso, uma rede estruturada de unidades especializadas na prestação de atendimentos em urgência e emergência foi estabelecida através da pactuação das três esferas de governo para a implantação e funcionamento adequado da reestruturação proposta.

Sendo assim, o serviço de urgência e emergência passou a ser composto por uma rede de unidades especializadas na prestação desse serviço em níveis de atenção secundária ou terciária, a depender de sua estruturação e capacidade resolutiva, sendo a atenção primária responsável pelo atendimento de agravos de saúde emergências de baixa complexidade. As atribuições em cada nível são definidas pelas regulamentações via portarias do Ministério da Saúde estabelecendo os princípios, diretrizes, normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos serviços (BRASIL, 2003).

Fazem parte da integração da Rede de Urgência e Emergência (RUE) a rede pré-hospitalar, as unidades básicas de saúde, a Estratégia Saúde da Família, os ambulatórios especializados, os serviços de diagnósticos e terapias,

as unidades não hospitalares, os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel e as unidades hospitalares de alta complexidade, cada qual colaborando na prestação de serviço ao cliente de urgência e emergência de acordo com sua capacidade técnica (BRASIL, 2011).

Apesar do acesso principal às unidades de atendimento em urgência ser por meio da atenção básica, que pode referenciar seus casos de médio e alta complexidade, outras formas de acesso são observadas como as demandas continuadas do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e serviço de resgate do Corpo de Bombeiros Militar (CBMGO).

Assim, a distribuição espacial dos diferentes níveis de complexidade, alinhado à diferente composição quanto a equipe multiprofissional e equipamentos devem concordar a real demanda de cada localidade, embasadas por índices epidemiológicos continuados sobre a realidade do serviço de urgência e emergência (COELHO, GOULART *&* CHAVES, 2013).

Como integrante da RUE, o serviço de urgência e emergência não hospitalar é proposto como nível primário de atenção aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que podem levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, visando garantir um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquicamente organizado, regulado e integrado ao Sistema Estadual de Urgência e Emergência (CONASS, 2011).

No município de Aparecida de Goiânia, além das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), os Centros de Atenção Integrada à Saúde (CAIS) dispõem aos usuários atendimentos ambulatoriais, bem como atendimento de urgência e emergência (24 horas), enquadrando como unidade prestadora de atendimento pré-hospitalar fixo ao atender os requisitos prévios para seu enquadramento funcional, como estruturação física com espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais para garantia de êxito no atendimento e/ou estabilização inicial das urgências demandadas na proximidade da unidade, e/ou de áreas sobre sua abrangência, e/ou a elas encaminhadas até a transferência do paciente para serviços de atendimento de maior porte. (CONASS, 2011).

A unidade Cais Nova Era representa a maior porta de entrada do serviço de emergência em Aparecida de Goiânia, em pleno funcionamento há mais de 20 anos e disponibiliza em média 450 atendimentos diários em urgência e emergência, além de serviços ambulatoriais na área médica, psicológica e odontológica. A unidade conta com a prestação de serviço laboratorial em análises clínicas suporte de exames complementares básicos. Além da demanda local, a unidade é porta aberta para a população de municípios vizinhos, do interior do Estado de Goiás, bem como de outros Estados brasileiros (http://www.aparecida.go.gov.br).

Para a integralização do atendimento previamente ao encaminhamento para internação em outro serviço referenciado, a unidade encaminha o paciente para a realização de exames de imagem (radiografia, tomografia computadorizada, ultrassonografia e ressonância magnética), bem como realização de avaliações e consultas especializadas, por não contar com equipamentos e recursos humanos especialistas à disposição da equipe médica de urgência e emergência.

A equipe de assistência em urgência e emergência no Cais Nova Era é composta por médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, com atuação inicial em clínica geral e pediatria. No geral, as equipes diurna e noturna são compostas por cinco médicos (3 clínicos gerais e 2 pediatras) três enfermeiros e dez técnicos de enfermagem, com a atuação de dois enfermeiros na classificação de risco. Para o serviço noturno, a equipe de enfermagem é composta por dois enfermeiros e dez técnicos de enfermagem, com a atuação de um enfermeiro na classificação de risco entre as 19:00 e 23:00 horas.

A admissão do paciente para o atendimento de urgência e emergência ocorre pela demanda espontânea, encaminhamentos referenciados rede municipal de saúde de Aparecida de Goiânia, bem como pacientes socorridos inicialmente por equipes de resgate do Corpo de Bombeiros Militares do Estado de Goiás (CBMGO), e do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU).

Os pacientes atendidos na urgência são admitidos por triagem realizada pela equipe de enfermagem por meio do protocolo de Classificação de Risco Manchester, por meio do qual a prioridade clínica é identificada pelas cores

branca, azul, verde, amarela e laranja. Os pacientes graves que requerem atendimento imediato (emergência), são diretamente admitidos pela equipe médica/enfermagem e quase sempre são associados a solicitação de uma AIH, cujo próprio sistema regulador o classifica como prioridade clínica 0 (vermelho). Uma média de 12 AIHs são diariamente solicitadas pela unidade.

A estrutura física do serviço é formada por uma enfermaria feminina e uma masculina, ambas com capacidade de dez leitos, duas salas de reanimação, com disponibilidade para dois atendimentos simultâneos, sala de curativos e sala de triagem inicial via classificação de risco.

Estudos sobre a utilização desses serviços tem sido foco de atenção e análise, principalmente pelos órgãos sanitários, pois os crescentes casos de atendimentos relacionados ao aumento no número de acidentes, da violência urbana e insuficiente estruturação da rede, tem contribuído para o incremento de novas unidades que atendam esse perfil de usuário do SUS visando à resolução para a sobrecarga de serviços de urgência e emergência em funcionamento (BITTENCOURT *&* HORTALE, 2009; CONASS, 2011).

Um estudo no município de Santa Maria - RS apontou maior prevalência dos atendimentos em pacientes do sexo masculino (59%), com maior casuística (34,4%) na faixa etária de 65 – 107 anos. Em relação ao tipo de atendimento, a maioria permaneceu internada no pronto-socorro (93,8%), dos quais 54,3% ficaram por mais de três dias em observação na unidade. Os autores avaliaram ainda os períodos de maior volume de atendimentos, onde se observou maior concentração de atendimentos nos turnos noturno (49,9%) e vespertino (33,8%). Quanto à evolução dos casos, 54,5% foram encaminhados para internação em outras alas internas ou outras unidades de internação, 37,4% recebeu alta, e o número de óbitos totalizou 7,4% (LIMA *et al*., 2013)

No interior do Estado de São Paulo, um estudo apontou maior número de atendimentos em pacientes do sexo feminino (53,7%), com prevalência de 75,5% em indivíduos entre 14 e 54 anos. Os autores observaram maior concentração de atendimentos na segunda-feira e terça-feira, com maior índice entre as 7:00 horas e 12:59 da manhã, sendo a demanda espontânea, bem como atendimento à população local as mais encontradas. Ao analisarem as queixas

principais, foram identificados a cefaleia, lombalgia, dor abdominal e dor torácica como as mais frequentes. Em relação à evolução dos casos, a maioria foi dispensada após a consulta, no entanto 24,4% dos pacientes foram encaminhados para internação em outros hospitais (OLIVEIRA *et al*., 2011).

Outro trabalho registrou um total de 54,1% dos atendimentos em pacientes do sexo masculino, com maior frequência de casos em faixas etárias acima de 40 anos (70,1%) e maior prevalência nos diagnósticos médicos de alta, as doenças do Aparelho Circulatório com 22,9%, sendo a patologia mais comum a Hipertensão Essencial (primária) (4,9%), e com 39,8% dos atendimentos resolvidos num período inferior a 6 horas, com um total de 27,4% observados na unidade por 24 horas ou mais. (COELHO, GOULART *&* CHAVES, 2013).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Descrever a demanda dos atendimentos dos pacientes assistidos por uma Unidade de Urgência e Emergência no município de Aparecida de Goiânia via Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

2.2. Objetivos específicos

- Levantar as características sociodemográficas dos pacientes com autorização de internação hospitalar assistidos por uma unidade de urgência e emergência;
- Descrever as características do atendimento clínico envolvidas na solicitação para internação hospitalar dos pacientes assistidos por uma unidade de urgência e emergência;
- Identificar os agravos relacionados as autorizações de internação hospitalar;
- Analisar as autorizações para internação hospitalar aprovadas quanto à finalidade e estabelecimento executante.

3. MÉTODOS

3.1. Aspectos éticos e legais

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital e Maternidade Dona Íris, e os dados foram coletados após sua aprovação, mediante autorização do representante da unidade em estudo, e Secretário Municipal de Saúde do município de Aparecida de Goiânia.

3.2. Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo transversal, descritivo, do tipo quantitativo, sobre a demanda em saúde dos pacientes assistidos via AIH em uma unidade pública de urgência e emergência.

3.3. Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Integrada à Saúde (CAIS) – unidade Nova Era, que promove a prestação de serviços públicos em saúde com ênfase em urgência e emergência. O local foi convenientemente escolhido por representar a maior referência de saúde pública do município de Aparecida de Goiânia para o atendimento não hospitalar, com funcionamento ininterrupto do serviço de urgência e emergência 24 horas por dia.

3.4. População e amostra do estudo

A população do estudo foi representada por pacientes da urgência e emergência, cujos atendimentos foram vinculados à solicitação de AIH, no ano de 2018, representada por 4.176 pacientes. Para determinação do tamanho da amostra (*n*), admitiu-se um intervalo de confiança de 95% (IC-95%) e erro amostral de 5%. A partir do cálculo, um total de 1536 pacientes seriam necessário para a amostra. Entretanto, o estudo considerou a inclusão de todas AIHs de urgência no período de 01/01/2018 à 30/06/2018, o que determinou uma margem de segurança de 23,6% de amostras excedentes (Apêndice A).

3.4.1. Critérios de inclusão

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, qualquer idade, e qualquer município de origem (residência do paciente), admitidos pela equipe médica e de enfermagem do serviço de urgência e emergência, cujos atendimentos resultaram na solicitação de uma ou mais AIH.

3.4.2. Critérios de exclusão

Foram considerados critérios de exclusão: pacientes com AIH com insuficiência de dados para a coleta quando analisada individualmente.

3.5. Instrumento de pesquisa

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a Autorização de Internação Hospitalar (Anexo A), que é o documento hábil para a identificação do paciente, registro dos serviços prestados sob o regime de internação hospitalar, bem como fonte de informações para gerenciamento do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS).

O registro eletrônico referente à cada AIH solicitada é arquivado pelo Sistema de Regulação (SISREG), órgão do Ministério da Saúde, cujo acesso é restrito por senha específica gerada pelos gestores das unidades de saúde mediante a cadastro prévio. A estruturação dos dados de uma AIH contempla a identificação da unidade solicitante, dados sociodemográficos do paciente, dados da solicitação e parecer da regulação.

O Cais Nova Era utiliza o sistema de AIH por meio do SISREG para encaminhamentos de pacientes da urgência e emergência para a realização de procedimentos de alta complexidade não disponíveis na unidade, avaliação de urgência com clínico geral e especialistas em diversas áreas, agendamento de consultas eletivas nas especialidades médicas, além de internação hospitalar, nas instituições que compõem a rede de urgência e emergência da região da Macrorregião Goiânia.

3.6. Medidas de pesquisa

As medidas da pesquisa analisadas para a descrição dos dados sociodemográficos do estudo foram o sexo, a faixa etária e o município de origem. A faixa etária foi distribuída, considerando didaticamente e que corrobora com a evolução fisiológica do organismo, em três grupos: 0 a 12 anos, 13 a 49 anos, e ≥ 50 anos. Para descrição do município de origem do paciente, a amostra foi subdividida em: Aparecida de Goiânia, Goiânia, Região Metropolitana, Interior de Goiás, outros Estados e não identificado. Apesar de pertencer à região metropolitana, o município de Aparecida de Goiânia foi avaliado isoladamente, tendo em vista se tratar do local do estudo (Figura 1).

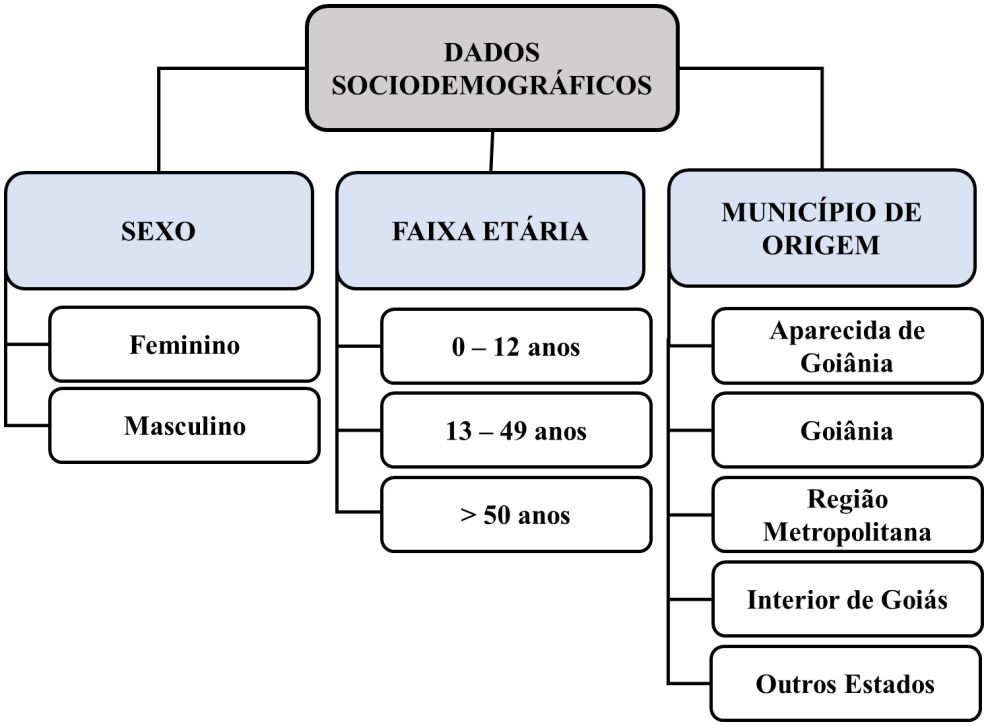


Figura 1. Fluxograma das medidas de pesquisa para dados sociodemográficos

Para a descrição das características clínicas envolvidas na solicitação, foram avaliados a distribuição da amostra por meses do estudo (janeiro, fevereiro, março, abril, maio e junho). O período da solicitação e regulação da vaga foi categorizado em diurno (07:00:00 – 18:59:59 horas) e noturno (19:00:00 – 06:59:59) sendo considerado os turnos de trabalho da unidade. O intervalo de espera do parecer da solicitação foi obtido através de cálculo do tempo

transcorrido entre a data/hora da solicitação e data/hora da regulação da AIH, sendo os resultados distribuídos dentro de seis categorias: 60 min, 1 a 6 horas, 6 a 12 horas, 12 a 24 horas, 24 a 48 horas e > 48 horas.

As especialidades médicas solicitadas foram identificadas conforme disponibilização do próprio sistema de regulação. O parecer da solicitação foi definido de acordo com o parecer emitido pelo médico regulador, e distribuído em cinco categorias: aprovado, negado, alta, evasão e óbito (Figura 2).

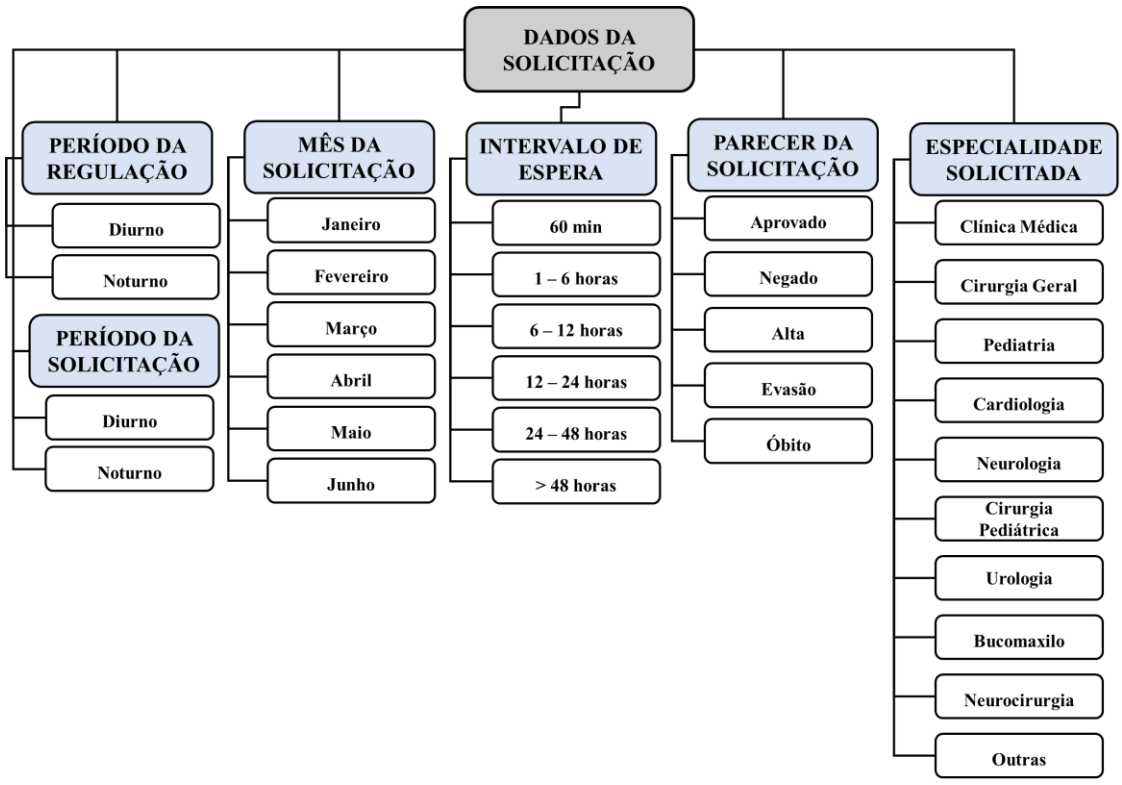


Figura 2. Fluxograma das medidas de pesquisa para dados da solicitação

Na determinação dos diagnósticos iniciais, relacionados a solicitação de AIH, foi considerada a identificação da doença pelo sistema de Classificação Internacional de Doenças (CID-10), de acordo com os requisitos do SISREG.

Em relação às das finalidades das AIHs, foi considerado para estudo a categoria aprovado quanto ao parecer da solicitação, tendo em vista a concretização do processo de encaminhamento entre unidades. Nesse quesito, foi analisado o tipo de estabelecimento executante da AIH liberada, com classificação em público, privado e filantrópico; bem como o tipo de serviço

prestado pela unidade executante, que foi distribuído em avaliação de urgência, consultas eletivas, procedimentos de alta complexidade e internação (Figura 3).

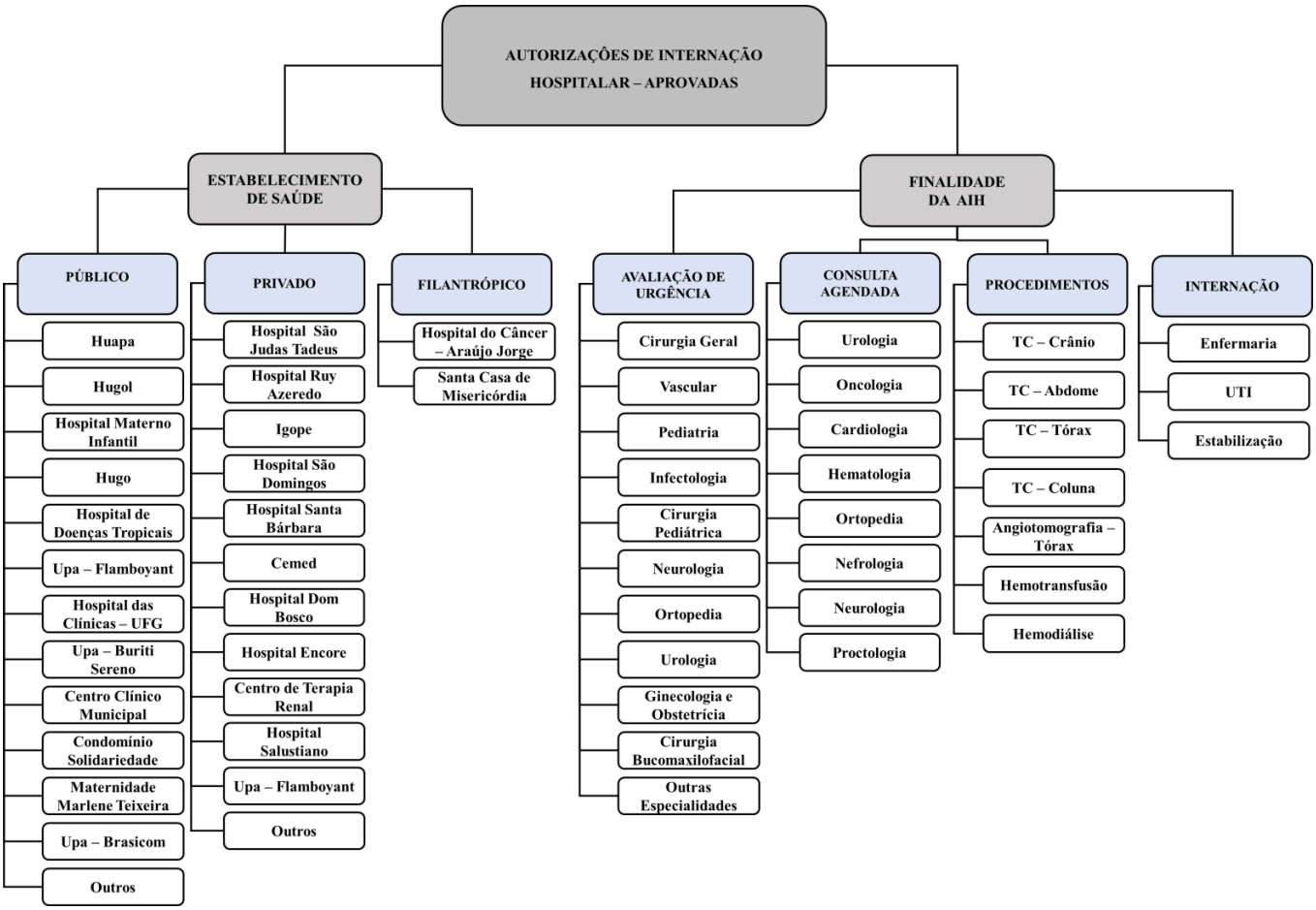


Figura 3. Fluxograma das medidas para especificação das AIHs aprovadas

3.7. Coleta de dados

Os dados foram coletados após anuência do Diretor (a) do Cais Nova Era e Secretário de Saúde do município de Aparecida de Goiânia, cadastro do projeto na Plataforma Brasil, e finalmente após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital e Maternidade Dona Íris (Número do Parecer: 3.361.822) (Anexo C). As AIHs foram consultadas via acesso eletrônico ao Sistema de Regulação (SISREG) com anuência da direção da unidade, entre os meses de setembro e dezembro de 2019.

Foi emitido um relatório com a quantidade de AIH gerada entre 01/01/2018 e 31/12/2018, totalizando 4.176 casos. Após a exclusão de quatro casos {Jan (2); Mar (1); Jun (1)}, um total de 2.013 AIHs foram selecionadas para obtenção

do banco de dados do estudo, correspondendo a 381 em janeiro, 313 em fevereiro, 356 em março, 321 em abril, 339 em maio e 307 em junho (Apêndice B).

3.8. Tabulação dos dados

Os dados coletados foram organizados em tabelas do Microsoft Excell®, versão 2010, com os resultados posteriormente inseridos em tabelas de contingência.

3.9. Análise dos dados

Os dados foram analisados pela estatística descritiva, com a obtenção da frequência absoluta e relativa das variáveis de acordo com o parecer da solicitação, além da média e desvio padrão para a idade. Para análise estatística foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson para comparação das variáveis do estudo, sendo considerado significante $p<0,05$, e utilizado o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* (Versão 20, IBM).

4. PUBLICAÇÕES

MANUSCRITO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA ... 28

Autores: Webse da Mota Costa; Waldemar Naves do Amaral

Revista: Ciência & Saúde Coletiva

Qualis (Medicina II): B3

Status: Submetido

MANUSCRITO 2 – PERFIL DA DEMANDA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA PERSPECTIVA DE UM CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE**.....** 44

Autores: Webse da Mota Costa; Waldemar Naves do Amaral

Revista: Ciência & Saúde Coletiva

Qualis (Medicina II): B3

Status: Submetido

4.1 MANUSCRITO 1

TÍTULO: Caracterização dos serviços de urgência e emergência em unidades de pronto atendimento: uma revisão integrativa da literatura.

TÍTULO EM INGLÊS: Characterization of the urgency and emergency services in emergency care units: an integrative literature review.

NOME DOS AUTORES:
Webse da Mota Costa[1] – +55 (62) 3209-6151/ websecosta@gmail.com
Waldemar Naves do Amaral[1] – +55 (62) 3209-6534/

FILIAÇÃO INSTITUCIONAL:
[1]Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

AUTOR DE CORRESPONDÊNCIA:
Webse da Mota Costa
Enfermeiro, Discente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Nível Mestrado, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás
Endereço: R. 235, s/n - Setor Leste Universitário, Goiânia - GO, CEP.: 74605-050
Tel/Fax: +55 62 3209-6151
Email: websecosta@gmail.com

TÍTULO: Caracterização dos serviços de urgência e emergência em unidades de pronto atendimento: uma revisão integrativa da literatura.

TÍTULO EM INGLÊS: Characterization of the urgency and emergency services in emergency care units: an integrative literature review.

RESUMO

Objetivo: Dimensionar o panorama atual da demanda das Unidades de Pronto Atendimento nas diferentes regiões do Brasil por meio dos trabalhos publicados sobre a temática. **Métodos**: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre as demandas das Unidades de Pronto Atendimento, com levantamento bibliográfico a partir das ferramentas de busca Medline, Scielo, Google Scholar e Biblioteca Virtual de Saúde, sendo utilizados os descritores de busca “UPA”, “Perfil”, “Demanda”, “Urgência” “Emergência”, “AIH”. Foram considerados para análise os dados referentes a caracterização do estudo, aspectos sociodemográficos da população, demanda clínica e as considerações finais. **Resultados:** Após busca nas bases de dados e aplicação dos critérios de elegibilidade um total de 7 estudos foram selecionados, correspondendo a 5 artigos originais e 2 trabalhos de conclusão de curso. **Conclusões**: Observou-se a necessidade de conscientização dos usuários sobre a real atribuição das unidades de urgência e emergência, pois procedimentos de baixa complexidade devem ser prestados pela atenção primária, bem como por falta de legislação que regulamente a autonomia dos profissionais de enfermagem para o encaminhamento dos pacientes para unidades de menor complexidade sem a necessidade de avaliação prévia da equipe médica.

Palavras-Chave: Upa. Perfil. Demanda. Urgência e Emergência.

ABSTRACT

Aim: The authors dimension the current features of the demand for Emergency Care Units in different regions of Brazil through published papers about the theme. **Methods**: It is an integrative review of the literature from demands of the Emergency Care Units, with bibliographic survey using the search tools Medline, Scielo, Google Scholar and Virtual Health Library, being used the search descriptors "UPA", "Profile", "Demand", "Urgency" "Emergency", "AIH". The data referring to the characterization of the study, sociodemographic features of the population, clinical demand and final considerations were considered for analysis. **Results**: After searching the databases and applying the eligibility criteria, a total of 7 studies were selected, corresponding to 5 original articles and 2 course completion papers. **Conclusions**: There was a need to make users aware of the real assignment of the emergency units, as low complexity procedures must be provided by primary care, as well as the lack of legislation that regulates the autonomy of nursing professionals for referral of patients to less complex units without the need for prior evaluation by the medical team.

Keywords: Upa. Profile. Demand. Urgency and Emergency.

INTRODUÇÃO

O serviço de urgência e emergência na saúde pública tem apresentado avanços importantes para o cumprimento dos princípios doutrinários e organizacionais estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a partir da instituição da Rede de Urgências e Emergências (RUE) em 2011, buscou-se garantir a integralidade do atendimento aos usuários de forma ágil e eficiente objetivando prover a atenção qualificada à saúde a toda população brasileira[1].

A hierarquização e descentralização do SUS contemplam a distribuição dos atendimentos de acordo com níveis de atenção à saúde considerando a variação regional do padrão dos agravos em saúde, o que pode ser observado também em relação aos procedimentos de urgência e emergência, com atribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para casos de menor repercussão clínica, com referência de casos mais graves à outras unidades da rede[2].

Nesse contexto, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) foram propostas como alternativa descentralizadora, promovendo atendimentos de saúde de complexidade intermediária, sendo parte da rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Assim, pacientes anteriormente encaminhados diretamente à rede hospitalar e, consequentemente, causando superlotação e indisponibilidade de vagas para situações clínicas realmente enquadráveis pela logística do sistema, agora são passíveis de resolução por essas unidades[3].

Alguns estudos têm sido conduzidos sobre a temática, entretanto, os dados observados nem sempre são comparáveis diante da variabilidade de abordagens, principalmente em relação às variáveis analisadas neste estudo. O presente trabalho tem por objetivo revisar a literatura de forma integrativa e demostrar aspectos relacionados à demanda do serviço de urgência e emergência nas unidades não hospitalares, com foco nas unidades de pronto atendimento.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre o perfil ou demandas das unidades de pronto atendimento. O levantamento bibliográfico foi realizado entre novembro e dezembro de 2019 utilizando-se às ferramentas de busca *Medline*, *Scielo* (*Scientific Eletronic Libray Online*), *Google Scholar* e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Os descritores de busca foram “UPA”, “Perfil”, “Demanda”, “Urgência”, “Emergência”, “AIH”, sendo utilizados os operadores booleanos “*and*” e/ou “*or*” entre as palavras-chave.

Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos artigos foram: artigos originais publicados e indexados nos bancos de dados de busca na íntegra em português ou inglês entre 2013 e 2019; artigos que retratassem a temática sobre o perfil de atendimento e/ou demanda em Unidades de Pronto Atendimento (UPA); e, teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso com abordagem do assunto.

Foram excluídos do estudo artigos de opinião, artigos no prelo, artigos duplicados, artigos que não contemplaram quatro ou mais variáveis em estudos previamente estabelecidos, com dados obtidos por meio de aplicação de questionários, e com população de estudo direcionada para grupos etários, sexo e situações de diagnósticos específicos.

Para análise dos estudos foram considerados os dados referentes à caracterização metodológica (autoria, local e período do estudo, tipo de produção científica, tipo de estudo e instrumento de pesquisa), dos aspectos sociodemográficos da população do estudo (número de casos, sexo, faixa etária e turno de demanda), da demanda clínica (agravos de saúde e evolução do paciente), bem como as considerações finais dos autores.

Os estudos foram analisados quanto ao preenchimento dos critérios de elegibilidade por meio da leitura do título e do resumo e, a partir do enquadramento proposto, foram avaliados na íntegra, com a extração e organização dos dados.

RESULTADOS

Após busca nas bases de dados e aplicação dos critérios de elegibilidade, um total de sete estudos foram selecionados, sendo os dados de caracterização metodológica dos estudos apresentados no quadro 1.

Quadro 1. Distribuição dos estudos de acordo com a caracterização metodológica

AUTORIA DO ESTUDO	LOCAL E PERÍODO	TIPO DE ESTUDO	INSTRUMENTO DE PESQUISA
Konder *et al*., 2019	Rio de Janeiro – RJ 2016-2017	Estudo Transversal Descritivo Quanti Qualitativo	Bases de dados SISREG Plataforma SMS-Rio
Brasil *et al*., 2019	Iguatu – CE 2017	Estudo Transversal Descritivo Quantitativo	Prontuário Eletrônico
Oliveski *et al*., 2017	Palmeira das Missões – RS 2016	Estudo Transversal Descritivo Quantitativo	Prontuário Eletrônico
Machado *et al*., 2015	Ouro Preto – MG 2012	Estudo Transversal Descritivo-Analítico Quantitativo	Prontuário Eletrônico
Garcia *et al*., 2014	Ribeirão Preto – SP 2012	Estudo Transversal Descritivo Quantitativo	Fichas de Atendimento
Santos *et al*., 2017	Maceió – AL 2016-2017	Estudo Transversal Descritivo Quantitativo	Prontuário Eletrônico
Oliveira., 2019	Tramandaí – RS 2018-2019	Estudo Transversal Descritivo Quantitativo	Fichas de Atendimento

O ano de coleta dos dados variou de 2012 a 2019, contemplando municípios da região Nordeste[4,5], Sul[6,7] e Sudeste[8,9,10]. Um total de cinco publicações foram no formato de artigos originais[4,6,8,9,10] e dois como trabalho de conclusão de curso[5,7] (um de graduação e um de pós-graduação). Os instrumentos de pesquisa foram distintos, com maior frequência para a utilização de prontuários eletrônicos vinculados aos sistemas de informações dos próprios locais estudados. Um estudo utilizou a plataforma de base de dados do Sistema de Regulação (SISREG)[8], e outro baseou-se em dados de fichas de atendimento[7].

Quadro 2. Distribuição dos estudos de acordo com os dados sociodemográficos

AUTORIA DO ESTUDO	NÚMERO DE CASOS	SEXO	FAIXA ETÁRIA	TURNO DA DEMANDA
Konder *et al*., 2019	26.286	Não Contempla	Não Contempla	Não Contempla
Brasil *et al*., 2019	516	F – 51,9% M – 48,1%	≤ 19 – 40,7% 20-29 – 7,7% 30-39 – 15,5% 40-49 – 12,7% ≥ 50 – 20,9%	Não Contempla
Oliveski *et al*., 2017	8.400	F – 52,3% M – 47,9%	≤ 10 – 18,5% 15-49 – 48,9% > 50 – 29,3%	Diurno – 62,0% Noturno – 37,9%
Machado *et al*., 2015	791	F – 58,9% M – 41,1%	15-24 – 24,7% 25-44 – 38,1% 45-64 – 27,2% ≥ 65 – 10,0%	Madrugada – 3,5% Manhã – 40,6% Tarde – 34,8% Noite – 21,0%
Garcia *et al*., 2014	477	F – 53,7% M – 46,3%	< 20 – 6,9% 20-29 – 23,9% 30-39 – 17,2% 40-49 – 14,7% 50-59 –14,3% ≥ 60 – 23,1%	Madrugada – 8,2% Manhã – 38,2% Tarde – 32,9% Noite – 20,8%
Santos *et al*., 2017	82.364	F – 55,0% M – 45,0%	≤ 14 – 21,6% 15-49 – 56,2% ≥ 50 – 22,0%	Não Contempla
Oliveira., 2019	385	F – 50,3% M – 49,7%	≤ 24 – 19,0% 25-59 – 54,0% ≥ 60 – 27%,0	Manhã – 30,8% Tarde – 42,1% Noite – 27,2%

Em relação à distribuição sociodemográfica, o número de casos amostrados variou consideravelmente entre os estudos, conforme pode ser observado no quadro 2. O sexo feminino foi o mais prevalente em todos os estudos, com a faixa etária variável e não padronizada quanto à forma de agrupamento. Os turnos da demanda dos atendimentos dos pacientes foram distribuídos em diurno ou noturno em um estudo[6], e em manhã, tarde, noite e madrugada em outros três[7,9,]10. Alguns autores, entretanto, não contemplaram a abordagem dessa categoria[5,8].

Os estudos apresentaram os agravos de saúde motivadores das demandas de atendimento de forma distinta, com trabalhos agrupando doenças por capítulo do CID-10[9,10], queixa principal[7] ou doenças mais comuns entre os sistemas corporais[4,5,6,8], apresentados de acordo com o quadro 3.

As doenças respiratórias, cardiovasculares e osteomusculares foram as mais comuns entre os estudos. Em relação à evolução do paciente, os estudos apontaram como mais frequente a alta médica[6,9,10], internação em clínica geral

ou em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)[6,8,9,10], encaminhamento para especialidades[6,9,10] e retorno a atenção básica de saúde[9,10].

Quadro 3. Distribuição dos estudos de acordo com os agravos de saúde

AUTORIA DO ESTUDO	AGRAVOS DE SAÚDE	EVOLUÇÃO DO PACIENTE
Konder *et al*., 2019	Infarto agudo do miocárdio não especificado Acidente vascular cerebral não especificado Pneumonia bacteriana não especificada Pneumonia não especificada Edema pulmonar não especificado	Internação em UTI – 5.969 Internação em Clínica Geral – 20.317
Brasil *et al*., 2019	Lombalgia – 16,6% Cefaleia – 13,1% Amigdalite – 12,4%	Não Contempla
Oliveski *et al*., 2017	Sistema Respiratório – 21,3% Sistema Digestório – 18,3% Trauma – 11,3% Sistema Neurológico – 7,3% Sistema Cardiovascular – 5,4%	Alta – 89,7% Internação – 3,9% Evasão – 2,8% Especialidade – 1,9%
Machado *et al*., 2015	Doenças do aparelho respiratório – 26,9% Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo – 15,4% Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos – 12,4%	Alta – 78,7% Especialidade – 11,0% Atenção primária – 8,2% Internação – 2,1%
Garcia *et al*, 2014	Doenças do aparelho respiratório – 73 Algumas doenças infecciosas e parasitárias – 57 Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo – 39	Alta – 90,8% Especialidade – 4,0% Clínica geral – 4,0% Atenção primária – 1% Óbito – 0,2% Internação – 2,1%
Santos *et al*., 2017	Gastroenterologia – 19,0% Infectologia – 12,9% Reumatologia – 8,6% Neurologia clínica – 7,1% Traumatologia – 6,5%	Óbito – 0,06%
Oliveira., 2019	Dor no peito – 25 casos Diarreia e vômito – 20 casos Dor de garganta – 18 casos	Não Contempla

DISCUSSÃO

Embora recentes as mudanças implantadas pela RUE, foram localizados poucos estudos que analisaram a demanda do atendimento prestado pelas UPAs. Os autores não apresentam padronização quanto ao estudo de variáveis e metodologias reprodutíveis, principalmente por permitir melhor discussão considerando as diferenças loco-regionais da população atendida.

O número de atendimentos observados nos estudos reflete a realidade brasileira no que se refere ao fenômeno da superlotação do serviço público de saúde, que possui como marco o elevado tempo de permanência do usuário nas

unidades, cujas causas mais observadas são a falta de leitos e o atraso no diagnóstico e tratamento dos pacientes[11]. Nesse contexto, Konder *et al.* (2019) descreveram uma casuística considerável de situações avaliadas em UPAs da cidade do Rio de Janeiro, enquanto Oliveira *et al.* (2019) observaram no período estudado um valor discreto para uma cidade do Rio Grande do Sul.

No entanto, a densidade demográfica das cidades é referência para o padrão de distribuição do número e padrão de UPA a ser instalada no município, o que afeta diretamente essa diferença[3]. Além disso, observou-se ausência de publicações, dentro dos critérios instituídos, para as regiões Centro-Oeste e Norte do país, cuja variação regional de distribuição dos casos e doenças de motivação da demanda mais comuns não puderam ser avaliadas.

A virilidade, invulnerabilidade e força são características atribuídas ao sexo masculino, e nesse sentido os colocam culturalmente como incompatíveis com sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, pensadamente demonstrado pela procura dos serviços de saúde, bem como causar aproximação de aspectos típicos da feminilidade na visão do homem[12].

Outro aspecto importante é a busca do homem por atendimento apenas quando a doença já está instalada, como em atendimentos de urgência, enquanto a mulher apresenta maior atenção com a saúde devido às políticas de prevenção instituídas precocemente, principalmente as relacionadas com a reprodução[13]. Os estudos analisados observaram a prevalência do sexo feminino, no entanto não foi encontrada frequência discrepante em relação aos homens, o que confirmam a tendência de ambos aspectos previamente abordados.

Há uma preocupação governamental quanto aos cuidados de saúde do homem, sendo instituída como medida direcionada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem pelo Ministério da Saúde em 2009, ações como alternância dos horários de atendimentos das UBS que seja diferente ao horário de trabalho do usuário masculino[14].

O envelhecimento populacional tem sido discutido mundialmente, pois emerge o desafio de garantir suporte em saúde aos idosos diante da crescente desproporção entre a população financeiramente ativa e à dependente, visto a

necessidade crescente de custeio da assistência a esse grupo vulnerável ao desenvolvimento e cronicidade de algumas doenças[15].

Nessa perspectiva, a permanência adicional no mercado de trabalho desse grupo anteriormente desconsiderado, pautado principalmente no crescimento da expectativa de vida mediante a melhores condições socioeconômicas e qualidade de vida, portanto condizente com o aproveitamento pleno da sua capacidade laboral[16].

Os estudos analisados acompanham essa perspectiva ao observar com maior frequência dos casos de pacientes com idade maior que 50 anos, pois a procura do atendimento médico mesmo sendo de urgência e emergência está relacionado ao processo de envelhecimento com qualidade de vida em que usuário em questão condiz com sua representatividade em números na sociedade brasileira.

As UPAs funcionam 24 horas por dia, entretanto os estudos em sua maioria observaram maior demanda de atendimento para o turno diurno. Os desafios da mobilidade urbana nos grandes centros podem explicar essa situação, tendo em vista a redução da frota de transporte coletivo durante a noite.

Além disso, a inexistência da prestação desse serviço durante o período noturno em algumas cidades brasileiras, motivo esse que se justifica, pois o funcionamento das unidades básicas de saúde é em período comercial e não funciona durante finais de semana, afetando a população de baixa renda que vive em grande parte afastada dos centros urbanos, por não dispor, na maioria das vezes, de outros meios de deslocamento durante o turno noturno, bem como pelo custo oneroso do transporte coletivo para as periferias, principalmente pela restrição da oferta desses serviços[17].

O perfil das doenças mais prevalentes no Brasil aponta uma transição do predomínio de doenças infectocontagiosas para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente entre a população idosa, relacionado às mudanças fisiológicas próprias do envelhecimento, e diretamente afetadas por fatores de risco importantes como o consumo de bebida alcóolica, uso de tabaco, sedentarismo e excesso de peso[18].

Além disso, as DCNTs representam a principal causa de morte no país, com ocorrência expressiva das doenças respiratórias, gastrointestinais, cardiovasculares, com ênfase para as cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração, e neoplasias, com maior frequência observado para câncer de mama e câncer de próstata[19].

Uma diferenciação significativa da apresentação dos agravos de saúde é observada por Konder *et al.* (2019) em relação aos demais, pois neste estudo evidencia-se doenças do sistema cardiovascular como mais prevalentes e os outros trabalhos evidenciam o aparelho respiratório para doenças mais incidentes. Os estudos demonstraram esse padrão de doença como os fatores de motivação de demandas mais frequentes para atendimento nas UPAs em localidades onde o desenvolvimento industrial, grande número de carros e queimadas provocadas são motivadores de doenças do aparelho respiratório.

Além disso, Konder *et al* (2019) utilizaram dados de diversas fontes como da Central Estadual de Regulação (CER-RJ), Complexo Regulador do Município do Rio de Janeiro (CRMRJ), Coordenações de Emergência Regional (CERs), Núcleo Interno de Regulação (NIR) e SISREG, enquanto nas demais pesquisas utilizou-se o prontuário e/ou ficha de atendimento eletrônico da própria unidade.

A evolução dos casos atendidos pelas unidades de urgências não hospitalares reflete a não compreensão pela população do conceito de urgência e emergência, do perfil exato de atendimento prestado nesses locais, bem como quais agravos são considerados para atendimento[7]. Autores como Garcia *et al.* (2014) e Oliveski *et al.* (2017) observaram que o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes atendidos na unidade de pronto atendimento é caracterizado por atendimentos não urgentes, relacionados a queixas de baixa complexidade passíveis de resolução junto a atenção básica.

Por outro lado, a não resolução na atenção primária tem sido a motivação da procura pelas unidades de emergência, principalmente pela facilidade de acesso[6]. Nesse contexto, os estudos apontam para casos evoluídos em sua maioria para alta médica, com poucos casos relacionados à

encaminhamentos para internação hospitalar e outros procedimentos de maior complexidade.

Os estudos evidenciam a fragilidade de um sistema ainda em ajuste para prestação correta dos serviços de urgência e emergência não hospitalares, porém tais problemáticas não são abordadas, pois não fazem parte dos objetivos dessa pesquisa. O funcionamento 24 horas e com a admissão “porta aberta” permite pelo princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde que qualquer indivíduo receba o atendimento adequado à sua demanda individual.

No entanto, para melhor otimização do tempo e recursos humanos, tem sido proposto por meio da Política Nacional de Humanização a utilização de um sistema de Classificação de Risco para os casos admitidos pelo serviço, com vistas à garantir a equidade em atenção à saúde, e consequentemente resolver na maior parte possível os agravos que constituem a rotina diária dessas unidades (Quadro 4).

Quadro 4. Distribuição dos estudos de acordo com as considerações finais

AUTORIA DO ESTUDO	CONSIDERAÇÕES FINAIS DO ESTUDO
Konder *et al*., 2019	O estudo observou que a naturalização das UPAs como unidade de internação para quadros clínicos constitui um falseamento que mais acomoda a falta de leitos em vez de tencioná-la. Adicionalmente, os dados produzidos permitiram lançar luz sobre questões pertinentes à qualidade e à adequação das decisões regulatórias tomadas no interior das unidades de saúde, pouco analisadas na. Por fim, identificaram-se a persistência das visões divergentes de urgência no interior da RUE e o impacto disso nas relações entre profissionais e unidades
Brasil *et al*., 2019	Pelo estudo pode-se observar que o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento é caracterizado por atendimentos não urgentes. O perfil da amostra se caracterizou pelo atendimento a população infantil em idade de crescimento e sexo feminino. Os atendimentos apontaram para queixas de baixa complexidade, podendo se observar que o perfil dos usuários que utilizaram o serviço apresentava patologias de níveis de atenção básica
Oliveski *et al*., 2017	O estudo evidenciou dificuldades dos usuários de procurarem atendimentos nos serviços de atenção básica, buscando estes atendimentos primários no serviço de emergência. O estudo apresentou limitações, pois foi desenvolvido em uma única instituição de saúde, fato que estimula o desenvolvimento de novas pesquisas nesta área voltadas ao conhecimento e análise da demanda de atendimento em serviços de urgência de hospitais sejam eles públicos, privados e/ou filantrópicos
Machado *et al*., 2015	O estudo observou que a procura durante os dias úteis e sem encaminhamento por outro serviço de saúde esteve relacionada com a utilização inadequada da UPA. O percentual de atendimentos inadequados aponta para a necessidade de implantação de um sistema de classificação de risco na UPA, melhor estruturação da rede de atenção à saúde e ações educativas junto à população, para orientação de como utilizar de maneira mais eficaz o sistema de urgência/emergência da região de saúde
Garcia *et al*, 2014	O estudo verificou que a população atendida em sua maioria era de jovens na faixa etária de 20 a 29 anos e pertencente à área de abrangência da unidade e no período de funcionamento da rede básica de saúde. As mulheres foram as que mais procuraram este serviço. Os motivos de procura foram queixas agudas de baixa gravidade, entretanto, o serviço também atende situações de urgência de média e alta complexidade que implicam a necessidade da implantação do acolhimento com classificação de risco com vistas de melhorar organização e a qualidade da assistência prestada à população
Santos *et al*., 2017	Os autores pontuam a necessidade da manutenção, monitorização e implementação da assistência dos profissionais de saúde no atendimento dos usuários nestes serviços, favorecendo um atendimento precoce, rápido e eficaz, contribuindo de forma direta na redução e prevenção de violência letal, bem como no acolhimento de forma integral e holística dos usuários que necessitam de alguma assistência na Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RAUE)
Oliveira., 2019	Os autores confirmaram a hipótese inicial do estudo que era a realização de atendimentos predominantemente de baixa complexidade (azuis e verdes), e que embora o modelo de atendimentos realizados pela UPA seja voltado a urgências e emergências, na prática não é o que observaram, podendo esses fatores estar ligados a falta de organização e resolutividade das unidades básicas de saúde que deveriam dar o primeiro suporte para a população. Além disso, relatam ser evidente que os usuários do serviço não têm uma concepção concreta do que realmente seriam casos de urgência e emergência, pois o que buscam é a resolução rápida e fácil de seu problema, pois qualquer dor ou desconforto que o afete é considerado por ele uma urgência que precisa ser logo tratada

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos revisados observou-se a necessidade de conscientização dos usuários sobre a real atribuição das UPAs enquanto unidades de urgência e emergência. Procedimentos de baixa complexidade devem ser prestados pela atenção primária, e consequentemente, não gerar a superlotação de um serviço possivelmente subutilizado diante da impossibilidade de se negar o atendimento a esses casos, e consequentemente condicionar os usuários classificados como não prioritários pelo sistema de triagem da Classificação de Risco a longos períodos de espera.

Essa problemática está relacionada à falta de informação dos usuários por não saber qual nível de atenção procurar, pois grande parte são agravos de saúde que necessitam apenas de atenção primaria. Outra situação observada é a falta de legislação que autorize os profissionais da classificação de risco a fazer encaminhamento dos pacientes para unidades de menor complexidade para melhor atendimento, pois o enfermeiro responsável pela classificação não possui autonomia para dispensar pacientes.

Por outro lado, a discussão para implantação de serviços noturnos em unidades básicas de saúde representa um caminho promissor para reduzir a procura direta do usuário pelo serviço de urgência 24 horas, principalmente pela justificativa de atendimento apenas em horários que inviabilizem a sua permanência no trabalho, bem como favorecer o atendimento gratuito, resolutivo e de qualidade aos usuários do sistema único de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 07 jul.

2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.

3. Brasil. Portaria nº 342, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. (Redação dada pela PRT MS/GM nº 104 de 15.01.2014). *Diário Oficial da União* 2013; 04 mar.

4. Brasil FMS, Sousa MB, Brasil MS. Caracterização clínica e epidemiológica dos usuários atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na cidade de Iguatu – Ceará. *Rev Mult Psic* 2019; 13(46):992-1010.

5. Santos GVA, Brandão MM, Melo MEM. *Perfil das ocorrências atendidas em uma unidade de pronto atendimento (UPA 24h) em Maceió – AL* [trabalho de conclusão de curso]. Maceió: Centro Universitário Tiradentes; 2017.

6. Oliveski CC, Santos LE, Marco VR, Lorenzoni AMC, Bonfada MS, Silva LAA. Perfil clínico de usuários de um serviço de emergência. *Revista Espaço Ciência & Saúde* 2017; 5(2): 45-56.

7. Oliveira MD. *Perfil da demanda de atendimentos realizados pela unidade de pronto atendimento (UPA) de Tramandaí/RS* [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019.

8. Konder M, O'dwyer G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2019; 29(2):1-24.

9. Machado GVC, Oliveira FLP, Barbosa HAL, Giatti L, Bonolo PF. Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência, Ouro Preto, 2012. *Cad. Saúde Colet* 2015; 23(4): 416-424.

10. Garcia VM, Reis RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. *Rev Bras Enferm* 2014; 67(2):261-267.

11. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(7):1439-1454.

12. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(3):565-574.

13. Bastos GAN, Harzheim E, Sousa AI. Prevalência e fatores associados à consulta médica entre adultos de uma comunidade de baixa renda do Sul do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2014 23(3):409-420.

14. Brasil. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Diário Oficial da União* 2009; 27 ago.

15. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2016; 19(3):507-519.

16. Constanzi RN, Amaral AD, Dias CR, Ansiliero G, Afonso LE, Sidone OJC. Reforma da previdência social. In: Negri JA, Araújo BC, Bacelette R, organizadores. *Desafios da nação*: artigos de apoio. Brasília: Ipea, 2018. p. 129-191.

17. Araújo MRM, Oliveira JM, Jesus MS, Sá NR, Santos PAC, Lima TC. Transporte público coletivo: discutindo acessibilidade, mobilidade e qualidade de vida. *Psicologia & Sociedade* 2011; 23(3): 574-582.

18. Cruz MF, Ramires VV, Wendt A, Mielke GI, Martinez-Mesa J, Wehrmeister FC. Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(2): 1-11.

19. Carvalho MHR, Carvalho SMR, Laurenti R, Payão SLM. Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil: 1998 a 2000 e 2005 a 2007. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2014; 23(2):347-354.

4.2 MANUSCRITO 2

TÍTULO: Perfil da demanda do serviço de urgência e emergência na perspectiva de um centro de atenção integrada à saúde.

TÍTULO EM INGLÊS: Profile of the demand for urgency and emergency services from the perspective of an integrated health care center.

NOME DOS AUTORES:
Webse da Mota Costa[1] – +55 (62) 3209-6151/ websecosta@gmail.com
Waldemar Naves do Amaral[1] – +55 (62) 3209-6534/

FILIAÇÃO INSTITUCIONAL:
[1]Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

AUTOR DE CORRESPONDÊNCIA:
Webse da Mota Costa
Enfermeiro, Discente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, nível Mestrado, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás
Endereço: R. 235, s/n - Setor Leste Universitário, Goiânia - GO, CEP.: 74605-050
Tel/Fax: +55 62 3209-6151
Email: websecosta@gmail.com

TÍTULO: Perfil da demanda do serviço de emergência na perspectiva de um centro de atenção integrada à saúde.

TÍTULO EM INGLÊS: Profile of the demand for emergency services from the perspective of an integrated health care center.

RESUMO

Objetivo: Descrever as características da demanda pacientes admitidos na urgência e emergência, vinculados à solicitação de AIH via Sistema de Regulação. **Métodos**: Foram analisados o perfil sociodemográfico, os dados da solicitação da AIH, os agravos de saúde relacionados, e a caracterização da AIH aprovada. **Resultados**: Um total de 2013 AIHs foram consideradas, com sexo masculino (50,72%) e faixa etária ≥ 50 anos (43,52%) mais frequentes. O maior número de casos foi para Aparecida de Goiânia (66,57%) com o turno diurno mais procurado. Os intervalos de espera mais prevalentes foram 60 min (45,11%), 1 a 6 horas (23,00%), 6 a 12 horas (5,81%), e quanto ao parecer da solicitação, 71,49% foi aprovado e 17,14% negado. As especialidades mais solicitadas foram a clínica geral (54,25%) e cirurgia geral (18,63%), com os agravos de saúde mais observados o abdome agudo (8,00%), e o acidente vascular cerebral (7,65%). A maior demanda para as AIHs aprovadas foi de procedimentos de alta complexidade (36,00%), sendo a tomografia computadorizada de crânio (17,51%) o mais liberado. **Conclusões**: Como perfil houve maior frequência para o sexo masculino, faixa etária >50 anos e oriundos de Aparecida de Goiânia. A maioria dos casos obtiveram parecer aprovado no intervalo de espera de 60 min, relacionados principalmente ao abdome agudo. A finalidade das AIHs foi frequente para a avaliação de urgência e exames de alta complexidade em estabelecimentos públicos.

Palavras chaves: Urgência. Emergência. Perfil. Demanda.

ABSTRACT

Aim: To describe the demand features of patients admitted to the urgency and emergency, linked to the request for AIH through Regulation System. **Methods**: The sociodemographic profile, the data from the AIH request, the related health problems, and the characterization of the approved AIH were analyzed. **Results**: A total of 2013 AIHs were considered, with male sex (50.72%) and age group ≥ 50 years (43.52%) more frequent. The largest number of cases went to Aparecida de Goiânia (66.57%) with the most popular day shift. The most prevalent waiting intervals were 60 min (45.11%), 1 to 6 hours (23.00%), 6 to 12 hours (5.81%), and regarding the request's opinion, 71.49% was approved and 17.14% denied. The most requested specialties were general practice (54.25%) and general surgery (18.63%), with the most common health problems observed in the acute abdomen (8.00%), and stroke (7.65 %). The highest demand for approved AIHs was for highly complex procedures (36.00%), with cranial computed tomography (17.51%) being the most released. **Conclusions**: Like profile, there was a higher frequency for males, aged> 50 years and from Aparecida de Goiânia. Most of the cases were approved in the 60 min waiting interval, mainly related to acute abdomen. The purpose of AIHs was frequent to the evaluation of urgency and tests of high complexity in public establishments.

Keywords: Urgency. Emergency. Profile. Demand.

INTRODUÇÃO

A definição de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas visto como a ausência de doença (OMS)[1]. No Brasil, para a garantia de acesso à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS) com a oferta de atendimento gratuito, acesso universal à assistência integral e prestada respeitando o princípio da equidade entre os clientes[2]. Além disso, com a regionalização e descentralização da gestão desse serviço, bem como sua estruturação em níveis de atenção primária, secundária e terciária, maior resolutividade das demandas envolvidas tem sido observada[3].

Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção às Urgências, através da união de três portarias previamente lançadas sobre o tema pela mesma entidade governamental. A partir dessa iniciativa, o serviço de urgência e emergência foi estruturado por meio de uma rede de unidades especializadas na prestação desse serviço em níveis de atenção secundária ou terciária, a depender da estruturação e da capacidade resolutiva delas. A prestação do atendimento de urgência e emergência passou a ser compartilhada entre os níveis Federal, Estadual e Municipal, com regulamentação de suas atribuições através de portarias do Ministério da Saúde estabelecendo os princípios, diretrizes, normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos serviços[3].

O funcionamento desse sistema ocorre a partir da integração complementar de unidades assistenciais de saúde, fazendo parte da estrutura a rede pré-hospitalar, as unidades básicas de saúde, a Estratégia Saúde da Família, os ambulatórios especializados, os serviços de diagnósticos e terapias, as unidades não hospitalares, os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, e as unidades hospitalares de alta complexidade, cada qual colaborando na prestação de serviço ao cliente de urgência e emergência de acordo com sua capacidade técnica[4].

O principal meio de acesso do cliente às unidades de atendimento é via “porta aberta”, onde ocorre a procura direta do serviço pelo cliente. No entanto, outras formas de acesso são observadas, como demandas continuadas do

atendimento pré-hospitalar realizado pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e serviço de resgate do Corpo de Bombeiros Militar, além de demanda referenciada por unidades de atenção primária. Nesse contexto, a organização das unidades de saúde deve pressupor a distribuição espacial de equipes multiprofissionais e equipamentos em concordância com a real demanda de cada localidade, sustentadas por levantamentos epidemiológicos contínuos sobre a realidade do serviço de urgência e emergência[5].

Como integrante do serviço de urgência e emergência, o atendimento Pré-Hospitalar fixo é prestado num primeiro nível de atenção aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que podem levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, visando garantir um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquicamente organizado, regulado e integrado ao Sistema Estadual de Urgência e Emergência[4]. A demanda desses serviços tem sido foco de atenção e análise, principalmente pelos órgãos sanitários, pois o crescimento casos de atendimentos relacionados ao aumento no número de acidentes, da violência urbana e insuficiente estruturação da rede, tem contribuído para o incremento de novas unidades que atendam esse perfil de usuário do SUS visando à resolução para a sobrecarga de serviços de urgência e emergência em funcionamento[4].

No município de Aparecida de Goiânia, além das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), os Centros de Atenção Integrada à Saúde (CAIS) dispõem aos usuários atendimentos ambulatoriais, bem como atendimento de urgência e emergência (24 horas), enquadrando como unidade prestadora de atendimento pré-hospitalar fixo ao atender os requisitos prévios para seu enquadramento funcional, como estruturação física com espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais para garantia de êxito no atendimento e/ou estabilização inicial das urgências demandadas na proximidade da unidade, e/ou de áreas sobre sua abrangência, e/ou a elas encaminhadas até a transferência do paciente para serviços de atendimento de maior porte[4]. A unidade Cais Nova Era representa a maior porta de entrada do serviço de emergência do município, há mais de 20 anos.

Alguns trabalhos têm proposto o levantamento do perfil epidemiológico dos serviços de urgência e emergência em regiões distintas do país. Nesse contexto, o estudo visou quantificar o perfil da demanda de atendimentos por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), de pacientes assistidos por uma unidade não hospitalar de urgência e emergência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa sobre o perfil da demanda em saúde dos pacientes de uma unidade não hospitalar de urgência e emergência do município de Aparecida de Goiânia-GO. A amostra do estudo foi composta por pacientes admitidos na urgência e emergência, sem classificação de risco prévia, com atendimentos necessariamente vinculados à solicitação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Foram avaliadas todas as AIHs solicitadas no período de 01 de janeiro de 2018 a 30 de junho de 2018, sobrepondo o tamanho amostral previamente calculado (1.536 casos) a partir do total anual de AIHs solicitadas pelo serviço de urgência (4.176), admitindo-se um intervalo de confiança de 95% (IC-95%) e erro amostral de 5%. Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, qualquer idade, e qualquer município de origem, e excluídos casos com AIH incompleta para os dados pesquisados.

Para a coleta de dados foi utilizado a AIH, documento registrado e arquivado eletronicamente no Sistema de Regulação (SISREG) e que apresenta as especificidades de cada solicitação. Foram analisados os dados referentes ao perfil sociodemográfico (sexo, faixa etária e município de origem), dados da AIH solicitada (mês da solicitação, período da solicitação e regulação, intervalo de espera, especialidade médica, e parecer da solicitação), os diagnósticos iniciais relacionados a AIH (via Classificação Internacional de Doenças-10), e a caracterização da AIH aprovada (estabelecimento executante e finalidade da AIH requerido).

Os dados foram coletados entre setembro e dezembro de 2019, sendo realizado a estatística descritiva, com a obtenção da frequência absoluta e

relativa das variáveis de acordo com o parecer da solicitação, além da média e desvio padrão para a idade. Para análise estatística foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson para comparação das variáveis do estudo, sendo considerado significante $p<0,05$ por meio do programa SPSS (Versão 20, IBM). O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital e Maternidade Dona Íris.

RESULTADOS

Um total de 2017 AIHs foram solicitadas no período considerado pelo estudo. Após a aplicação dos critérios de exclusão foram considerados para a amostra 2013 casos. O sexo masculino foi mais prevalente com 1021 casos (50,72%) conforme exposto na tabela 1. A idade variou de 1 a 101 anos, com média de 44,24 anos (DP±23,13). A faixa etária ≥ 50 anos foi significativamente mais frequente, com 43,52% dos casos, em relação as demais categorias ($p<0,001$). A faixa etária de pacientes com idades entre 13 e 49 anos (41,53%) foi a segunda mais comum. O grupo composto por crianças (0 – 12 anos) representou 14,95% da amostra. Em relação ao município de origem, o maior número de casos foi observado para Aparecida de Goiânia com 66,57% dos registros, seguido por Goiânia com 18,03%. Um total de 120 (5,96%) pacientes foram oriundos de outros estados do país.

Tabela 1. Distribuição dos das AIHs de acordo com os dados sociodemográficos

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Alta (N = 107)		Aprovado (N = 1439)		Evasão (N = 103)		Negado (N = 345)		Óbito (N = 19)		Geral (N = 2013)		*p*
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo													
Masculino	57	53,3	730	50,7	61	59,2	160	46,4	13	68,4	1021	50,72	<0,001
Feminino	50	46,9	709	49,3	42	40,8	185	53,6	6	31,6	992	49,28	
Faixa Etária													
0 – 12 anos	33	30,8	224	15,6	10	9,7	33	9,6	1	5,3	301	14,95	
13 – 50 anos	24	22,4	629	43,7	42	40,8	138	40,0	3	15,8	836	41,53	<0,001
≥ 50 anos	50	46,7	586	40,7	51	49,5	174	50,4	15	78,9	876	43,52	
Município De Origem													
Aparecida de Goiânia	73	73,0	945	67,1	65	64,4	245	74,5	12	66,7	1340	66,57	
Goiânia	18	18,0	269	19,1	21	20,8	50	15,2	5	27,8	363	18,03	
Região Metropolitana	2	2,0	27	1,9	3	3,0	5	1,5	–	–	37	1,84	0,364
Interior de Goiás	5	5,0	76	5,4	7	6,9	8	2,4	1	5,6	97	4,82	
Outro Estados	2	2,0	92	6,5	5	5,0	21	6,4	–	–	120	5,96	

p < 0,001 - Teste: Qui Quadrado

Não foi observada, no geral, variação no número de solicitações por mês, porém, com diferença na distribuição apenas para o mês de janeiro (18,83%) (tabela 2). Quanto ao período para a solicitação e regulação das AIHs, notou-se o turno diurno como o mais frequente com 68,95% e 69,50% dos casos, respectivamente. Os intervalos de espera mais prevalentes para o parecer da regulação foram 60 min (45,11%), 1 a 6 horas (23,00%), 6 a 12 horas (5,81%), e 12 a 24 horas (11,03%). Um total de 303 pacientes (15,05%) foram mantidos sob observação na unidade por mais de 24 horas até a liberação do parecer da vaga solicitada.

Tabela 2. Distribuição dos das AIHs de acordo com os dados da solicitação

DADOS DA SOLICITAÇÃO	Alta (N = 107)		Aprovado (N = 1439)		Evasão (N = 103)		Negado (N = 345)		Óbito (N = 19)		Geral (N = 2013)		*p*
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Mês da Solicitação													
Janeiro	13	12,1	279	19,4	21	20,4	63	18,3	3	15,8	379	18,83	0,026
Fevereiro	19	17,8	230	16,0	12	11,7	51	14,8	1	5,3	313	15,55	
Março	19	17,8	238	16,5	20	19,4	75	21,7	3	15,8	355	17,64	
Abril	31	29,0	211	14,7	16	15,5	57	16,5	6	31,6	321	15,95	
Maio	18	16,8	248	17,2	18	17,5	52	15,1	3	15,8	339	16,84	
Junho	7	6,5	233	16,2	16	15,5	47	13,6	3	15,8	306	15,20	
Período da Solicitação													
Diurno	78	72,9	989	68,7	68	66,0	242	70,1	11	57,9	1388	68,95	0,638
Noturno	29	27,1	450	31,3	35	34,0	103	29,9	8	42,1	625	31,05	
Período da Regulação													
Diurno	75	70,1	979	68,0	70	68,0	265	76,8	10	52,6	1399	69,50	0,012
Noturno	32	29,9	460	32,0	33	32,0	80	23,2	9	47,4	614	30,50	
Intervalo de Espera													
60 min	3	2,8	755	52,5	3	2,9	147	42,6	–	–	908	45,11	<0,001
1 – 6 horas	10	9,3	362	25,2	21	20,4	65	18,8	5	26,3	463	23,00	
6 – 12 horas	6	5,6	71	4,9	14	13,6	22	6,4	4	21,1	117	5,81	
12 – 24 horas	28	26,2	120	8,3	17	16,5	51	14,8	6	31,6	222	11,03	
24 – 48 horas	14	13,1	64	4,4	23	22,3	21	6,1	–	–	122	6,06	
≥ 48 horas	46	43,0	67	4,7	25	24,3	39	11,3	4	21,1	181	8,99	
Clínica													
Cardiologia	–	–	23	1,6	3	2,9	4	1,2	–	–	105	5,22	<0,001
Cirurgia Geral	9	8,4	61	4,2	10	9,7	24	7,0	1	5,3	375	18,63	
Clínica Geral	3	2,8	286	19,9	15	14,6	69	20,0	2	10,5	1092	54,25	
Neurologia	57	53,3	770	53,5	59	57,3	192	55,7	14	73,7	79	3,92	
Pediatria Clínica	3	2,8	81	5,6	3	2,9	24	7,0	1	5,3	254	12,62	
Outra	35	32,7	218	15,1	13	12,6	32	9,3	1	5,3	108	5,36	

Em relação ao parecer da solicitação das AIHs, um total de 71,49% teve parecer aprovado, enquanto 17,14% foi negada. Cerca de 5,32% dos pacientes receberam alta, e 5,12% evadiram do local. Um total de 0,94% das solicitações foi composta por pacientes que evoluíram à óbito. As especialidades solicitadas com maior frequência foram a clínica médica (54,25%), cirurgia geral (18,63%), pediatria (12,62%) e cardiologia (5,22%) (tabela 2). Os diagnósticos iniciais mais observados foram abdome agudo (8,00%), acidente vascular cerebral (7,65%), outros traumatismos intracranianos (6,46%), pneumonia não especificada (4,47%) e dengue (4,47%) (p<0,001) (tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos das AIHs de acordo com os agravos de saúde

AGRAVOS DE SAÚDE – (CID-10)	Alta (N = 107)		Aprovado (N = 1439)		Evasão (N = 103)		Negado (N = 345)		Óbito (N = 19)		Geral (N = 2013)		*p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Abdome Agudo	1	0,9	143	9,9	2	1,9	14	4,1	1	5,3	161	8,00	
Acidente Vascular Cerebral	3	2,8	133	9,2	3	2,9	15	4,3	1	5,3	154	7,65	
Outros Traumatismos Intracranianos	–	–	123	8,5	1	1,0	7	2,0	–	–	130	6,46	
Pneumonia Não Especificada	25	23,4	69	4,8	7	6,8	21	6,1	1	5,3	123	6,11	
Dengue	12	11,2	55	3,8	9	8,7	13	3,8	1	5,3	90	4,47	
Calculose Do Rim	–	–	30	2,1	–	–	6	1,7	–	–	36	1,79	<0,001
Infecção do Trato Urinário de Localização	5	4,7	20	1,4	1	1,0	9	2,6	–	–	35	1,74	
Febre Hemorrágica Devida ao Vírus da Dengue	–	–	25	1,7	3	2,9	3	0,9	–	–	31	1,54	
Apendicite Aguda Sem Outra Especificação	–	–	20	1,4	–	–	1	0,3	–	–	25	1,24	
Infarto Agudo Do Miocárdio Não Especificado	1	0,9	18	1,3	2	1,9	4	1,2	–	–	25	1,24	
Outros Agravos	60	56,1	803	55,8	75	72,8	252	73,0	15	78,9	1203	59,76	

p < 0,001 - Teste: Qui Quadrado

Os serviços requeridos para as AIHs aprovadas autorização para procedimentos de alta complexidade (35,2%) foi a finalidade mais frequente das AIHs aprovadas, sendo a tomografia computadorizada de crânio (17,51%) e tomografia computadorizada de abdome (13,13%) os exames mais liberados (Tabela 4). A avaliação por especialista em caráter de urgência representou 35,86% dos casos do estudo, sendo observada maior requisição para a cirurgia geral (18,07%), vascular (3,61%) e pediatria (2,64%). A real demanda por internação hospitalar representou 25,85% das aprovações, sendo 21,13% em leitos de enfermaria, 2,71% em leitos de unidade de terapia intensiva, e 2,02% em leito de estabilização. Um total de 2,29% das AIHs aprovadas foi designada para consultas eletivas, com a urologia (1,18%) representando a especialidade mais frequente. Em relação às AIHs aprovadas, a maior demanda de casos foi encaminhada para estabelecimentos de saúde públicos com 76,86%. Os estabelecimentos privados representaram 19,88%, e os filantrópicos 2,57%.

Tabela 4. Distribuição dos casos de acordo com as características das AIHs aprovadas

CARACTERÍSTICAS DA AIH APROVADA	60 min (N = 755)		1 – 6 h (N = 362)		6 – 12 h (N = 71)		12 – 24 h (N = 120)		24 – 48 h (N = 64)		> 48 h (N = 67)		Geral (N = 1439)		*p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Finalidade da AIH															
Avaliação de Urgência	288	56,9	123	24,3	12	2,4	43	8,5	23	4,5	17	3,4	506	35,2	
Consulta	13	39,4	10	30,3	5	15,2	4	12,1	-	-	1	3,0	33	2,3	<0,001
Exames de Alta Complexidade	292	55,3	138	26,1	31	8,3	28	5,3	23	4,4	24	4,5	528	36,7	
Internação	162	43,5	91	24,5	23	4,4	45	12,1	18	4,8	25	6,7	372	25,9	
Estabelecimento Executante															
Público	605	54,2	287	25,7	45	4,0	81	7,3	50	4,5	48	4,3	1116	77,6	
Privado	131	45,8	66	23,1	24	8,4	37	12,9	13	4,5	15	5,2	286	19,9	0,004
Filantrópico	19	51,4	9	24,3	2	5,4	2	5,4	1	2,7	4	10,8	37	2,6	

DISCUSSÃO

A literatura tem demonstrado uma distribuição assimétrica quanto a casuística de casos atendidos pelas unidades não hospitalares de urgência e emergência. Para tanto, Castro et al, (2016) demonstrou semelhança ao presente trabalho, que pode ser justificada em função da estruturação assistencial de saúde aos usuários dos respectivos estabelecimentos onde foram realizados esses estudos, com a maior oferta de procedimentos que objetivam a assistência integral ao cliente.

O estudo observou maior demanda de solicitação de AIHs para indivíduos do sexo masculino, fato já observado em outros estudos[6,7,8]. Entretanto, a maior preocupação com a saúde é um marco cultural entre as mulheres, que tendem a maior procura por esse serviço. Todavia, os homens são motivados ao atendimento médico, na maioria das vezes, apenas em situações de agravamento da saúde, como as que levam à internação hospitalar de emergência. Além disso, Dantas et al (2019) demonstrou ainda que o maior envolvimento de homens em acidentes diversos podem relacionar a maior demanda desse grupo junto às unidades de saúde de urgência e emergência[9], o que pode justificar a representatividade desses indivíduos nesses estudos.

Não há coesão, e tampouco referencial metodológico para a forma de agrupamento dos indivíduos analisados pelos estudos em relação à faixa etária,

comprometendo assim a comparação entre autores. A distribuição etária considerada nesse trabalho foi a evolução fisiológica do ser humano com o amadurecimento e envelhecimento. Nesse contexto, foi observado nesse estudo que indivíduos na faixa etária acima de 50 anos foram os mais frequentes para solicitação de AIH.

O avanço da tecnologia tem contribuído significativamente para o desenvolvimento mundial, em especial para área médica[10]. O aprimoramento dos métodos diagnósticos e a proposição de alternativas de tratamento têm permitido a elevação da expectativa de vida da população, no entanto, é factível que o processo de envelhecimento provoca a debilidade dos sistemas orgânicos, tornando a pessoa idosa a mais vulnerável ao aparecimento de algumas patologias, principalmente às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)[11].

Dentro desse grupo, o Acidente Vascular Cerebral e o Infarto Agudo do Miocárdio representam as principais causas de mortalidade na terceira idade, e consequentemente contribui para a casuística de sua maior demanda junto às unidades não hospitalares de urgência e emergência[12]. Nessa linha de pensamento, os dados encontrados no estudo reafirmam a associação entre a incidência de doença com a progressão da idade.

Por outro lado, no Brasil a população economicamente ativa é composta por indivíduos de 15 a 64 anos[13], e que considerando tal situação, a maior parte desse interstício englobaria a segunda faixa etária mais prevalente do presente estudo, sujeitando os indivíduos em exercício de suas atividades laborais a acidentes de trabalho, e consequentemente responsável pela procura por atendimento em unidades de urgência e emergência, que pode explicar sua alta prevalência no estudo.

O desenvolvimento urbano está associado a correntes migratórias de forma desordenada na ocupação espacial, sendo o processo de conurbação inerente a esse fenômeno[14]. Por ser a universalidade um princípio doutrinário do SUS, o direito ao atendimento em saúde independente da origem influencia, devido a questão de logística de localização da unidade de saúde, na demanda de atendimentos de indivíduos de municípios de origem diversos. Além disso, a

pactuação intermunicipal para a prestação dos serviços de saúde em níveis descentralizados e hierarquizados prevê a contemplação desse fluxo[15].

Nesse contexto, os estudos têm observado maior demanda do serviço de urgência e emergência para usuários residentes no município sede do estudo, porém, usuários de outras localidades também obtiveram representatividade[16,17]. O município de Aparecida de Goiânia, no período entre 1963 e 2010, apresentou crescente conurbação com a capital Goiânia[18], e a localização da unidade de saúde em ponto estratégico próximo a um terminal de ônibus (Terminal do Cruzeiro), com grande fluxo de passageiros e importante interligação na mobilidade urbana com a região metropolitana, contribuiu para o elevado índice de atendimentos da população adstrita.

Outro aspecto importante demonstrado pelo estudo foi o período de solicitação e liberação da vaga, sendo o turno diurno o mais frequente. No entanto, a maior prevalência pode ser justificada pelo serviço requerido pela maioria das solicitações, que estão diretamente relacionadas a exames complementares ou procedimentos de alta complexidade, cuja disponibilização de vagas está condicionada ao período de funcionamento das unidades da rede de urgência e emergência executantes das AIHs, que funcionam majoritariamente no período diurno, com restrição do quantitativo de vagas para o turno noturno, tanto para a realização, quanto para a liberação dos resultados.

Os dados do trabalho apresentam limitação quanto à definição de resolutividade do caso a partir da análise do intervalo de espera pelo parecer da solicitação. O estudo apontou que a maior parte dos casos obteve o parecer dentro de 24 horas. Entretanto, o intervalo de espera não é uma projeção real para resolução completa do tratamento do gravo de saúde proposto, exceto para os casos de internação hospitalar direto.

Nesse contexto, o tempo decorrido para a maioria dos casos desde a entrada na unidade até a destinação final seria superior ao apresentado inicialmente, considerando a vinculação de outras AIHs a um mesmo paciente para avaliação de urgência e/ou realização de outros procedimentos prévios para a complementação de informações diagnósticas, anteriormente à liberação de vaga para o tratamento definitivo.

Em relação à especialidade médica de encaminhamento da AIH, os estudos têm demonstrado prevalência para a clínica médica e a cirurgia geral[17]. O presente estudo observou que a avaliação pela cirurgia ou clínica médica está condicionada à regulação de vaga concomitante para a realização da maioria dos exames, como a tomografia computadorizada, pois são o meio de acesso às demais áreas especializadas em todas as unidades hospitalares.

Porém, a pesquisa observou ainda que a lógica do sistema para casos de vaga para avaliação pela cirurgia geral concomitante com a solicitação de tomografia, por exemplo, estaria relacionada a celeridade na liberação da vaga, o que compromete o fluxo do paciente para resolução do caso, levando em consideração que nem todos que fizerem a tomográfico precisara de avaliação com o cirurgião geral.

O diagnóstico inicial de maior prevalência no estudo foi o Abdome Agudo. Algia abdominal aguda ou progressiva, bem como condições traumáticas e não traumáticas são situações clínicas que direcionam a conduta inicial a ser realizada no paciente com hipótese diagnóstica de abdome agudo[19]. Diante dessa definição, essas características clínicas podem ter sido observadas pela equipe médica do cais nova era ao diagnosticar e solicitar AIH para essa manifestação clínica.

Uma razão para o impacto significativo dessa casuística é o registro para quase todos os casos relacionados a trauma abdominal, de uma solicitação de vaga para a realização de tomografia de abdome total. Entretanto, o exame clínico acurado, associado aos sinais e sintomas de reconhecimento necessário pelo médico diante da hipótese diagnóstica são fundamentais para o diagnóstico[20], apontando para a necessidade da percepção profissional sobre à utilização equivocada de alguns encaminhamentos, com a necessidade de melhor justificativa para solicitação de vaga para resolução desse tipo de doença.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a terceira causa de morte em adultos no mundo segundo a Organização Mundial de Saúde. Além disso, o estresse inerente a vida adulta traz consigo fatores de risco como o tabagismo, a hipertensão arterial sistólica e a dislipidemia, que provocam maior

susceptibilidade para a ocorrência desse agravo de saúde, principalmente a partir da terceira idade[21].

Isso pode justificar o AVC como segundo motivador mais frequente para solicitação de AIH do estudo proposto, considerando a faixa etária mais prevalente, bem como a maior previsibilidade de ocorrência diante de pressupostos epidemiológicos. Em relação ao AVC observado no estudo, sua tipologia como hemorrágico e isquêmico não foi especificado, no entanto, para ambos há recomendação para exames de imagem tomografia de crânio[22], cuja finalidade foi observado na pesquisa entre as causas de solicitação de AIH mais frequentes.

Outro agravo frequente observado pelo estudo foi o traumatismo intracraniano, cuja admissão no cais é em grande parte oriundo de atendimentos pré-hospitalares, com causa relacionada principalmente à acidentes automobilísticos em adultos jovens e do sexo masculino[9]. Semelhante à abordagem inicial do paciente suspeita de AVC, encaminhamento para a realização de exame tomográfico são solicitados para esse público, mais uma vez impactando significativamente a frequência de AIHs aprovadas com finalidade direcionada para exames tomográficos complementar ao diagnostico.

No entanto, um grande volume de laudos dos exames solicitados descreve achados com aspecto de normalidade, condicionando essas ocorrências a exposição desnecessária do paciente a radiação por falta de exame físico adequado que norteará ou não a necessidade, ou mesmo a não adoção de um Procedimento Operacional Padrão (POP) para as demandas da unidade[23].

O estudo demonstrou uma quantidade elevada de AIH negada pelo sistema de regulação. Na base desse problema, nota-se que o Cais não dispõe de equipe fixa de médicos para os atendimentos, nem conta com a presença de especialistas em área de urgência e emergência, e de outras áreas que demandam grande fluxo de atendimentos para esse tipo de unidade, como a cardiologia e a neurologia para melhor enquadramento diagnóstico dos casos em relação à necessidade real de encaminhamentos.

Além disso, o perfil profissional do médico atuante nas unidades de pronto atendimento reflete quase em sua totalidade uma composição rotativa de recém formados[16], cuja inexperiência impacta significativamente na assistência dos pacientes que aguardam a liberação de AIH pelo SISREG, pois devido a descontinuidade do atendimento, o médico do plantão do dia/noite seguinte desconhece o quadro clínico que motivou a solicitação da AIH, e as vezes, não promove a reavaliação dos casos com inconsistência de dados clínicos para proposição de mudança ou a inclusão de novos dados clínicos solicitados pelo médico regulador para a liberação da vaga pelo sistema.

Os estudos demonstram um quantitativo elevado para casos com evolução para alta médica. A alta dos pacientes se justifica por melhora do quadro clínico antes da liberação da vaga solicitada, pois as unidades que deveriam referenciar acabam por realizar os tratamentos[24].

Por outro lado, a evasão representa a desistência não comunicada da vaga por parte dos pacientes motivados por diversas situações que não é acessível a partir do banco de dados utilizado como instrumento e que, portanto, não permite justificativas conclusivas nesse estudo para essa variável.

O presente estudo observou distribuição semelhante entre a alta médica e a evasão, sendo pouco observado os casos de óbitos, relacionados principalmente ao agravamento da condição clínica associada à instabilidade do paciente para transporte entre unidades.

A maior parte de aprovação das AIHs do estudo estão relacionadas com a autorização para procedimentos de alta complexidade. As unidades não hospitalares de atendimento em urgência e emergência 24 horas, de acordo com o porte de assistência, devem dispor do serviço de radiologia no bloco de apoio diagnóstico, porém a articulação em rede dessas unidades prevê um processo de hierarquia quanto à oferta desse serviço, mediante ao seu custo de execução[25].

No entanto, há uma recomendação para a garantia de acesso e transporte, dentro de intervalo de tempo tecnicamente aceitável, de acordo com parâmetros construídos pelas equipes loco-regionais, que pôde ser observado como satisfatório pelo presente estudo, mediante a liberação de vaga para os

procedimentos num intervalo de tempo inferior a 6 horas para quase totalidade dos casos.

O processo de gestão de pessoas cria uma tensão constante entre o incentivo para crescimento individual em sinergia ao desenvolvimento coletivo, pois favorece com mecanismos compensatórios pelo cumprimento de metas[26]. Nesse contexto, somado à carência de recursos físicos nas unidades de urgência não hospitalares e à inexperiência profissional, a cobrança por produtividade atrelada a demanda dos problemas apresentados pelos pacientes pode levar a um exame físico insuficiente pelo médico, sendo pertinente a solicitação de exames com deficiente preenchimento dos dados referentes ao caso, como a tomografia computadorizada, cujos resultados em grande demonstram aspectos de “normalidade”[27].

Assim, para a resolução temporária do problema de superlotação do serviço de urgência, e consequentemente cumprimento da meta estabelecida, bem como ganho de tempo para a correta devolutiva do diagnóstico do caso pode levar a maior frequência de AIHs com finalidade direcionada para a realização de exames de alta complexidade, como no presente estudo.

Os resultados apontam ainda para uma grande demanda não qualificada como perfil de urgência e emergência, que pode ser comprovada pelo alto índice de AIH’s com finalidade de atendimentos eletivos como consultas realização de procedimentos, que deveriam ser vistos numa perspectiva assistencial, cuja disponibilidade deve ser assegurada pela unidade de atenção primária à saúde, não condicionando a permanência do paciente sob observação em uma unidade de urgência e emergência enquanto aguarda por esses serviços.

Entretanto, a maior parte dos estudos demonstram uma real subutilização das unidades de pronto atendimento em detrimento à sua proposta de funcionamento inicial, que tem na destinação da internação em enfermaria ou unidade de terapia intensiva sua atividade fim[24].

No contexto de prestação de serviços, o as unidades executantes das AIHs foram em sua maioria públicas, e isso aponta a efetividade da construção pactuada da disponibilização dos serviços de saúde em níveis hierárquicos de complexidade conforme prerrogativa da Rede de Urgência e Emergência. A

indisponibilidade de vagas especializadas para alguns agravos em saúde pelo serviço público, tem sido provida pela discreta participação do serviço privado e filantrópico na atenção de saúde do paciente em tal condição, conforme previsto pelo SUS[28].

Entretanto, nota-se que as relações entre público e privado analisadas apenas pelos aspectos quantidade de unidades, atividades desenvolvidas, recursos humanos e financeiros empregados são subjetivos aos interesses e negociações pactuados entre os gestores e suas decisões políticas, que apresentam limitações para compreender a estrutura de um sistema de saúde desigual e segmentado das relações políticas que os reproduzem[29].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo observou maior casuística para o sexo masculino, na faixa etária >50 anos e oriundos de Aparecida de Goiânia e Goiânia. Quando analisado os dados relacionados à solicitação das AIHs, o período diurno foi o mais frequente para a procura de atendimento e, consequentemente, solicitação de AIH, com a maior parte dos casos recebendo o parecer de solicitação em 60 min, seguido por 1 a 6 horas, com a clínica geral e a cirurgia geral as especialidades mais envolvidas nesse processo.

Quanto aos agravos de saúde, o estudo notou como mais frequente o abdome agudo, seguido por acidente vascular cerebral e outros traumatismos cranianos. No que tange a caracterização das AIHs aprovadas, notou-se maior número de casos relacionados a avaliação de urgência e realização de exames de alta complexidade, com baixo direcionamento para internação. Além disso, os estabelecimentos públicos de saúde foram os mais frequentes para os encaminhamentos relacionados, seguido pelo serviço privado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Segre M, Ferraz FC. O conceito de Saúde. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(5):539-542.

2. Brasil. Ministério da Saúde. *O Sistema Público de Saúde Brasileiro*. Brasília: 2002.

3. Brasil. Ministério da Saúde*. Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília: 2003.

4. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. *Assistência de média e alta complexidade*. Brasília: 2011.

5. Coelho MF, Goulart BF, Chaves LDP. Urgências clínicas: perfil de atendimentos hospitalares. *Rev Rene* 2013; 14(1):50-59.

6. Castro RR, Barbosa NB, Alves T, Najberg E. Perfil das internações em unidades de terapia intensiva adulto na cidade de Anápolis – Goiás – 2012. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde* 2016; 5(2):115-124.

7. Gomes LL, Volpe FM. O perfil das internações clínicas e cirúrgicas dos hospitais gerais da rede FHEMIG. *Rev Med Minas Gerais* 2018; 28(5):105-116.

8. Lima SBS, Magnago TSBS, Schardong AC, Peres RR, Ceron MDS, Prochnow A, Scalcon CB. Vieira TG. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados no pronto-socorro de um hospital universitário. *Rev Saúde (Santa Maria)* 2013; 39(1):77-86.

9. Dantas GSV, Rios MA, Silva JK, Pereira DC, Fonseca EOS. Perfil dos acidentes motociclísticos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência nos anos de 2014 e 2015 em município baiano. *J. Res.: Fundam. Care*. 2019;11(4): 984-991.

10. Motta e Albuquerque E, Souza SGA, Baessa AR. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2004; 9(2):277-294.

11. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2016; 19(3):507-519.

12. Mansur AP, Favarato D, Souza MFM, Avakian SD, Aldrighi JM, César LAM, Ramires JAF. Tendência do Risco de Morte por Doenças Circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. *Arq Bras Cardiol* 2001; 76(6):497-503.

13. Brasil. Congresso Nacional-Câmara dos Deputados. *Brasil 2050 desafios de uma nação que envelhece*. Brasília: 2017.

14. Santos AE, Peixinho DM. Processo de conurbação: elementos espaciais do fenômeno em área não metropolitana. *Estudos Geográficos* 2015; 13(1):35-52.

15. Brasil. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 07 jul.

16. Machado GVC, Oliveira FLP, Barbosa HAL, Giatti L, Bonolo PF. Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência, Ouro Preto, 2012. *Cad. Saúde Colet* 2015; 23(4):416-424.

17. Garcia VM, Reis RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. *Rev Bras Enferm* 2014; 67(2):261-267.

18. Santos GS. *Aparecida de Goiânia 1963-2010: a consolidação de uma cidade de fronteira* [dissertação de mestrado]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2017.

19. Brunetti A, Scarpelini S. Abdômen Agudo. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2007; 40(3):358-367.

20. Meneghelli UG. Elementos para o diagnóstico do abdômen agudo. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2003; 36:283-293.

21. Berella RP, Duran VAA, Pires AJ, Duarte RO. Perfil do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em um hospital filantrópico do sul de Santa Catarina e estudo de viabilidade para implantação da unidade de AVCACM. *Arq. Catarin Med* 2019; 48(1):131-143.

22. Cavalcante LMM, Filho ETA. *Análise de métodos interpretativos da tomografia computadorizada de crânio na emergência: revisão integrativa*. [trabalho de conclusão de curso]. Alagoas: Universidade Tiradentes; 2019.

23. Aquino AP. *Tomografia de crânio em situações de urgência: necessidade de diagnóstico versus custos e radiação*. [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Centro Universitário Christus; 2019.

24. Konder M, O'dwyer G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. Physis: *Revista de Saúde Coletiva* 2019; 29(2):1-24.

25. Brasil. Portaria GM/MS n.2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União* 2002;12 nov.

26. Martiningo Filho A, Siquiera MVS. Assédio moral e gestão de pessoas: uma análise do assédio moral nas organizações e o papel da área de gestão de pessoas. *Revista de Administração Mackenzie* 2008; 9(5):11-34.

27. Silva HS, Oliveira FKF, Prado LOM, Santos MA, Reis FP. Tomografia computadorizada de abdome na urgência: o uso exagerado das tecnologias médicas e a desvalorização do diagnóstico clínico. *Revista Brasileira De Educação Médica* 2019; 43(1):505-512.

28. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.

29. Bahia L, Scheffer M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. *Saúde Debate* 2018. 42(3):158-171.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo avaliou o perfil da demanda dos pacientes atendidos no cais Nova Era, expondo características prejudicais que impactam a assistência ao paciente que procura a unidade. Essa problemática se sustenta pela ausência de estrutura, equipamentos para exames e mão de obra qualificada que auxilie no diagnóstico do usuário e com isso levaria a maior aprovação no número de vagas pelo médico regulador e, consequentemente, menor tempo de espera para o tratamento dos agravos de saúde.

Em relação aos aspectos sociodemográficos, observou-se maior frequência de solicitação de AIHs para indivíduos do sexo masculino, na faixa etária >50 anos de idade, oriundos do município de Aparecida de Goiânia e Goiânia.

Quando analisado os dados relacionados à solicitação das AIHs, houve distribuição semelhante quanto aos meses de solicitação, com predileção discreta para o mês de janeiro. O período diurno foi o mais frequente para a procura de atendimento e, consequentemente, solicitação de AIH. A maior parte dos casos recebeu o parecer de solicitação em 60 min, seguido por 1 a 6 horas, com a clínica geral e a cirurgia geral as especialidades mais envolvidas nesse processo.

Houve maior casuística para AIHs com parecer aprovado e negado. Quanto aos agravos de saúde, o estudo notou como mais frequente o abdome agudo, seguido por acidente vascular cerebral e outros traumatismos cranianos. No que tange a caracterização das AIHs aprovadas, notou-se maior número de casos relacionados a avaliação de urgência e realização de exames de alta complexidade, com baixo direcionamento para internação. Além disso, os estabelecimentos públicos de saúde foram os mais frequentes para os encaminhamentos relacionados, seguido pelo serviço privado.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INAUGURADA REFORMA DO CAIS NOVA ERA. Disponível em <http://www.aparecida.go.gov.br/inaugurada-reforma-do-cais-nova-era> Acesso em: 13 mai. 2018.

AQUINO, A. P. **Tomografia de crânio em situações de urgência: necessidade de diagnóstico versus custos e radiação**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Tecnologia Minimamente Invasiva e Simulação na Área da Saúde), Centro Universitário Christus, Fortaleza.

ARAÚJO, M. R. M.; OLIVEIRA, J. M.; JESUS, M. S.; SÁ, N. R.; SANTOS, P. A. C.; LIMA, T. C. Transporte público coletivo: discutindo acessibilidade, mobilidade e qualidade de vida. **Psicologia & Sociedade.** v. 23, n. 3, p. 574-582, 2011.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde Debate**. v. 42, n. 3, p. 158-171, 2018.

BASTOS, G. A. N.; HARZHEIM, E.; SOUSA, A. I. Prevalência e fatores associados à consulta médica entre adultos de uma comunidade de baixa renda do Sul do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 23, n. 3, p. 409-420, 2014.

BERELLA, R. P.; DURAN, V. A. A.; PIRES, A. J.; DUARTE, R. O. Perfil do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em um hospital filantrópico do sul de Santa Catarina e estudo de viabilidade para implantação da unidade de AVCACM. **Arq. Catarin Med**. v. 48, n. 1, p. 131-143, 2019.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.

BRASIL, F. M.S.; SOUSA, M. B.; BRASIL, M. S. Caracterização clínica e epidemiológica dos usuários atendidos na Unidade de Pronto Atendimento

(UPA) na cidade de Iguatu – Ceará. **Rev Mult Psic**. v. 13, n. 46, p. 992-1010, 2019.

Brasil. **Congresso Nacional-Câmara dos Deputados**. Brasil 2050 desafios de uma nação que envelhece. Brasília: 2017.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Assistência de média e alta complexidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 20 set.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Brasília: 2002.

BRASIL. **Ministério da Saúde***.* Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: 2003.

BRASIL. Portaria GM/MS n.2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União** 2002;12 nov.

BRASIL. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** 2011; 07 jul.

BRASIL. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Diário Oficial da União** 2009; 27 ago.

BRASIL. Portaria nº 342, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em

conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. (Redação dada pela PRT MS/GM nº 104 de 15.01.2014). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2013.

BRUNETTI, A.; SCARPELINI, S. Abdômen Agudo. **Medicina (Ribeirão Preto)**. v. 40, n. 3, p. 358-367, 2007.

CARVALHO, M. H. R.; CARVALHO, S. M. R.; LAURENTI, R.; PAYÃO, S. L. M. Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil: 1998 a 2000 e 2005 a 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 23, n. 2, p. 347-354, 2014.

CASTRO, R. R.; BARBOSA, N. B.; ALVES, T.; NAJBERG, E. Perfil das internações em unidades de terapia intensiva adulto na cidade de Anápolis – Goiás – 2012. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**. v. 5, n. 2, p. 115-124, 2016.

CAVALCANTE, L. M. M.; FILHO, E. T.A. **Análise de métodos interpretativos da tomografia computadorizada de crânio na emergência: revisão integrativa**. 2019. Monografia (Especialização e Radiologia). Centro Universitário Tiradentes, Alagoas.

COELHO, M. F.; GOULART, B. F.; CHAVES, L. D. P. Urgências clínicas: perfil de atendimentos hospitalares. **Rev Rene**. v. 14, n. 1, p. 50-59, 2013.

CONASS. **Assistência de média e alta complexidade**. Brasília: Biblioteca Digital, 2011.

CONSTANZI, R. N.; AMARAL, A. D.; DIAS, C. R.; ANSILIERO, G.; AFONSO, L. E.; SIDONE, O. J. C. Reforma da previdência social. In: NEGRI, J. A.; ARAÚJO, B. C.; BACELETTE, R. (Org). **Desafios da nação: artigos de apoio**. Brasília: Ipea, 2018. p. 129-191.

CRUZ, M. F.; RAMIRES, V. V.; WENDT, A.; MIELKE, G. I.; MARTINEZ-MESA, J.; WEHRMEISTER, F. C. Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 33, n. 2, p. 1-11, 2017.

DANTAS, G. S. V.; RIOS, M. A.; SILVA, J. K.; PEREIRA, D. C.; FONSECA, E. O. S. Perfil dos acidentes motociclísticos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência nos anos de 2014 e 2015 em município baiano. **J. Res.: Fundam. Care**. v. 11, n. 4, p. 984-991, 2019.

GARCIA, V.M.; REIS, R. K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Rev Bras Enferm**. v. 67, n. 2, p. 261-267, 2014.

GOMES, L. L.; VOLPE, F. M. O perfil das internações clínicas e cirúrgicas dos hospitais gerais da rede FHEMIG. **Rev Med Minas Gerais**. v. 28, n. 5, p. 105-116, 2018.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA. Inaugurada reforma do Cais Nova Era. Disponível em: http://www.aparecida.go.gov.br/inaugurada-reforma-do-cais-nova-era> Acesso em: 13 mai. 2018.

KONDER, M.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 29, n. 2, p. 1-24, 2019.

KOPSEL, M. E.; VICENSI, M. C. Perfil epidemiológico e demográfico dos usuários do serviço de emergência do Hospital Universitário Santa Terezinha

atendidos pelo convênio SUS. **Unoesc e Ciência – ACBS**. v. 3, n. 2, p. 131-142, 2012.

LIMA, S. B. S.; MAGNAGO, T. S. B. S.; SCHARDONG, A. C.; PERES, R. R.; CERON, M. D. S.; PROCHNOW, A. et al. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados no pronto-socorro de um hospital universitário. **Rev Saúde (Santa Maria)**. v. 39, n. 1, p. 77-86, 2013.

MACHADO, G. V. C.; OLIVEIRA, F. L. P.; BARBOSA, H. A. L.; GIATTI, L.; BONOLO, P. F. Fatores associados à utilização de um serviço de urgência/emergência, Ouro Preto, 2012. **Cad. Saúde Colet**. v. 23, n. 4, p. 416-424, 2015.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D.; SOUZA, M. F. M.; AVAKIAN, S. D.; ALDRIGHI, J. M.; CÉSAR, L. A. M. et al. Tendência do Risco de Morte por Doenças Circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. **Arq Bras Cardiol**. v. 76, n. 6, p. 497-503, 2001.

MARTININGO FILHO, A.; SIQUIERA, M. V. S. Assédio moral e gestão de pessoas: uma análise do assédio moral nas organizações e o papel da área de gestão de pessoas. **Revista de Administração Mackenzie**. v. 9, n. 5, p. 11-34, 2008.

MENEGHELLI, U. G. Elementos para o diagnóstico do abdômen agudo. **Medicina (Ribeirão Preto)**. v. 36, p. 283-293, 2003.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MOTTA E ALBUQUERQUE, E.; SOUZA, S. G. A.; BAESSA, A. R. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 9, n. 2, p. 277-294, 2004.

OLIVEIRA, M. D. **Perfil da demanda de atendimentos realizados pela unidade de pronto atendimento (UPA) de Tramandaí/RS**. 2019. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

OLIVEIRA, G. N.; SILVA, M. F. N.; ARAUJO, I. E. M.; CARVALHO FILHO, M. A. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v. 19, n. 3, p. 1-9, 2011.

OLIVESKI, C. C.; SANTOS, L. E.; MARCO, V. R.; LORENZONI, A. M. C.; BONFADA, M. S.; SILVA, L. A. A. Perfil clínico de usuários de um serviço de emergência. **Revista Espaço Ciência & Saúde**. v. 5, n. 2, p. 45-56, 2017.

SANTOS, A. E.; PEIXINHO, D. M. Processo de conurbação: elementos espaciais do fenômeno em área não metropolitana. **Estudos Geográficos**. v. 13, n. 1, p. 35-52, 2015.

SANTOS, G. S. **Aparecida de Goiânia 1963-2010: a consolidação de uma cidade de fronteira**. 2017. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

SANTOS, G. V. A.; BRANDÃO, M. M.; MELO, M. E. M. **Perfil das ocorrências atendidas em uma unidade de pronto atendimento (UPA 24h) em Maceió – AL**. 2017. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Centro Universitário Tiradentes, Maceió.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de Saúde. **Rev Saúde Pública**. v. 31, n. 5, p. 539-542, 1997.

SILVA, H. S.; OLIVEIRA, F. K. F.; PRADO, L. O.M.; SANTOS, M. A.; REIS, F. P. Tomografia computadorizada de abdome na urgência: o uso exagerado das tecnologias médicas e a desvalorização do diagnóstico clínico. **Revista Brasileira De Educação Médica**. v. 43, n. 1, p. 505-512, 2019.

APÊNDICE A – CÁLCULO DO TAMANHO AMOSTRAL

Cálculo amostral do estudo – população finita (admite-se coleta de dados de mais de 5% da população)

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

$$n = \frac{(1{,}96)^2 \times 0{,}5 \times 0{,}5 \times 4.176}{(0{,}05)^2 \times (4.176-1) + (1{,}96)^2 \times 0{,}5 \times 0{,}5}$$

Dados
$N = 4.176$
$Z = 1{,}96$
$P = 50\% = 0{,}5$
$Q = 50\% = 0{,}5$
$e = 5\% = 0{,}05$
$N - 1 = 4.175$

$$n = \frac{3{,}8416 \times 0{,}25 \times 4.176}{0.0025 \times (4.175 + 3{,}8416) \times 0{,}25}$$

$$n = \frac{4.010{,}6304}{2{,}611776}$$

$$n = 1.536{,}595089$$

$$\boldsymbol{n \cong 1.536\ AIH's}$$

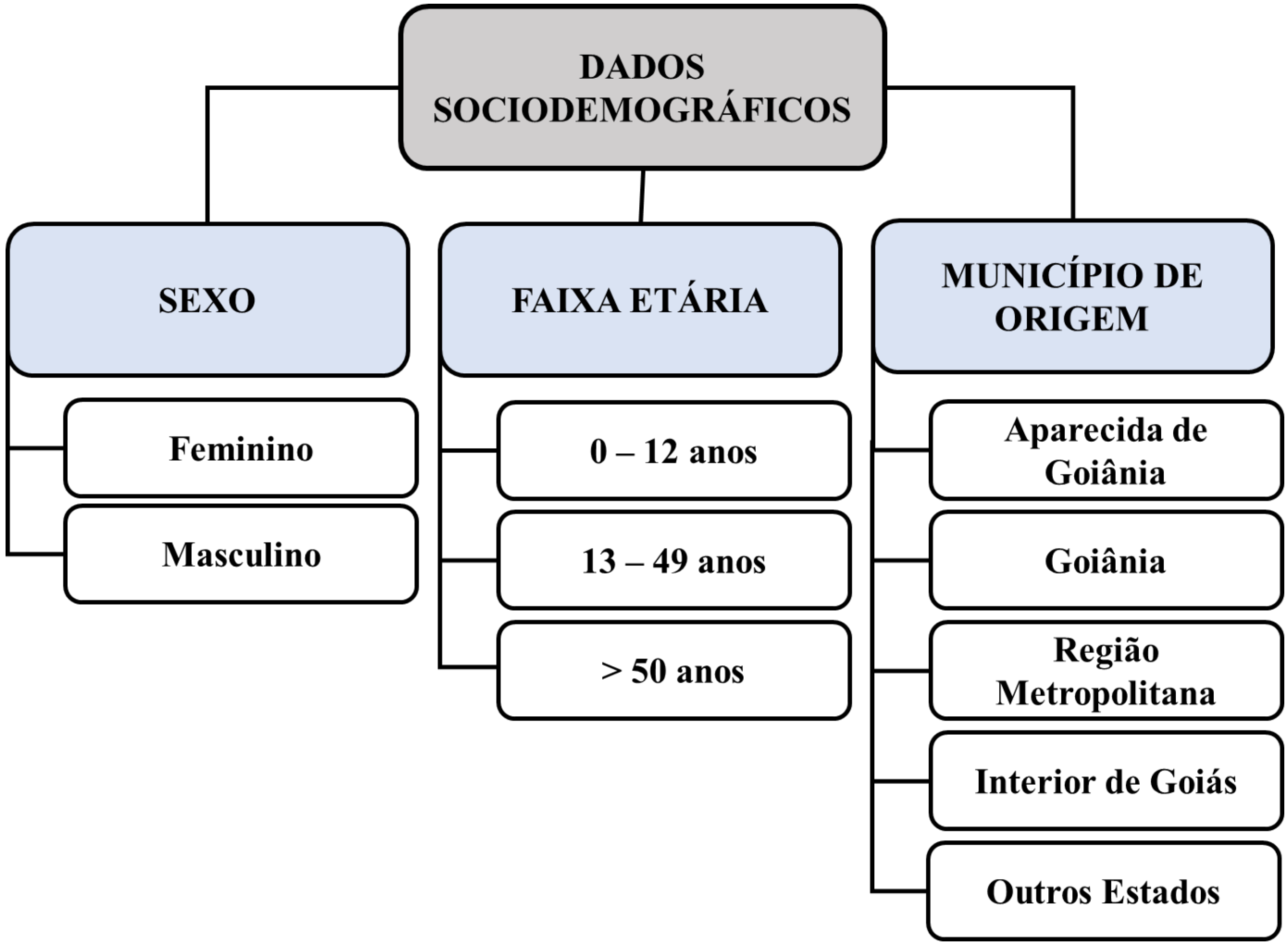
APÊNDICE B – TOTAL DE CASOS SELECIONADOS PARA AMOSTRA

MÊS	INCLUÍDOS	EXCLUÍDOS	TOTAL
JANEIRO	383	2	381
FEVEREIRO	313	-	313
MARÇO	357	1	356
ABRIL	321	-	321
MAIO	339	-	339
JUNHO	306	1	307
		TOTAL GERAL	2013

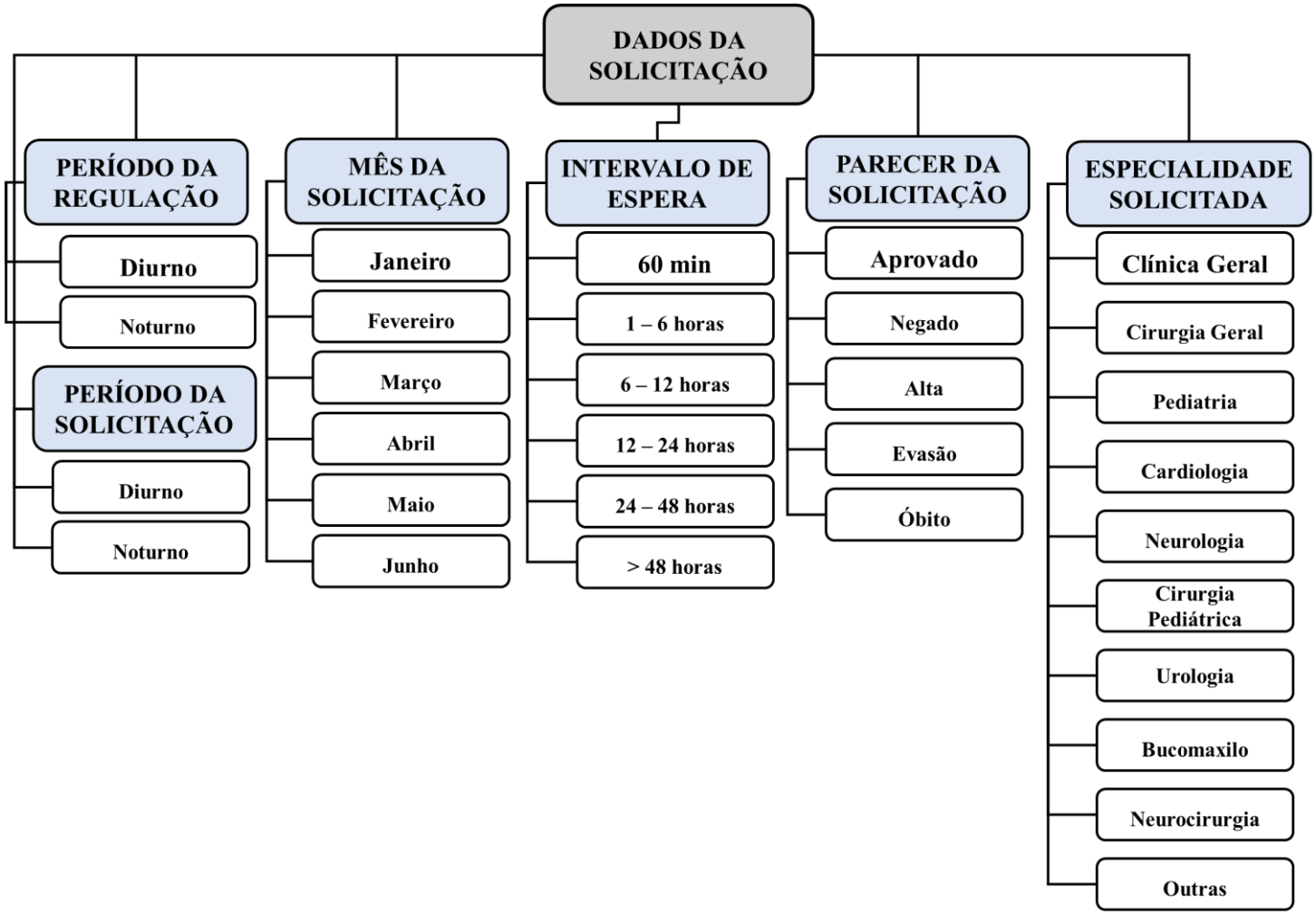
APÊNDICE C – CRITÉRIOS PARA DISTRIBUIÇÃO DO PARECER DA SOLICITAÇÃO

PARECER DA SOLICITAÇÃO	CARACTERIZAÇÃO DO PARECER
APROVADO	Internação em outra unidade de saúde Realização de procedimentos de alta complexidade Avaliação em caráter de urgência – clínica geral e/ou especialidades Consulta médica especializada
EVASÃO	Paciente não localizado na unidade após parecer da regulação Paciente desistiu de aguardar o parecer da regulação
NEGADO	Duplicidade na requisição da vaga para o mesmo caso; Não enquadramento do CID inicial com os sinais e sintomas clínicos Negação da AIH a pedido da unidade
ALTA	Alta do paciente pela equipe médica da unidade, independente do parecer da regulação
ÓBITO	Óbito durante o intervalo de espera pelo parecer da regulação Óbito devido à gravidade do quadro, impossibilitando à remoção da unidade para vaga liberada após parecer da regulação.

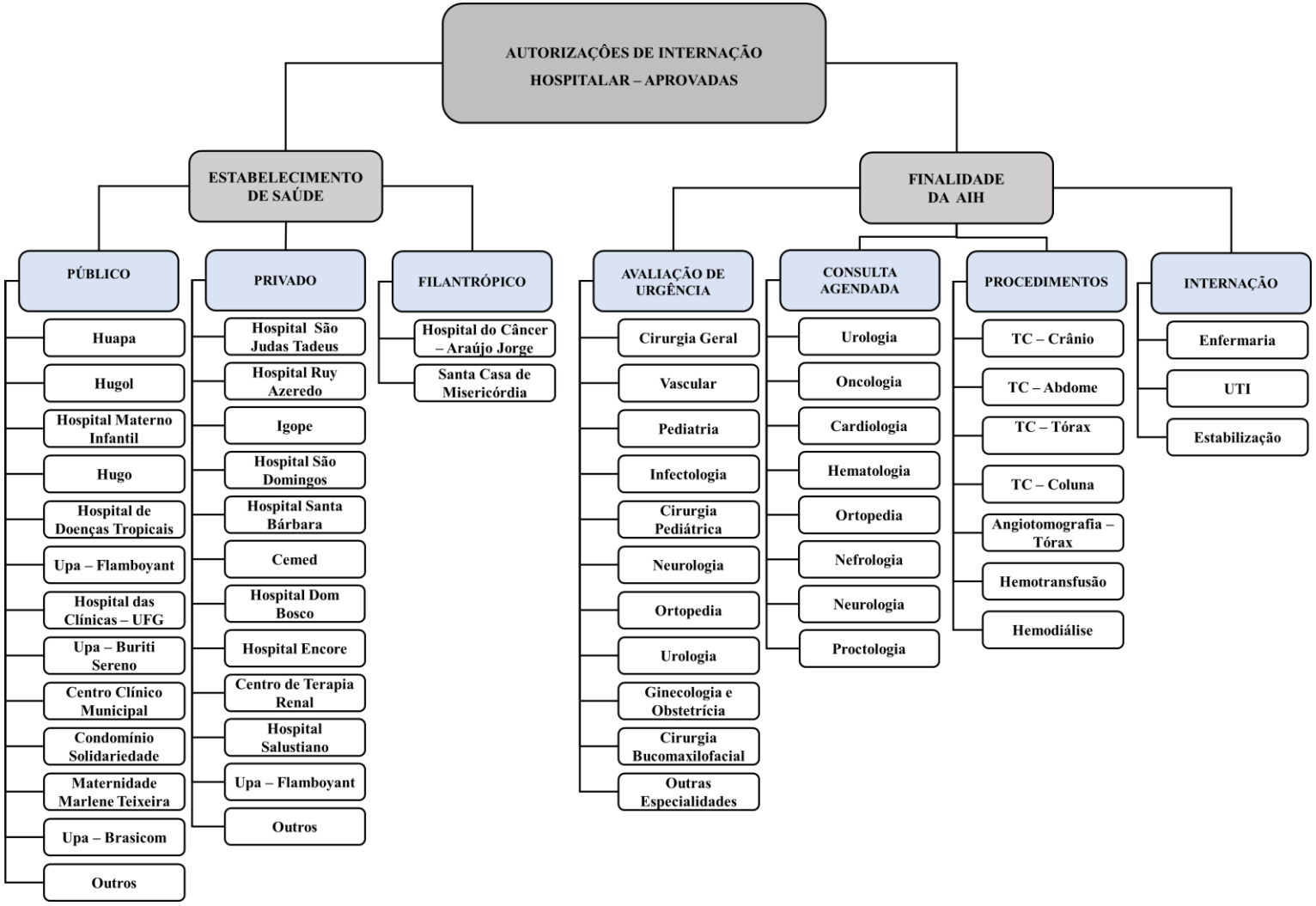
APÊNDICE D – FLUXOGRAMA DA ANÁLISE DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS



APÊNDICE E – FLUXOGRAMA DA ANÁLISE DOS DADOS DA SOLICITAÇÃO



APÊNDICE F – FLUXOGRAMA DA ANÁLISE DOS DADOS DAS AIHs APROVADAS



APÊNDICE G – QUADROS DO MANUSCRITO 1

Quadro 1. Distribuição dos estudos de acordo com a caracterização metodológica

AUTORIA DO ESTUDO	LOCAL E PERÍODO	TIPO DE ESTUDO	INSTRUMENTO DE PESQUISA
Konder *et al*., 2019	Rio de Janeiro – RJ 2016-2017	Estudo Transversal Descritivo Quanti Qualitativo	Bases de dados SISREG Plataforma SMS-Rio
Brasil *et al*., 2019	Iguatu – CE 2017	Estudo Transversal Descritivo Quantitativo	Prontuário Eletrônico
Oliveski *et al*., 2017	Palmeira das Missões – RS 2016	Estudo Transversal Descritivo Quantitativo	Prontuário Eletrônico
Machado *et al*., 2015	Ouro Preto – MG 2012	Estudo Transversal Descritivo-Analítico Quantitativo	Prontuário Eletrônico
Garcia *et al*., 2014	Ribeirão Preto – SP 2012	Estudo Transversal Descritivo Quantitativo	Fichas de Atendimento
Santos *et al*., 2017	Maceió – AL 2016-2017	Estudo Transversal Descritivo Quantitativo	Prontuário Eletrônico
Oliveira., 2019	Tramandaí – RS 2018-2019	Estudo Transversal Descritivo Quantitativo	Fichas de Atendimento

APÊNDICE G – QUADROS DO MANUSCRITO 1

Quadro 2. Distribuição dos estudos de acordo com os dados sociodemográficos

AUTORIA DO ESTUDO	NÚMERO DE CASOS	SEXO	FAIXA ETÁRIA	TURNO DA DEMANDA
Konder *et al*., 2019	26.286	Não Contempla	Não Contempla	Não Contempla
Brasil *et al*., 2019	516	F – 51,9% M – 48,1%	≤ 19 – 40,7% 20-29 – 7,7% 30-39 – 15,5% 40-49 – 12,7% ≥ 50 – 20,9%	Não Contempla
Oliveski *et al*., 2017	8.400	F – 52,3% M – 47,9%	≤ 10 – 18,5% 15-49 – 48,9% > 50 – 29,3%	Diurno – 62,0% Noturno – 37,9%
Machado *et al*., 2015	791	F – 58,9% M – 41,1%	15-24 – 24,7% 25-44 – 38,1% 45-64 – 27,2% ≥ 65 – 10,0%	Madrugada – 3,5% Manhã – 40,6% Tarde – 34,8% Noite – 21,0%
Garcia *et al*., 2014	477	F – 53,7% M – 46,3%	< 20 – 6,9% 20-29 – 23,9% 30-39 – 17,2% 40-49 – 14,7% 50-59 –14,3% ≥ 60 – 23,1%	Madrugada – 8,2% Manhã – 38,2% Tarde – 32,9% Noite – 20,8%
Santos *et al*., 2017	82.364	F – 55,0% M – 45,0%	≤ 14 – 21,6% 15-49 – 56,2% ≥ 50 – 22,0%	Não Contempla
Oliveira., 2019	385	F – 50,3% M – 49,7%	≤ 24 – 19,0% 25-59 – 54,0% ≥ 60 – 27%,0	Manhã – 30,8% Tarde – 42,1% Noite – 27,2%

APÊNDICE G – QUADROS DO MANUSCRITO 1

Quadro 3. Distribuição dos estudos de acordo com a distribuição dos agravos de saúde

AUTORIA DO ESTUDO	AGRAVOS DE SAÚDE	EVOLUÇÃO DO PACIENTE
Konder *et al*., 2019	Infarto agudo do miocárdio não especificado Acidente vascular cerebral não especificado Pneumonia bacteriana não especificada Pneumonia não especificada Edema pulmonar não especificado	Internação em UTI – 5.969 Internação em Clínica Geral – 20.317
Brasil *et al*., 2019	Lombalgia – 16,6% Cefaleia – 13,1% Amigdalite – 12,4%	Não Contempla
Oliveski *et al*., 2017	Sistema Respiratório – 21,3% Sistema Digestório – 18,3% Trauma – 11,3% Sistema Neurológico – 7,3% Sistema Cardiovascular – 5,4%	Alta – 89,7% Internação – 3,9% Evasão – 2,8% Especialidade – 1,9%
Machado *et al*., 2015	Doenças do aparelho respiratório – 26,9% Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo – 15,4% Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos – 12,4%	Alta – 78,7% Especialidade – 11,0% Atenção primária – 8,2% Internação – 2,1%
Garcia *et al*, 2014	Doenças do aparelho respiratório – 73 Algumas doenças infecciosas e parasitárias – 57 Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo – 39	Alta – 90,8% Especialidade – 4,0% Clínica geral – 4,0% Atenção primária – 1% Óbito – 0,2% Internação – 2,1%
Santos *et al*., 2017	Gastroenterologia – 19,0% Infectologia – 12,9% Reumatologia – 8,6% Neurologia clínica – 7,1% Traumatologia – 6,5%	Óbito – 0,06%
Oliveira., 2019	Dor no peito – 25 casos Diarreia e vômito – 20 casos Dor de garganta – 18 casos	Não Contempla

APÊNDICE G – QUADROS DO MANUSCRITO 1

Quadro 4. Distribuição dos estudos de acordo com as considerações finais

AUTORIA DO ESTUDO	CONSIDERAÇÕES FINAIS DO ESTUDO
Konder *et al*., 2019	O estudo observou que a naturalização das UPAs como unidade de internação para quadros clínicos constitui um falseamento que mais acomoda a falta de leitos em vez de tencioná-la. Adicionalmente, os dados produzidos permitiram lançar luz sobre questões pertinentes à qualidade e à adequação das decisões regulatórias tomadas no interior das unidades de saúde, pouco analisadas na. Por fim, identificaram-se a persistência das visões divergentes de urgência no interior da RUE e o impacto disso nas relações entre profissionais e unidades
Brasil *et al*., 2019	Pelo estudo pode-se observar que o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento é caracterizado por atendimentos não urgentes. O perfil da amostra se caracterizou pelo atendimento a população infantil em idade de crescimento e sexo feminino. Os atendimentos apontaram para queixas de baixa complexidade, podendo se observar que o perfil dos usuários que utilizaram o serviço apresentava patologias de níveis de atenção básica
Oliveski *et al*., 2017	O estudo evidenciou dificuldades dos usuários de procurarem atendimentos nos serviços de atenção básica, buscando estes atendimentos primários no serviço de emergência. O estudo apresentou limitações, pois foi desenvolvido em uma única instituição de saúde, fato que estimula o desenvolvimento de novas pesquisas nesta área voltadas ao conhecimento e análise da demanda de atendimento em serviços de urgência de hospitais sejam eles públicos, privados e/ou filantrópicos
Machado *et al*., 2015	O estudo observou que a procura durante os dias úteis e sem encaminhamento por outro serviço de saúde esteve relacionada com a utilização inadequada da UPA. O percentual de atendimentos inadequados aponta para a necessidade de implantação de um sistema de classificação de risco na UPA, melhor estruturação da rede de atenção à saúde e ações educativas junto à população, para orientação de como utilizar de maneira mais eficaz o sistema de urgência/emergência da região de saúde
Garcia *et al*, 2014	O estudo verificou que a população atendida em sua maioria era de jovens na faixa etária de 20 a 29 anos e pertencente à área de abrangência da unidade e no período de funcionamento da rede básica de saúde. As mulheres foram as que mais procuraram este serviço. Os motivos de procura foram queixas agudas de baixa gravidade, entretanto, o serviço também atende situações de urgência de média e alta complexidade que implicam a necessidade da implantação do acolhimento com classificação de risco com vistas de melhorar organização e a qualidade da assistência prestada à população
Santos *et al*., 2017	Os autores pontuam a necessidade da manutenção, monitorização e implementação da assistência dos profissionais de saúde no atendimento dos usuários nestes serviços, favorecendo um atendimento precoce, rápido e eficaz, contribuindo de forma direta na redução e prevenção de violência letal, bem como no acolhimento de forma integral e holística dos usuários que necessitam de alguma assistência na Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RAUE)
Oliveira., 2019	Os autores confirmaram a hipótese inicial do estudo que era a realização de atendimentos predominantemente de baixa complexidade (azuis e verdes), e que embora o modelo de atendimentos realizados pela UPA seja voltado a urgências e emergências, na prática não é o que observaram, podendo esses fatores estar ligados a falta de organização e resolutividade das unidades básicas de saúde que deveriam dar o primeiro suporte para a população. Além disso, relatam ser evidente que os usuários do serviço não têm uma concepção concreta do que realmente seriam casos de urgência e emergência, pois o que buscam é a resolução rápida e fácil de seu problema, pois qualquer dor ou desconforto que o afete é considerado por ele uma urgência que precisa ser logo tratada

APÊNDICE H – TABELAS DO MANUSCRITO 2

Tabela 1. Distribuição dos das AIHs de acordo com os dados sociodemográficos

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Alta (N = 107)		Aprovado (N = 1439)		Evasão (N = 103)		Negado (N = 345)		Óbito (N = 19)		Geral (N = 2013)		*p*
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo													
Masculino	57	53,3	730	50,7	61	59,2	160	46,4	13	68,4	1021	50,72	<0,001
Feminino	50	46,9	709	49,3	42	40,8	185	53,6	6	31,6	992	49,28	
Faixa Etária													
0 – 12 anos	33	30,8	224	15,6	10	9,7	33	9,6	1	5,3	301	14,95	
13 – 50 anos	24	22,4	629	43,7	42	40,8	138	40,0	3	15,8	836	41,53	<0,001
≥ 50 anos	50	46,7	586	40,7	51	49,5	174	50,4	15	78,9	876	43,52	
Município De Origem													
Aparecida de Goiânia	73	73,0	945	67,1	65	64,4	245	74,5	12	66,7	1340	66,57	
Goiânia	18	18,0	269	19,1	21	20,8	50	15,2	5	27,8	363	18,03	
Região Metropolitana	2	2,0	27	1,9	3	3,0	5	1,5	–	–	37	1,84	0,364
Interior de Goiás	5	5,0	76	5,4	7	6,9	8	2,4	1	5,6	97	4,82	
Outro Estados	2	2,0	92	6,5	5	5,0	21	6,4	–	–	120	5,96	

p < 0,001 - Teste: Qui Quadrado

APÊNDICE H – TABELAS DO MANUSCRITO 2

Tabela 2. Distribuição dos das AIHs de acordo com os dados da solicitação

DADOS DA SOLICITAÇÃO	Alta (N = 107)		Aprovado (N = 1439)		Evasão (N = 103)		Negado (N = 345)		Óbito (N = 19)		*P*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Mês da Solicitação											
Janeiro	13	12,1	279	19,4	21	20,4	63	18,3	3	15,8	
Fevereiro	19	17,8	230	16,0	12	11,7	51	14,8	1	5,3	
Março	19	17,8	238	16,5	20	19,4	75	21,7	3	15,8	
Abril	31	29,0	211	14,7	16	15,5	57	16,5	6	31,6	0,026
Maio	18	16,8	248	17,2	18	17,5	52	15,1	3	15,8	
Junho	7	6,5	233	16,2	16	15,5	47	13,6	3	15,8	
Período da Solicitação											
Diurno	78	72,9	989	68,7	68	66,0	242	70,1	11	57,9	
Noturno	29	27,1	450	31,3	35	34,0	103	29,9	8	42,1	0,638
Período da Regulação											
Diurno	75	70,1	979	68,0	70	68,0	265	76,8	10	52,6	
Noturno	32	29,9	460	32,0	33	32,0	80	23,2	9	47,4	0,012
Intervalo de Espera											
60 min	3	2,8	755	52,5	3	2,9	147	42,6	–	–	
1 – 6 horas	10	9,3	362	25,2	21	20,4	65	18,8	5	26,3	
6 – 12 horas	6	5,6	71	4,9	14	13,6	22	6,4	4	21,1	<0,001
12 – 24 horas	28	26,2	120	8,3	17	16,5	51	14,8	6	31,6	
24 – 48 horas	14	13,1	64	4,4	23	22,3	21	6,1	–	–	
≥ 48 horas	46	43,0	67	4,7	25	24,3	39	11,3	4	21,1	
Especialidade Solicitada											
Cardiologia	–	–	23	1,6	3	2,9	4	1,2	–	–	
Cirurgia Geral	9	8,4	61	4,2	10	9,7	24	7,0	1	5,3	
Clínica Geral	3	2,8	286	19,9	15	14,6	69	20,0	2	10,5	
Neurologia	57	53,3	770	53,5	59	57,3	192	55,7	14	73,7	<0,001
Pediatria Clínica	3	2,8	81	5,6	3	2,9	24	7,0	1	5,3	
Outra	35	32,7	218	15,1	13	12,6	32	9,3	1	5,3	

p < 0,001 - Teste: Qui Quadrado

APÊNDICE H – TABELAS DO MANUSCRITO 2

Tabela 3. Distribuição dos das AIHs de acordo com os agravos de saúde

AGRAVOS DE SAÚDE – (CID-10)	Alta (N = 107)		Aprovado (N = 1439)		Evasão (N = 103)		Negado (N = 345)		Óbito (N = 19)		*p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Abdome Agudo	1	0,9	143	9,9	2	1,9	14	4,1	1	5,3	
Acidente Vascular Cerebral	3	2,8	133	9,2	3	2,9	15	4,3	1	5,3	
Outros Traumatismos Intracranianos	–	–	123	8,5	1	1,0	7	2,0	–	–	
Pneumonia Não Especificada	25	23,4	69	4,8	7	6,8	21	6,1	1	5,3	
Dengue	12	11,2	55	3,8	9	8,7	13	3,8	1	5,3	
Calculose Do Rim	–	–	30	2,1	–	–	6	1,7	–	–	<0,001
Infecção do Trato Urinário de Localização	5	4,7	20	1,4	1	1,0	9	2,6	–	–	
Febre Hemorrágica Devida ao Vírus da Dengue	–	–	25	1,7	3	2,9	3	0,9	–	–	
Apendicite Aguda Sem Outra Especificação	–	–	20	1,4	–	–	1	0,3	–	–	
Infarto Agudo Do Miocárdio Não Especificado	1	0,9	18	1,3	2	1,9	4	1,2	–	–	
Outros Agravos	60	56,1	803	55,8	75	72,8	252	73,0	15	78,9	

p < 0,001 - Teste: Qui Quadrado

APÊNDICE H – TABELAS DO MANUSCRITO 2

Tabela 4. Distribuição das AIHs aprovadas de acordo com a finalidade da requisição

FINALIDADE DA REQUISIÇÃO	AIHs APROVADAS (N = 1439)	
	N	%
Avaliação de Urgência		
Avaliação – Cirurgia Geral	260	18,07%
Avaliação – Vascular	52	3,61%
Avaliação – Pediatria	38	2,64%
Avaliação – Infectologia	31	2,15%
Avaliação – Cirurgia Pediátrica	30	2,08%
Avaliação – Neurologia	20	1,39%
Avaliação – Ortopedia	19	1,32%
Avaliação – Urologia	17	1,18%
Avaliação – Ginecologia e Obstetrícia	13	0,90%
Avaliação – Bucomaxilofacial	8	0,56%
Avaliação – Outras especialidades	28	0,76%
Consulta Agendada		
Consulta – Urologia	17	1,18%
Consulta – Oncologia	7	0,49%
Consulta – Cardiologia	2	0,14%
Consulta – Hemotologia	2	0,14%
Consulta – Ortopedia	2	0,14%
Consulta – Nefrologia	1	0,07%
Consulta – Neurologia	1	0,07%
Consulta – Proctologia	1	0,07%
Procedimentos		
Tomografia Computadorizada – Crânio	252	17,51%
Tomografia Computadorizada – Abdome	189	13,13%
Tomografia Computadorizada – Tórax	29	2,02%
Angiotomografia – Tórax	20	1,39%
Procedimento – Hemotransfusão	18	1,25%
Procedimento – Hemodiálise	9	0,63%
Tomografia Computadorizada – Coluna	1	0,07%
Internação		
Internação – Enfermaria	304	21,13%
Internação – UTI	39	2,71%
Internação – Estabilização	29	2,02%

APÊNDICE H – TABELAS DO MANUSCRITO 2

Tabela 5. Distribuição das AIHs aprovadas de acordo com o tipo de estabelecimento de saúde

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	AIHs APROVADAS (N = 1439)	
	N	%
Serviço Público	**1106**	**76,86%**
Huapa	703	48,85%
Hugol	85	5,91%
Hospital Materno Infantil - HMI	62	4,31%
Hugo	60	4,17%
Hospital de Doenças Tropicais - HDT	46	3,20%
Upa - Flamboyant	29	2,02%
Hospital das Clínicas - UFG	27	1,88%
Upa - Buriti Sereno	22	1,53%
Centro Clínico Municipal	17	1,18%
Condomínio Solidariedade	14	0,97%
Maternidade Marlene Teixeira	11	0,76%
Upa - Brasicom	9	0,63%
Outros	31	2,16%
Serviço Privado	**286**	**19,88%**
Hospital e Maternidade São Judas Tadeu	92	6,39%
Hospital Ruy Azeredo	33	2,29%
Hospital São Domingos	32	2,22%
Igope	22	1,53%
Hospital e Maternidade Santa Bárbara	18	1,25%
Cemed	16	1,11%
Hospital e Maternidade Dom Bosco	16	1,11%
Hospital Encore	10	0,69%
Centro de Terapia Renal - CRT	9	0,63%
Hospital Salustiano	5	0,35%
Outros	33	2,31%
Serviço Filantrópico	**37**	**2,57%**
Hospital Do Câncer - Araújo Jorge	5	0,35%
Santa Casa de Misericórdia De Goiânia	32	2,22%

APÊNDICE H – TABELAS DO MANUSCRITO 2

Tabela 6. Distribuição dos agravos de saúde motivadores de AIHs de acordo com o intervalo de tempo para o parecer

AGRAVOS DE SAÚDE – (CID-10)	60 min		1 – 6 h		6 –12 h		12 –24 h		24 – 48 h		≥ 48 h	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Abdome Agudo	105	11,6	36	7,8	7	6,0	7	3,2	3	2,5	3	1,7
Acidente Vascular Cerebral	83	9,1	34	7,3	10	8,6	13	5,9	7	5,7	8	3,9
Outros Traumatismos Intracranianos	99	10,9	27	5,8	–	–	3	1,4	–	–	2	1,1
Pneumonia Não Especificada	26	2,9	25	5,4	9	7,8	20	9,0	15	12,3	28	15,5
Dengue	25	2,8	23	5,0	6	5,2	14	6,3	8	6,6	14	7,7
Calculose Do Rim	22	2,4	7	1,5	2	1,7	2	0,9	2	1,6	1	0,6
Infecção do Trato Urinário	8	0,9	10	2,2	2	1,7	5	2,3	4	3,3	6	3,3
Febre Hemorrágica Devida ao Vírus da Dengue	6	0,7	9	1,9	1	0,9	7	3,2	3	2,5	5	2,8
Apendicite Aguda Sem Outra Especificação	13	1,4	6	1,3	2	1,7	–	–	–	–	–	–
Infarto Agudo Do Miocárdio Não Especificado	8	0,9	7	1,5	3	2,6	2	0,9	1	0,8	4	2,2
Outros	513	56,5	279	60,3	74	63,8	149	67,1	79	64,8	111	61,3
Total	908	100,	463	100,	116	100,	222	100,	122	100,	181	100,

APÊNDICE H – TABELAS DO MANUSCRITO 2

Tabela 7. Distribuição dos agravos de saúde motivadores de AIHs de acordo com a média de idade dos pacientes

AGRAVOS DE SAÚDE – (CID-10)	N	Média	Desvio Padrão	IC (95%)	
				Inf.	Sup.
Abdome Agudo	161	44,81	21,10	41,52	48,09
Acidente Vascular Cerebral	155	58,60	20,21	55,39	61,81
Outros Traumatismos Intracranianos	131	33,66	26,01	29,17	38,16
Pneumonia Não Especificada	123	30,53	31,63	24,88	36,17
Dengue	90	44,93	20,84	40,57	49,30
Calculose Do Rim	36	41,64	16,45	36,07	47,20
Infecção do Trato Urinário	35	47,43	21,51	40,04	54,82
Febre Hemorrágica Devida ao Vírus da Dengue	31	36,29	19,08	29,29	43,29
Apendicite Aguda Sem Outra Especificação	21	28,19	12,65	22,43	33,95
Infarto Agudo Do Miocárdio Não Especificado	25	48,92	21,17	40,18	57,66
Outros	1205	45,20	25,11	43,78	46,62

APÊNDICE I – TERMO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O pesquisador Webse da Mota Costa responsável pela pesquisa, orientado pelo Prof. Dr Waldemar Naves do Amaral e que pertencem ao programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG), pelo presente documento solicitam a **Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, perante o Comitê de Ética em Pesquisa para o trabalho de pesquisa sob o título**: PERFIL DOS ATENDIMENTOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE.** Por se tratar de um estudo observacional retrospectivo analítico para avaliar a o perfil de atendimento ofertado aos clientes do Sistema Único de Saúde (SUS) numa unidade de urgência e emergência da região metropolitana de Goiânia.

Nestes termos, nos comprometemos a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas nas Resoluções 466 de 2012, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados utilizados.

_____

Esp. Webse da Mota Costa
Mestrando em Ciências da Saúde – FM/UFG
Pesquisador Responsável

_____

Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral
Prof. Livre- Docente da Faculdade de Medicina da UFG
Orientador

Goiânia, 20 de Abril de 2019.

ANEXO A – MODELO PARA PREENCHIMENTO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante: CAIS NOVA ERA (2589613)
Op. Solicitante: [redacted]
Data de Solicitação: 15.02.2020 - 12:34:12
Central Reguladora: APARECIDA DE GOIANIA
Unidade Desejada: --- (---)
Data Desejada: 15.02.2020

DADOS DO PACIENTE

CNS: [redacted]
Nome do Paciente [redacted]
Nome Social/Apelido: ---
Nome da Mãe [redacted]
Naturalidade: [redacted]
Sexo: [redacted]
Raça: [redacted]
Data de Nascimento: [redacted]
Tipo Sanguíneo: ---
Tipo Logradouro: RUA
Logradouro: [redacted]
Complemento: [redacted]
Número: S/N
Bairro: [redacted]
CEP:
País de Residência: BRASIL
Município de Residência: [redacted]
UF: [redacted]
Telefone(s): [redacted] *(Exibir Lista Detalhada)*

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
Nome do Médico Solicitante: [redacted]
Status da Solicitação: [redacted]
Diagnóstico Inicial - CID: R100 - ABDOME AGUDO
Caráter 11 - Urgencia
Classificação de Risco Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível
Clínica: ESPEC - CLINICO - CLINICA GERAL
Clínica Complementar: Nenhuma
Procedimento Solicitado: LIBERACAO DE ADERENCIAS INTESTINAIS
Código: 0407040188

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos: [redacted]
Principais Resultados de Provas Diagnósticas: AS ACIMA
Condições que Justificam a Internação: QUADRO CLÍNICO ACIMA

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador: [redacted]
Favor encaminhar paciente ao HUAPA para realização de TOMOGRAFIA DE ABDOME e após o exame passar pela avaliação da CIRURGIA GERAL- Levar APAC e encaminhamento medico assinado. Somente encaminhar se pcte estavel como descrito. Código: 200.215.400
Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)
CRM:
Data de Solicitação: 15.02.2020 - 12:34:12

ANEXO B – NORMAS E INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA PUBLICAÇÃO NOS PERIÓDICOS

ISSN 1413-8123 ***versão impressa***
ISSN 1678-4561 ***versão online***

Instruções para colaboradores

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

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

Orientações para organização de números temáticos

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

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

Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.

Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.

Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

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

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

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra

modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

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

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

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

Seções da publicação

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

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

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

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

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

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

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

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

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

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e

encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975,1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindoa palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key

words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e http://decs.bvs.br/).

10. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (https://orcid.org/) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria

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

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados noprograma Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolu¬ção (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al*.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" [11] (p.38).

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade..." As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos*(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals).

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

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão** *et al*.)
Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas,

regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

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

3. Sem indicação de autoria

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

4. Número com suplemento

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

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

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

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

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

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

7. Organizador ou compilador como autor

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

8. Instituição como autor

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

9. Capítulo de livro

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

10. Resumo em Anais de congressos

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

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

12. Dissertação e tese

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

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

<u>Outros trabalhos publicados</u>

13. Artigo de jornal

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

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

14. Material audiovisual

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

15. Documentos legais

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

Material no prelo ou não publicado

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

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

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

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

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

17. Monografia em formato eletrônico

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

18. Programa de computador

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

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pare**s por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL E MATERNIDADE DONA IRIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE. **Pesquisador:** WEBSE DA MOTA COSTA **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 14126319.1.0000.8058

Instituição Proponente: Maternidade Dona Íris

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.361.822

Apresentação do Projeto:

O atendimento pré-hospitalar no serviço de urgência e emergência fixo é prestado num primeiro nível de atenção aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que podem levar ao sofrimento, sequelas ou

mesmo à morte, visando garantir um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquicamente organizado. Esse estudo visa quantiqualificar o perfil de atendimentos dos clientes assistidos por uma Unidade de Urgência e Emergência no município de Aparecida de Goiânia. Será utilizado um estudo observacional, descritivo,retrospectivo, através de abordagem quantiqualitativa. A população do estudo será composta de clientes atendidos por médicos e enfermeiros de uma unidade pública de urgência e emergência: o Cais Nova Era. O número de participantes (384) foi definido através de cálculo amostral para nível de confiança de 95% (IC-95%) e erro amostral de 5%, e subdividido em dois grupos: atendimento diurno e atendimento noturno. Será utilizada para coleta de dados a Ficha de Atendimento de Urgência e Emergência – Protocolo de Classificação de Risco Manchester, adotada para triagem de clientes pela SMS de Aparecida de Goiânia, atendendo às diretrizes da Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS e em consonância com o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Os dados serão coletados após anuência do Diretor(a) do Cais Nova Era, e Secretário de Saúde do município de Aparecida de Goiânia, cadastro do projeto na Plataforma Brasil, e finalmente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Serão medidas de pesquisa os dados referentes a sexo, idade, demanda por

Endereço: EMILIO POVOA
Bairro: VILA REDENCAO **CEP:** 74.845-250
UF: GO **Município:** GOIANIA

ANEXO D – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DOS MANUSCRITOS

Ciência & Saúde Coletiva

Home

Author

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to
Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID
CSC-2020-0341

Title
Caracterização dos serviços de urgência e emergência em Unidades de Pronto Atendimento: uma revisão integrativa da literatura. Characterization of the urgency and emergency services in Emergency Care Units: an integrative literature review.

Authors
Costa, Webse
Sousa, Hidecazio
do Amaral, Waldemar

Date Submitted
11-Feb-2020

Author Dashboard

ANEXO D – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DOS MANUSCRITOS

Ciência & Saúde Coletiva

Home

Author

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to
Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID
CSC-2020-0669

Title
Perfil da demanda do serviço de urgência e emergência na perspecitva de um centro de atenção integrada à saúde.

Authors
Costa, Webse
do Amaral, Waldemar

Date Submitted
18-Mar-2020

Author Dashboard