



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**CLÁUDIA LAYSE ALMEIDA SOUSA**

**CARACTERÍSTICAS DE USUÁRIOS E MOTIVOS DA DEMANDA POR  
ATENDIMENTO EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA NO NORTE DO BRASIL**

**SALVADOR-BA**

**2017**

**CLÁUDIA LAYSE ALMEIDA SOUSA**

**CARACTERÍSTICAS DE USUÁRIOS E MOTIVOS DA DEMANDA POR  
ATENDIMENTO EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA NO NORTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

**Orientadora:** Prof. Dra. Mariluce Karla Bomfim de Souza

**SALVADOR-BA**

**2017**

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Maria Rita e Luis Cláudio, por todo amor, incentivo e compreensão.

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

S725c Sousa, Claudia Layse Almeida.

Características de usuários e motivos da demanda por atendimento em uma unidade de urgência no Norte do Brasil / Claudia Layse Almeida Sousa. -- Salvador: C.L.A. Sousa, 2017.

72 f.

Orientadora: Profa. Dra. Mariluce Karla Bomfim de Souza.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Assistência Ambulatorial. I. Título.

CDU 614.2

---



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva**

**Cláudia Layse Almeida Sousa**

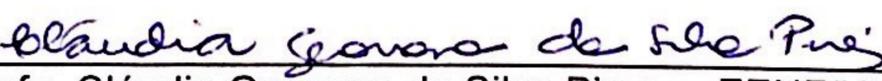
**“CARACTERÍSTICAS E MOTIVOS DA DEMANDA POR ATENDIMENTO EM  
UMA UNIDADE DE URGÊNCIA NO NORTE DO BRASIL”.**

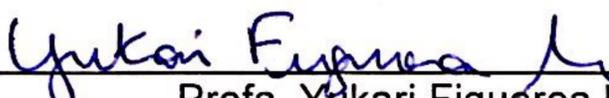
A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 27 de junho de 2017

Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Marluce Karla Bomfim de Souza – ISC/UFBA

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Cláudia Geovana da Silva Pires – EENF/UFBA

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Yukari Figueroa Mise – ISC/UFBA

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Cristiane Abdon Nunes – ISC/UFBA

Salvador  
2017

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus**, que me deu determinação, perseverança, ânimo e a força necessária para iniciar e terminar mais este ciclo da minha vida. Por todo Seu grandioso cuidado e amor. Muito obrigada Paizinho, obrigada por tudo!

Aos meus pais, **Maria Rita e Luis Cláudio**, pelo incentivo, paciência, apoio e compreensão em todos os momentos da minha vida, pela grande força e amor! Obrigada por não deixarem eu parar de sonhar. A razão da minha vida. Amo-os infinitamente!

Aos meus irmãos, **Tayrana e Rodolfo**, pela alegria, incentivos e por todo amor!

Ao meu tão amado sobrinho, **Ruan Vinícius**, por tanto amor, carinho e por toda paz que você traz ao meu coração. A maior alegria da minha vida!

Aos meus **familiares**, sempre presentes, apoiando e torcendo pelas minhas vitórias, em especial, minha Avó, **Dona Maria**, e às minhas tias queridas, **Tia Sônia e Tia Lenir** pelo imenso amor e cuidado! Muito obrigada!

Aos meus amigos, em especial, a **Dahyene, Elayne, Kivya, Joyce e Rayanne** por todas as palavras de incentivo, carinho e força; vocês me fizeram acreditar nessa conquista. Presentes que a vida nos dá!

Ao meu grande amigo e namorado, **Darlyel**, que chegou ao final dessa caminhada, mas foi como um presente de Deus para me trazer mais força e incentivo. Obrigada por estar sempre ao meu lado e me compreender.

Aos colegas **de turma do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**, cada um com sua singularidade marcaram de um jeito especial minha vida. Para sempre guardados em meu coração.

Aos **docentes do Curso do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**, em especial, aqueles que conseguiram não somente ensinar, mas fazer com que aprendêssemos. Docentes por amor, verdadeiros Mestres. Obrigada!

A minha Orientadora, **Mariluce Karla**, por me orientar tão bem nessa caminhada importante da minha vida, por todo cuidado, pela tamanha dedicação, paciência e persistência. Muito agradecida!

## LISTA DE TABELAS, FIGURAS, GRÁFICO E QUADRO

<b>TABELA 1</b> - Caracterização da demanda por atendimento na UPA A segundo faixa etária, sexo e procedência, Palmas - TO, Brasil, 2017.	30
<b>TABELA 2</b> - Quantitativo e percentual de usuários da UPA A segundo nível de escolaridade e renda familiar, Palmas - TO, Brasil, 2017.	31
<b>TABELA 3</b> - Relação rendimento familiar e plano de saúde dentre os usuários entrevistados atendidos na UPA A, Palmas-TO, Brasil, 2017.	32
<b>TABELA 4</b> - Relação endereço e tempo de deslocamento até a UPA e UBS, e relação frequência de utilização, meio de transporte e tempo de deslocamento até a UPA A, Palmas-TO, Brasil, 2017.	33
<b>FIGURA 1</b> - Condições de deslocamento ao serviço de saúde, Palmas-TO, Tocantins, 2017.	34
<b>TABELA 5</b> - Relação da frequência de utilização da UPA A e possuir plano de saúde particular, Palmas-TO, Brasil, 2017.	35
<b>TABELA 6</b> - Quantitativo e percentual da frequência das queixas relatadas pelos entrevistados, Palmas-TO, Brasil, 2017.	36
<b>FIGURA 2</b> - Distribuição quantitativa e percentual dos atendimentos de acordo com a classificação de risco, UPA A, Palmas-TO, Brasil, 2017.	37
<b>GRÁFICO 1</b> - Distribuição percentual do número de pacientes, segundo horário de atendimento investigado nas fichas, Palmas-TO, Brasil, 2017.	38
<b>QUADRO 1</b> - Categorias de análise sobre motivos de busca por atendimento na UPA A, Palmas-TO, Brasil, 2017.	38

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
EMC	Ensino Médio Completo
EMI	Ensino Médio Incompleto
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SOUSA, C. L. A. **Características de usuários e motivos da demanda por atendimento em uma unidade de urgência no Norte do Brasil.** 2017. 72 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, Bahia. 2017.

## RESUMO

A análise da demanda por atendimento em unidades de urgência é fundamental para a elaboração de políticas públicas de saúde que proporcionem melhoria da assistência, aumento do poder de resolução da atenção primária, e conseqüentemente, organização da rede de atenção que deve contar com serviços de distintas densidades e complexidade tecnológica. Nesse sentido, esta dissertação tem como objetivo: analisar as características de usuários e os motivos da demanda por atendimento em uma unidade de urgência no Norte do país. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal, no qual foi feita a busca de dados primários, através da aplicação de formulário com 37 usuários atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA); e, de dados secundários, mediante as informações registradas em 76 fichas de atendimento individual realizado em tal serviço. Para a apreensão sobre a caracterização sociodemográfica dos usuários utilizou-se a estatística descritiva; analisaram-se as frequências e os percentuais considerando as variáveis de procedência, deslocamento, ter ou não ter plano de saúde e queixas dos usuários. Para análise das informações sobre os motivos da demanda por atendimento foi utilizada a técnica de análise temática. Os aspectos éticos para o desenvolvimento deste estudo foram respeitados em acordo com a Resolução 466/12. Os resultados mostraram que as características dos usuários atendidos na UPA indicam pessoas com baixa renda, ensino médio completo e jovens adultos que dependem exclusivamente do SUS; e, no que tange aos motivos que determinam a procura por atendimento na UPA, foram esses: agilidade e qualidade no atendimento; referência no atendimento de urgência; funcionamento contínuo 24 horas; disponibilidade de atendimento médico e acesso a medicamentos e exames; barreiras de acesso à APS; auto percepção sobre sua necessidade na busca da UPA; e, dependência do sistema público. A demanda por atendimento na UPA, em Palmas, evidencia um sistema fragmentado e com fragilidade na organização e articulação da rede de serviços de saúde nesta região do país. As características da população e os motivos revelam um sistema ainda insuficiente em prover a integralidade e a universalidade da atenção à saúde.

Palavras-chaves: Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Assistência ambulatorial.

SOUSA, C. L. A. **Characteristics and reasons of demand for service in an emergency unit in northern Brazil**. 2017. 72 p. Dissertation (Master's Degree in Collective Health) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, Bahia, 2017.

## **ABSTRACT**

The analysis of the demand for care in the emergency units is fundamental to the development of public health policies that provide improved assistance, increased resolving power of primary care, and consequently, the attention network organization that must count on services of different densities and technological complexity. In this sense, this dissertation aims to analyze the characteristics of users and the reasons for the demand for care in an emergency unit in the North of the country. This is a descriptive study, exploratory and cross-sectional, in which the search was made of primary data, by the application of form with 37 users met at the Emergency Care Unit (UPA); and, secondary data, using the logged information in 76 individual attendance sheets held in such a service. To the apprehension about the sociodemographic characterization of users used the descriptive statistics; the frequencies were analyzed and the percentage considering the origin variables, displacement, to have or not to have health insurance and complaints from users. The ethical aspects to the development of this study have been complied with in accordance with resolution 466/12. The results showed that the characteristics of the users attended in UPA indicate people with low income, complete high school and young adults that depend exclusively on the SUS; and, with regard to reasons that determine the demand for care in the UPA, were these: agility and quality services; reference in the attendance of urgency; continuous operation 24 hours; availability of medical attention and access to medicines and exams; APS access barriers; self-perception about your need in the research of the UPA; and, dependence on the public system. The demand for care in the UPA, in Palmas, shows a system fragmented and fragility in the organization and articulation of health services network in this region of the country. The characteristics of the population and the reasons reveal a system still insufficient in providing the completeness and universality of health care.

**Key-words:** Needs and demands of health services. Access to health services. Outpatient assistance.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	12
2.1	GERAL	12
2.2	ESPECÍFICOS	12
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	13
3.1	DEMANDA E ACESSO EM SAÚDE	13
3.2	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E OS DESAFIOS PARA A ARTICULAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO	16
3.3	ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO CONTEXTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS	19
<b>4</b>	<b>ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS</b>	23
4.1	TIPO DE ESTUDO	23
4.2	LOCAL DO ESTUDO	23
4.3	PROCEDIMENTOS PARA COLETA E PRODUÇÃO DE DADOS	25
4.4	TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS	27
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	28
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	30
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE URGÊNCIA 24 HORAS	30
5.2	CONDIÇÕES DE DESLOCAMENTO DA DEMANDA POR ATENDIMENTO NA UPA E APS E FREQUÊNCIA NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA	32
5.3	QUEIXAS E MOTIVOS QUE DETERMINAM A DEMANDA POR ATENDIMENTO NA UPA	35
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	41
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	53
	<b>REFERÊNCIAS</b>	55
	<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PRIMÁRIOS</b>	59
	<b>APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS</b>	60
	<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	61
	<b>APÊNDICE D - SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	63
	<b>ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	64
	<b>ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA PARA COLETA DE DADOS</b>	72

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde público brasileiro se caracteriza por serviços de distintos níveis de complexidade e densidade tecnológica, os quais devem ser distribuídos e organizados para atender às demandas da população, cujo perfil de adoecimento varia ao longo dos anos. Entretanto, a inadequação entre a oferta dos serviços e a demanda da população exemplificada pela superlotação das unidades de emergência e sua pouca estruturação apresenta-se como grande desafio do Sistema Único de Saúde (SUS) (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

A crescente demanda por atendimento nos serviços de urgência ligada à baixa estruturação da rede faz com que os serviços de emergência representem a principal porta de entrada ao sistema de saúde, não somente para pessoas em situações de urgência, como também para aquelas em condições de saúde não graves, gerando, assim sobre carga nos serviços de urgência (ALVES, 2014).

Em 2003, o governo federal, por meio da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) que regulamenta o serviço de urgência e emergência, já previa a implantação das Unidades de Atendimento de Urgência (UPAs) como um dos componentes da rede de urgência (BRASIL, 2003). No entanto, foi a partir de 2009 que predominou a implantação do componente fixo da atenção pré-hospitalar (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

As UPAs se constituíram no principal componente fixo de urgência pré-hospitalar e têm se estabelecido como importante ponto de acesso ao sistema de saúde. Foram propostas enquanto unidades intermediárias entre a atenção básica e as emergências hospitalares, assim compondo uma rede organizada de atenção às urgências (BRASIL, 2015).

As competências atribuídas às UPAs dentro da rede de atenção às urgências destacam seu caráter assistencial, mas, sobretudo sua natureza de pronto-atender, ao definir que o acolhimento às demandas dos usuários deve ocorrer sempre, inclusive, aos casos de menor gravidade, estabelecendo, dessa forma, uma lógica de trabalho mais permeável às demandas consideradas não urgentes (KONDER; O'DWYER, 2015).

No entanto, nas UPAs existem demandas que poderiam ser atendidas em unidades de atenção primária, mas pelo seu caráter resolutivo ou por desconhecimento do fluxo ou mesmo por limitações da atenção primária, que dividida entre o atendimento de demandas programadas e a demanda espontânea, justificadamente, não consegue se responsabilizar pelo atendimento às urgências da sua população adscrita, por estes e outros motivos a população acaba se dirigindo as UPAs fato que implica na organização do serviço bem como do sistema,

além de ‘quebrar’ a integração entre os níveis de atenção e as responsabilidades de cada nível, refletindo assim na qualidade do serviço (KONDER; O’DWYER, 2015; MARQUES, 2011).

A superlotação dos serviços de urgência é um fenômeno mundial, pois gera situações indesejadas e desconforto tanto para a população usuária como também para as equipes de profissionais do serviço. A análise da demanda de atendimento em unidades de urgência é fundamental para a elaboração de políticas públicas de saúde que proporcionem qualificação do atendimento e um aumento do poder de resolução da atenção primária (DINIZ, 2014).

Uma busca acerca de estudos sobre a relação demanda e acesso nas UPAs apontou que parte significativa dos atendimentos está para usuários que poderiam ter seu problema resolvido na atenção primária e que a grande demanda por tais serviços está associada com a acessibilidade, confiabilidade e resolubilidade do serviço de urgência, e baixa eficiência da atenção primária (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012; ALVES, 2014; AMARANTE, 2014; ALVES *et al.*, 2015; CHIAVEGATTO FILHO *et al.*, 2015; KONDER, 2013; MACHADO, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2011; PIRES *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2013; SIMONS, 2008; SOUZA, 2013). Dentre os estudos que abordaram sobre tal tema, destacaram-se aqueles realizados nos estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro, não sendo encontrados estudos que demonstrem a situação de demanda e oferta, por exemplo, em estados e municípios da região Norte do país.

A identificação das demandas caracteriza-se como importante subsídio para o planejamento de ações, e conseqüentemente, contribui para a organização da rede assistencial que deve contar com serviços de distintas densidades e complexidade tecnológica. Tomando como exemplo a UPA, parte significativa da população acessa o sistema de saúde, destaca-se a importância de conhecer a sua demanda, suas características e motivos de busca por atendimento, a fim de refletir estratégias e sugerir a implementação de ações que assegurem a qualidade da assistência e organização do fluxo para os demais serviços e pontos da rede de atenção à saúde.

Nesse sentido, o conhecimento acerca da demanda na UPA se apresenta como objeto de interesse dessa investigação, que questiona quais as características de usuários e motivos da demanda por atendimento em uma unidade de urgência no Norte do país?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

- Analisar as características de usuários e os motivos da demanda por atendimento em uma unidade de urgência no Norte do país.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Identificar as características dos usuários de uma unidade de urgência no Norte do país;
- Apreender os motivos da demanda por atendimento em uma unidade de urgência no Norte do país.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 DEMANDA E ACESSO EM SAÚDE

Saúde é um direito de todos e está garantido na Constituição, no entanto há muitos fatores que influenciam no pleno acesso a esse tão nobre direito. Não basta apenas ofertar o que é de direito do cidadão se não lhe são dados recursos suficientes para o pleno acesso de maneira que atendam equitativamente as demandas dos diversos serviços de saúde (SOUZA, 2013).

O conceito de acesso varia entre autores e muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto, mas a maior parte da literatura concorda que acesso não equivale à simples utilização do serviço de saúde. Dessa forma, acesso em saúde envolve muitos fatores, que vão além do acesso físico ao sistema de saúde, ou seja, envolve fatores como os sociais, individuais, culturais, educacionais, entre outros (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Nesse sentido, é possível notar que trata-se de uma compreensão multidimensional e demonstra ainda o nível de pluralidade e complexidade do conceito (ASSIS; JESUS, 2012).

O acesso aos serviços de saúde é um tema com uma abordagem multifacetada e multidimensional envolvendo fatores de ordem política, econômica, social, organizacional, técnica e simbólicas (ASSIS; JESUS, 2012). Sendo, por isso, de suma importância na formulação das políticas sociais considerar essas múltiplas dimensões para a melhoria das condições de acesso e, conseqüentemente, melhoria na organização da rede de saúde.

A desordem na demanda dos diversos serviços de saúde é um reflexo também de como se dá o acesso pelo usuário. Tradicionalmente, a unidade básica de saúde é reconhecida como um lugar com atendimento agendado, em horários curtos e rígidos, funcionamento lento, burocratizado e pouco eficiente na prestação da assistência à população. Frente a estes, os serviços de urgência/emergência oferecem acesso fácil e garantido, funcionamento 24 horas/dia ininterruptamente, com vista a atender a qualquer pessoa que o procure, sem agendamento prévio ou limite de consultas, assistência de alta tecnologia, acolhendo, portanto, casos de urgência propriamente dita, casos percebidos como urgências, casos não atendidos na atenção básica e especializada e as urgências sociais, dessa forma, o usuário em busca por atendimento resolutivo recorre às unidades de urgência (SIMONS, 2008; SOUZA, 2013).

Mas, apesar dessa prática parecer mais resolutiva para o usuário, desencadeia uma série de prejuízos para o sistema, uma vez que pode gerar filas nos serviços de urgência, lentidão no atendimento inclusive de casos graves, estresse na equipe e nos pacientes, entre outros (MACHADO, 2014).

O fato de a população buscar outros níveis de atenção (secundário e terciário) para solucionar casos de menor densidade tecnológica é algo cotidiano nos serviços de saúde do país, e são descritos como sendo reflexo de uma série de fatores, entre eles o desconhecimento da oferta de serviços da rede; escassez de recursos; ausência de profissionais e/ou equipamentos de elucidação diagnóstica na atenção primária e/ou UPA e pela fragilidade no atendimento dos casos agudos de baixa complexidade (SOUZA, 2014).

No entanto, esse perfil de demanda configura os serviços de urgência como uma das principais portas de entrada ao sistema de saúde e, possivelmente, revela, entre outras coisas, uma distribuição desigual da oferta de serviços. Nesse sentido, a demanda excessiva traz consequências negativas para o conjunto das atividades pela falta de espaço físico, sobrecarga dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, piora na qualidade do atendimento, de modo que a população ao utilizar os serviços de urgência com problemas ‘simples’, ‘não emergenciais’, recebe, na maioria das vezes, atendimento incompleto diante das suas necessidades de saúde (SIMONS, 2008).

A visão hierárquica, piramidal, formada segundo a complexidade relativa de cada nível de atenção (básica, média e alta complexidade) é vista com equívocos pela maioria da população, pois leva à interpretação de que a “atenção básica” só trata de casos fáceis, simples. Assim, isso gera uma supervalorização das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, uma banalização da atenção primária (MENDES, 2011). Faz com que, dessa maneira, a população em busca do que consideram “melhor, com mais tecnologia”, recursos para solucionar seu problema busque outros níveis de atenção para resolver casos solucionáveis no nível primário.

Diversos fatores determinam a utilização dos serviços de saúde pelos usuários. Segundo Travassos; Martins (2004), a forma de utilização dos serviços é uma expressão do acesso, mas não se explica apenas por ela, sendo ela uma medida de acesso. A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde e é resultante da interação entre usuários, profissionais, prestadores de cuidados e sistema de saúde, relacionada a entrada do usuário para obtenção da assistência e ao consumo real dos serviços, sendo assim compreende todo contato direto ou indireto com os serviços de saúde.

O acesso se relaciona com o processo de buscar e receber assistência e com a presença de recursos e sua capacidade para produzir serviços. O acesso determina o uso, e o uso dos serviços de saúde é determinado por diversos fatores que definem a entrada do usuário no sistema. Dessa forma, os fatores determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser relacionados: à necessidade de saúde do usuário; a características demográficas, geográficas, socioeconômicas, culturais e psíquicas dos usuários; aos prestadores de serviço; à organização e; à política (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; VIEIRA, 2010).

O conhecimento destes fatores é de importância fundamental para que os atores da saúde publicar estruturarem o atual sistema de saúde, na busca da consolidação dos princípios do SUS. Nas UPAs as demandas emergem de usuários com diferentes necessidades, desde as mais simples às mais complexas, sendo que o processo de trabalho deve estar organizado para atender essas demandas. Entretanto, a forma de organização dos serviços nem sempre foca a integralidade da atenção na estruturação dos serviços, e por deficiências nessa estrutura, cabe ao usuário a prerrogativa de lutar muitas vezes sozinho pelo atendimento, assim sendo, percorre a seu critério e risco os diferentes serviços, quando isso seria responsabilidade do sistema como um todo (SOUZA, 2013).

A Política Nacional de Atenção às Urgências, estabelecida em 2003 e atualizada em 2011, determina que o usuário com quadro agudo deve ser atendido em todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS de forma integral e responsável, sendo este encaminhado a serviço de maior complexidade, níveis crescentes de complexidade e responsabilidade, quando necessário (BRASIL 2003; BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi idealizada como uma estratégia que busca garantir a integralidade do cuidado, no entanto, ainda tem dificuldade de atingir os objetivos propostos, dentre eles: melhorar a qualidade da atenção, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (SOUZA, 2014).

Apesar dos avanços e conquistas do SUS, ainda existem grandes lacunas no acesso e no modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde. Esta realidade demonstra a importância de ser avaliado o uso dos serviços de saúde, como estratégia do planejamento e da gestão de saúde, permitindo assim a identificação das demandas e realocação dos pacientes em serviços que correspondam às suas necessidades (MACHADO, 2014).

Uma das estratégias utilizadas é o acolhimento com classificação de risco, esta se configura como um dispositivo de ordenamento das portas de entrada por critério de risco clínico (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012). Há vários modelos de triagem em urgências e emergências ou protocolos de classificação de risco diferentes no mundo, mas todos têm em

comum o atendimento priorizado de acordo com a gravidade do paciente, o que contribui para diminuição de óbitos e redução de prognósticos ruins decorrentes no atraso no tratamento (MENDES, 2011; SILVA *et al.*, 2013).

A classificação de risco é considerada uma potente ferramenta de comunicação, co-responsabilização e regulação na rede de serviços. Caracteriza-se como um requisito obrigatório para o funcionamento da UPA e por ser uma ferramenta de gestão do cuidado que qualifica o atendimento. Mediante seu uso, o enfermeiro faz a avaliação inicial do paciente e atribui, mediante a orientação de um protocolo direcionador, um grau de risco ao paciente (vermelho para atendimento imediato; amarelo para mediato; verde para priorização possível; e, azul para atendimento por ordem de chegada), no intuito de priorizar o atendimento de acordo com a gravidade, o que contribui para diminuição de óbitos e redução de prognósticos ruins decorrentes do atraso no tratamento (MENDES, 2011; SILVA *et al.*, 2013).

Outro ponto importante levantado por Mendes (2011) é sobre a capacidade de ofertar “atenção no lugar certo e com a qualidade certa, permitindo retirar dos pontos de atenção de maior densidade tecnológica, a maioria das pessoas que se apresentam em situações de urgência, os azuis e os verdes, atendendo-os prioritariamente na atenção primária à saúde” (MENDES, 2011, p. 214).

Assim, pensar em estratégias que respondam à demanda, cada vez maior e desordenada, observada nos serviços de saúde é imprescindível para organização da rede. Estratégias que minimizem as desigualdades e ampliem a equidade, e ainda que considerem aspectos culturais, financeiros, acesso à informação, estruturação dos serviços, qualificação profissional, acolhimento, e outros além do setor saúde, ou seja, que considerem ações intersetoriais fundamentais para que a rede seja capaz de ofertar acesso oportuno aos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

### 3.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E OS DESAFIOS PARA A ARTICULAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO

Desde a sua criação, o SUS apresentou grandes avanços em sua organização e operacionalização. No entanto, devido a sua complexidade, muitos problemas ainda precisam ser enfrentados para que este sistema supere a fragmentação na atenção à saúde e promova

efetivamente o acesso universal, integral e equânime à saúde para a população brasileira, com iniciativas de expansão no acesso e na redução da segmentação entre serviços assistenciais e da fragmentação no cuidado à saúde (MACHADO, 2014; SILVA, 2011).

Os sistemas de atenção à saúde devem ser articulados e planejados de acordo com a situação de saúde da população na qual pretendem atingir, ou seja, com base nas necessidades de saúde de determinada população, em determinado território e em determinado tempo (SOUZA, 2014).

As mudanças ao longo do tempo no perfil de adoecimento da população brasileira caracterizado por uma tripla carga de doenças - crônicas, infecciosas e da violência -, exige diferentes respostas dos sistemas de saúde. Para atender a essas necessidades, os serviços precisam estabelecer vínculos mais estáveis e duradouros com os usuários e instituir mecanismos que assegurem longitudinalidade, através de linhas de cuidado que abranjam prevenção e promoção e orientem os usuários no seu caminhar nas redes de atenção à saúde (SILVA, 2011).

Como alternativa ao modelo vigente, caracterizado por uma ênfase nas ações curativas e fragmentação de serviços, tem-se buscado inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços para o desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Estas redes buscam a melhoria do desempenho do sistema de saúde em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e eficiência econômica, para tanto, constituem-se “em arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Os diferentes pontos de atenção são igualmente importantes nas RAS e, tem a Atenção Primária à Saúde (APS) como o centro de comunicação (BRASIL, 2010, p. 1; SILVA, 2011).

A formulação teórica sobre redes de serviços e integração em saúde não é nova. Ainda na década de 1920, Dawson faz a primeira descrição completa de uma rede regionalizada no Relatório Dawson por solicitação do governo inglês. Fruto do debate de mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial, o relatório com avaliação do sistema de saúde inglês propunha mecanismos de integração e territorialização, articulando a saúde pública com a atenção individual a fim de proporcionar acesso com equidade a toda população. Sua missão era buscar, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região (BRASIL, 2015; KONDER, 2013).

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Sem, contudo, existir entre eles relações de subordinação uma vez que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2015; MENDES, 2011).

A RAS difere do sistema fragmentado e hierarquizado por ser uma rede “poliárquica”, organizada por um contínuo de atenção, orientada para a atenção às condições crônicas e agudas e voltada para a população; e, por ter o sujeito como agente de saúde e com ênfase na atenção integral e cuidado multiprofissional, além da gestão de base populacional e financiamento por captação ou por desfecho de condição de saúde (BRASIL, 2011, MENDES, 2011).

Portanto, a rede pode ser definida como organizações de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas (MENDES, 2011).

Entende-se que a visão hierárquica deve ser substituída por relações construídas pela cooperação e pela interdependência dos diversos atores sociais em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas disponíveis nos diferentes níveis de atenção, rompem-se as relações verticalizadas, formando-se redes policêntricas horizontais, com o objetivo de aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações (MENDES, 2011).

Os níveis de atenção se estruturam por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares e são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança das RAS (MENDES, 2011). No entanto, as dificuldades com os serviços e a rede assistencial começam com a deficiência estrutural dos vários pontos de atenção, especialmente nas unidades de atendimento de urgência, que se consubstancia na absoluta inadequação e insuficiência das áreas físicas, assim como no sucateamento ou inexistência de equipamentos essenciais à manutenção da vida, situação que compromete a qualidade da oferta e resolutividade esperada. Soma-se a isso o fenômeno das redes de unidades de “pronto-atendimento”, orientadas a responder a demanda de casos agudos de baixa complexidade competindo com a rede básica, e carecendo de estrutura mínima para oferecer resolução a casos de maior gravidade/complexidade, fato que tem sido

motivo de discussões sobre a organização do sistema, como a integração entre os níveis de atenção e as suas respectivas responsabilidades (KONDER, 2013).

Essa inadequação da rede em seus níveis primário e secundário redundando em pacientes acometidos por agravos urgentes, não importa a gravidade/complexidade, recorrendo aos grandes serviços de urgência e comprometendo assim a qualidade do cuidado prestado. Essas fragilidades produzem iniquidade de acesso e alimentam fluxos de usuários em busca de cuidado que ultrapassam a capacidade dos serviços. O desenvolvimento de ações de regulação (central de regulação de leitos, ambulâncias, exames complementares), mecanismo central desse processo de constituição de redes e sistemas locais regionais é fundamental para garantir acesso ao meio mais adequado às necessidades de cada usuário (KONDER, 2013).

Diante disso, com a pouca integração e coordenação com a rede assistencial, seja junto à rede hospitalar, seja junto à rede de atenção básica, surgem novos entrepostos, novas portas ao sistema de saúde, sem redundar, porém, em mais acesso aos serviços de saúde ou melhor cuidado. Considera-se importante que o sistema de saúde seja integrado em rede, proporcionando uma comunicação efetiva entre os serviços de atenção primária e os serviços de urgência (MENDES, 2011).

Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentada e prioritariamente para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Assim, é imprescindível a implantação de modelos de gestão e de atenção à saúde que deem centralidade à APS tanto na coordenação da equipe da atenção primária à saúde, e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária da rede de atenção, atuando, equilibradamente, sobre os determinantes sociais da saúde distais, intermediários e proximais, sobre os fatores de riscos biopsicológicos e, também, sobre as condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011; SILVA, 2011).

### 3.3 ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO CONTEXTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

Em 2003, foi formulada a PNAU baseada nos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais. Esta Política foi estabelecida por meio de alguns elementos fundamentais, como a promoção da qualidade de vida e organização de redes regionais de

atenção integral às urgências, por meio de diversos componentes: pré-hospitalar Fixo e Móvel, hospitalar, pós-hospitalar, Centrais de Regulação Médica das Urgências, capacitação e educação continuada das equipes de saúde (BRASIL, 2003).

A construção da PNAU no Brasil envolveu três momentos principais: de 1998 até 2003, há predomínio da regulamentação; entre 2004 e 2008, há grande expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); e a partir de 2009, predomina a implantação do componente fixo da atenção pré-hospitalar, as Unidades de Pronto-atendimento - UPAs (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

A PNAU tem entre seus méritos a superação da concepção de urgência apenas baseada em critérios clínicos, propondo o conceito ampliado de urgência que incorpora a concepção advinda do usuário. A partir da PNAU, a diferenciação entre urgência/emergência é superada e substituída pelo termo “urgência” em níveis crescentes de gravidade (BRASIL, 2011).

Em 2011, dentro da perspectiva das RAS, foi instituída a Rede de Atenção às Urgências (RAU) que tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral à saúde de toda população brasileira incluindo o atendimento ágil e resolutivo das urgências e emergências nos serviços de saúde. A rede de urgência procura ampliar o acesso e o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, com classificação de risco e intervenção adequada aos diferentes agravos, tendo em vista a garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento (BRASIL, 2011).

A RAU está entre as redes de atenção prioritárias do Ministério da Saúde e foi constituída considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa rede considera os componentes pré-hospitalares - atenção básica, SAMU e UPA-, o componente hospitalar e a atenção domiciliar, tendo como interfaces promoção e prevenção, acolhimento, qualificação profissional, informação e regulação (BRASIL, 2011).

A perspectiva de rede também se expressa na obrigatoriedade dos componentes terem de se articular com outros componentes da rede, sendo as UPAs retaguarda para SAMU e atenção básica e recorrendo aos hospitais e centrais de regulação, através da pactuação de referência e contrarreferência (BRASIL, 2011).

Apesar da vasta legislação regulamentando o atendimento e a organização dos serviços de urgência e emergência no País, na prática, a situação ainda não acontece como prevista. Os serviços de maior complexidade estão cada vez mais sendo vistos pela população como “porta de entrada” do sistema de saúde, mesmo para atendimentos a situações não emergenciais, isso

em decorrência, principalmente, da organização da rede de saúde e pela baixa resolutividade da APS, que nem sempre consegue atender às necessidades da população sob sua responsabilidade por motivos diversos, como escassez e inadequação de recursos materiais e humanos, tecnologias, infraestrutura e capacitação de profissionais, dentre outros (ALVES, 2014).

Diante disso, a frágil estruturação da rede e o aumento da demanda com a procura por atendimentos que, em muitas situações, poderiam ser realizados em outros pontos da rede de serviços de saúde, indo, portanto, em contradição ao fluxo hierarquizado do atual modelo de assistência à saúde, essa configuração da assistência não positiva para o sistema de saúde desvincula o usuário da atenção primária e aumenta os custos dos atendimentos, além de gerar sobrecarga dos serviços e conseqüente prejuízo à saúde da população (ALVES, 2014; BRASIL, 2011).

A PNAU diz que o usuário com quadro agudo deve ser atendido em todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS de forma integral e responsável, sendo este encaminhado a serviço de maior complexidade, níveis crescentes de complexidade e responsabilidade, quando necessário. No entanto, o que se verifica é a superlotação dos serviços de urgência com casos que deveriam ser atendidos em outro nível da RAS, mas que por inúmeros fatores tornam estes serviços como a principal porta de entrada para o SUS. Atualmente a APS é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família, o nível intermediário de atenção fica a encargo do SAMU e das UPAs, e o atendimento de média e alta complexidade ocorre nos hospitais (BRASIL,2011).

As UPAs se constituíram no principal componente fixo de urgência pré-hospitalar e têm se estabelecido como importante ponto de acesso ao sistema. São classificadas em três diferentes portes de acordo com a população do município-sede, a área física, número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos (BRASIL, 2011). A articulação entre a UPA e os demais serviços que compõem a rede se constitui em importante desafio, visto que a urgência pré-hospitalar deve ser integrada com sua principal porta de saída – o hospital– e com a atenção básica, a porta de entrada reguladora do sistema (KONDER, 2013; KONDER, 2015).

Portanto, a sustentação de uma rede loco-regional de urgência e emergência envolvendo unidades hospitalares e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, além de todos os outros equipamentos correlatos, promove acesso qualificado a esta rede, induzido pelo planejamento adequado na medida das necessidades que se apresentam e das ofertas, sendo para isso possível também a obrigatoriedade de expandir a cobertura de atenção primária

sendo em vista o fortalecimento da visão de rede e impelir os gestores a desenvolverem e investirem em outros componentes da rede de urgências (BRASIL, 2009).

## 4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal, de natureza quantitativa e qualitativa. A abordagem descritiva, segundo Gil (2008), visa maior proximidade do pesquisador sobre o que se quer conhecer, de modo a proporcionar novas visões sobre uma realidade, assumindo, geralmente, forma de levantamentos.

Para a apreensão sobre as características dos usuários, estas foram quantificadas por percentagens e frequência. Segundo Fonseca (2002), as amostras populacionais podem ser tomadas para um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. Centrada na objetividade, pode ser feita com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros.

A fim de discutir os motivos da demanda por atendimento na UPA, buscou-se, a partir dos resultados, compreender os fatores e os aspectos da realidade que determinam a busca de tal grupo social pelo atendimento em uma unidade de urgência. Segundo Minayo (2001, p. 14) o aprofundamento da compreensão de um grupo social ou de determinada organização social constitui preocupação dos estudos qualitativos, de modo que centra na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais “trabalhando o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos” (MINAYO, 2001, p. 14).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

Palmas é a capital do Tocantins e também a maior cidade do estado, localizada na Região Norte do Brasil. Em 2010, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Palmas tinha população de 228.332 habitantes, destes, apenas 6.590 residentes na zona rural, e maioria (115.484) da população feminina (IBGE, 2010).

De um modo geral, a cidade é caracterizada pelo seu planejamento territorial e urbano, com a preservação de áreas ambientais, praças, unidades de saúde e escolas. Recentemente,

Palmas foi reconhecida como a capital com o melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das regiões Norte e Nordeste (PALMAS, 2015).

O sistema público de saúde em Palmas está estruturado, atualmente, com serviços da Atenção Básica (AB), atenção especializada e hospitalar, logo, contempla os três níveis de atenção do SUS. No que tange a AB, sua cobertura é de 92,64% da população, contando com 32 Centros de Saúde/Unidades Básicas e 65 Equipes de Saúde da Família (ESF). Quanto à atenção especializada, estão diversos serviços públicos, dentre eles as policlínicas, o Núcleo de Atendimento Henfil (para Doenças Sexualmente Transmissíveis), Centro de Saúde Sexual e Reprodutivo e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centros de Referência, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD), Farmácias Municipais e Farmácia Popular do Brasil. E na atenção hospitalar possui o Hospital Geral de Palmas, Hospital Infantil de Palmas, e o Hospital e Maternidade Dona Regina (PALMAS, 2015).

Com destaque à atenção pré-hospitalar fixa, todo o município de Palmas conta com duas UPAs. Tais unidades contam com área física operacional estruturada para atender às demandas de urgência e emergência em média complexidade, funcionando como estruturas intermediárias entre a atenção primária e as portas de urgência hospitalares (alta complexidade). Assim, são ofertados serviços de clínica médica de urgência e emergência, pediatria, odontologia, análises clínicas e laboratoriais, eletrocardiograma e raio-X, entre outros (PALMAS, 2015).

As UPAs de Palmas apresentam uma alta demanda de atendimentos evidenciada pela média diária de pacientes atendidos (PALMAS, 2016), embora a portaria nº 104 estabeleça a média de atendimentos/dia nas UPAs de acordo com o porte de cada uma. A definição dos portes aplicáveis às UPAs, porte I, II e III, são de acordo com a população da área de abrangência, área física mínima, número de atendimentos médicos em 24 horas, número mínimo de médicos das 7hs às 19hs e 19hs às 7hs, número mínimo de leitos de observação (BRASIL, 2014). As UPAs de Palmas são de porte II e III (PALMAS, 2015) e, uma delas foi tomada como campo para a realização deste estudo, aqui denominada como UPA A.

#### 4.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E PRODUÇÃO DE DADOS

A fim de alcançar os objetivos deste estudo, foram consideradas fontes distintas de coleta e produção dos dados, a saber: as respostas dos participantes ao formulário, como fonte de dados primários; e, os registros nas fichas de atendimento individual, como fonte de dados secundários. Cabe destacar que a decisão pelo uso de dois instrumentos se deu pelo interesse em buscar informações que não constavam nas fichas de atendimento, mas que poderiam ser informadas pelos usuários atendidos.

Para a **produção dos dados primários**, foi elaborado um formulário (APÊNDICE A) cujo instrumento foi aplicado àqueles (as) usuários (as) que aguardavam atendimento na sala de espera ou retornavam do atendimento na UPA A, com idade acima de 18 anos e com condições físicas e mentais para participar do estudo. Sendo excluídos, portanto, aqueles usuários menores de 18 anos e que não passaram por atendimento médico ou de enfermagem no dia da aplicação do formulário.

Assim, a composição de participantes/respondentes do formulário se deu por conveniência, por participação voluntária, por atendimento aos critérios de inclusão e exclusão, e de acordo com a técnica de saturação, o que segundo Minayo (2001) é utilizada em pesquisas qualitativas e não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade, sendo adequada, aquela amostra que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas abordagens. Desse modo, foi definido um total de 37 participantes (identificados como: E1, E2... E37) por saturação identificada a partir das respostas à questão de número dois do formulário: fatores que determinam e/ou influenciam na demanda por atendimento na UPA.

O formulário consta de dados de identificação dos usuários, com campos relacionados à identificação dos usuários e aos aspectos sociodemográficos (local de residência e área de cobertura da ESF, nível de escolaridade, rendimento familiar, acesso ao sistema público e privado de saúde, condições de deslocamento aos serviços de saúde - direta; levado pela Polícia Militar, Corpo de Bombeiros ou SAMU, e encaminhado por profissional de outro serviço de saúde, meios de deslocamento ou transporte, frequência na utilização dos serviços de urgência), tempo de deslocamento até a UPA (da sua residência, em minutos), tempo de deslocamento até a UBS/USF mais próxima da sua casa (em minutos). Também constam neste instrumento duas questões abertas: motivos da busca ao atendimento a UPA; fatores que determinam e/ou influenciam na demanda por atendimento na UPA.

De acordo com Silveira; Gerhardt (2009) o formulário é um instrumento de coleta de dados usado para designar uma coleção de questões que são perguntadas e anotadas por um entrevistador, numa situação face a face com o entrevistado. Antes da aplicação do formulário, o instrumento foi previamente testado com uma amostra que não foi incluída no estudo, com a finalidade de avaliar a clareza do formulário e a coerência com o objetivo do estudo, bem como, identificar críticas e sugestões para seu aprimoramento e também o tempo e o espaço necessários para a aplicação. Depois disso feito, nada foi evidenciado para a necessidade de ajustes no instrumento, sendo, portanto, iniciada a coleta de dados propriamente dita.

A coleta foi realizada durante dois dias, abrangendo três turnos diferentes. O tempo médio de duração para a aplicação individual do formulário com o usuário foi de três (03) minutos, e o registro das informações foi feito de forma manuscrita no formulário impresso e também por gravação de voz com auxílio do recurso de telefone móvel para melhor apuração das informações fornecidas pelos participantes. Não houve recusas pelos convidados para responder ao formulário.

Enquanto **fontes de coleta para os dados secundários** foram utilizados os registros dos atendimentos individuais realizados na UPA A em Palmas, Tocantins, cuja busca de informações foi orientada por meio de um roteiro (APÊNDICE B). Para quantificação da amostra partiu-se do “n” de fichas de atendimento referentes aos dias da realização da coleta dos dados primários, respectivamente, nos dias 23 (n = 377) e 24 (n = 383) de março do presente ano.

Mediante o uso do método de amostragem aleatória sistemática, considerou-se o número inicial definido por sorteio e o intervalo de 10 para inclusão dos registros disponibilizados. Assim, no primeiro dia da coleta o número sorteado foi 5, logo, considerou-se a contagem de 10 em 10 a partir do número 5, assim, a coleta de dados se deu a partir do prontuário nº 15, e de 10 em 10 registros foram considerados os dados, assim 10% do total das fichas fizeram parte da amostra, o equivalente a um número total de  $n = 76$  fichas ( $377 + 383 = 760$  fichas de atendimento na soma dos dois dias).

Nos registros dos atendimentos individuais na UPA em Palmas, Tocantins, constam dados de identificação e registro de informações clínicas do paciente e dados do (s) profissional (is) que realizaram o atendimento. Diante de todas as informações contidas nos registros, foram incluídas aquelas que convergem com as utilizadas no estudo de Simons (2008) sobre avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas. Assim, foram consideradas as seguintes variáveis de interesse: sexo, idade, data e hora do

atendimento, local de procedência (endereço), queixa principal (campo de observação), classificação de risco (por cor), desfecho do atendimento (alta, observação, encaminhamento para outros serviços de saúde e óbito), tipo de procura da UPA (direta, levado pela Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, SAMU, encaminhado por profissional de outro serviço de saúde).

Convém destacar que apenas duas variáveis foram comuns aos dois instrumentos, a saber: a faixa etária e a procedência/endereço, dado o interesse em buscar relacionar os dados considerando as mesmas fontes de coleta.

Excluíram-se deste estudo, as fichas de pacientes menores de 18 anos de idade e aquelas cujo campo de observação e desfecho de atendimento não estivesse preenchido pelo profissional de saúde. Dessa forma, quando era selecionada uma ficha em qualquer dessas situações, desconsiderava-se e seguia a sequência até que se chegasse a uma ficha elegível para este estudo.

Cabe o registro de algumas dificuldades encontradas na coleta dos dados primários e secundários para esta pesquisa. No que tange à aplicação dos formulários, as dificuldades foram relacionadas às características do ambiente (movimentação constante de pessoas e barulho de conversas). Quanto à coleta nas fichas de atendimento, foram identificados endereços incompletos ou sem preenchimento, constatou-se que nem todas as fichas de atendimento são impressas o que leva ao não arquivamento e, portanto, a indisponibilidade física no histórico do serviço, o qual foi usado para levantamento dos dados, embora tal situação tenha sido pouco expressiva.

#### 4.4 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a apreensão sobre as características da população, foi utilizada a estatística descritiva com quantificação dos dados, por meio de medidas de frequência e percentagem, com relação das variáveis. Analisaram-se as frequências e os percentuais e fez-se comparação. O banco de dados quantitativos, contendo as medidas foi elaborado no *Excel for Windows* 2007.

Quanto às informações sobre os motivos da demanda por atendimento na UPA, foram identificadas categorias temáticas, a partir da técnica de análise (de conteúdo) temática (MINAYO, 2007).

Existem várias modalidades de análise de conteúdo, dentre as quais existe a análise temática. A análise temática trabalha com a noção de tema de determinado assunto buscando identificar por meio de uma palavra, frase ou resumo um núcleo que signifique algo para o objetivo pesquisado. Operacionalmente a análise temática ocorre em três fases: pré-análise (organização do material por meio de várias leituras); exploração do material (codificação material) e; tratamento dos resultados (analisar os dados e destacar as informações obtidas para interpretá-las à luz do referencial teórico) (MINAYO, 2007; SILVEIRA; GERHARDT, 2009).

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (CEP/ISC) da Universidade Federal da Bahia e aprovado conforme parecer nº 1.961.974, CAAE nº 63657517.3.0000.5030 (ANEXO A).

Foram respeitadas as exigências do Conselho Nacional de Saúde respeitando o que rege a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). Assim, somente após aprovação pelo CEP/ISC procedeu-se a coleta de dados para este estudo, o qual foi realizado sob a anuência da gestão municipal de Palmas-TO (ANEXO B).

A eticidade da pesquisa implicou na ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e com o mínimo de danos e riscos, e garantia de que danos previsíveis fossem evitados (não maleficência) (BRASIL, 2012).

Neste sentido, os usuários foram abordados antes ou após o atendimento na UPA e convidados pela pesquisadora para participar voluntariamente da pesquisa. Após apresentação dos objetivos do estudo e de posse de parecer de aprovação do Comitê de Ética foi solicitado aos participantes o consentimento para participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), sendo uma cópia deste devolvida a pesquisadora para arquivamento.

Quanto ao acesso às fichas de registros de atendimento, bem como, a presença na UPA para abordagem dos usuários, foram feitos mediante a anuência do gestor da Secretaria Municipal de Saúde e do gestor da UPA, de modo que antecipadamente, foram

disponibilizadas a estas cópias do projeto o qual foi analisado pela comissão de avaliação de projetos e pesquisas da Fundação Escola Saúde Pública de Palmas.

Finalmente, atendendo aos princípios éticos aqui descritos, a coleta de dados foi realizada no primeiro mês após a anuência da gestão municipal e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

## 5 RESULTADOS

Os resultados apresentam-se na seguinte sequência: 5.1 Características sociodemográficas dos usuários de uma unidade de urgência 24 horas; 5.2 Condições de deslocamento da demanda por atendimento na UPA e APS e frequência na utilização de serviço de urgência; 5.3 Queixas e motivos que determinam a demanda por atendimento na UPA.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE URGÊNCIA 24 HORAS

Quanto às características dos usuários da UPA, não foi possível caracterizar por faixa etária, haja vista a exclusão dos menores de 18 anos como critério adotado por este estudo. No entanto, cabe o registro que a maior parte dos atendimentos analisados no conjunto das 76 fichas, foi de jovens adultos, com idade de 18 a 29 anos (34; 44,7%), sendo o número de idosos pequeno e quanto a variável sexo, não houve diferença significativa.

**TABELA 1** - Caracterização da demanda por atendimento na UPA A segundo faixa etária, sexo e procedência, Palmas - TO, Brasil, 2017.

<b>Variáveis</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
<b>Faixa Etária</b>		
18 a 29	34	44,7%
30 a 39	18	23,7%
40 a 49	8	10,5%
50 a 59	10	13,2%
60 +	6	7,9%
<b>Sexo</b>		
F	37	48,7%
M	39	51,3%
<b>Procedência</b>		
Região A	27	35,5%
Região B	22	28,9%
Outros Municípios	12	15,8%
Outros Bairros	12	15,8%
Outros Estados	3	4,0%
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100,0%</b>

**Fonte:** Banco de dados gerado a partir da coleta realizada pela pesquisadora em março de 2017 na UPA 24h, Palmas - TO, Brasil, 2017.

\*Os dados apresentados na tabela correspondem às informações das 76 fichas de atendimentos.

O percentual majoritário da população atendida entre 18 a 29 anos também se manteve no conjunto dos usuários entrevistados (15; 40,5%). Observa-se também na tabela 1, quanto à variável procedência/endereço, que o maior número de pacientes atendidos na UPA A (campo deste estudo) é procedente da região A (35,5%), sendo esta a região de localização desta UPA, seguida da região B (28,9%). Cabe o registro de pacientes procedentes de outros bairros (12; 15,8%), municípios (12; 15,8%) e até estados (4,0%). No caso dos usuários entrevistados, a maioria também é procedente da região A (17; 62,9%) (Tabela 4).

**TABELA 2** - Quantitativo e percentual de usuários da UPA A segundo nível de escolaridade e renda familiar, Palmas - TO, Brasil, 2017.

Variáveis	n*	%	$\chi^2$ / p valor
<b>Escolaridade</b>	-	-	
Fundamental	5	13,5%	
EMC	21	56,7%	19,919 / 0,001
Superior C	8	21,6%	
Pós Graduação	3	8,2%	
<b>Rendimento Familiar</b>			
1-3 Salários	26	70,3%	
4-6 Salários	5	13,5%	59,622 / 0,000
7> Salários	3	8,1%	
Sem Renda	3	8,1%	
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0%</b>	

**Fonte:** Dados gerado a partir da coleta realizada pela pesquisadora em março de 2017 na UPA 24h, Palmas-TO, Brasil, 2017.

\*Os dados apresentados na tabela correspondem às informações dos formulários aplicados a 37 usuários.

A tabela 2 apresenta dados não disponíveis nas fichas de atendimento, sendo, portanto, a fonte de coleta os formulários aplicados aos 37 usuários da UPA. Sobre o nível de escolaridade, o maior percentual (56,7%) se concentrou em pacientes que declararam possuir o ensino médio completo e uma pequena proporção (13,5%) declarou possuir somente o ensino fundamental. No quesito renda familiar, 70,3% (26) usuários declararam renda entre 1 e 3 salários, 8,1% declararam não possuir renda e menos que 10% possuem renda acima de 7 salários mínimos.

Nesse quantitativo de usuários entrevistados (n = 37), também se buscou informação sobre assistência médica suplementar, ou seja, ter ou não plano de saúde. Desses, 27 (73,0%) não possuem plano de saúde e 10 (27,0%) declararam possuir algum plano de saúde. Assim, a tabela seguinte (Tabela 3) relaciona o fato de possuir ou não plano de saúde com o rendimento familiar.

**TABELA 3** - Relação rendimento familiar e plano de saúde dentre os usuários entrevistados atendidos na UPA A, Palmas-TO, Brasil, 2017.

Rendimento Familiar	Plano de Saúde				Total n
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
1-3 Salários	6	23,0%	20	77,0%	26
4-6 Salários	3	60,0%	2	40,0%	5
7-9 Salários	-	0,0%	1	100,0%	1
>=10	1	50,0%	1	50,0%	2
Sem Renda	-	0,0%	3	100,0%	3
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>27,0%</b>	<b>27</b>	<b>73,0%</b>	<b>37</b>

**Fonte:** Dados gerados a partir da coleta realizada pela pesquisadora em março de 2017 na UPA 24h, Palmas-TO, Brasil, 2017.

\*Os dados apresentados na tabela correspondem às informações dos formulários aplicados a 37 usuários.

Na relação rendimento familiar e possuir plano de saúde, chama atenção o quantitativo de pessoas cujo rendimento familiar é menor que três salários (23,0%) e a parcela representativa, de aproximadamente um quarto dessa população, que inclui no seu orçamento mensal a despesa com plano de saúde.

## 5.2 CONDIÇÕES DE DESLOCAMENTO DA DEMANDA POR ATENDIMENTO NA UPA E APS E FREQUÊNCIA NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA

Os resultados sobre condições de deslocamento apresentados aqui referem e buscam relacionar as variáveis de procedência, tempo de deslocamento, (meios de) entrada na UPA e meios de transporte ou forma de deslocamento utilizada para a busca por atendimento.

A Tabela 4 mostra que a maioria dos usuários entrevistados (12) reside perto (em distância geográfica) da UPA e utilizam menos que 10 minutos para o seu deslocamento até

este serviço. Cabe inferir que quanto maior a distância geográfica, maior o tempo usado para o deslocamento, logo, é possível relacionar que o menor quantitativo de usuários atendidos na UPA e residentes em outras regiões fora da região A justifica-se pelo tempo que utilizam para o deslocamento e por possíveis serviços existentes em endereços mais próximos da sua residência.

**TABELA 4** - Relação endereço e tempo de deslocamento até a UPA e UBS, e relação frequência de utilização, meio de transporte e tempo de deslocamento até a UPA A, Palmas-TO, Brasil, 2017.

Endereço	Tempo de Deslocamento até a UPA				Total
	5-10 min	11-20 min	21-30 min	31 min a 1 hora	
Região A	12	5	0	0	17
Região B	1	8	5	1	15
Outras Regiões	0	1	1	3	5
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>37</b>

Endereço	Tempo de Deslocamento até a UBS				Total
	5-10 min	11-20 min	21-30 min	Não Sabe/Vazio	
Região A	14	2	1	0	17
Região B	10	3	0	2	15
Outras Regiões	4	0	0	1	5
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>37</b>

Freq. Util. de Urgência	Tempo Deslocamento UPA				Total
	5-10 min	11-20 min	21-30 min	31 min a 1 hora	
1ª vez em 2017	5		2	2	15
Mais de 1 vez/mês	1	6	-	-	1
Pelo menos 2/ano	6	-	3	1	18
Quase todo mês	1	8	1	1	3
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>37</b>

Meio de Transporte	Tempo Deslocamento UPA				Total
	5-10 min	11-20 min	21-30 min	31 min a 1 hora	
Ambulância do CAPS	1	-	-	-	1
Carona	-	-	2	-	2
Carro Próprio	7	11	3	1	22
Moto	2	1	1	1	5
Moto Taxi	-	1	-	-	1
Ônibus	1	-	-	2	3
Pé	1	-	-	-	1
PM	-	1	-	-	1
Taxi	1	-	-	-	1
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>37</b>

**Fonte:** Dados gerados a partir da coleta realizada pela pesquisadora em março de 2017 na UPA 24h, Palmas-TO, Tocantins, 2017.

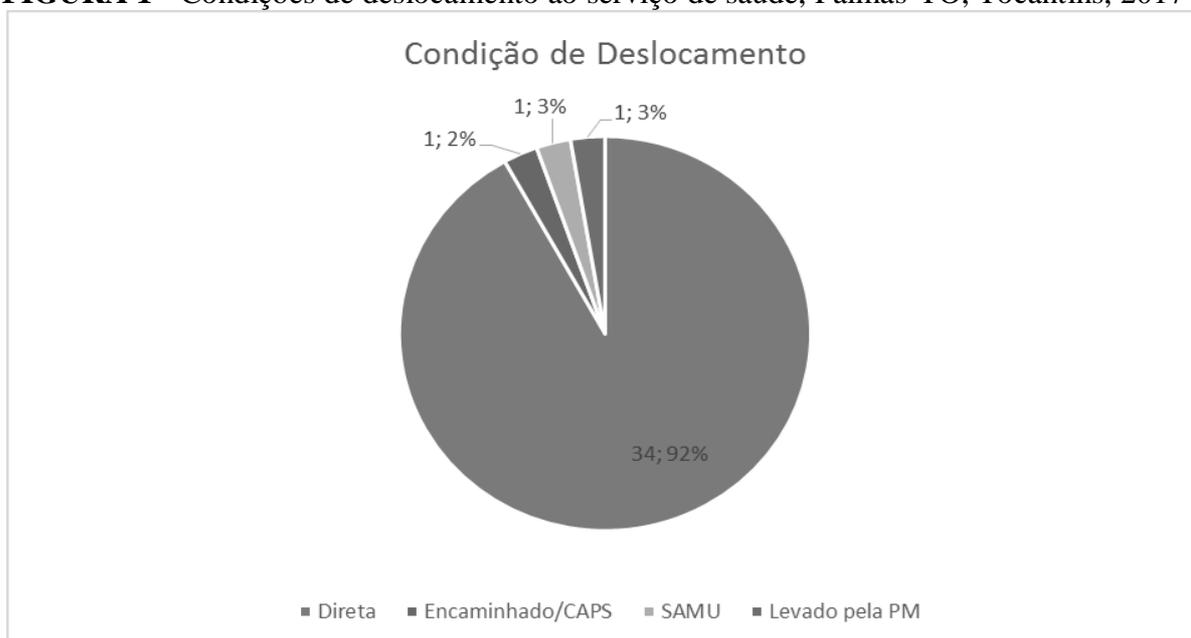
\*Os dados apresentados na tabela correspondem às informações dos formulários aplicados a 37 usuários.

Quanto ao tempo de deslocamento até uma unidade de Atenção Primária (Tabela 4), a população residente na região A referiu, majoritariamente, utilizar menos que 10 minutos, o

que aponta para a existência deste tipo de serviço na região, nesse nível de atenção, cabendo questionar os motivos que levam e, se justificam a busca pelo atendimento no serviço de urgência. Também, o desconhecimento, ainda que de pequeno número de entrevistados, do tempo de deslocamento até uma unidade de atenção básica próxima pode apontar para a não utilização de tal serviço.

Quanto aos meios de busca por atendimento na UPA, os usuários entrevistados, em sua maioria (34; 92,0%), buscam diretamente tal serviço (Figura 1) e, somente nos primeiros três meses do ano, 15 (40,5%) já buscaram atendimento nesse serviço (Tabela 4).

**FIGURA 1** - Condições de deslocamento ao serviço de saúde, Palmas-TO, Tocantins, 2017\*.



**Fonte:** Dados gerados a partir da coleta realizada pela pesquisadora em março de 2017 na UPA 24h, Palmas-TO, Tocantins, 2017.

\*Os dados apresentados na figura correspondem às informações dos formulários aplicados a 37 usuários.

A relação entre as variáveis de tempo de deslocamento e frequência de utilização da UPA (Tabela 4) permite evidenciar que o maior tempo de deslocamento está diretamente relacionado a menor frequência de busca ao serviço.

Quanto ao meio de transporte utilizado pela população entrevistada na UPA, chama atenção o número significativo de usuários que utilizam o carro próprio para o deslocamento até a unidade, ainda que o tempo de deslocamento seja menor que 20 minutos, cabe também relacionar tal dado com o rendimento familiar, em que aproximadamente 70,0% (26) dos usuários entrevistados vivem com menos de 3 salários mínimos.

Recuperando a variável frequência de utilização da UPA, referida na Tabela 4, quase metade (18; 49,0%) do quantitativo dos usuários entrevistados declararam ir pelo menos duas

vezes ao ano a UPA em busca por atendimento. A relação dessa variável com aquela que refere sobre ter ou não plano de saúde possibilita afirmar que o maior percentual de usuários que buscam atendimento na UPA não tem acesso a assistência suplementar, ou seja, não tem plano de saúde, por outro lado, chama a atenção que mais que um quarto (27,0%) dos entrevistados que utilizaram a UPA dispõem de plano de saúde (Tabela 5).

**TABELA 5** - Relação da frequência de utilização da UPA A e possuir plano de saúde particular, Palmas-TO, Brasil, 2017.

Freq. Util. de Urgência	Plano de Saúde				Total
	Sim		Não		
	n*	%	n	%	n
1ª vez em 2017	6	40,0%	9	60,0%	15
Pelo menos duas vezes ao ano	3	17,0%	15	83,0%	18
Mais de uma vez por mês	1	100,0%	0	0,0%	1
Quase todo mês	0	0,0%	3	100,0%	3
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>27,0%</b>	<b>27</b>	<b>73,0%</b>	<b>37</b>

**Fonte:** Dados gerados a partir da coleta realizada pela pesquisadora em março de 2017 na UPA 24h, Palmas-TO, Tocantins, 2017.

\*Os dados apresentados na tabela correspondem às informações dos formulários aplicados a 37 usuários.

### 5.3 QUEIXAS E MOTIVOS QUE DETERMINAM A DEMANDA POR ATENDIMENTO NA UPA

Variados fatores (queixas, motivos e etc.) podem influenciar e/ou determinar a busca pelo atendimento na UPA. Dentre as queixas referidas pelos entrevistados que justificam a busca pelo atendimento na UPA estudada, a dor na coluna (5; 13,6%), seguida da dor no corpo (2; 10,8%) e a dor de cabeça (3; 8,1%) foram as mais frequentes.

**TABELA 6** - Quantitativo e percentual da frequência das queixas relatadas pelos entrevistados, Palmas-TO, Brasil, 2017.

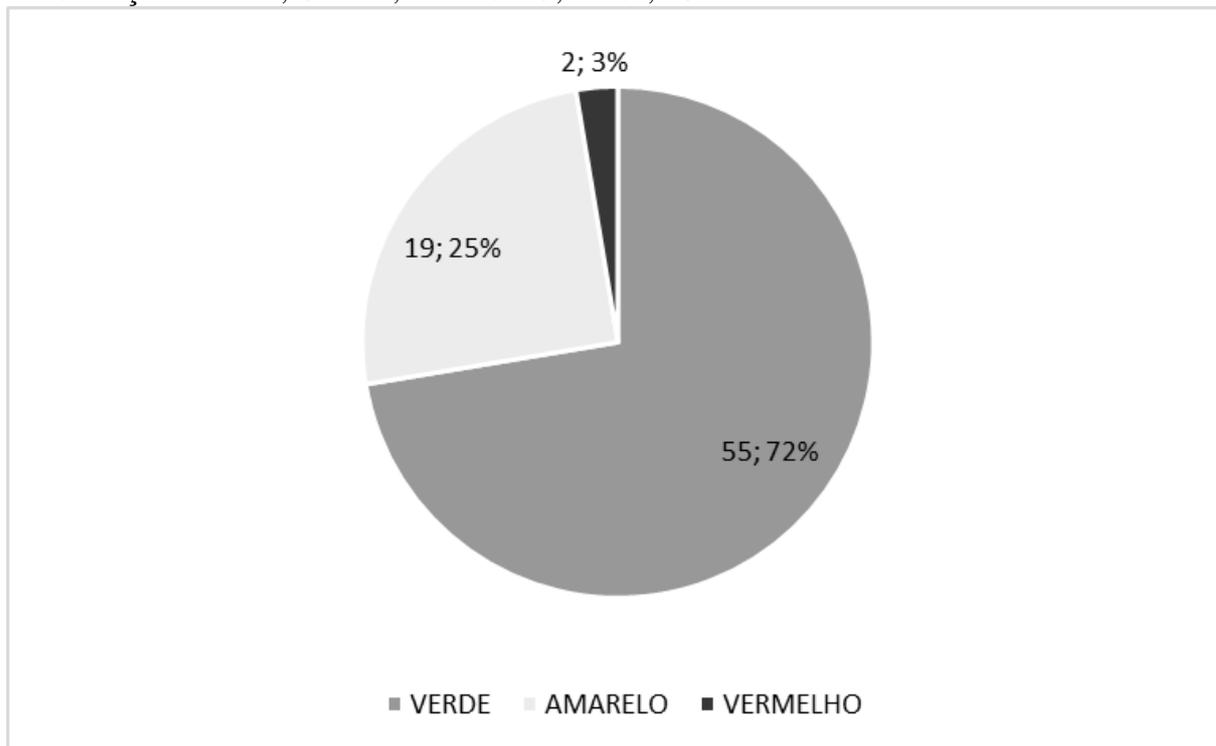
Queixa principal da busca por atendimento	n*	%
Dor na coluna	5	13,60%
Dor no corpo	4	10,80%
Dor de cabeça	3	8,10%
Acidente de moto	2	5,40%
Cólica menstrual	2	5,40%
Desmaio	2	5,40%
Diarréia	2	5,40%
Dor de barriga	2	5,40%
Dor no estomago	2	5,40%
Febre	2	5,40%
Vômitos	2	5,40%
Catapora	1	2,70%
Choque elétrico	1	2,70%
Cólica renal	1	2,70%
Dor de garganta	1	2,70%
Dor nas pernas	1	2,70%
Furunculose	1	2,70%
Infecção urinária	1	2,70%
Pedra na vesícula	1	2,70%
Síndrome de abstinência	1	2,70%
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0%</b>

**Fonte:** Dados gerados a partir da coleta realizada pela pesquisadora em março de 2017 na UPA 24h, Palmas-TO, Tocantins, 2017.

\*Os dados apresentados na tabela correspondem às informações dos formulários aplicados a 37 usuários.

Embora os dados apresentados na tabela acima (Tabela 6) não tenham como fonte as fichas de atendimento e sim os relatos dos usuários, aquelas (n = 76) apontaram que a maioria (55; 72,0%) dos atendimentos realizados incluídos neste estudo tiveram classificação de risco verde, sendo que uma parcela muito pequena (2; 3,0%) foi classificada como vermelho (Figura 2), e não foi registrado atendimento classificado na cor azul.

**FIGURA 2** – Distribuição quantitativa\* e percentual dos atendimentos de acordo com a classificação de risco, UPA A, Palmas-TO, Brasil, 2017.

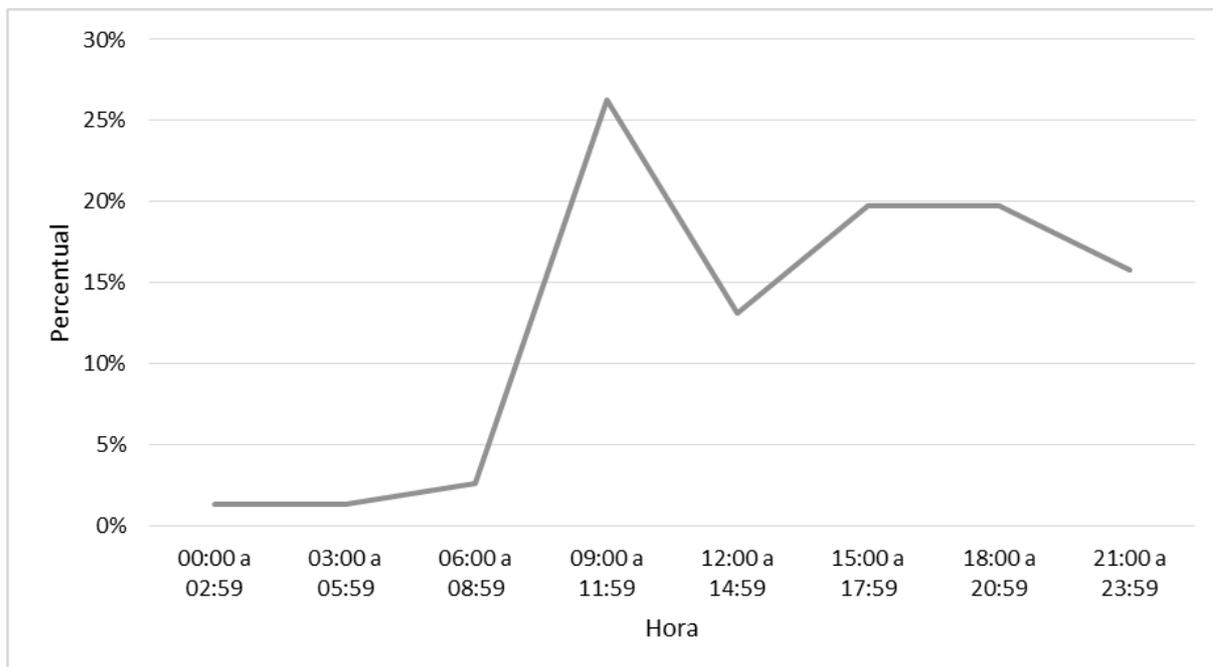


**Fonte:** Dados gerados a partir da coleta realizada pela pesquisadora em março de 2017 na UPA 24h, Palmas-TO, Tocantins, 2017.

\*Os dados apresentados na figura correspondem às informações das 76 fichas de atendimento.

O horário de atendimento na UPA, que segundo os registros das fichas de atendimento apontam um pico no turno matutino (Gráfico 1).

**GRÁFICO 1** – Distribuição percentual do número\* de pacientes, segundo horário de atendimento investigado nas fichas, Palmas-TO, Brasil, 2017.



**Fonte:** Dados gerados a partir da coleta realizada pela pesquisadora em março de 2017 na UPA 24h, Palmas-TO, Tocantins, 2017.

\*Os dados apresentados no gráfico correspondem às informações das 76 fichas de atendimento.

O Quadro 1 apresenta trechos das respostas à questão 2 do formulário aplicado aos 37 usuários da UPA, Palmas-TO. A partir da leitura das respostas, procedeu-se a busca por temas que caracterizassem o seu conteúdo, de modo que foram identificadas categorias de análise que serão discutidas no próximo capítulo.

**Quadro 1** - Categorias de análise sobre motivos de busca por atendimento na UPA A, Palmas-TO, Brasil, 2017.

<b>Categorias de análise</b>	<b>Motivos de busca por atendimento na UPA segundo os entrevistados/fatores que determinam ou influenciam na demanda por atendimento na UPA*</b>
Agilidade e qualidade no atendimento da UPA	<p>“O atendimento é bom e rápido” (E02)</p> <p>“Bom atendimento e eu sou bem atendida aqui” (E05)</p> <p>“Bom atendimento e qualidade” (E06)</p> <p>“Porque aqui o atendimento é bem mais rápido e também porque eu não sabia aonde é o postinho mais próximo” (E10)</p> <p>“É porque aqui tem um bom atendimento, e a UPA aqui é</p>

Continuação...

	<p>diferenciada das outras” (E17)</p> <p>“Porque o atendimento aqui é mais rápido” (E19)</p> <p>“Primeiro que o atendimento aqui é mais rápido [...] (E14)</p> <p>“Atendimento mais rápido” (E24) Continuação</p> <p>“Agilidade no atendimento” (E27)</p> <p>“Atendimento mais rápido e a qualidade do atendimento” (E31)</p> <p>“Aqui tem os exames [...] e o atendimento é melhor” (E08)</p>
Serviço de referência para atendimento de urgência	<p>“A ambulância do CAPS me trouxe porque eu estou em abstinência do álcool” (E09)</p> <p>“Foi o SAMU que me pegou, eu caí de moto” (E16)</p> <p>“Eu desmaiei e a Polícia (Militar) me trouxe” (E33)</p>
Atendimento 24 horas	<p>“A minha dor de cabeça e é noite não é, se não teria ido no postinho”(E1)</p> <p>“Aqui tem médico 24h” (E22)</p> <p>“A noite é só aqui que funciona” (E11)</p> <p>“É noite e aqui é mais perto da minha casa” (E28)</p> <p>“Médico a noite só aqui” (E23)</p> <p>“[...] segundo porque é noite e a única opção que dá pra procurar é a UPA” (E14)</p>
Disponibilidade de atendimento médico e acesso a medicamentos e exames	<p>“O atendimento é mais rápido e tem exames, faz raio x” (E15)</p> <p>“Facilidade no atendimento e os exames que a gente faz” (E32)</p> <p>“Aqui tem médico 24h” (E22)</p> <p>“Aqui tem os exames necessários para diagnóstico e o atendimento é melhor” (E08)</p> <p>“Aqui tem exames, farmácia e medicamentos” (E24)</p>
Barreiras relacionadas ao acesso na atenção primária	<p>“A marcação de consulta é difícil na unidade (UBS)” (E22)</p> <p>“Demora para ser atendida lá na hora, no postinho” (E34)</p> <p>“Falta médico na minha unidade” (E35)</p> <p>“Lá no postinho não atende na hora que chega, tem que marcar” (E36)</p> <p>“Falta médico na minha unidade, lá só atende à tarde” (E37)</p> <p>“Porque lá na unidade tem que marcar” (E7)</p> <p>“Porque lá no postinho tem que ficar agendando” (E19)</p> <p>“Eu preferia ter me consultado lá (sua UBS), mas você marca uma consulta e pra ser atendido leva quase um mês.</p>

Continuação...

	<p>E lá não está tendo médico, já é o terceiro lá na unidade” (E12)</p> <p>“Demora na marcação de consulta no postinho e exames demora”(E26)</p> <p>“[...] aqui (UPA) é mais perto da minha casa” (E28)</p> <p>“Procurei o postinho de saúde lá da minha quadra e fui atendido, mas não resolveu meu problema, aí corri aqui pra UPA pra vê se resolve” (E3)</p>
Auto percepção de urgência para atendimento na UPA	<p>“É a opção quando a gente está ruim, quase não pensa no postinho, só na UPA” (E34)</p> <p>“Dor de cabeça e eu trabalho aqui próximo também” (E01)</p> <p>“A gente só vem quando passa mal mesmo” (E21)</p> <p>“Eu estava me sentindo muito mal e precisava de um atendimento médico” (E4)</p> <p>“Muita dor, muita dor na axila” (E29)</p> <p>“Dor nas minhas pernas, aí os colegas me trouxeram” (E25)</p> <p>“Eu estava com dor de rins” (E30)</p>
Dependência do sistema público de saúde	<p>"Como a gente não tem plano de saúde tem que vir buscar atendimento aqui mesmo" (E26)</p> <p>“É porque é assim eu não tenho condição de pagar particular então tem que vir pro público mesmo” (E20)</p>

Fonte: Elaborado pela autora a partir das entrevistas realizadas em março de 2017 na UPA 24h, Palmas-TO, Tocantins, 2017.

\*Os dados apresentados no quadro correspondem às informações dos formulários aplicados a 37 usuários.

## 6 DISCUSSÃO

De forma geral, as características da população de usuários atendidos na UPA A indicam pessoas com baixa renda, ensino médio completo, e jovens adultos que dependem exclusivamente do SUS.

A predominância de jovens adultos na população atendida na UPA tem, a priori, relação com o perfil de atendimento dos serviços de urgência. Dados do IBGE apontam que jovens de 15 a 29 anos, ocupam um quarto da população, atualmente, no Brasil - destes 53,5% trabalham, 36,0% estudam e 22,8% trabalham e estudam (IBGE, 2010), além disso, essa faixa etária, em geral, é a mais vulnerável a acidentes de trânsito, violência física, consumo excessivo de bebida alcoólica e outras substâncias (ALVES, 2014), condições tais que a torna público de atendimento dos serviços de urgência. Por outro lado, por tratar-se da população economicamente ativa, também pode explicar a busca por tais serviços que funcionam 24 horas e que estão de porta aberta em horários acessíveis à população trabalhadora (SOUZA, 2013).

Um estudo sobre a utilização de uma UPA de Ouro Preto - Minas Gerais encontrou que a população mais jovem representava cerca de um quarto dos atendimentos da UPA e que as queixas dessa demanda não caracterizavam urgência de atendimento (MACHADO, 2014). Alguns estudos (OLIVEIRA *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2013) apontam número significativo de atendimentos da UPA classificados como verdes e azuis, cujas queixas caberiam intervenção e resolutividade nos serviços de atenção primária dentro da rotina de funcionamento.

As UPAs, constituídas como principal componente fixo de urgência pré-hospitalar, têm se estabelecido como importante ponto de acesso ao sistema (BRASIL, 2011). Integrando o nível de atenção intermediário, são unidades não hospitalares preparadas para prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma (MACHADO, 2014). A articulação entre a UPA e os demais serviços que compõem a rede se constitui em importante desafio, visto que a urgência pré-hospitalar deve ser integrada com sua principal porta de saída – o hospital – e com a atenção básica, a porta de entrada reguladora do sistema (KONDER, 2013; KONDER, 2015).

Embora a caracterização dos participantes deste estudo tenha demonstrado pouca variação na frequência entre mulheres e homens atendidos na unidade de urgência, segundo

Souza (2013), a diferença por sexo pode se alterar em função do tipo de serviço usado, pois as mulheres são mais preocupadas com a saúde e procuram um serviço de saúde tão logo apresentem algum tipo de sintoma, dessa forma elas utilizam mais serviços ambulatoriais e preventivos (UBS/USF). Enquanto os homens tendem a usar mais serviços curativos e são poucos aderentes a programas de prevenção e promoção, eles demoram a procurar serviços de saúde e quando procuram, geralmente, são em situações em que suas queixas e sintomas apontam alto grau de adoecimento.

Ainda relacionada às características da população atendida na UPA, os dados sobre o nível de escolaridade dos entrevistados apontaram o predomínio do Ensino Médio Completo (EMC) seguido do nível superior completo. Tal resultado chama a atenção, por duas razões: primeiro porque, em geral, existe (ou “existia”) uma relação entre baixas condições econômicas e dependência do sistema público de saúde; e, a segunda razão, relaciona-se com a maior busca pelos serviços de saúde e a população esclarecida sobre tal importância (SOUSA, 2014). Nesse sentido, também, Chiavegatto Filho *et al* (2015) afirmaram em um estudo sobre os determinantes do uso dos serviços de saúde, que independentemente da presença ou não de gravidade do problema de saúde, as pessoas com maior escolaridade tendem a frequentar mais os serviços de saúde.

Nesse sentido, cabe discutir a relação entre duas variáveis: rendimento familiar e plano de saúde. Este estudo fez tal relação e identificou que uma parcela dos entrevistados possui plano de saúde e desta, a maior parte recebe entre 1 a 3 salários mínimos. Segundo dados do ano 2016 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mais de um quarto (25, 4%) da população brasileira possui algum plano de saúde, ainda que no estado do Tocantins a taxa de cobertura (5-10%) dos planos seja aquém da maioria dos estados da federação (ANS, 2016).

Tais dados têm relevância para a discussão sobre adesão ao sistema suplementar de saúde (planos privados), cabendo considerar as fontes pagadoras de tais planos (titular e/ou empregador), a variação na oferta de procedimentos e o perfil do cliente, visto que a facilidade na adesão pode ser devida a contrapartida do empregador e também a adesão a planos de saúde com baixa cobertura de procedimentos, podendo levar a população com baixa renda a contratação do plano, ou ainda porque prefere a “garantia” do acesso via plano de saúde em lugar da “dependência” exclusiva no SUS.

Para a discussão sobre as condições de deslocamento da demanda por atendimento nos serviços de saúde e sobre a frequência na busca por unidades de urgência, considera-se como primeiro aspecto a região de procedência dos usuários. Os dados deste estudo apontaram que a maior utilização da UPA foi por pessoas residentes na proximidade territorial da UPA,

assim que, a acessibilidade geográfica constitua-se como importante fator que influencia na busca pelo atendimento neste serviço. Oliveira *et al.* (2011) aponta que o maior uso do serviço de emergência está relacionado à menor distância da moradia ao serviço, além da cultura imediatista dos usuários e pessoas que esperam acesso e tratamento fácil e rápido (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Tal discussão remete a dois importantes conceitos, quais sejam: acesso e acessibilidade. O acesso em saúde envolve muitos fatores, que vão além do acesso físico ao sistema de saúde, ou seja, envolve fatores como os sociais, individuais, culturais, educacionais, fatores de ordem política, econômica, social, organizacional, técnica e simbólicas, entre outros. Nesse sentido, é possível notar que se trata de uma compreensão multidimensional e demonstra ainda o nível de pluralidade e complexidade do conceito (ASSIS; JESUS, 2012; SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Já a acessibilidade é uma dimensão específica do acesso, caracterizada pela relação entre localização da oferta e dos usuários, distância entre eles, forma de deslocamento e custos e a capacidade de pagamento do usuário (ASSIS; JESUS, 2012).

Buscando relacionar a “procedência” com o “tempo de deslocamento” utilizado pelo usuário para chegar a UPA, os dados deste estudo, ora apresentado, evidenciaram que a maioria da população atendida reside próxima a UPA e leva menos que 10 minutos para chegar, demonstrando que a acessibilidade geográfica favorece a utilização do serviço em questão. Ainda nessa relação de variáveis, quando comparadas pelos serviços de atenção básica e de urgência, o menor tempo de deslocamento se dá para os primeiros. Machado (2014) encontrou achado semelhante em seu estudo, em que a maioria da população atendida na UPA residia na sede do município.

A busca independente pela UPA, por iniciativa própria e com utilização de carro próprio para o deslocamento, apontada nos achados do estudo aqui apresentado, em parte pode ser explicada pela pouca credibilidade no serviço da atenção básica, muitas vezes, potencializada pela busca frustrada ou falta de resolutividade por este serviço, condição que faz com que a UPA seja vista como a primeira opção para solução de problemas, uma prática que parece não ser incomum, e, que pode desencadear uma série de prejuízos para o sistema como um todo, na medida em que a UPA absorve uma demanda de casos passíveis de ser atendidos na atenção primária e assim evitar a superlotação da UPA (MACHADO, 2014).

Quanto ao meio de transporte utilizado para chegar a UPA, chamou atenção a rara referência a utilização do sistema público de transporte e o uso predominante de carro. Em verdade, na maior parte das capitais brasileiras e cidades metropolitanas, a precariedade dos

meios de transporte público, bem como, a restrição nos horários de circulação e o tempo de deslocamento prolongado pelo trânsito condicionam o desgaste emocional, físico e psíquico da população. Por consequência, as pessoas têm buscado alternativas de deslocamento proporcionadas, segundo o estudo de Yaccoub (2011), pelo aumento do poder de compra, dada a melhoria de renda e facilitação das formas de pagamento, condições que colocaram consumidores brasileiros de baixa renda, nos últimos anos, no mercado de consumo. Apesar do transporte público coletivo em Palmas está disponível em grande parte da cidade para toda população, inclusive na região a qual se localiza a UPA, tais situações podem explicar o achado.

Sobre a frequência de utilização da UPA pelos entrevistados, quanto maior o tempo de deslocamento menor a frequência de busca ao serviço. Nesse sentido, cabe referência o critério ou princípio da territorialização que deve ser utilizado para a gestão do sistema, organização e oferta de serviços de saúde. Segundo Travassos e Martins (2004), as características demográficas, geográficas, socioeconômicas, culturais e psíquicas dos usuários, bem como, as necessidades de saúde do usuário; a relação com os prestadores; a organização e a política se constituem em fatores determinantes da utilização dos serviços de saúde.

Quanto às queixas e aos motivos que determinam/influenciam na busca por atendimento em unidades de urgência, este estudo trouxe algumas evidências, cabendo acrescentar nessa discussão a concentração de determinado nível de classificação de risco no público atendido na UPA.

A classificação de risco é um requisito obrigatório para o funcionamento da UPA, por ser uma ferramenta de gestão do cuidado que qualifica o atendimento, com ela o enfermeiro faz a avaliação inicial do paciente e atribui, mediante a orientação de um protocolo direcionador, um grau de risco ao paciente (vermelho para atendimento imediato; amarelo para mediato; verde para priorização possível; e, azul para atendimento por ordem de chegada), no intuito de priorizar o atendimento de acordo com a gravidade, o que contribui para diminuição de óbitos e redução de prognósticos ruins decorrentes do atraso no tratamento (SILVA *et al.*, 2013).

Neste estudo, as queixas encontradas, em sua maioria, foram de pacientes com classificação de risco verde, ou seja, predomínio de pacientes de baixo risco, com queixas que poderiam ser resolvidas na atenção primária. Amarante (2014) encontrou em seu estudo que 71,6% dos pacientes atendidos receberam classificação verde, pacientes que geram uma demanda que poderia ser resolvida em outros níveis de atenção, aumentando a demanda e o

tempo de espera, podendo comprometer a qualidade do atendimento e, inclusive, onerando o sistema público pelo incremento nos gastos públicos com saúde (MACHADO, 2014).

Quanto às ferramentas utilizadas para a gestão do cuidado, na realidade de alguns serviços, profissionais de saúde têm utilizado procedimentos e critérios, inclusive subjetivos, na classificação do risco para atendimento. No estudo de Oliveira *et al.* (2011), foi identificado que enfermeiros classificaram 67% dos pacientes na cor verde, embora no local estudado ainda não existisse protocolo de avaliação de risco, o que poderia caracterizar um falso positivo pelas interpretações subjetivas das queixas dos usuários por parte dos profissionais que realizam a avaliação.

Quanto ao horário de atendimento na UPA, que segundo os registros das fichas de atendimento apontam um pico no turno matutino, coincide, a priori, com o horário de funcionamento das unidades básicas de saúde, e quando relacionado este dado com a classificação de risco, é possível levantar a seguinte questão: o que motiva os usuários a buscarem atendimento na UPA sob condições que poderiam ser resolvidas naquele mesmo tempo em unidades da Atenção Básica?

No que tange aos motivos que determinam a procura por atendimento na UPA referidos pelos usuários entrevistados neste estudo, foram esses: agilidade e qualidade no atendimento; referência no atendimento de urgência; funcionamento contínuo 24 horas; disponibilidade de atendimento médico e acesso a medicamentos e exames; barreiras de acesso à APS; auto percepção sobre sua necessidade na busca da UPA; e, dependência do sistema público.

Outros estudos apontam em seus achados motivos e causas que levam à busca por serviços de urgência pelos usuários, corroborando, com este estudo em discussão, por exemplo, a qualidade do serviço, a acessibilidade geográfica, o poder de resolutividade, o acesso à medicação e exames e as dificuldades para consultas na atenção básica (OLIVEIRA *et al.*, 2011; PIRES *et al.*, 2013).

No que tange a *agilidade e qualidade no atendimento da UPA*, os relatos de E05 e E17, respectivamente, enfatizam os atributos do serviço: “Bom atendimento e eu sou bem atendida aqui”; “É porque aqui tem um bom atendimento, e a UPA aqui é diferenciada das outras”. A UPA pelo seu caráter resolutivo com médicos 24h, medicação e exames de rápido acesso, faz com que o usuário busque assistência diretamente na UPA, tendo em vista a intervenção imediata sobre suas necessidades, o menor tempo de espera entre a procura e a realização do atendimento e o acolhimento com classificação de risco, ainda predominantemente utilizado nos serviços de urgência (MENDES, 2011; SOUZA, 2013),

com prestação de atendimento qualificado e resolutivo a quadros clínicos agudos ou crônicos, assumindo, portanto, suas competências na rede de atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Os entrevistados também apontaram a UPA como *serviço de referência para atendimento de urgência*, nas situações cujas ocorrências demandavam imediatez no atendimento e naqueles casos conduzidos por serviços como SAMU, PM ou ambulância do CAPS. No relato de E16: “Foi o SAMU que me pegou, eu caí de moto”, é possível observar que acidentes e traumas, em geral, caracterizam a demanda por atendimentos de urgência, na maioria dos casos necessitam intervenção médica em curto prazo e, ainda, pode ser necessário o encaminhamento para hospital de referência.

As UPAs têm como missão atuar no atendimento resolutivo das pequenas e médias urgências e na estabilização dos pacientes mais graves ou de maior complexidade, referenciando, quando necessário, para uma Unidade Hospitalar. Dessa forma, as UPAs servem de retaguarda para o SAMU e atenção básica, e recorrem aos hospitais e centrais de regulação através da pactuação de referência e contrarreferência (BRASIL, 2011; CANAZZA, 2012).

Também destacada pelos entrevistados pelo *atendimento 24 horas*, a UPA foi criada com o propósito de ser o serviço meio entre a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar, e, não substitutiva de tais níveis de atenção. As UPAs se constituem como componente da RUE e têm objetivos como dar suporte à atenção básica para os casos agudos que ultrapassem sua capacidade de resolução e de reduzir o fluxo de usuários para as portas de entrada hospitalares (BRASIL, 2015). Sua característica de funcionamento contínuo, inclusive com atendimento noturno, e de porta aberta, tem determinado a busca por tal serviço, como relatou E1: “[...] e é noite não é, se não teria ido no postinho”.

A procura por unidades de saúde que funcionam 24 horas acontece também por comodismo da demanda dado o funcionamento no período noturno. Isso pode ser interpretado como uma possibilidade de acesso mais adequada à vida cotidiana das pessoas, em suas múltiplas responsabilidades pessoais e profissionais e, ainda, por uma percepção de recursos tecnológicos apropriados à solução de seus problemas de saúde (ALVES, 2014).

Dados do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde apontam que o funcionamento de algumas UPAs foi reconhecido como resolutivo, tendo como principal resultado o “desafogamento” na porta dos hospitais. Tal resolutividade foi analisada considerando o número de encaminhamentos para hospitais de referência, retorno do paciente à UPA e o atendimento da demanda que poderia ser suprida pelas UBS (BRASIL, 2014b).

A *disponibilidade de atendimento médico e acesso a medicamentos e exames* também foi referido por alguns entrevistados como justificativa pela preferência por buscar a UPA. Os trechos das entrevistas evidenciadas no Quadro 1 permitem refletir a imediatez demandada pela população que busca pelos serviços de urgência, o que também possibilita trazer à discussão a cultura da cura e da medicalização que caracteriza a população brasileira.

As UPAs, na sua atribuição de pronto-atender, majoritariamente prestam assistência numa concepção biomédica, fortemente atrelada ao risco de vida, denotando uma fragmentação do cuidado que estimula a medicalização social e dificulta a integralidade e a qualidade do cuidado (KONDER, 2013). Pois, a facilidade de acesso à medicalização e a resolução dos pequenos problemas de saúde em tais unidades, fazem com que muitas pessoas mesmo sem a necessidade de atendimento de urgência, busquem atendimento nas UPAs (OLIVEIRA *et al.*, 2011), reforçando a suficiência deste nível de atenção na resolutividade de todos os problemas de saúde.

A crença do desenvolvimento tecnológico como fonte contínua de soluções para vencer ou evitar o sofrimento é um fetichismo contemporâneo que cria expectativas e gera um comportamento de avidez por exames e medicamentos, o qual os serviços e profissionais não sabem responder. Num plano mais abrangente é imperativo assinalar a medicalização da vida e da sociedade como um fenômeno cultural e social de longa data (KONDER, 2013), visto de modo positivo pela população por ser algo “mais resolutivo”, pois naquele momento o importante para o paciente seria a cura da dor, atrelada ao uso de medicações endovenosas e realização de exames, o que pode desencadear prejuízos na vida do paciente, privando-o do atendimento completo das necessidades de saúde.

Sobre o fato de algumas UPAs não fazerem a dispensação de medicamentos, argumenta-se que isso ajuda a preservar o foco na urgência e emergência ao proteger a demanda simples por medicação e, por outro ponto, gera a preocupação com aderência e atraso no início de tratamentos, principalmente aqueles prescritos no fim de semana, pois o paciente teria que aguardar para retirar a medicação em farmácias externas, na atenção básica (BRASIL, 2011).

Quanto às *barreiras relacionadas ao acesso na atenção primária*, os entrevistados referiram dificuldades e restrições, por exemplo, quanto à “marcação de consulta” (E22), “demora para ser atendida na hora” (E34), a “falta de médico” (E35; E37).

O estudo de Alves (2014) asseverou tais dificuldades e restrições apontadas pelos entrevistados, e acrescentou outras, como o receio em relação à assistência oferecida na UBS, o medo acentuado em relação aos sintomas e a dificuldade para obter vaga na atenção

primária. Com isso, as UPAs recebem como “tarefa” dos outros serviços de saúde, aqueles pacientes que não encontram respostas para a resolução dos seus problemas (KONDER, 2013).

O modelo assistencial predominante, centrado na demanda e não nas necessidades dos cidadãos, com ações voltadas para responder às condições e aos eventos agudos episódicos decorrentes da falta de resposta à situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas, leva os pacientes a buscarem solução para seu problema de saúde em unidades de urgência (KONDER, 2013; MENDES, 2011). A razão disso é que a atenção no sistema está voltada para as condições de saúde já estabelecidas, em momentos de manifestações clínicas exuberantes, auto percebidas pelos portadores, desconhecendo os determinantes sociais, e os fatores de riscos biopsicológicos e o gerenciamento da condição de saúde com base numa atenção primária à saúde de qualidade. Essa forma de atenção voltada para as condições agudas, concentrada em unidades de pronto-atendimento, não permite intervir adequadamente de modo a promover uma assistência de qualidade (MENDES, 2011).

Diante disso, pode se questionar de que forma se dá o acesso na atenção básica, tendo em vista o seu papel de coordenadora do acesso e de porta principal da rede de atenção à saúde; e, em que grau se encontra a integração entre os componentes e a organização da rede na qual a atenção primária deixa de ser a principal porta de entrada em detrimento dos serviços de nível secundário e terciário (CHIAVEGATTO FILHO, *et al* 2015).

Mudanças na organização do processo de trabalho das equipes de APS com base nas necessidades de saúde do território e articulação entre os pontos de atenção são necessárias, pois, aspectos mal consolidados como estes impedem que a APS exerça verdadeiramente o papel de porta de entrada preferencial do sistema, além do confronto com a forte concorrência dos serviços de pronto atendimento e de emergência hospitalares como serviço de primeiro contato (BRASIL, 2014a).

Depoimentos como: “procurei o postinho de saúde lá da minha quadra e fui atendido, mas não resolveu meu problema, aí corri aqui pra UPA pra vê se resolve” (E3); “eu preferia ter me consultado lá (na UBS), mas você marca uma consulta e pra ser atendido leva quase um mês, e... lá não está tendo médico, já é o terceiro lá na unidade” (E12), exemplificam os aspectos discutidos e evidenciam o descumprimento da APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2010).

A criação das UPAs também pode ser apontada como uma solução às dificuldades de atendimento à demanda espontânea, fixação de profissional médico e baixa resolutividade das equipes de ESF. Mas, além das dificuldades para integrar as UPAs à rede, a concorrência por

profissionais médicos colabora para o aumento da rotatividade e ausência nos serviços de APS (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

A escassez de profissionais na AB, principalmente o médico, para atender ao perfil e capacidade técnica exigidos pela ESF, precisa de esforços para mudança desse cenário, alguns já têm sido implementados como a ampliação das residências médicas em Saúde da Família e Comunidade; abertura de campo de estágio para graduandos da saúde em UBS e equipes de Saúde da Família; além do Programa Mais Médicos, que ampliou a cobertura assistencial e possibilitou a distribuição de novos médicos para a AB segundo critérios de equidade, vulnerabilidade social e de populações específicas. Dessa forma, as práticas de saúde das equipes da APS devem ser reestruturadas para efetivamente conseguirem dar respostas às novas necessidades sanitárias da população (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012; SOUZA, 2013; CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Sobre a *auto percepção de urgência para atendimento na UPA*, o relato “[...] quando a gente está ruim, quase não pensa no postinho, só na UPA” (E34) pode ser tomado como referência para a discussão dessa categoria. Os usuários não relacionam que seu problema de saúde poderia ser atendido na UBS/USF, seja pelo grau de percepção de urgência que cada um possui e/ou pelas barreiras relacionadas ao acesso na atenção primária que fazem com que o usuário desacredite no poder de resolução destes serviços, levando-os a busca pelo atendimento na UPA. Sobre isso, Pires e colaboradores (2013) afirmam que geralmente a procura pelos serviços de urgência justifica-se pela percepção dos usuários sobre a gravidade do problema ou pela subestimação do poder de resolução da atenção básica ao seu problema de saúde.

As competências atribuídas à UPA dentro da rede de atenção às urgências destacam seu caráter assistencial com acolhimento das demandas dos usuários. A realização de consultas médicas nas UPAs, inclusive aos casos de menor gravidade, estabelece uma lógica de trabalho mais permeável às demandas consideradas não urgentes, o que evidencia a abertura da legislação nesse sentido, ao contrário de se constituir exclusivamente numa lógica de urgência (KONDER, 2013; KONDER; O’DWYER, 2015).

Os níveis de atenção secundário e terciário por se constituírem de serviços de maior densidade tecnológica geram uma visão distorcida sobre a complexidade dos serviços da APS tal compreensão, consciente ou inconscientemente, implica na desvalorização da APS e sobrevalorização material e simbólica dos serviços de urgência e hospitalares pelos políticos, gestores, profissionais de saúde e a população em geral. Cabe destacar que cabe a APS o atendimento de 85% dos problemas de saúde e a oferta de tecnologias de alta complexidade

como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde (BRASIL, 2011; MENDES, 2011).

Portanto, a busca pela unidade de urgência como opção de primeira escolha dos usuários na resolutividade de qualquer problema de saúde altera os fluxos e a organização dos serviços, onerando os gastos com o setor da saúde pelo quantitativo de procedimentos, serviços especializados e hospitalares que poderiam ter sido evitados, em muitos casos, em lugar da entrada e resolutividade no nível primário de atenção (MACHADO, 2014).

Nos relatos de E21 e E4, o uso do termo “passar mal” foi utilizado, e a “dor” foi a razão mais citada (E01; E29; E25; E30). A percepção de dor e sofrimento é algo subjetivo; a urgência é diferente entre as pessoas que buscam atendimento nos serviços de urgência e para os profissionais de saúde que as atendem. A percepção dos problemas pela população não necessariamente expressa doenças clinicamente definidas, mas a construção de experiências de adoecimento, sendo tal construção dada de modo diferente entre sexos, classes sociais e culturas (SIMONS, 2008).

Os motivos da demanda por atendimento encontrados nesta pesquisa revelam o panorama atual dos serviços de urgência no Brasil, a busca crescente e excessiva por atendimentos de casos ‘simples’ que poderiam ser atendidos em outro serviço de urgência de menor densidade tecnológica, inclusive podendo gerar prejuízos para a população (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Nesse sentido, a demanda excessiva traz consequências negativas para o conjunto das atividades pela falta de espaço físico, sobrecarga dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, comprometimento na qualidade do atendimento, de modo que a população ao utilizar os serviços de urgência com problemas ‘simples’, ‘não emergenciais’, recebe, na maioria das vezes, atendimento incompleto diante das suas necessidades de saúde (SIMONS, 2008).

A última categoria a ser discutida aqui, refere-se à *dependência do sistema público de saúde*, sendo esta atribuída, segundo os entrevistados, às impossibilidades de acesso aos serviços privados da assistência suplementar. Como exemplificado na fala de E26 “como a gente não tem plano de saúde tem que vir buscar atendimento aqui mesmo”.

Assis e Jesus (2012) destacam que a possibilidade de usar uma determinada assistência está associada à renda do indivíduo, assim como à cobertura por plano de saúde, o que reproduz as desigualdades sociais no interior do sistema, na medida em que as chances de escolha no consumo de serviços estão limitadas a fatores como esse. Segundo Chiavegatto Filho, *et al* (2015) há uma elevada utilização de serviços em regiões mais ricas, principalmente de assistência médica especializada, fornecidos pelos planos de saúde

privados. O SUS deve se firmar cada vez mais em um sistema universal de saúde e não em um sistema que investe na mercantilização do setor saúde.

O SUS resultou de uma proposta de instituição de um sistema universal no qual todos tivessem acesso à saúde por meio da luta social pela democratização, a defesa dos direitos civis, políticos e sociais, e a universalidade à saúde. No entanto, houve um processo de negação dos direitos sociais e dos princípios desse sistema. No caso do princípio da universalidade, este ficou voltado para os mais pobres, caracterizando, portanto, um sistema com grande número de demandas não contempladas, com acesso focalizado e dualizado com o público para os que não podem pagar e o privado para os que têm condições de comprar, logo, tratando-se de uma “política compensatória” de acesso restrito, em que pretende se reduzir a saúde a uma política para os pobres (SOUSA, 2014).

Esse contexto de desigualdade social se reflete nos limites do acesso aos serviços e, conseqüentemente, na garantia do atendimento integral, pois há hospitais e clínicas para todos os níveis: para os pobres que só dispõem do SUS; para pobres que pagam planos de saúde de baixo custo; para pessoas com renda média, que contratam planos ou seguros de saúde de custo maior; e para os ricos que frequentam os maiores centros médicos de ponta ou vão se tratar nos países de primeiro mundo. Isso reflete a fragilidade do acesso ao sistema público (SOUSA, 2014).

A saúde é um dever do Estado e deve garantir ao usuário o direito ao atendimento, desde o primeiro contato com a equipe ESF (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012). As políticas de saúde devem ser capazes de eliminar a barreira financeira entre os serviços e a comunidade, de enfrentar a mercantilização do setor saúde e a desproporção oferta/demanda existente; e garantir o acesso universal, equitativo e integral para toda população, ricos e pobres. No entanto, quando o governo transfere recursos para o setor privado, principalmente na média e alta complexidade, cujas ações e procedimentos são de alto custo, o resultado disso é a apropriação privada dos recursos destinados aos SUS e um forte incentivo à ampliação do segmento suplementar, que dualiza cada vez mais o sistema e impossibilita a concretização do SUS universal, mais justo e mais eficiente (ASSIS; JESUS, 2012; PERIM, 2012; SOUSA, 2014).

O uso desigual de serviços de saúde pode afetar a sociedade como um todo. A exclusão sistemática de alguns grupos populacionais dos serviços de saúde pode levar ao surgimento e à disseminação de novas doenças. Portanto, identificar os determinantes que levam à exclusão dos indivíduos dos serviços de saúde é uma questão importante que precisa atenção em saúde pública (ASSIS; JESUS, 2012; CHIAVEGATTO FILHO *et al.*, 2015)

Para que o SUS funcione efetivamente com acesso universal, integral e equânime, as desigualdades de acesso precisam ser superadas. “A disputa posta contra uma visão de mundo hegemônica que deseja um serviço de saúde pública ‘para os pobres’, focalizada, que almeja e enaltece a filantropia como a saída para os problemas sociais, esquece que o assistencialismo solidário representa o reconhecimento das mazelas e injustiças de um povo”. Com isso, é imprescindível proporcionar equidade na dinâmica da organização dos serviços em seus diferentes níveis de complexidade do sistema para superar desigualdades (ASSIS; JESUS, 2012; PERIM, 2012, p. 104).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados sobre a demanda por atendimento em unidade de urgência, em Palmas, evidenciam um sistema fragmentado e com fragilidade na organização e articulação da rede de serviços de saúde nesta região do país. As características da população e os motivos revelam um sistema ainda insuficiente em prover a integralidade e a universalidade da atenção à saúde.

Desde a criação do SUS, registram-se grandes avanços, mas ainda há desafios a serem enfrentados em várias dimensões, seja técnica, política, social, administrativa, organizacional e/ou financeira. A disposição de ações e serviços compromete e limita o acesso universal e a integralidade da assistência, não responde às necessidades de atenção à saúde e, portanto, mantém um perfil epidemiológico marcado por doenças infecciosas, emergentes e crônicas.

A RAU foi estabelecida como estratégia de articulação e integração dos serviços e propõe a ampliação do acesso ao sistema com o aumento da oferta, no entanto, sua operacionalização depende de serviços e ações que atendam às necessidades da população; além disso, a APS ainda não assume integralmente sua função dentro da rede, de modo que os problemas relacionados à cobertura, disponibilidade de profissionais, estrutura e recursos insuficientes comprometem a proposta, e sobrecarregam outros serviços, dos demais níveis de atenção.

A UPA, enquanto componente da rede, deve estar articulada aos demais pontos e cumprir suas responsabilidades de acordo com seu nível de atenção; embora, na prática, tais unidades tenham sido substitutivas e consideradas porta de entrada, para muitos, “preferencial” do sistema de saúde dada a não resolutividade e insucesso da busca por atendimento em outros serviços, em especial, do nível da APS. Assim que, a busca por atendimento na unidade de urgência motivada por aspectos relacionados a não efetividade das ações ofertadas nas UBS/USF provoca a reflexão de fatores que precisam ser melhorados para que a APS se estabeleça como ordenadora da rede, coordenadora do acesso e resolutiva do cuidado.

As características da população usuária da UPA são reflexo do cenário epidemiológico da população do país, com a crescente carga de doenças crônicas agudizadas, causas externas, principalmente, acidentes de trânsito e aumento das doenças infecciosas. Esse panorama atual alerta para a necessidade urgente de adaptação do sistema de saúde que seja capaz de responder as necessidades da população. Sendo importante para isso, a criação de fluxo,

protocolos e o estabelecimento da comunicação entre os componentes do sistema, além de proporcionar condições e recursos suficientes para que os serviços atuem com resolutividade e eficácia.

Na realidade estudada, apesar do alto percentual de cobertura da APS, a demanda por atendimento na UPA é significativa, e os motivos que a justificam podem subsidiar os gestores e profissionais no processo de planejamento, desenho de estratégias e tomada de decisões voltadas para a integração e melhoria da qualidade dos serviços. Nesse sentido, a organização da RAU demanda ações estratégicas para a sua operacionalização, considerando as características e as necessidades da população, com capacidade de oferta e acesso efetivo em todos os níveis de atenção; ainda que valha considerar que muitas são as dificuldades e restrições.

A conjuntura atual marcada pela crise econômica, política e ética coloca em risco os direitos conquistados nos termos da Constituição e urge pelo engajamento da população na luta pela efetividade do sistema público de saúde. Diante disso, o fortalecimento do SUS e a sua consolidação como sistema de fato universal torna algo urgente e que depende em grande parte das lutas sociais, da valorização dada pela população, pois se não há (re) conhecimento sobre o sistema de saúde enquanto bem e direito público, reforça-se o julgamento da má qualidade e ineficiência, sustentado apenas na queixa, sem luta por assegurar saúde de qualidade, universal e integral.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B.A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, jul./set. 2012.

ALVES, M. L. F.; GUEDES, H. M.; MARTINS, J. C. A.; CHIANCA, T. C. M. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. **Rev Med Minas Gerais**. v. 25, n.4, p. 469-475. 2015.

ALVES, P. B. **Procura por assistência à saúde em Pronto Atendimento de uma região ampliada de saúde**. 2014. 81f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

AMARANTE, L. C. S. **Caracterização da demanda dos serviços de saúde em unidades de pronto atendimento segundo critérios classificação de risco, características, sociodemográficas e super utilização**. 2014. f. 82. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Piracicaba, SP. 2014.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados gerais 2016**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acessado em: 19 de mai. de 2017.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 17, n. 11, p. 2865-2875. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**. Brasília: CONASS. (CONASS Documenta, 28). 2015.

\_\_\_\_\_. Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde. **Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. Jun. 2014b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 2012. **Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, n. 12, p. 59, jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014**. 2014a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0104\\_15\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0104_15_01_2014.html)>. Acesso em: 13 de set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1600, 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). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 13 de set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (sus). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 13 de set. 2016.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 21, n. 9. p. 2655-2663. 2016.

CANAZZA, A. G. A. P. **Demanda e oferta na Unidade Pronto Atendimento no SUS de Volta Redonda: o caso do território do santo Agostinho**. 2012. f. 39. Monografia (Mestrado Profissional em Administração da Saúde) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2012.

CHIAVEGATTO FILHO *et al.* Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitana de São Paul. **Rev Saúde Pública** .V. 49, N.15. 2015.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. O. MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **RevMed Minas Gerais**. V. 22, n. 2, p. 188-198. 2012.

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

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UECE, p. 1–127, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=1721000>>. Acesso em: 13 de set. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População Jovem no Brasil**. Disponível em: [http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/populacao\\_jovem\\_brasil](http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/populacao_jovem_brasil). Acesso em: 25 de mai. 2017.

KONDER, M. T. **Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto**

**Atendimento 24h (UPA 24h) com a rede assistencial do município do Rio de Janeiro.** 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Sergio Arouca, Rio de Janeiro. 2013.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545. 2015.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev. saúde pública**. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

MACHADO, Geralda Vanessa Campos. **Utilização da unidade de pronto atendimento de Ouro Preto, Mina Gerais, 2012**. 2014. f. 88. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Nutrição. Ouro Preto. 2014.

MARQUES, A. J. S. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais**. Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, n. 5. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde** 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

OLIVEIRA *et al.* Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 19, n. 3, mai-jun 2011.

PALMAS. Prefeitura Municipal de Palmas. Secretaria de Saúde. **Levantamento de quadra Unidade de Pronto Atendimento– quadrimestre 2016**. 2016.

PALMAS. Prefeitura Municipal de Palmas. Secretaria de Saúde. **Plano municipal de saúde 2014/2017**. 2ª rev., 2015.

PERIM, M. C. M. **Os limites da complementaridade e os desafios da participação social na política de saúde: a (in) constitucionalidade do modelo de organizações sociais no Sistema Único de Saúde**. 2012. f. 120. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde. Vitória. 2012.

PIRES, M. R. G. M. *et al.* A Utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. **Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.1, p.211-222. 2013.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. v.31, n. 3, p. 260–8. 2012.

SILVA, A. P. *et al.* Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester. **R. Enferm. Cent. O. Min.** V. 3, n. 1, p. 507-517. 2013.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 6, p. 2753-2762. 2011.

SILVEIRA, D. T.; GERHARDT, T. E. **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SIMONS, D. A. **Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família**. 2008. f. 160. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife. 2008.

SOUSA, A. M. C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **R. Katál**. Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014.

SOUZA, L. C. **Avaliação da utilização do serviço de urgência e a percepção do usuário sobre o acesso a Atenção Básica no Município de Piracicaba-SP**. 2013. f. 26. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Piracicaba, SP. 2013.

SOUZA, T. H. **Recepção do Usuário no SUS: Estratégias para o acesso à Rede de Urgência e Emergência, na Perspectiva do Trabalhador**. 2014. F. 137. Dissertação. (Mestrado Profissional). Programa de Mestrado Profissional associado à Residência Multidisciplinar em Saúde. Universidade Federal da Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 20. n. 2. p.190-S198, 2004.

VIEIRA, Ed W. R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. 2010. f.123. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte 2010.

YACCOUB, Hilaine. A chamada "nova classe média": cultura material, inclusão e distinção social. **Horiz. antropol**. Porto Alegre. v.17, n.36. jul-dez. 2011.

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PRIMÁRIOS

Título da pesquisa: **CARACTERÍSTICAS DE USUÁRIOS E MOTIVOS DA DEMANDA POR ATENDIMENTO EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA NO NORTE DO BRASIL**

Este formulário foi elaborado com o objetivo de analisar os fatores que determinam a utilização da população à UPA. Pedimos sua colaboração em responder às questões abaixo. Seu nome não será identificado e todas as informações serão utilizadas somente para fins de produção científica!

Horário de início da aplicação do instrumento: \_\_\_\_\_

Horário de término da aplicação do instrumento: \_\_\_\_\_

### 1. Dados de identificação e sócio demográficos

- Endereço (Local de residência, e área de cobertura da ESF);
- Nível de escolaridade;
- Rendimento familiar: ( ) 1 – 3 salários mínimos; ( ) 4 – 6 salários mínimos; ( ) 7 – 9 salários mínimos; ( ) igual ou maior que 10 salários mínimos
- Possui plano de saúde particular: Sim ( ) Não ( )
- Condições de deslocamento aos serviços de saúde: ( ) direta; ( ) trazido pela Polícia Militar; ( ) trazido pelo Corpo de Bombeiros ou SAMU; ( ) encaminhado por profissional de outro serviço de saúde.
- Tempo de deslocamento até a UPA (da sua residência, em minutos): \_\_\_\_\_
- Tempo de deslocamento até a UBS/USF mais próxima da sua casa (em minutos): \_\_\_\_\_
- Meios de deslocamento ou transporte: ( ) Pé; ( ) carro próprio; ( ) ônibus; ( ) táxi; ( ) moto; ( ) bicicleta; ( ) carona.
- Frequência na utilização dos serviços de urgência: ( ) 1ª vez esse ano; ( ) pelo menos duas vezes esse ano; ( ) mais de uma vez por mês; ( ) outro: \_\_\_\_\_

### 2. Questões

- Motivos da busca ao atendimento a UPA;
- Fatores que determinam e/ou influenciam na demanda por atendimento na UPA.

**APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS****Nº de ordem** \_\_\_\_\_**Nº do atendimento** \_\_\_\_\_**Data do atendimento** \_\_\_\_\_**Hora do atendimento** \_\_\_\_\_

Manhã ( ) Tarde( ) Noite ( ) Madrugada ( )

**Data de nascimento** \_\_\_\_\_**Faixa etária** (anos completos): ( ) 18 a 29 ( ) 30 a 39 ( ) 40 a 49 ( ) 50 a 59 ( ) 60 a 69 ( ) 70 a 79 ( ) + 80 ( )**Sexo** ( ) F ( ) M**Procedência** (endereço) \_\_\_\_\_**Cor da Classificação de risco** ( ) vermelho ( ) laranja ( ) amarelo ( ) verde ( ) azul**Queixa principal** (na classificação de risco) \_\_\_\_\_**Desfecho do atendimento:** ( ) alta ( ) observação ( ) encaminhamento para outros serviços de saúde ( ) óbito**Tipo de procura da UPA:** ( ) direta ( ) levado pela Polícia Militar ( ) Corpo de Bombeiros ( ) SAMU ( ) encaminhado por profissional de outro serviço de saúde

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do projeto:** CARACTERÍSTICAS DE USUÁRIOS E MOTIVOS DA DEMANDA POR ATENDIMENTO EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA NO NORTE DO BRASIL

**Pesquisadoras responsáveis:** Prof. Dra. Mariluce Karla Bomfim de Souza e Cláudia Layse Almeida Sousa.

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva – Curso de Mestrado profissional em saúde coletiva.

**Telefone para contato:** (71) 3283 7467

**Pesquisadora participante:** Cláudia Layse Almeida Sousa

**Telefone para contato:** (63) 98120770

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que é apresentado em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

Este trabalho de pesquisa está vinculado ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – UFBA cujo tema a ser desenvolvido é: **“CARACTERÍSTICAS DE USUÁRIOS E MOTIVOS DA DEMANDA POR ATENDIMENTO EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA NO NORTE DO BRASIL”**, e tem como objetivo: Analisar as características de usuários e os motivos da demanda por atendimento em uma unidade de urgência no Norte do país. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas questões que envolvem a sua opinião sobre a busca por atendimento na UPA, sendo um usuário do serviço, e você poderá desistir da pesquisa a hora que quiser. O que você responder no formulário será arquivado e analisado para posterior estudo.

Esclareço, também, que sua participação envolverá riscos mínimos como sentir-se constrangido (a) ao responder algumas perguntas. Os benefícios esperados com o estudo consistem na importância de se conhecer a demanda e condições de acesso, e assim, contribuir para, possível, melhoria na qualidade da assistência e organização do fluxo na rede de atenção

à saúde. No final do estudo, possivelmente poderemos concluir a presença de outros benefícios desta pesquisa para você. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Se você concordar em participar do estudo, sua identidade será mantida em sigilo, e as informações fornecidas por você serão guardadas em local seguro, impossibilitando que pessoas não ligadas à pesquisa tenham acesso.

Todas as informações que o (a) Sr.(a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas serão confidenciais e seu nome não aparecerá na divulgação dos dados e nem quando os resultados forem apresentados. A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso o (a) Sr.(a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista. Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo.

### **Consentimento do participante**

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza, objetivo e benefícios do estudo do qual fui convidado a participar. Entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do interlocutor da pesquisa: \_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante da pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Palmas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

-----  
Assinatura do pesquisador responsável

### **Observações complementares**

---

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:  
Comitê de Ética em Pesquisa – UFBA Rua Basílio da Gama S/N, Campus do Canela – Cep:  
40.110-040, Salvador – Bahia. E-mail: ppgsc@ufba.br Tel.: (071) 3283-7410/7416 FAX:  
32837460

**APÊNDICE D – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do projeto: CARACTERÍSTICAS DE USUÁRIOS E MOTIVOS DA DEMANDA POR ATENDIMENTO EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA NO NORTE DO BRASIL**

**Pesquisadoras responsáveis:** Prof. Dra. Mariluce Karla Bomfim de Souza e Cláudia Layse Almeida Sousa.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Bahia.

A dispensa do uso de TCLE para coleta de dados secundários, nas fichas de atendimento da Unidade de Pronto atendimento, Palmas, TO, se justifica: por se tratar de um estudo transversal, que empregará informações das fichas de atendimento médico, sistemas de informação institucional e/ou demais fontes de dados e informações clínicas disponíveis na instituição sem previsão de utilização de material biológico, e/ou nos casos em que os pacientes já vieram a óbito; e/ou são de difícil localização de familiares, pois os mesmos não frequentam regularmente o serviço em questão, a UPA; os pacientes foram atendidos há muito tempo e o endereço e telefone já não são os mesmos.

Todos os dados serão manejados e analisados de forma anônima, de modo a proteger a privacidade e manter confidencialidade, os nomes dos pacientes não aparecerá na divulgação dos dados e nem quando os resultados forem apresentados, serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes, assim os riscos ou prejuízos ao bem-estar dos pacientes serão mínimos. Os dados coletados serão guardados em local seguro, impossibilitando que pessoas não ligadas à pesquisa tenham acesso.

Os pesquisadores envolvidos no estudo se comprometem, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste, apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Resolução CNS Nº 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

Os benefícios esperados com o estudo consistem na importância de se conhecer as características e motivos da demanda por atendimento na UPA, e assim, contribui para, possível, melhoria na qualidade da assistência e organização do fluxo na rede de atenção à saúde. No final do estudo, possivelmente poderemos concluir a presença de outros benefícios desta pesquisa.

Atenciosamente,

Cláudia Layse Almeida Sousa  
(Pesquisadora responsável)

---

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CARACTERÍSTICAS E MOTIVOS DA DEMANDA POR ATENDIMENTO EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA NO NORTE DO BRASIL

**Pesquisador:** CLAUDIA LAYSE ALMEIDA SOUSA

**Área temática: Versão:** 1

**CAAE:** 63657517.3.0000.5030

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.961.974

#### Apresentação do Projeto:

O presente estudo trata-se de um Projeto de Mestrado Profissional desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, abordando as “características e motivos da demanda por atendimento em uma unidade de urgência no norte do Brasil”.

A superlotação dos serviços de urgência é um fenômeno que gera situações indesejadas e desconforto tanto para a população usuária como também para as equipes de profissionais do serviço. A análise da demanda de atendimento em unidades de urgência é fundamental para a elaboração de políticas públicas de saúde que proporcionem melhoria do atendimento e um aumento do poder de resolução da atenção primária, e conseqüentemente, organização da rede assistencial que deve contar com serviços de distintas densidades e complexidade tecnológica.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal. Para a apreensão sobre as características da população pretende-se quantificar as características por percentagens, média, entre outros.

**Endereço:** Rua Basílio da Gama s/n

**Bairro:** Canela

**CEP:**

40.110-040

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone**

:

(71)3283-7419 **Fax:** (71)3283-7460

**E-mail:** [cepisc@ufba.br](mailto:cepisc@ufba.br)

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 1.961.974

A fim de alcançar os objetivos deste estudo serão consideradas fontes distintas de coleta e produção dos dados, a saber: as respostas dos participantes ao formulário, como fonte de dados primários; e os registros nas fichas de atendimento individual, como fonte de dados secundários.

Para a produção dos dados primários, serão convidados para responder livremente ao formulário os usuários que tiverem retornado do atendimento na UPA [REDACTED]. Serão definidos inicialmente três turnos diferentes para a aplicação do formulário, cujo quantitativo de formulários será definido por critério de saturação das respostas.

Enquanto fontes de coleta para os dados secundários serão utilizados os registros dos atendimentos individuais realizados na UPA em Palmas, Tocantins, cuja busca de informações será orientada por meio de um roteiro. No entanto, será feita uma amostragem aleatória sistemática nesse período, considerando um número inicial definido por sorteio e o intervalo de 5 para inclusão dos registros disponibilizados. Nos registros dos atendimentos individuais na UPA em Palmas, Tocantins, devem constar dados de identificação e registro de informações clínicas do paciente e dados do(s) profissional(is) que realizaram o atendimento.

Como critérios de inclusão: idade acima de 18 anos; usuários(as) atendidos pela enfermagem ou médico na UPA no dia de aplicação do formulário e para aqueles sem condição física ou emocional (dor, dificuldade na fala, na compreensão, entre outros) para responder, será convidado o acompanhante, quando houver.

Os critérios de exclusão serão: idade menor que 18 anos; usuários (as) presentes na UPA no dia da aplicação do formulário que não passaram por atendimento médico ou de enfermagem; não aceitação do usuário ou acompanhante para responder o formulário.

Para a apreensão sobre as características da população, pretende-se quantificar as características utilizando estatística descritiva, com medidas de centralização e dispersão. Quanto às informações sobre os motivos da demanda por atendimento na UPA, serão identificadas categorias temáticas, a partir da técnica de análise (de conteúdo) temática. A análise temática trabalha com a noção de tema de determinado assunto buscando identificar por meio de uma palavra, frase ou resumo um núcleo que signifique algo para o objetivo pesquisado. Operacionalmente a análise temática ocorre em três fases: pré-análise (organização do material por meio de várias leituras); exploração do

**Endereço:** Rua Basílio da Gama s/n  
**Bairro:** Canela **CEP:** 40.110-040  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-7419 **Fax:** (71)3283-7460 **E-mail:** [cepisc@ufba.br](mailto:cepisc@ufba.br)

**UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA**



Continuação do Parecer: 1.961.974

material (codificação material) e; tratamento dos resultados (analisar os dados e destacar as informações obtidas para interpretá-las à luz do quadro.

A pesquisa se justifica pela importância de discutir os motivos da demanda por atendimento na UPA, esperando-se, a partir dos resultados, aprofundar a compreensão de tal grupo social e sobre seus aspectos da realidade, podendo constituir-se como fonte de informações e, portanto, subsidiar os gestores e profissionais no processo de planejamento e tomada de decisão quanto às estratégias específicas voltadas para a integração e fortalecimento da rede de urgência do município e, conseqüentemente, melhoria da qualidade dos serviços.

**Objetivo da Pesquisa:**

O projeto tem como objetivo geral analisar as características e os motivos da demanda por atendimento em uma unidade de urgência no norte do país.

Como objetivos específicos visa descrever as características da população atendida em uma unidade de urgência no norte do país; discutir os motivos da demanda por atendimento em uma unidade de urgência no norte do país.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Será solicitado aos participantes o consentimento para participação na pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após apresentação dos objetivos do estudo e de posse de parecer de aprovação do Comitê de Ética.

Todos os dados serão manejados e analisados de forma anônima, de modo a proteger a privacidade e manter confidencialidade, os nomes dos pacientes não aparecerão na divulgação dos dados e nem quando os resultados forem apresentados. Serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes, assim os riscos ou prejuízos ao bem-estar dos pacientes serão mínimos.

Os usuários serão abordados e convidados pela pesquisadora para participar da pesquisa após o término do atendimento na UPA, onde serão esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa e depois de expressado interesse e disponibilidade em participar será devolvida a pesquisadora uma cópia assinada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante. Posteriormente, após a

<b>Endereço:</b> Rua Basílio da Gama s/n	
<b>Bairro:</b> Canela	<b>CEP:</b> 40.110-040
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> SALVADOR
<b>Telefone:</b> (71)3283-7419	<b>Fax:</b> (71)3283-7460
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:cepisc@ufba.br">cepisc@ufba.br</a>

**UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA**



Continuação do Parecer: 1.961.974

aceitação, será iniciada a aplicação dos formulários.

Quanto ao acesso às fichas de registros de atendimento, bem como, a presença na UPA para abordagem dos usuários, serão feitos mediante a anuência do gestor da Secretaria Municipal de Saúde e do gestor da UPA [REDACTED], de modo que antecipadamente, serão disponibilizados a estes cópias do projeto o qual será avaliado pela comissão de avaliação de projetos e pesquisas da Fundação Escola Saúde Pública de Palmas.

Neste caso, a dispensa do uso de TCLE para coleta de dados secundários, nas fichas de atendimento da Unidade de Pronto Atendimento [REDACTED], se justifica por se tratar de um estudo transversal, que empregará informações das fichas de atendimento médico, sistemas de informação institucional e/ou demais fontes de dados e informações clínicas disponíveis na instituição sem previsão de utilização de material biológico, e nos casos em que os pacientes já vieram a óbito; e/ou são de difícil localização de familiares, pois os mesmos não frequentam regularmente o serviço Sem questão, a UPA.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo possibilitará conhecer a demanda e condições de acesso a UPA [REDACTED], e assim, contribuir para possível melhoria na qualidade da assistência e organização do fluxo na rede de atenção à saúde de Palmas-TO.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa apresenta todos os itens necessários à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa: folha de rosto, descrição da pesquisa, informação relativa aos sujeitos da pesquisa, curriculum vitae da pesquisadora responsável e orientador.

A pesquisa utilizará Termo de Consentimento Livre Esclarecido para os participantes e termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde do município de Palmas-TO para realização do referido estudo. Também fora apresentada dispensa de TCLE para a utilização dos dados secundários.

Foram apresentados: o modelo do Termo de Consentimento Livre Esclarecido; o instrumento de coleta de dados primários; o instrumento de coleta de dados secundários e a declaração de financiamento do projeto com recursos próprios.

**Endereço:** Rua Basílio da Gama s/n

**Bairro:** Canela

**CEP:**

40.110-040

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:**

(71)3283-7419 **Fax:** (71)3283-7460

**E-mail:** [cepisc@ufba.br](mailto:cepisc@ufba.br)

**UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA**



Continuação do Parecer: 1.961.974

Os investigadores comprometem-se a guardar sigilo dos participantes, utilizando-se exclusivamente para fins desta pesquisa, sem divulgá-los de qualquer forma que possibilite a identificação de pessoas ou instituições.

Existe indicação de que os procedimentos do estudo oferecem riscos mínimos para os seus participantes.

Foram apresentados cronograma de execução e o orçamento financeiro detalhado do estudo, que será custeado com recursos próprios. No entanto, observa-se que o cronograma, no que tange a coleta de dados, encontra-se incompatível com a data de entrada no comitê de ética, necessitando ser readequado para a data de sua aprovação.

**Recomendações:**

Recomenda-se uma revisão no projeto, no que tange aos critérios de exclusão.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Assim, pelo exposto, considero não haver qualquer observação que contraindique a sugestão de aprovação do referido projeto.

Salvo melhor juízo, sou favorável a sua aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, na sessão do dia 14/02/2017, o processo referente ao projeto de pesquisa em tela.

Não tendo apresentado pendências na época da sua primeira avaliação, atendeu de forma adequada e satisfatoriamente às exigências da Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

<b>Endereço:</b> Rua Basílio da Gama s/n	
<b>Bairro:</b> Canela	<b>CEP:</b> 40.110-040
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> SALVADOR
<b>Telefone:</b> (71)3283-7419	<b>Fax:</b> (71)3283-7460
	<b>E-mail:</b> cepisc@ufba.br

**UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA**



Continuação do Parecer: 1.961.974

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_850828.pdf	11/01/2017 12:31:34		Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	11/01/2017 12:26:01	CLAUDIA LAYSE ALMEIDA SOUSA	Aceito
Outros	CurriculosLattesMariluce.pdf	06/01/2017 16:55:18	CLAUDIA LAYSE ALMEIDA SOUSA	Aceito
Outros	CurriculClaudia.pdf	06/01/2017 16:54:41	CLAUDIA LAYSE ALMEIDA SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSADETCLE.pdf	06/01/2017 16:51:41	CLAUDIA LAYSE ALMEIDA SOUSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	06/01/2017 16:44:43	CLAUDIA LAYSE ALMEIDA SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/01/2017 16:43:52	CLAUDIA LAYSE ALMEIDA SOUSA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	06/01/2017 16:43:30	CLAUDIA LAYSE ALMEIDA SOUSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODEANUNCIA.PDF	06/01/2017 16:43:10	CLAUDIA LAYSE ALMEIDA SOUSA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	06/01/2017 16:42:17	CLAUDIA LAYSE ALMEIDA SOUSA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 13 de Março de 2017

\_\_\_\_\_  
**Assinado por: Mônica de Oliveira Nunes  
(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Basílio da Gama s/n  
**Bairro:** Canela **CEP:**  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-7419 **Fax:** (71)3283-7460

40.110-040

**E-mail:** cepisc@ufba.br

**ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA PARA COLETA DE DADOS**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS  
SECRETARIA DE SAÚDE  
FUNDAÇÃO ESCOLA SAÚDE PÚBLICA**

**RELATÓRIO DA ANÁLISE DE PROJETO PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE  
PROJETO E PESQUISA**

**Nº 074 – 12/2016**

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

**PESQUISADOR(A):** CLÁUDIA LAYSE ALMEIDA SOUSA

**TÍTULO DO TRABALHO:** CARACTERÍSTICAS E MOTIVOS DA DEMANDA POR ATENDIMENTO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NO NORTE DO BRASIL.

**PARECER**

*Após reunião da Comissão de Avaliação de Projeto e Pesquisa e de acordo com a resolução 466/2012 que rege sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e que, determina que toda pesquisa deve ser realizada dentro de princípios éticos e morais, concluiu-se que a referida pesquisa atende às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, estando sua execução liberada.*

**SITUAÇÃO DO PROJETO:** *Aprovado*

**Palmas, 13 de dezembro de 2016**

*Werlem B.S.S. Santiago*  
**Werlem Batista da Silva Santiago**

Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas

Comissão de Avaliação  
de Projetos e Pesquisas