

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

REJANE GHENO

**CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INTERNADA PELA CLÍNICA MÉDICA
EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE
PORTO ALEGRE-RS**

Porto Alegre

2012

REJANE GHENO

**CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INTERNADA PELA CLÍNICA MÉDICA
EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE
PORTO ALEGRE-RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Enfermagem da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul como requisito parcial para
a obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora Prof^a. Dr^a. Idiane Rosset Cruz

Porto Alegre

2012

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi regado com muitas observações, palavras e termos mais adequados, muita paciência e empenho da Professora Idiane, que mais do que ser enfermeira, em “cuidar” constantemente deste trabalho, soube ser Professora e orientadora muito dedicada.

Aos seres maravilhosos que me rodeiam, meus amigos, minha família, meu namorado que souberam ter paciência, entenderam o tempo curto, as ausências.

*“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo.
Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa.
Por isso aprendemos sempre”.*

Paulo Freire

Resumo

O objetivo do presente estudo é caracterizar a população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), no município de Porto Alegre, no ano de 2011, quanto às variáveis demográficas, identificar o tipo de alta, o tempo e a causa de internação desses indivíduos. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de temporalidade retrospectiva e natureza quantitativa. Foram coletados dados secundários no banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais (SIHO-AMB) da UPACS, de forma individuada para os meses do ano de 2011. O número total de internações, em 2011, foi de 3.881, sendo 52,2% do sexo feminino. O maior número de internações concentrou-se nos meses de agosto, setembro e dezembro e o menor nos meses de fevereiro e janeiro. Quanto à distribuição da população por faixa etária houve o predomínio das internações entre 20 a 59 anos (61,1%), seguida pelos idosos (≥ 60 anos) (33,1%). O tempo médio de internação dos pacientes foi similar para o sexo feminino (1,6 dias, $\pm 0,9$) e masculino (1,7 dias, $\pm 1,0$), e também para as faixas etárias. O principal tipo de alta foi para casa (59,4%), seguida de transferência (36,6%) para hospitais e outros serviços especializados. As principais causas de internação (conforme os capítulos da CID – 10) foram Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório (25,4%), Doenças do aparelho respiratório (16,9%) e do aparelho circulatório (14%). Os resultados deste estudo fornecem dados que servirão como auxílio para pensarmos o planejamento em Pronto Atendimentos, de forma a melhor direcionar o cuidado, prevenindo novos agravos e evitando possíveis reinternações.

Descritores: atendimento de emergência, clínica médica, saúde pública, Sistema Único de Saúde.

Abstract

The objective of the present work is to characterize the adult population hospitalized in the emergency unit Cruzeiro do Sul health care-center (UPACS), in Porto Alegre during the year of 2011, regarding to the demographic variables, the sort of discharges, the length and cause the of the hospitalization of these people. It is an exploratory, descriptive, retrospective and quantitative work. Secondary data per capita were collected in UPACS' Inpatient and Outpatient Information System database (SIHO-AMB), for the months of the year of 2011. The number of hospitalizations in 2011 was 3.881 – 52,2% of them are female. The highest number of hospitalization occurred in August, September and December; and the lowest number in February and January. Regarding to the distribution of people by age group, there is a predominance in hospitalization of people in the age group between 20 and 59 years old , followed by elder people (≥ 60 years)(33,1%). The length of the hospitalization was similar for both female (1,6 days, $\pm 0,9$) and male (1,7 days, $\pm 1,0$), and also for the age groups. The main type of discharge was the discharge to home (59,4%), followed by transfer to another hospital (36,6%) and specialized services. The main causes for hospitalization (according to the chapters of International Classification of Diseases- ICD-10) were: symptoms, signs and unusual findings in clinical and laboratory examinations (25,4%), respiratory system diseases (16,9%), and circulatory system diseases (14%). The results of this study provide data that will used as to develop the planning in Emergency Center, in order to improve the care , preventing the aggravation of diseases and avoiding possible rehospitalizations.

Key-words: Emergency Medical Services, Clinical Medicine, Public Health, Unified Health System.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), segundo sexo e os meses do ano de 2011.....27
- Gráfico 2 - Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), segundo faixa etária e os meses do ano de 2011.....28
- Gráfico 3 - Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), segundo causa de internação (capítulos CID – 10) por sexo, no ano de 2011.....33
- Gráfico 4 - Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), segundo a causa de internação (capítulos CID – 10) por faixa etária, no ano de 2011.....35

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), de acordo com sexo e faixa etária, no ano de 2011.....24
- Tabela 2 - Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), conforme sexo e faixa etária pelos meses do ano de 2011.....26
- Tabela 3 - Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), conforme dias de internação e tipo de alta, no ano de 2011.....29
- Tabela 4 - Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), conforme dias de internação por sexo e faixa etária, no ano de 2011.....30
- Tabela 5 – Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), entre os tipos de alta de acordo com o sexo e a faixa, no ano de 2011.31
- Tabela 6 - Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), segundo a causa de internação (capítulos CID – 10) por sexo e faixa etária, no ano de 2011.....32

LISTA DE SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CID - Classificação Internacional de Doenças

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNS - Conselho Nacional de Saúde

FEE – Fundação de Economia e Estatística

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PA - Pronto Atendimento

PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências

PROCEMPA - Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre

PS - Pronto Socorro

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEH - Serviços de Emergência Hospitalar

SIH – SUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SIHO-AMB - Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatorias

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UPACS – Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul

USF - Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	15
2.1. Objetivo Geral	15
2.2. Objetivos Específicos	15
3. REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1. O Sistema Único de Saúde e níveis de complexidade no atendimento	16
3.2. Unidades de Pronto Atendimento de Saúde	19
4. METODOLOGIA	21
4.1. Tipo de estudo	21
4.2. Campo ou contexto	21
4.3. População e Amostra	22
4.4. Variáveis de estudo	22
4.5. Coleta dos Dados	23
4.6. Análise dos Dados	23
4.7. Aspectos Éticos	23
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	24
5.1. Caracterização da população: variáveis demográficas	24
5.2. Caracterização da população: tempo de internação e tipo de alta	28
5.3. Caracterização da população: causas das internações (capítulos CID – 10)	31
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	39
ANEXO A - Tabela de Capítulos da CID-10	44
ANEXO B - Aprovação do projeto de pesquisa pela COMPESQ- EENF/UFRGS...	45
ANEXO C- Aprovação do projeto pelo CEP/UFRGS	46
ANEXO D- Aprovação do projeto original pelo CEP – Prefeitura de Porto Alegre..	48

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único da Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil e traduz em ações os princípios e diretrizes dessa política. Esse sistema compreende um conjunto organizado e articulado de serviços, ações e políticas de saúde, unindo as organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 e com a edição da Lei 8080/90 instituiu o SUS e posteriormente, complementado com a lei 8142/90, vigentes até hoje, somam-se os decretos ministeriais e novas normas operacionais que regulamentam este sistema. O SUS também especifica as competências de cada esfera de governo, delegando aos gestores, federal, estadual e municipal e aos Conselhos de Saúde autonomia na implantação dos princípios e diretrizes (VASCONCELOS, PASCHE, 2009).

Na organização dos serviços de saúde do Brasil, há uma premissa básica, em que as ações em saúde sejam descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas. A construção do sistema de saúde vigente considera um caminho a ser seguido da menor para a maior complexidade: as Estratégias Saúde da Família (ESF), as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros Especializados de Saúde, os prontos atendimentos de emergência e urgência, e posteriormente os hospitais (BRASIL, 2011). Entretanto, nem sempre esse fluxo é observado, e a procura, em geral, é feita considerando-se a busca por uma maior resolutividade.

A escolha do paciente, sobre qual unidade de saúde acessar, pode estar relacionada ao acolhimento anterior de suas demandas por um profissional ou serviço de saúde. Portanto, as concepções e experiências anteriores do paciente relacionadas ao acesso e a resolutividade dos serviços de saúde são fatores importantes, que podem corroborar com a superlotação e interferir na organização do trabalho da equipe de saúde das unidades hospitalares (GARLET, *et al*, 2009). A procura em geral é feita na busca de uma maior solução. Os usuários, em geral, procuram os serviços hospitalares de urgência como uma das alternativas de acesso, pois entendem que eles reúnem um somatório de recursos, como consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, que os tornam mais resolutivos (MARQUES, 2007).

Acredita-se que quanto maior a resolutividade de um serviço, mais voltado e preparado está para atender às necessidades de saúde da população, mesmo que esta seja encaminhada a outro serviço para a continuidade do atendimento.

Considerando-se a resolução dos serviços no modelo hierarquizado por níveis, a atenção pode ser avaliada sob dois aspectos. O primeiro, está dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitem de atendimento mais especializado; o segundo, encontra-se dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção básica à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção. A capacidade de solução depende de alguns fatores como o número e a distribuição de horas dos profissionais, que podem se mobilizados para absorver a demanda onde e quando ela ocorrer. Também é avaliada pela relação entre o número de clientes atendidos e o número de clientes que solicitaram o serviço. Sob o ponto de vista qualitativo a demanda depende da natureza e da complexidade dos recursos físicos, humanos, materiais, diagnósticos e terapêuticos envolvidos na prestação dos serviços (TURRINI *et al*, 2008).

Para melhor atender às demandas dos usuários e atingir a resolutividade nos atendimentos, torna-se necessário contextualizar a situação dos serviços de Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no país e saber como ocorre o acesso a esses serviços, e qual é a população que os utiliza. Os tipos de oferta de serviço de saúde no Brasil são diversificados, a rede pública é formada principalmente por unidades de atenção básica e serviços de emergência, serviço pré-hospitalar e hospitalar, enquanto que a rede privada é composta principalmente pela atenção especializada (clínicas, consultórios) e atenção hospitalar.

Existe maior utilização de serviços de baixa complexidade e de emergência pela população com menos recursos econômicos. Em geral, a menor oferta na disponibilidade de acesso à atenção ambulatorial especializada e à atenção hospitalar proporciona maior impacto nos atendimentos em serviços de urgência e emergência, transformando esses serviços em depósitos dos muitos problemas não resolvidos pelo Estado brasileiro (O'DWER, OLIVEIRA, SETA, 2009).

A superlotação dos serviços de emergência é um fenômeno que atinge não só o Brasil, mas muitos outros países, pois a procura, em geral, é maior que a oferta de serviços. Encontram-se pacientes acamados nos corredores, em macas, cadeiras, aguardando leito e tratamento, causando grande tensão na equipe assistencial; elevada pressão para novos

atendimentos e por conseqüência trabalho excessivo da equipe envolvida (BITTENCOURT, HORTALE, 2009).

No Brasil, as emergências hospitalares e UPAs estão sendo, de certa de forma, utilizados de maneira inapropriada, pois estão atendendo muitas vezes a um número grande de casos ambulatoriais (OLIVEIRA, SCOCHI, 2002). Além da elevada demanda as UPAs devem ter dimensão física, tecnológica e de recursos humanos compatível com o seu papel na rede assistencial, por representarem uma porta de entrada dos usuários no SUS, podendo resolver ou não os casos, encaminhando à rede hospitalar ou à rede de atenção básica através da contra-referência.

Um estudo realizado na Emergência de Adultos, de um hospital geral de Pernambuco, constatou que 74,5% dos atendimentos realizados consistiam ser por queixas típicas da atenção básica, não se caracterizando, portanto, como emergência. Essa demanda aumentada prejudica a assistência aos casos graves e agudos, pois acarreta acúmulo de tarefas, contribui para o aumento dos custos de atendimento e geram sobrecarga para os profissionais da equipe de saúde (FURTADO, ARAÚJO Jr., CAVALCANTI, 2004). Dentre as especialidades médicas mais procuradas pelos adultos nas UPAs encontra-se o serviço de clínica médica (OLIVEIRA, SCOCHI, 2002; FURTADO, ARAÚJO Jr., CAVALCANTI, 2004).

Diante da constatação da necessidade de organização dos fluxos nos locais de atendimento e da grande procura aos serviços de emergência e urgência torna-se relevante conhecer a população que procura por esses locais de atendimento, sobretudo aqueles que internam nesses serviços com maior frequência. Assim, com a compreensão das necessidades da população que procuram esse atendimento, é possível que os profissionais de saúde possam analisar alguns dos aspectos da dinâmica de trabalho existente, de forma a redimensionar os cuidados prestados de acordo com as necessidades da comunidade. O enfermeiro, como profissional de uma equipe de saúde, desempenha papel fundamental nessa dinâmica de trabalho, tanto em atividades assistenciais, como educacionais e administrativas. A relevância de conhecermos melhor os locais das UPAs e os usuários das mesmas deve-se além do fato de fornecer subsídios para o melhor atendimento a população, ao planejamento e ao direcionamento de ações e políticas públicas de saúde.

Considerando-se o contato prévio da aluna com serviços do Centro de Saúde Vila dos Comerciários, por meio de estágios da graduação em enfermagem, bem como vivências com a comunidade local e a visualização da superlotação do serviço da UPACS, despertou-se o

interesse em conhecer melhor os usuários daquele serviço. Ampliando o conhecimento e a caracterização dessa população será possível, contribuir com informações aos gestores para o melhor planejamento e implementação de ações em saúde, direcionando-as de acordo com as demandas locais.

Desta forma, busca-se através deste estudo, conhecer como se caracteriza demograficamente, quanto ao tipo de alta, o tempo e a causa de internação, a população adulta internada pela clínica médica na Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Caracterizar a população adulta internada pela Clínica Médica da UPACS.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população adulta internada pela Clínica Médica da UPACS quanto a variáveis demográficas para o ano de 2011 e para os meses de 2011;
- Identificar o tipo de alta e tempo de internação da população internada, de acordo com o sexo e faixas etárias;
- Avaliar a causa da internação (Capítulos do CID 10), de acordo com o sexo e faixas etárias.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. O Sistema Único de Saúde e níveis de complexidade no atendimento

O SUS surgiu como resultado de um movimento político denominado Reforma Sanitária Brasileira o qual traduzia a insatisfação e o descontentamento dos cidadãos brasileiros em relação aos seus direitos de acesso a serviços de saúde organizados. O SUS é um produto da Reforma Sanitária Brasileira e uma das maiores conquistas sociais consagrada pela Constituição Federal de 1988. O sistema foi criado com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde nas três esferas de governo – municipal, estadual e federal – para atender de maneira funcional as demandas de atenção à saúde (SOUZA, *et al*, 2010).

A saúde foi estabelecida como direito do cidadão e o Estado, como cumpridor do dever de oferecê-la. Isso permitiu a superação da estratificação dos serviços que diferenciavam os indivíduos em indigentes e de segurados pela Previdência Social. No processo de regularizar a cidadania e criar plenas condições para a sociedade eleger e garantir seus direitos, surgem as diretrizes e os princípios do SUS. Os princípios preconizados pelo SUS que asseguram direitos aos cidadãos são: a Universalidade (assegura o direito à saúde a todos os cidadãos, sem distinções ou restrições); a Integralidade (a saúde deve levar em consideração as necessidades específicas das pessoas ou de um grupo de pessoas); e a Equidade (visa reduzir as disparidades sociais e regionais em saúde) (BRASIL, 2005; VASCONCELOS, PASCHE, 2009).

As diretrizes, que regulamentam a execução e a administração do SUS são: a regionalização e a hierarquização (serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica e com disposição geográfica delimitada); descentralização (redistribuição da responsabilidade em todas as esferas de governo - municipal, estadual e federal); participação comunitária, ou seja, participação dos segmentos sociais na organização das Conferências e dos Conselhos de Saúde (VASCONCELOS, PASCHE, 2009).

No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção. Essa estruturação visa a melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema. Assim, há uma hierarquia no SUS, que busca ordenar o sistema e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, de modo a regular o acesso mais especializado, preconizando a entrada do usuário pelo nível básico de saúde (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Atenção às Urgências integrou as unidades de saúde e dividiu a atenção às urgências no SUS em quatro frentes. No nível básico estão as equipes de Saúde da Família (ESF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros Especializados de Saúde. O componente móvel, é a segunda frente, por meio do SAMU 192, que tem a função de estabilizar os pacientes no local da ocorrência e o transporte seguro para as unidades de saúde indicadas. Às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) cabe o atendimento das urgências de média complexidade. E o setor de urgência dos hospitais realiza o atendimento das urgências de maior complexidade (BRASIL, 2009).

Assim, o nível básico destina-se a desenvolver atividades caracterizadas pela prevenção de doenças e pela promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial, agrupando atividades de saúde, saneamento e apoio diagnóstico (BRASIL, 2005,2009).

O nível de média complexidade é composto por ações e serviços, que visam atender aos principais problemas de saúde e enfermidades da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Os serviços que abrangem este nível são chamados atualmente, de Unidades de Pronto Atendimento (BRASIL, 2009).

O nível de alta complexidade caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva dos casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência (exemplo: ambulatórios de especialidades, hospitais especializados e hospitais de especialidades), envolvendo alta tecnologia e alto custo (BRASIL, 2005).

Para que esses níveis hierárquicos funcionem adequadamente, são necessárias alternativas de maior integração entre os serviços e a instituição de fluxos formais para melhor cuidar do paciente (JULIANI,1999).

Para Juliani (1999),

uma política de saúde que advoga em favor do SUS deve prever e empreender esforços, para garantir o funcionamento adequado e articulado das unidades prestadoras de serviços de saúde, para responder às necessidades de saúde da população em nível local.

Sem a informatização adequada, o SUS apresenta, muitas vezes, dificuldades em responder às suas metas. As informações oferecidas aos pacientes, em consulta, podem se perder no retorno a sua unidade de atenção básica, pois o paciente ao relatar sua consulta e os possíveis procedimentos e exames, pode esquecer algumas informações essenciais. Assim, os

problemas, relativos à implantação do SUS, se fazem presentes na pouca funcionalidade da referência e contra-referência. Fato que pode acarretar em repetição de exames, aumentando os custos, retardar o tratamento e a resolução da enfermidade e algumas vezes submeter os pacientes a procedimentos desnecessários (JULIANI,1999).

A articulação entre as diversas unidades de serviços de saúde, pertencentes a uma determinada região, deve utilizar sistema de referência e contra-referência. A referência se dá do nível de menor para o de maior complexidade, inversamente à contra-referência. Para sua operacionalização, é necessário que haja definição clara das atividades a serem desenvolvidas em cada nível, segundo o grau de complexidade dos atos (WITT, 1992).

Segundo Munaretti, (2008)

Quando um trabalho de referência e contra-referência se dá maneira plena e eficaz, anula por si só a necessidade de realizar encaminhamentos, pois estes apenas levam o usuário a um serviço sem o compromisso de que ele retorne a sua unidade de saúde e permaneça em acompanhamento pela equipe de saúde que lhe atende. Existindo ainda esta plena comunicação e conhecimento de todos os serviços da rede, anula-se a necessidade de Centrais de Agendamento, pois o trânsito desse usuário dentro da rede será traçado pelos profissionais que o atendem e suas vias comunicativas uns com os outros.

É relevante compreender a dinâmica da população, as relações culturais, sociais e econômicas e o processo de produção da saúde ou da doença, como resultante da interação dessas diversas dimensões. E posteriormente criar as “qualidades necessárias para vigiar, regular, controlar, organizar e intervir nos problemas e as necessidades que surgem no território, para melhor cuidar da população” (GONDIM, 2008). Torna-se relevante a construção da responsabilidade na atuação das equipes de saúde, desde o nível de saúde básico, até os níveis mais complexos, num objetivo maior de melhorar o atendimento ao paciente e melhorar a comunicação, facilitando ao usuário o acesso aos serviços, conforme a complexidade de sua necessidade.

As políticas em saúde devem primar pela integração de todos os níveis de complexidade e pela ligação das ações e dos serviços prestados. Cabe à direção municipal do SUS realizar a gestão da rede de serviços em seu território, além de estabelecer parcerias com municípios vizinhos a fim de garantir o atendimento necessário à sua população (MENEZES, 2011).

3.2. Unidades de Pronto Atendimento de Saúde

As UPAs são estruturas de complexidade intermediária entre as UBS, as USF e as portas de urgência hospitalares, em conjunto com os demais serviços compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências e Emergências. Essas unidades pretendem atender casos de saúde com problemas de pressão, febre alta, fraturas, cortes e infartos, evitando que estes pacientes sejam sempre encaminhados aos prontos-socorros dos hospitais. Elas devem ser implantadas em locais/unidades estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, e em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (BRASIL, 2011, 2003).

A Portaria de nº 1020 de 13 de maio de 2009 estabelece as diretrizes para a implantação e para a organização do componente pré-hospitalar à atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Essa política coloca como competências/responsabilidades das UPAs, conforme Artigo 2º: funcionar 24h por dia e sete dias da semana; acolher os paciente e seus familiares; realizar classificação de risco; articular-se com as ESFs, ao SAMU 192, as unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema localregional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra-referência e ordenando os fluxos de referência através das Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados; ter equipe interdisciplinar; prestar atendimento resolutivo e qualificado; fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Atenção Básica; funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192; realizar consulta médica em regime de pronto atendimento; prestar apoio diagnóstico (realização de Raios-X, exames laboratoriais, eletrocardiograma) e terapêutico nas 24 horas do dia; manter pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica; encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação; prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado; contra-referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede; solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade; e garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade. Possui o objetivo de diminuir as demandas nas urgências e emergências dos hospitais, sendo uma

alternativa para o atendimento mais fácil e rápido das necessidades dos usuários (BRASIL, 2009).

Na organização do espaço de uma UPA leva-se em consideração o risco do paciente que chega, conforme a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2006). O SUS preconiza que as UPAs tenham área de cobertura que envolva vários bairros ou regiões, que considere questões como acessibilidade e visibilidade para os usuários, tendo em vista que é um equipamento de saúde planejado para cerca de 200 a 300 mil habitantes, que poderá atender cerca de 450 pacientes por dias (BRASIL, 2011).

O capítulo I da Portaria Nº 1.600, de 7 junho de 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003 e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Dentre as muitas diretrizes da rede dessa política, apresentam-se aspectos relevantes quanto à regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; à articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção; à atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas (BRASIL, 2011).

O gestor deve ter critérios para a organização de suas ações nível de média complexidade, levando em consideração a necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações; os dados epidemiológicos e sócio-demográficos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e a capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica; a complexidade e o custo dos equipamentos; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço; economias de escala e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações (BRASIL, 2005).

A grande procura por atendimentos nos serviços de urgência e emergência apresenta diversas razões que podem estar associadas ao aumento da violência, a questões socioeconômicas, ou mesmo a pouca resolução dos problemas em outras esferas de ação do sistema de saúde. O conhecimento da territorialização dos serviços de referência e contra-referência e a co-responsabilidade dos diversos serviços do SUS, pode de fato melhorar assistência do sistema.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de temporalidade retrospectiva e de natureza quantitativa. O estudo descritivo tem por objetivo descrever um evento numa determinada população em termos quantitativos, servindo para identificar grupos e comunicar as necessidades e características de segmentos com possibilidade de oportunizar alguma medida saneadora (ANVISA, 200-). É considerado exploratório quando investiga-se a relação ou distribuição entre variáveis, embora não se possa estabelecer relação entre causa e efeito. Elementos descritivos e exploratórios são frequentemente combinados para melhor elucidar determinadas questões de pesquisa (PORTNEY, WARKINS, 2009). É de temporalidade retrospectiva, por utilizar-se de dados previamente coletados (HULLEY, 2008).

4.2. Campo e contexto

Porto Alegre possui uma população de 1.409.351 pessoas, representando 13,2% da população do Estado do Rio Grande do Sul, sendo 53,61% mulheres e 46,39% homens. A prefeitura de Porto Alegre considera como unidades já existentes a UPA Cruzeiro do Sul; o PA Bom Jesus; o PA Lomba do Pinheiro e o PA Restinga; e unidades em construção ou projetadas a UPA Zona Norte; a UPA Navegantes/Cairu; a UPA Partenon/Azenha e a UPA Zona Sul, 7 Centros de Saúde, 53 UBS, e 107 ESF, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Hospital de Pronto Socorro. Com o objetivo de desafogar as emergências hospitalares, a prefeitura de Porto Alegre pretende ampliar a regionalização da oferta de unidades de atendimentos de urgências e qualificar a assistência à população (PORTO ALEGRE, 2012).

O estudo foi desenvolvido com dados provenientes do setor de internação da Clínica Médica da UPACS, o qual está localizado no bairro Santa Tereza, em Porto Alegre, e pertence ao Distrito Sanitário Cruzeiro e à Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal. Esta gerência compreende um centro de saúde (no qual está inserido a UPACS), 9 UBS, 14 USF. A UPACS é o único PA de 24 horas desta gerência e de áreas próximas. Os serviços prestados pela UPACS são: Clínica Médica, Pediatria, Traumatologia, serviço de curativos, serviço

social, PA em saúde mental, serviço de odontologia, procedimentos cirúrgicos e serviço de cirurgia ambulatorial (PORTO ALEGRE, 2012).

O setor de Clínica Médica da UPACS é composto por duas salas de observação adulto: uma vermelha, para atendimentos imediatos de maior gravidade, com dois leitos; outra amarela, para atendimentos que exijam observação e estabilização do paciente clínico, com 12 leitos. São considerados pacientes internados pela Clínica Médica aqueles maiores de 12 anos e que permanecerem pelo menos 8 horas na sala de observação adulta.

4.3. População e Amostra

A população desse estudo compreende os indivíduos atendidos pelo setor de Clínica Médica da UPACS.

Fizeram parte da amostra do estudo os indivíduos maiores de 12 anos internados nas duas salas de observação adulto da Clínica Médica, durante os meses do ano de 2011.

4.4. Variáveis de estudo

- Dados demográficos: foram coletados dados referentes à idade e ao sexo.
- Tempo de internação: verificou-se os dias de internação dos indivíduos internados pela Clínica Médica;
- Tipo de alta: foi identificado pelos encaminhamentos fornecidos, como altas para casa ou a pedido do paciente, transferências a outros serviços, fugas e óbitos;
- Motivo da internação: corresponde ao registro da internação conforme grupos de causas da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e seus capítulos. Atualmente, no Brasil, está em vigência a Classificação Internacional de Doenças - CID - 10, que foi elaborada no ano de 1996, a partir de dados estatísticos de mortalidade. A CID é revista, em geral, a cada 10 anos, as doenças são representadas por códigos alfanuméricos, e cada uma representa um só código. (BRASIL, 2012) Para fins de estudo, foram utilizados os capítulos da CID – 10 (Anexo A).

4.5. Coleta dos Dados

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora deste estudo diretamente no setor de informática do serviço. Foram coletados dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais (SIHO-AMB) da UPACS, disponibilizados mensalmente e de forma individuada, durante o ano de 2011. O sistema foi implantado em setembro de 2009 e fornece informações sobre os indivíduos atendidos nos diferentes setores da UPACS. Esse sistema de informações e gestão também é utilizado nos demais PAs e UPAS municipais, no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e no Hospital de Pronto Socorro. O gerenciamento e manutenção do SIHO-AMB é compartilhado entre gestores da própria UPACS e a Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre (PROCEMPA). Os dados são alimentados no sistema por profissionais treinados para cada setor.

4.6. Análise dos Dados

Os dados coletados foram dispostos inicialmente numa planilha Excel e posteriormente transferidos para o programa SPSS *for Windows*, versão 18.0, para análise. Os resultados foram dispostos em gráficos e tabelas utilizando-se de médias e desvio padrão para variáveis contínuas (idade e tempo de internação), e frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas (sexo, motivo da internação e tipo de alta).

4.7. Aspectos Éticos

O projeto foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretária Municipal de Saúde do município de Porto Alegre (Anexos B, C e D, respectivamente). Foram respeitados os aspectos éticos, referentes a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisadora se comprometerá com a confidencialidade das informações obtidas e com a utilização dessas tão somente para fins deste estudo.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir estão dispostos os resultados, a análise e a discussão dos dados de forma a atender aos objetivos do estudo.

Foram coletados dados secundários disponibilizados pelo SIHO-AMB e verificou-se que o número total de internações foi de 3.896. As internações realizadas por este serviço são classificadas como adultas, pelo mesmo, atendendo indivíduos maiores de 12 anos de idade. Foram excluídos da análise 15 casos de internações que apresentavam pacientes com menos de 12 anos de idade. Assim, a amostra total do estudo foi de 3.881 indivíduos. O número de internações realizadas pela Clínica Médica na UPACS, no ano de 2011, foi maior do que em anos anteriores. O número aproximado de internações para os anos de 2009 e 2010, foi em torno de 2.500. Para fins deste estudo consideram-se as seguintes faixas etárias: adolescentes (12 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos) e idosos (≥ 60 anos) (BRASIL, 1996; 2012).

Foram encontradas poucas publicações nacionais referentes a estudos epidemiológicos sobre PA, dificultando assim, a análise comparativa dos dados.

5.1. Caracterização da população: variáveis demográficas

Na Tabela 1 estão dispostos os resultados obtidos no presente estudo, referentes à distribuição dos sujeitos por sexo e faixa etária.

Tabela 1 – Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), de acordo com sexo e faixa etária, no ano de 2011.

Variáveis Demográficas	n= 3.881	(%)
Sexo		
Masculino	1.857	(47,8)
Feminino	2.024	(52,2)
Faixa etária		
12 a 19 anos	226	(5,8)
20- 59 anos	2.372	(61,1)
≥ 60 anos	1.283	(33,1)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais da UPACS, 2011.

Conforme dados da Tabela 1 observou-se que a proporção de indivíduos do sexo feminino internados foi de 52,2%. Conforme o censo de 2010, o Rio Grande do Sul apresenta 51,3 % da população do sexo feminino; e em Porto Alegre, esse percentual é de 53,6 % (IBGE, 2012).

Observou-se (Tabela 1) que os maiores percentuais de internação estão concentrados nos adultos (61,1%) e idosos (33,1%). Outro estudo sobre internações hospitalares entre idosos brasileiros, a partir de dados Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH – SUS), do ano de 2001, também constatou que a maior proporção de internações foi entre adultos (52,3%) e idosos (18,3%), e que o risco de internações cresce gradualmente com o aumento da idade do paciente idoso, para ambos os sexos (LOYOLA FILHO *et al*, 2004).

O Brasil é um país que está envelhecendo rapidamente e a população idosa com mais de 60 anos está atingindo percentuais cada vez mais elevados. Segundo o último censo de 2010, o país tem 20,5 milhões de idosos (10,8% da população total). O RS é o estado da federação com a segunda maior expectativa de vida e também é o estado com maior proporção de idosos, com 14,04 % da sua população com mais de 60 anos. Em Porto Alegre o percentual de idosos com de ≥ 60 anos é maior que o do estado, há na capital gaúcha 15,4% de idosos. A partir desses dados é compreensível entender a elevada proporção número de idosos atendidos na UPACS. Segundo os dados divulgados pela Fundação de Economia e Estatística (FEE), observa-se que os impactos da transição demográfica irão proporcionar aumento do número de idosos, dos custos da previdência e dos custos com saúde, diminuindo o crescimento da população potencialmente ativa (FEE, 2012). Assim, torna-se fundamental que os serviços de saúde também se preparem para o atendimento a essa parcela da população.

Na Tabela 2 estão dispostos os resultados obtidos do atual estudo, concernentes à distribuição dos sujeitos por sexo e faixa etária.

Tabela 2 - Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), conforme sexo e faixa etária pelos meses do ano de 2011.

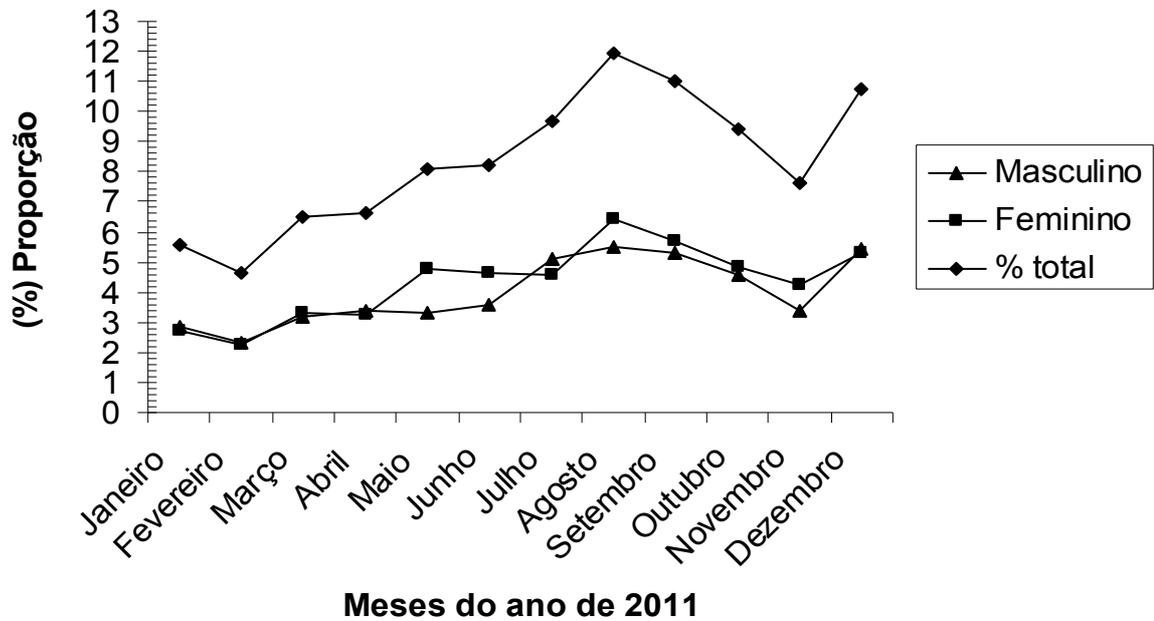
Mês	Sexo		Faixa etária (anos)			Total (n)	Total (%)
	Masculino (n)	Feminino (n)	12 a 19 (n)	20 a 59 (n)	≥ 60 (n)		
Janeiro	110	106	16	144	56	216	(5,6)
Fevereiro	91	88	17	118	44	179	(4,6)
Março	123	128	12	170	69	251	(6,5)
Abril	131	126	21	149	87	257	(6,6)
Mai	129	186	16	188	111	315	(8,1)
Junho	138	180	8	201	109	318	(8,2)
Julho	198	178	24	202	150	376	(9,7)
Agosto	213	250	25	272	166	463	(11,9)
Setembro	205	222	19	252	156	427	(11,0)
Outubro	178	188	28	221	117	366	(9,4)
Novembro	130	165	17	182	96	295	(7,6)
Dezembro	211	207	23	273	122	418	(10,8)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais da UPACS, 2011.

Na análise dos meses, para o ano de 2011, verificou-se uma oscilação no número de internações. A média de pessoas internadas ao longo do ano foi de 323, sendo que o mês com maior número internações foi agosto com 463, seguido de setembro (427) e dezembro (418), enquanto que o mês com o menor número foi fevereiro (179), seguido de janeiro (216) (Tabela 2). É possível que esta discrepância possa ser explicada sob dois aspectos relevantes às características da localização geográfica de Porto Alegre. Nos meses de inverno o frio intenso e a elevada umidade são fatores relevantes para aumento de agravos, especialmente os respiratórios, que fazem que as pessoas busquem mais atendimentos nos serviços de saúde (GODOY, *et al*, 2001). Nos meses de verão, em geral, ocorrem as férias escolares, fazendo com que muitas famílias saiam de Porto Alegre.

No Gráfico 1 estão dispostos os resultados do presente estudo, referentes à distribuição dos sujeitos conforme o sexo e os meses do ano de 2011.

Gráfico 1 - Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), segundo sexo e os meses do ano de 2011.

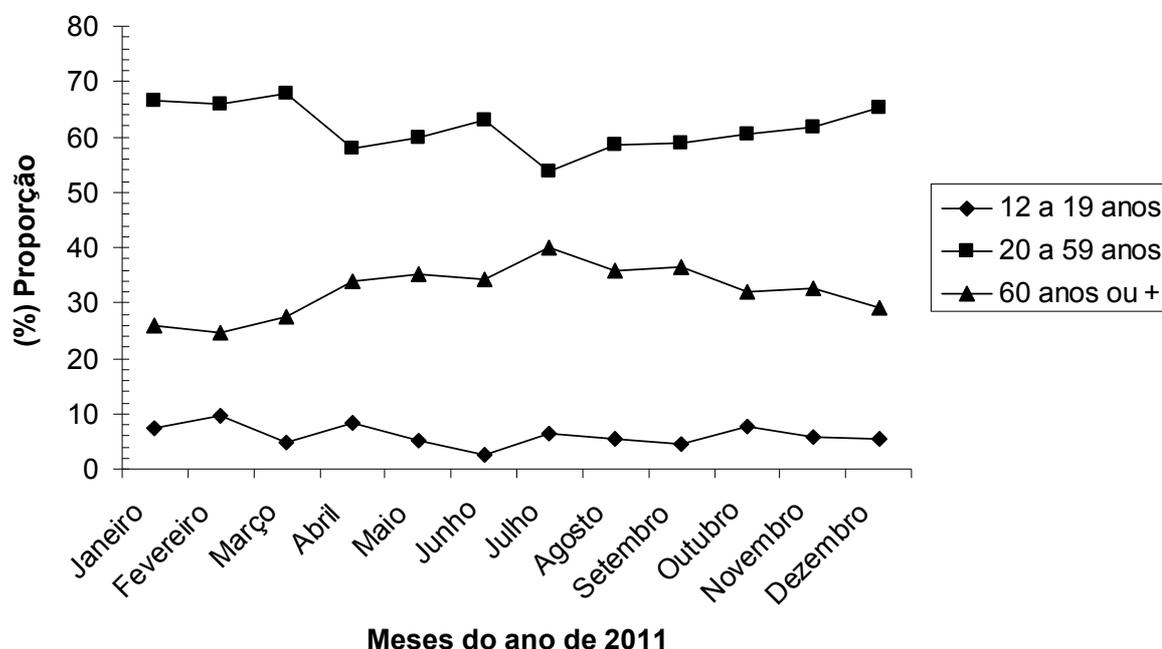


Fonte: Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais da UPACS, 2011.

Não foram observadas diferenças importantes na distribuição das internações por sexo entre os meses de ano de 2011 (Gráfico 1).

No Gráfico 2 estão dispostos os resultados do presente estudo, referentes à distribuição dos indivíduos conforme a faixa etária e os meses do ano de 2011.

Gráfico 2 - Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), segundo faixa etária e os meses do ano de 2011.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais da UPACS, 2011.

Observaram-se pequenas oscilações na distribuição da população por faixa etária ao longo dos meses do ano, (Gráfico 2). Entre a população idosa ocorreram percentuais mais elevados de internações principalmente nos meses de inverno, enquanto que entre a população adulta, isso ocorreu nos meses de verão. Em geral, as pessoas idosas desenvolvem problemas respiratórios mais graves no inverno fazendo com que busquem mais por serviços de PA (OLIVEIRA, SCOCHI, 2002). É possível que o aumento das internações de adultos em dezembro ocorra também devido a acidentes, no final de ano, com o consumo maior de álcool, ou mesmo por haver mais gastroenterites, com o aumento do calor.

5.2. Caracterização da população: tempo de internação e tipo de alta

Na Tabela 3 estão dispostos os resultados do presente estudo, referentes a distribuição dos indivíduos conforme os dias de internação e tipo de alta do ano de 2011.

Tabela 3 - Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), conforme dias de internação e tipo de alta e, no ano de 2011.

Variáveis	n = 3.881	(%)
Dias de internação		
1	2.077	(53,5)
2	1.448	(37,3)
3	218	(5,6)
4	74	(1,9)
5 dias ou mais	64	(1,7)
Tipo de alta		
Casa	2.303	(59,4)
Transferência	1.423	(36,6)
Fuga	106	(2,7)
Óbito	17	(0,4)
A pedido	32	(0,8)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais da UPACS, 2011.

A partir dos dados referentes ao tempo de internação da Tabela 3, constatou-se que predominam 1 dia (53,5%) e 2 dias (37,3%) de internação, totalizando de 90,8% dos sujeitos. Apenas 9,2% da população permaneceu internada mais de 2 dias no serviço. A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) preconiza que o período de internação deveria ser até 24 horas em PAs, ou seja, um dia. Essa política coloca, em caráter excepcional, que o paciente poderia ficar mais de 24 horas, somente quando houver dificuldade para obter leito hospitalar (BRASIL, 2006).

O tipo de alta mais prevalente foi para casa (59,4%), seguido das transferências (36,6%), enquanto os outros tipos de alta somam apenas 3,9% (Tabela 3). Outro estudo que avaliou a população atendida em um PA, também verificou que mais de 50% dos usuários foram encaminhados para suas residências. (OLIVEIRA, SCOCHI, 2002). A PNAU aborda que a transferência dos pacientes, quando necessário, deve seguir os serviços de menor complexidade para os de maior complexidade, para proporcionar tratamento com impacto

positivo no quadro de saúde do indivíduo. Esta política também prevê aos pacientes que não tem condições para se deslocarem ou limitação socioeconômica, que esse deva receber apoio para o deslocamento. Para isso, ressalta que deve haver planejamento adequado do funcionamento dos PAs, pois os pacientes podem ocupar leitos por períodos prolongados após ter recebido alta (BRASIL, 2006).

Na Tabela 4 estão dispostos os resultados do presente estudo, referentes à distribuição dos indivíduos conforme os dias de internação de acordo com o sexo e a faixa etária para o ano de 2011.

Tabela 4 - Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), dias de internação por sexo e faixa etária, no ano de 2011.

Variáveis	Dias de internação						
	1	2	3	4	5 ou mais	Média	Desvio padrão
Sexo							
Masculino (%)	968 (52,1)	716 (38,5)	102(5,5)	40 (2,2)	31 (1,7)	1,7	(±1,0)
Feminino (%)	1.109 (54,8)	732 (36,2)	116 (5,7)	34 (1,7)	33(1,6)	1,6	(±0,9)
Faixa etária							
12 a 19 anos (%)	113(50,0)	85 (37,6)	13(5,8)	8(3,5)	7 (3,1)	1,76	(±1,12)
20 a 59 anos (%)	1.313 (55,4)	830 (35,0)	132 (5,5)	50 (2,1)	47(2,0)	1,62	(±0,98)
≥60 anos (%)	651 (50,7)	533 (41,6)	73 (5,7)	16 (1,2)	10 (0,8)	1,61	(±0,81)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais da UPACS, 2011.

Observou-se que a distribuição dos sujeitos entre os sexos foi similar quando analisados pelo tempo de internação. Verificou-se ainda que a faixa etária dos adolescentes apresenta maior tempo médio de internação (1,76 dias); e nos idosos, o menor tempo médio, com 1,61 dias. Entretanto, a distribuição da população entre os dias de internação segundo às faixas etárias, não apresentou importantes diferenças. (Tabela 4) A partir destes dados, não foi possível observar que as características demográficas referentes ao sexo ou a faixa etária foram importantes para determinar o tempo de internação.

Na Tabela 5 estão dispostos os resultados do presente estudo, referentes a distribuição dos indivíduos conforme o tipo de alta pelo sexo e a faixa etária para o ano de 2011.

Tabela 5 – Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), entre os tipos de alta de acordo com o sexo e a faixa, no ano de 2011.

Variáveis	Tipo de alta				
	Casa	Transferência	Fuga	Óbito	A pedido
Sexo					
Masculino (%)	991 (53,2)	779 (42,0)	59 (3,2)	10 (0,6)	18 (1,0)
Feminino (%)	1.312 (64,8)	644 (31,8)	47 (2,3)	7 (0,4)	14 (0,7)
Faixa etária					
12 a 19 anos (%)	156 (69,0)	64 (28,4)	6 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
20 a 59 anos (%)	1.403 (59,1)	863 (36,4)	83 (3,5)	6 (0,3)	17 (0,7)
≥ 60 anos (%)	744 (58,0)	496 (38,7)	17 (1,3)	11 (0,9)	15 (1,1)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais da UPACS, 2011.

Observou-se que os indivíduos do sexo feminino tiveram mais alta para casa (64,8%) do que aqueles do sexo masculino (53,2%). Este apresentou percentuais mais elevados para os outros tipos de alta, especialmente transferência ou fuga. Considerando-se o tipo de alta segundo a faixa etária, verificou-se que a proporção de altas para casa foi maior quanto menor é a faixa etária do paciente. Os idosos apresentaram importante proporção de transferências (38,7%) e também óbitos, quando comparados aos demais grupos (Tabela 5). Com frequência os idosos requerem continuidade do tratamento, sendo encaminhados e outros serviços especializados. A mortalidade geral entre esses também é maior que quando comparados aos adultos (BRASIL, 2008).

5.3. Caracterização da população: causas das internações (capítulos CID – 10)

Na Tabela 6 estão dispostos os resultados do presente estudo, referentes à distribuição dos indivíduos conforme causa das internações por sexo e a faixa etária para o ano de 2011.

Tabela 6 - Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), segundo a causa de internação (capítulos CID – 10) por sexo e faixa etária, no ano de 2011.

Capítulos CID – 10	Sexo		Faixa etária (anos)			Total (n)	(%)
	Masculino (n)	Feminino (n)	12 a 19	20 a 59	≥ 60		
1. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	475	509	49	537	398	984	(25,4)
2. Doenças do aparelho respiratório	317	339	37	322	297	656	(16,9)
3. Doenças do aparelho circulatório	223	319	3	281	258	542	(14,0)
4. Transtornos mentais e comportamentais	259	81	21	286	33	340	(8,8)
5. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	126	134	21	184	55	260	(6,7)
6. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	109	125	6	125	103	234	(6,0)
7. Causas externas de morbidade e de mortalidade	67	119	21	155	10	186	(4,8)
8. Doenças do aparelho geniturinário	24	140	19	113	32	164	(4,2)
9. Doenças do aparelho digestivo	71	75	23	105	18	146	(3,7)
10. Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	76	64	14	99	27	140	(3,6)
11. Doenças do sistema nervoso	63	51	5	89	20	114	(2,9)
12. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	20	31	2	39	10	51	(1,3)
13. Demais capítulos	18	20	1	21	16	38	(1,0)
14. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	9	17	4	16	6	26	(0,7)
Total	1.857	2.024	226	2.372	1.283	3.881	
(%)	(47,8)	(52,2)	(5,8)	(61,1)	(33,1)		

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais da UPACS, 2011.

Os dados da Tabela 6 foram organizados a partir dos capítulos da CID -10, e dispostos a partir do diagnóstico médico registrado no SIHO-AMB, assim foram registradas as causas seguindo o registro de maior frequência para o de menor frequência. Observou-se que as causas de internações mais frequentes foram: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (25,4%), Doenças do aparelho

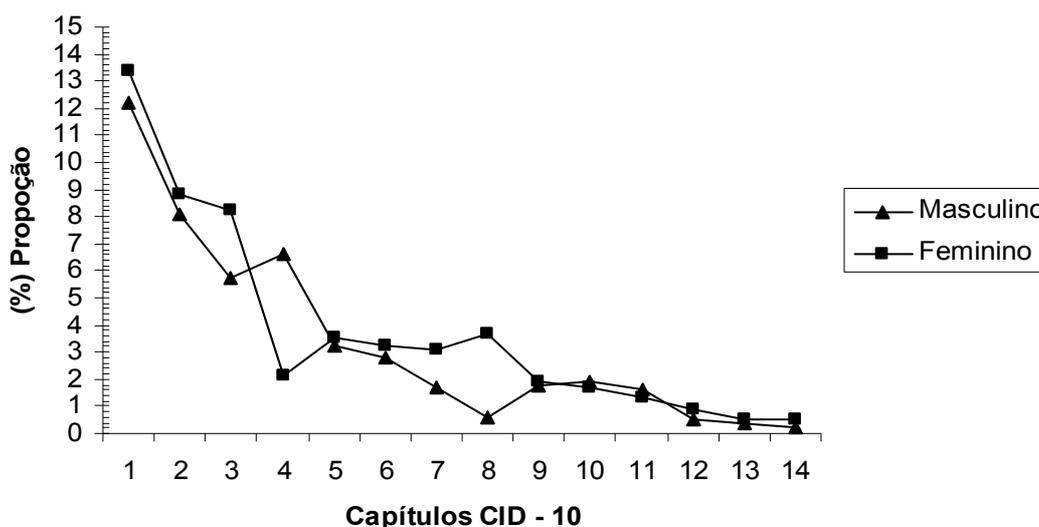
respiratório (16,9%), Doenças do aparelho circulatório (14%). A soma das três causas mais freqüentes totalizam uma proporção elevada (56,35%) de internações realizada pela Clínica Médica da UPACS. É possível que a elevada proporção de internações para o capítulo dos Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, possa ser explicada por este se tratar de um diagnóstico que inclui:

aqueles sintomas e afecções menos bem definidas que, sem que tenha havido o necessário estudo do caso para se estabelecer um diagnóstico final, podem conduzir com igual possibilidade a duas ou mais doenças diferentes ou a dois ou mais aparelhos do corpo. Praticamente todas as categorias deste capítulo se poderiam designar como ‘não especificado de outra forma’, ‘etiologia desconhecida’ ou ‘transitório’(BRASIL,2008).

As doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho circulatório também aparecem em outro estudo, realizado com dados do Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), sendo que as proporções mais elevadas estão, principalmente entre os idosos, mas também com percentuais elevados para os adultos (GODOY, *et al*, 2001). Segundo dados da PNAU as doenças do aparelho circulatório, terceira causa de internação do presente estudo, representam a principal causa de óbito no país (32%) (BRASIL, 2006).

No Gráfico 3 estão dispostos os resultados do presente estudo, referentes à distribuição dos indivíduos conforme a causa de internação e por sexo.

Gráfico 3 - Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), segundo a causa de internação* (capítulos CID – 10) por sexo, no ano de 2011.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais da UPACS, 2011.

*Os capítulos do CID – 10 estão numerados conforme a seguinte ordem, para ilustração deste gráfico: 1(Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte), 2 (Doenças do aparelho respiratório), 3 (Doenças do aparelho circulatório), 4 (Transtornos mentais e comportamentais), 5 (Algumas doenças infecciosas e parasitárias), 6 (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas), 7 (Causas externas de morbidade e de mortalidade), 8 (Doenças do aparelho geniturinário), 9 (Doenças do aparelho digestivo), 10 (Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo), 11 (Doenças do sistema nervoso), 12 (Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo), 13 (Demais capítulos), 14 (Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas).

Verificou-se no Gráfico 3 que alguns agravos têm proporção maior especificamente no sexo feminino, sendo que as mais elevadas são: Doenças do aparelho geniturinário (85,3%), Causas externas de morbidade e de mortalidade (63,9%) e Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (65,4%). As infecções no trato urinário (ITU) são comuns no atendimento ambulatorial e de emergência, e são mais frequentes nas mulheres jovens, sexualmente ativas, como também durante a gestação e menopausa. Esta maior susceptibilidade a ter ITU, deve-se ao fato da mulher ter uma uretra mais curta, que do homem, e a maior proximidade do ânus com vestíbulo vaginal e a uretra (CAROLA, THOMÉ, 2010). Em outro estudo sobre causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros, a partir de dados Sistema de informações Hospitalares do SUS SIH – SUS, também predominou internações por doenças do aparelho geniturinário para o sexo feminino, principalmente entre mulheres mais jovens (LOYOLA FILHO *et al*, 2004). O capítulo da CID-10 sobre as Causas externas de morbidade e de mortalidade merece considerações por apresentar dados dispare na maioria dos estudos encontrados. Em geral, é o sexo masculino que apresenta proporções mais elevadas quando trata-se de causas externas, mas neste estudo as causas externas tem maior proporção no sexo feminino. A situação de vulnerabilidade social da região pode contribuir para tal resultado. A localização da UPACS, no contexto da cidade, suscita esta possibilidade, uma vez que está localizada numa região de vulnerável e com população passível de eventos como violência doméstica, principalmente violência contra a adolescente, a mulher e o idoso, e seus os impactos sobre a saúde.

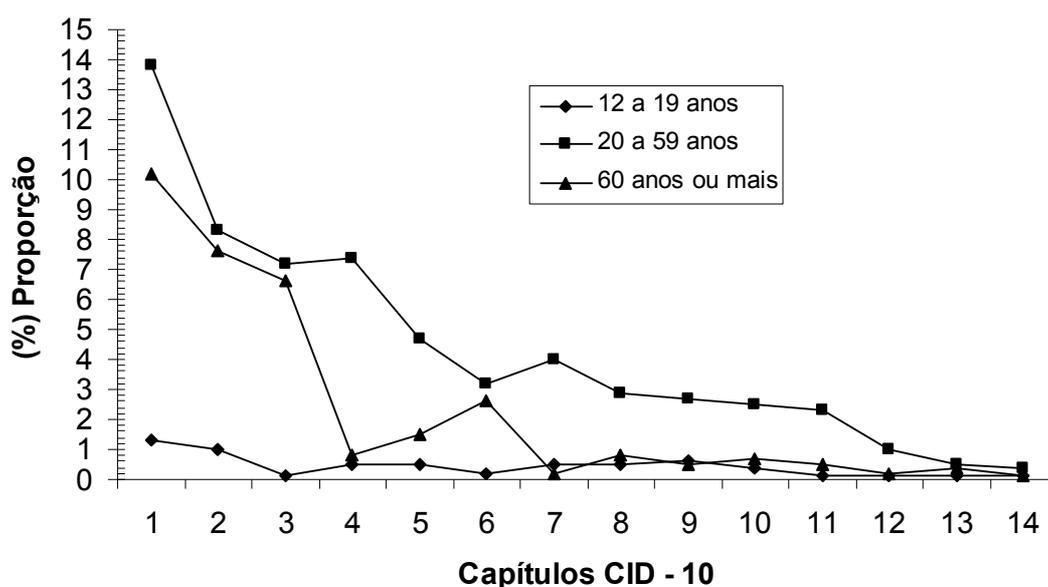
No capítulo das Causas externas de morbidade e de mortalidade também são registrados os homicídios, acidentes e suicídios. Em análise mais específica deste, nos dados coletados do SIHO-AMB, verificou-se elevado número de internações por “Lesões auto-provocadas intencionalmente”, o que inclui lesões ou envenenamento auto-infligidos intencionalmente, mais frequente entre o sexo feminino (BRASIL, 2005).

Entre o sexo masculino observou-se que os capítulos com maior proporção foram Transtornos mentais e comportamentais (76,1%), Doenças do sistema nervoso (55,3%) e

Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo (54,3%). É o comportamento violento que contribui para o estigma da doença mental, e é principalmente no sexo masculino que os fatores de risco para o comportamento violento devem ser cuidados, pois alguns dos fatores de risco para comportamento violento estão no sexo masculino, principalmente faixa etária 15 a 24 anos (HELDT, STEGER, 2010). Em outro estudo com dados do SISH-SUS, o capítulo que aparece como o terceiro mais prevalente, entre os internados do sexo masculino, é o dos transtornos mentais e comportamentais (LOYOLA FILHO *et al*, 2004).

No Gráfico 4 estão dispostos os resultados do presente estudo, referentes à distribuição dos indivíduos conforme a causa de internação por faixa etária.

Gráfico 4 - Distribuição da população adulta internada pela Clínica Médica da Unidade de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (UPACS), segundo causa de internação* (capítulos CID – 10) por faixa etária, no ano de 2011.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais da UPACS, 2011.

* Os capítulos do CID – 10 estão numerados conforme seguinte ordem para ilustração deste gráfico::

1(Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte), 2 (Doenças do aparelho respiratório), 3 (Doenças do aparelho circulatório), 4 (Transtornos mentais e comportamentais), 5 (Algumas doenças infecciosas e parasitárias), 6 (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas), 7 (Causas externas de morbidade e de mortalidade), 8 (Doenças do aparelho geniturinário), 9 (Doenças do aparelho digestivo), 10 (Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo), 11 (Doenças do sistema nervoso), 12 (Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo), 13 (Demais capítulos), 14 (Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas).

Os dados referentes ao diagnóstico das internações da UPACS (Gráfico 4) mostram que as causas das internações, embora sigam um padrão similar, diferem entre as faixas etárias. Entre os adolescentes (12 a 19 anos) houve maior percentual de internações por: Algumas doenças infecciosas e parasitárias (6,1%), Doenças do aparelho digestivo (15,7%), Causas externas de morbidade e de mortalidade (11,3%), embora sem importantes diferenças nessa distribuição.

Entre os adultos (20 a 59 anos) as causas que levaram mais indivíduos a internação foram Transtornos mentais e comportamentais (84,1%), Causas externas de morbidade e de mortalidade (83,3 %) e Doenças do sistema nervoso (78,0%). De acordo com outro estudo sobre o SIH-SUS, os dados referentes a essa faixa etária, apresentaram causas externas e os transtornos mentais e comportamentais, como segundo e terceira causas mais freqüente de internações hospitalares (LOYOLA FILHO *et al*, 2004).

Nos idosos as causas de internação com percentual mais significativo foram Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (40,4%), Doenças do aparelho respiratório (44,3%) e Doenças do aparelho circulatório (47,6%). Outro estudo mostrou que os idosos apresentam maior número de internações por doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório e as doenças do aparelho digestivo (LOYOLA FILHO *et al*, 2004). Ademias as doenças do aparelho circulatório configuram-se como a principal causa de mortalidade entre os idosos, sendo que as doenças respiratórias também ocupam importante causa de mortalidade entre essa população (OLIVEIRA, SCOCHI, 2002).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo caracterizou a população internada pela Clínica Médica da UPACS, serviço que presta atendimento de importância fundamental à sociedade, atendendo elevado número de usuários, 3.881, indivíduos internados somente pela clínica médica, no ano de 2011. Observou-se maior proporção de indivíduos internados do sexo feminino (52,2%), e a faixa etária dos adultos apresentou percentual mais elevado (61,1%), seguida dos idosos (33,1%). Houve oscilação no número de internações ao longo do ano, o mês de agosto concentrou maior número (463) e fevereiro o menor (179).

Grande parte dos problemas advindos das internações clínicas foi resolvido no local, verificado pelas altas para casa (59,4%) e para o tempo curto de internação, sendo que 53,5% permaneceu apenas um dia internado. Observou-se que o tempo de internação foi similar entre os sexos, porém difere quando analisaram-se as faixas etárias, os adolescentes (1,76 dias) permanecem mais tempo internados, os idosos (1,61 dias) menos. Os indivíduos do sexo feminino (64,8%) tiveram maior alta para casa do que os do sexo masculino (53,2%), os quais tiveram proporções mais elevadas para outros tipos de alta. Os idosos tiveram maior taxa de transferência (38,7%) que as outras faixas etárias.

Nas causas de internação houve predominância do capítulo que trata dos Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (25,4%). Quando observadas as internações referentes ao sexo, verificou-se que houve maior proporção de foram Doenças do aparelho geniturinário (85,3%), Causas externas de morbidade e de mortalidade (63,9%) no sexo feminino. Já os Transtornos mentais e comportamentais (76,1%), Doenças do sistema nervoso (55,3%) foram mais prevalentes no sexo masculino. As causas de internação entre as faixas etárias também apresentaram variação Doenças do aparelho digestivo foram mais prevalentes entre adolescentes; Transtornos mentais e comportamentais, entre os adultos; e dos Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, entre os idosos.

Acredita-se que o conhecimento dessa realidade é de suma importância tanto para o serviço quanto ao interesse ao município de Porto Alegre, pois os resultados encontrados podem contribuir para avanços e melhorias para os usuários, para os trabalhadores da saúde, e para a sociedade como um todo.

Observou-se grande procura pelo serviço da UPACS por causas comuns na atenção básica. Esse fato preocupa por aumentar os custos em saúde, sobrecarregar os profissionais, e

o próprio sistema de rede de atenção em saúde. Isso pode prejudicar a assistência, principalmente dos casos graves e agudos, por ocasionar excesso de atividades, contribuindo para extrapolar a capacidade de resolução dos atendimentos e dificultando a referência e a contra-referência.

Os serviços de PA têm sido muitas vezes a porta de entrada, ao sistema de saúde devido a demanda desnecessária, ou seja, que poderia ser resolvido na atenção básica. Observa-se a necessidade de uma reestruturação do sistema e implantar políticas públicas de saúde que tornem o SUS mais eficaz na sua prestação dos serviços de saúde, na perspectiva de consolidar os seus princípios. Salienta-se ainda que este estudo limitou-se a apenas um serviço de atendimento da UPACS (Clínica Médica) e não abrangeu a todas as faixas etárias.

Apointa-se a necessidade de conhecer melhor a organização do trabalho dos PAs e avaliar a estrutura da rede referência e contra-referência, para melhor conhecer e definir o papel de responsabilidade e colaboração entre os diversos serviços de saúde que compõe o SUS. Recomendam-se outros estudos que abordem a população atendida nesses serviços de forma a ampliar os subsídios para o cuidado à saúde da população, como também estudos da especialização da população atendida.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA) **Metodologia Epidemiológica** Brasília: ANVISA, [200-]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/cursos/met_epid.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2012.
- AZEVEDO, A. L. C. S.; PEREIRA, A. P.; LEMOS, C.; COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Porto Alegre, v.12, n. 4, p. 736-45, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/6585>>. Acesso em: 9 dez. 2012.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p.1439-1454, 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília: DF, 1º de out. 1996. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2012.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2012
- _____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência/ Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **CID – 10**. DATASUS. Departamento de informática do SUS. Brasília, 2012. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm> >. Acesso em: 8 dez. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Secretaria de Atenção à Saúde Brasília: 3. edição, editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, – 3. ed., 2005. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil epidemiológico dos Suicídios. Brasil e Regiões, 1996 a 2002: tentativa de suicídio - Brasil 2003 DATASUS.** Departamento de informática do SUS. Brasília, 2012. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Suicidios.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências.** Brasília: (Série E. Legislação de Saúde) 3. ed, editora do Ministério da Saúde, p. 256, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1020 de 13 de maio de 2009.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-do-trabalhador/PORTARIA%20GM%20No1020%20de%2013.05.09.pdf> . Acesso em: 9 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.600, de 7 de julho de 2011 - Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108708-1600.html?q>>. Acesso em: 22 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente.** Brasília: 2. ed.; Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Secretaria Executiva Brasília: Secretaria Executiva, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso: 21 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **UPA 24 h.** Brasília: Portal da Saúde, [2012]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1791>. Acesso em: 31 mai. 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Resultados do Censo de 2010.** Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 5 dez.2012.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Aspectos Conceituais da Vulnerabilidade Social** Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/observatorio/sumario_2009_TEXTOV1.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2012.

CAROLA, A. C. A.; THOMÉ, E. G. R. Infecção urinária no adulto: patologia recorrente na emergências clínicas. In: MANCIA, J. R.; UINICOVSKY, M. A. R. **O trabalho de enfermagem em pronto socorro: um fazer em discussão.** Brasília: ABEn, 2010.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA SIEGFRIED EMANUEL HEUSER (FEE)
Projeção populacional - Destaque Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser, Porto Alegre, 2012 . Disponível em:
<http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg_populacao.php>. Acesso em: 2 dez. 2012.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚJO Jr., J. L. C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do hospital da restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n.3, p. 279-89, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2004000300006>>. Acesso em 30 jun. 2012.

GARLET, E. R.; LIMA, M. A. D. S.; SANTOS, J. L. G.; MARQUES, G. Q. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n.2, p.266-72, 2009.

GODOY, D. V.; DAL ZOTTO, C.; BELIICANTA, J.; WESCHENFELDER, R. F.; NACIF, S. B. Doenças respiratórias como causa de internações hospitalares de pacientes do SUS num serviço terciário de clínica médica na região nordeste do Rio Grande do Sul In **Jornal Brasileiro de Pneumonia**, v.27, n. 4, 2001.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M.; ROJAS, L. I.; BARCELLOS, C.; PEITER, P.; NAVARRO, M. B. M. A.; GRACIE, R. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C.(org.) **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.237-255, 2008.

HELDT, E.; STEGER, P. Manual de atendimento ao paciente psiquiátrico na sala de emergência. In: MANCIA, J. R.; UINICOVSKY, M. A. R. **O trabalho de enfermagem em pronto socorro: um fazer em discussão**. Brasília: ABEn, 2010.

HULLEY, S.B. **Delineando pesquisa a clínica - Uma Abordagem Epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JULIANI, C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referenda e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v.33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999.

LOYOLA FILHO, A. I. ; MATOS, D. L., GIATTI, L.; AFRADIQUE, M. E.; PEIXOTO, S. V.; LIMA-COSTA, M. F. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.13, n.4, 2004. Disponível em:
<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000400005&lng=pt>. Acesso em 2 dez. 2012.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. Demandas de usuários a um serviço de PA e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, Jan-Fev; 15(1):13-9, 2007.

- MENEZES, E.A. de **Territórios integrados de atenção à saúde como estratégia para implementação da política de saúde no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em:
<http://www.unirio.br/propg/posgrad/stricto_paginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertacoes/Dissertacoes%202011/dissertacao_edson_menezes.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2012.
- MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo, Hucitec, 2007.
- MUNARETTI, Robianca **Dificuldade de Comunicação entre os Serviços em um Sistema de Saúde Municipal** Porto Alegre, 2008. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/15421>>. Acesso em: 19 jun. 2012.
- OLIVEIRA, M. L. F. ; SCOCHI, M. J. Determinantes da utilização dos serviços de urgência e emergência em Maringá (PR). **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.1, n.1, p. 123-128, 2002. Disponível em:
<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5666/3605>>. Acesso em: 30 jun. 2012.
- O'DWER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.5, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500030&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: Jun. 2012.
- PORTNEY, L. G.; WARKINS, M. P. **Foundations of Clinical Research: applications to practice**. New Jersey: 3ª Ed. Prentice-Hall, 2009.
- PORTO ALEGRE **Site da Secretaria Municipal de Saúde**. Porto Alegre: [2012]. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=25&p_secao=837>. Acesso em: 20 abr. 2012.
- SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n,3, 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462010000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 jun. 2012.
- SANTOS, J. S.; SCARPELINIL, S.; BRASILEIRO, S. L. L.; FERRAZ, C. A.; DALLORA, M. E. L. V.; SÁ, M. F. S. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências e de Humanização. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, p. 498-515, 2003.
<http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/avaliacao_modelo_organizacao_ue.pdf>. Acesso em: 22 out. 2012.
- SOUZA, M. F.; FIGUEIREDO, L. A.; PINTO, I. C. Análise da Utilização do Serviço de Pronto-Socorro na Percepção do Usuário. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n.1,

p.13-20, 2010. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5242>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p. 663-674, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/20.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único In: CAMPOS, G.W. S **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

WITT, R. R. Sistema de referência e contra- referência num serviço de saúde comunitária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 13, n.1, p. 19-23, 1992.

ANEXO A - Tabela de Capítulos da CID-10

Capítulo	Descrição	Códigos da CID
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00-B99
II	Neoplasias [Tumores]	C00-D48
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D50-D89
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E00-E90
V	Transtornos mentais e comportamentais	F00-F99
VI	Doenças do sistema nervoso	G00-G99
VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	H60-H96
IX	Doenças do aparelho circulatório	I00-I99
X	Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93
XII	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	L00-L99
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00-M99
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	P00-P96
XVII	Malformações congênitas, deformidas e anomalias cromossômicas	Q00-Q99
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R99
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	S00-T98
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	V01-Y98
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z00-Z99
Ign	CID não especificado ou inválido	

ANEXO B – Aprovação do projeto de pesquisa pela COMPESQ- EENF/UFRGS.

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Idiane Rosset Cruz

Projeto Nº: 23578

Título: CARACTERIZACAO DA POPULAÇÃO INTERNADA PELA CLÍNICA MÉDICA EM UM PRONTO ATENDIMENTO DE PORTO ALEGRE-RS

COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM: Parecer

O projeto de pesquisa denominado Caracterização da População Internada pela Clínica Médica em um Pronto.

Atendimento de Porto Alegre-RS é uma proposta de investigação para contemplar os requisitos de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. A proposta está bem embasada, possui objetivos claros e exequíveis, a revisão de literatura está bem feita, assim como a metodologia. Utiliza dados secundários obtidos em prontuários e buscará caracterizar o perfil dos usuários atendidos em 2011. Sugiro apenas, coletar outros dados sociodemográficos, se estiverem disponíveis, tais como escolaridade, ocupação, renda, que ajudarão a caracterizar a população atendida. Todos os requisitos foram observados e considera-se o trabalho APROVADO.

Será encaminhado ao CEP da SMS/POA.

Projetos <https://www1.ufrgs.br/PortalServidor/Pesquisa/ComissaoUnidade/form>.

ANEXO C - Aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/UFRGS

 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-REITORIA DE PESQUISA -	
PROJETO DE PESQUISA		
Título: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INTERNADA PELA CLÍNICA MÉDICA EM UM PRONTO ATENDIMENTO DE PORTO ALEGRE-RS		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 05707912.6.0000.5347		
Pesquisador: Idiane Rosset Cruz		
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
<hr/>		
Número do Parecer:	109.052	
Data da Relatoria:	13/09/2012	
Apresentação do Projeto:		
O projeto caracteriza-se como Trabalho de Conclusão do Curso Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.		
Objetivo da Pesquisa:		
Objetivo Primário: Caracterizar a população adulta internada pela Clínica Médica do PACS, do município de Porto Alegre, durante o ano de 2011.		
Objetivo Secundário: Caracterizar população adulta internada pela Clínica Médica do PACS quanto a variáveis demográficas; identificar o tipo de alta, a causa e o tempo de internação desses indivíduos; Relacionar o tipo de alta, o tempo e o motivo de internação com o sexo e faixa etária.		
Avaliação dos Riscos e Benefícios:		
Os benefícios estão descritos de forma adequada.		
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:		
Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de temporalidade retrospectiva e de natureza quantitativa. Contexto será o PACS, localizado no bairro Santa Tereza, em Porto Alegre, e pertencente ao Distrito Sanitário Cruzeiro e à Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal. Serão utilizados dados secundários do sistema de informações do próprio Serviço de Saúde, referentes ao ano de 2011. Amostra prevista é de 2.500. Para a coleta de dados será utilizada planilha Excel e posteriormente transferidos para o programa SPSS for Windows, versão 18.0. A análise será mensalmente e também de forma global para ano 2011. Os resultados serão dispostos em gráficos e tabelas utilizando-se de médias e desvio padrão para variáveis contínuas (idade e tempo de internação), e frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas (sexo, motivo da internação e tipo de alta). Para avaliar a relação entre as variáveis, serão consideradas independentes aquelas demográficas (sexo e idade), e dependentes as demais (tempo e motivo de internação e tipo de alta). Cronograma e orçamento adequados.		
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:		
Consta no projeto o Termo de Compromisso de Utilização e Divulgação de Dados da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.		
<hr/>		
Endereço:	Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro	
Bairro:	Farrroupilha	CEP: 90.040-060
UF:	RS	Município: PORTO ALEGRE
Telefone:	(51)3308-3738	Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovar

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Encaminhe-se.

PORTO ALEGRE, 27 de Setembro de 2012


Assinado por:
P José Artur Bogo Chies

Bruno Cassel Neto
Vice-Pró-Reitor de Pesquisa
PROPESQ/UFRGS

CAAE: 05707912.6.0000.5347

ANEXO C - Aprovação do projeto original pelo CEP – Prefeitura de Porto Alegre.



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Idiane Rosset Cruz

Registro no CEP: 841 **Processo N°.** 001.045605.12.2

Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N° **001.045605.12.2**, referente ao projeto de pesquisa: **“Caracterização da população internada pela clínica médica em um pronto atendimento de Porto Alegre-RS”**

De acordo com os procedimentos internos estabelecidos nesta instituição, bem como as exigências das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n.ºs 196/96, 251/97 e 292/99, este Comitê de Ética em Pesquisa considera **APROVADO** o referido projeto, em sua Reunião Ordinária realizada em 13/11/2012.

O Comitê de Ética em Pesquisa solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar com o relatório final todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas, juntamente com o formulário disponível no site e CD com trabalho concluído;
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 13/11/2012.

Maria Mercedes Bendati
Coordenadora do CEP