

Perfil Clínico-epidemiológico de Pacientes Atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento da Atenção Secundária em Várzea Grande, Mato Grosso

Clinical and Epidemiological Profile of Patients Treated at a Secondary Care Emergency Unit in Várzea Grande, Mato Grosso

Perfil Clínico-epidemiológico de Pacientes Atendidos en una Unidad de Urgencias de Atención Secundaria en Várzea Grande, Mato Grosso

RESUMO

Introdução: As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) têm cada dia mais importância como integrantes da rede de atenção secundária do Sistema Único de Saúde. Devido ao insuficiente quantitativo de Unidades Básicas de Saúde elas têm sido o principal meio de assistência à saúde para a maioria da população. Saber o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes atendidos nessas unidades é de suma importância para conhecer as necessidades dos pacientes e elaborar medidas para otimizar os atendimentos tanto em qualidade quanto em agilidade. **Métodos:** Trata-se de um estudo do tipo corte transversal prospectivo (observacional) para avaliação do perfil clínico e epidemiológico dos atendimentos em uma unidade secundária. A pesquisa foi realizada em uma UPA de grande porte do município de Várzea Grande (MT) de abril a junho de 2024. Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes adultos e maiores de 18 anos classificados como azul, verde ou amarelo pela classificação de risco (triagem), ou seja, pacientes que foram atendidos no consultório médico pela equipe de pesquisa. **Resultados:** Foram incluídos neste estudo 161 pacientes da demanda espontânea, desses 63,4% eram mulheres, 34,2% trabalhavam no comércio, 78,3% tinham entre 18 e 49 anos, 84,5% não praticavam exercício físico e 60,9% tinham uma renda familiar de até dois salários-mínimos. Cefaleia foi vista em 30,4% dos pacientes e mialgia em 25,5%. Foi visto que 72 (44,7%) pacientes procuraram a UPA com 1 dia de sintoma e tiveram como desfecho da consulta alta após medicação (47,2%). HAS (18,6%) e obesidade (10,6%) foram as comorbidades mais frequentes. A principal hipótese diagnóstica aventada foi IVAS, com 16,8% dos casos. Analgésico foi administrado em 54% dos pacientes na UPA e 33 (20,5%) realizaram radiografia como exame complementar, sendo o mais frequente. **Discussão:** A maior prevalência de mulheres atendidas se assemelha a outros trabalhos e indica possível resistência do público masculino em procurar cuidado em saúde. Em relação ao diagnóstico de doença estabelecido, assim como em outros estudos, IVAS, dor musculoesquelética, GECA e arboviroses foram os mais frequentes, assim como em outros estudos. **Conclusão:** A maioria dos pacientes atendidos nesta UPA são mulheres, na faixa etária de 18 a 49 anos, que trabalham com comércio ou com atividades domésticas, solteiras e com ensino médio completo. Possuem na maior parte das vezes uma renda familiar de até dois salários-mínimos, moram em casas com rede de água e esgoto, sendo que a grande maioria não pratica atividades físicas. Os principais sintomas relatados foram cefaleia, mialgia, febre, náuseas e vômitos. A maioria dos pacientes procurou a UPA com 1 dia de sintomas e tiveram alta médica após serem medicados dentro da unidade. As principais hipóteses diagnósticas foram: infecção de vias aéreas superiores, dor musculoesquelética, gastroenterocolite aguda e arboviroses. Dentre as comorbidades, as mais prevalentes foram HAS, obesidade e DM. As classes de medicações mais prescritas foram analgésicos, anti-inflamatórios e antieméticos. Assim como os exames complementares mais solicitados foram: radiografias, laboratoriais e ultrassonografia, nesta ordem.

DESCRIPTORES: Sistema Único de Saúde. Unidade de Pronto Atendimento. Várzea Grande.

ABSTRACT

Introduction: Emergency Care Units are increasingly important as members of the secondary care network of our Unified Health System. Due to the insufficient number of Basic Health Units, they have been the main means of health care for the majority of the population. Knowing the clinical and

epidemiological profile of patients treated in these units is of utmost importance to understand the needs of patients and develop measures to optimize care both in quality and agility. **Method:** This is a prospective cross-sectional (observational) study. The research was carried out in a large UPA in the municipality of Várzea Grande from April to June 2024. All adult patients over 18 years of age classified as blue, green or yellow by the risk classification (triage) were included in the research, that is, patients who were seen in the doctor's office by the research team. **Results:** This study included 161 patients who spontaneously sought care at a UPA in the municipality of Várzea Grande. Of these, 63.4% were women, 34.2% worked in commerce, 78.3% were between 18 and 49 years old, 84.5% did not exercise, and 60.9% had a family income of up to two minimum wages. Headache was seen in 30.4% of patients and myalgia in 25.5%. It was observed that 72 (44.7%) patients sought the UPA with 1 day of symptoms and were discharged after medication (47.2%). Hypertension (18.6%) and obesity (10.6%) were the most frequent comorbidities. The main diagnostic hypothesis raised was URTI, with 16.8% of cases. Analgesics were administered to 54% of patients at the UPA and 33 (20.5%) underwent radiography as a complementary exam, which was the most frequent. **Discussion:** The higher prevalence of women seen is similar to other studies and shows the resistance of the male population to seek health care. Regarding the diagnosis of disease established, as in other studies, URTI, musculoskeletal pain, GECA and arboviruses were the most frequent, as in other studies. **Conclusion:** Most patients seen at this UPA are women, aged 18 to 49 years, who work in commerce or with domestic activities, are single and have completed high school. In most cases, they have a family income of up to two minimum wages, live in houses with water and sewage systems, and the vast majority do not practice physical activities. The main symptoms reported were headache, myalgia, fever, nausea and vomiting. Most patients sought the UPA with 1 day of symptoms and were discharged after being medicated within the unit. The main diagnostic hypotheses were: upper respiratory tract infection, musculoskeletal pain, acute gastroenterocolitis and arboviruses. Among the comorbidities, the most prevalent were hypertension, obesity and DM. The most prescribed classes of medications were analgesics, anti-inflammatories and antiemetics. The most requested complementary exams were: radiographs, laboratory tests and ultrasound, in that order.

DESCRIPTORS: Unified Health System; Emergency Care Unit; Várzea Grande

RESUMEN

Introducción: Las Unidades de Pronta Atención (UPA) tienen cada vez más importancia como parte de la red de atención secundaria del Sistema Único de Salud. Debido al número insuficiente de Unidades Básicas de Salud, se han convertido en el principal medio de atención sanitaria para la mayoría de la población. Conocer el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes atendidos en estas unidades es de suma importancia para comprender sus necesidades y elaborar medidas que optimicen la atención tanto en calidad como en agilidad. **Métodos:** Se trata de un estudio de corte transversal prospectivo (observacional) para evaluar el perfil clínico y epidemiológico de las atenciones en una unidad secundaria. La investigación se realizó en una UPA de gran tamaño del municipio de Várzea Grande (MT) entre abril y junio de 2024. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes adultos mayores de 18 años clasificados como azul, verde o amarillo según la clasificación de riesgo (triage), es decir, pacientes atendidos en el consultorio médico por el equipo de investigación. **Resultados:** Se incluyeron 161 pacientes de demanda espontánea, de los cuales el 63,4% eran mujeres, el 34,2% trabajaban en el comercio, el 78,3% tenían entre 18 y 49 años, el 84,5% no realizaban actividad física y el 60,9% tenían un ingreso familiar de hasta dos salarios mínimos. La cefalea se observó en el 30,4% de los pacientes y la mialgia en el 25,5%. Se constató que 72 (44,7%) pacientes acudieron a la UPA con un día de síntomas y recibieron el alta tras la medicación (47,2%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial sistémica (18,6%) y obesidad (10,6%). La principal hipótesis diagnóstica fue infección de vías respiratorias superiores (IVAS), con el 16,8% de los casos. Se administraron analgésicos al 54% de los pacientes en la UPA y 33 (20,5%) se sometieron a radiografía como examen complementario, siendo el más frecuente. **Discusión:** La mayor prevalencia de mujeres atendidas concuerda con otros estu-

dios y sugiere una posible resistencia del público masculino a buscar atención médica. En cuanto a los diagnósticos establecidos, al igual que en otras investigaciones, las infecciones de vías respiratorias superiores, el dolor musculoesquelético, la gastroenterocolitis aguda y las arbovirosis fueron las más frecuentes. **Conclusión:** La mayoría de los pacientes atendidos en esta UPA son mujeres, de entre 18 y 49 años, que trabajan en el comercio o en labores domésticas, solteras y con educación secundaria completa. En su mayoría tienen ingresos familiares de hasta dos salarios mínimos, viven en viviendas con red de agua y alcantarillado, y la gran mayoría no practica actividad física. Los principales síntomas referidos fueron cefalea, mialgia, fiebre, náuseas y vómitos. La mayoría buscó atención con un día de síntomas y fue dada de alta tras recibir medicación en la unidad. Las principales hipótesis diagnósticas fueron: infección de vías respiratorias superiores, dolor musculoesquelético, gastroenterocolitis aguda y arbovirosis. Entre las comorbilidades más prevalentes se encontraron hipertensión arterial sistémica, obesidad y diabetes mellitus. Las clases de medicamentos más prescritas fueron analgésicos, antiinflamatorios y antieméticos, y los exámenes complementarios más solicitados fueron radiografías, análisis de laboratorio y ultrasonidos, en ese orden.

DESCRIPTORES: Sistema Único de Salud; Unidad de Pronto Atención; Várzea Grande.

RECEBIDO EM: 03/09/2025 APROVADO EM: 20/10/2025

Como citar este artigo: Fernandes LS, Moura ECD, Gomes LT. Perfil Clínico-epidemiológico de Pacientes Atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento da Atenção Secundária em Várzea Grande, Mato Grosso. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];16(101):17520-17545. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v16i101p17520-17545



Leonardo de Souza Fernandes

Médico Residente do Programa de Residência Médica em Infectologia do Hospital Universitário Júlio Müller (HJUM/EBSERH) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e Mestre em Ciências Aplicadas à Atenção Hospitalar pelo HJUM/EBSERH



Luciano Teixeira Gomes

Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e do Programa de Pós Graduação em Ciências Aplicadas à Atenção Hospitalar do Hospital Universitário Júlio Müller (HJUM/EBSERH).



Emily Carolina Donato de Moura

Discente do Curso de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado no Brasil pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado nas conhecidas leis 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90, tendo como objetivo garantir o acesso à saúde a todo cidadão presente no nosso país. As leis citadas acima dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, fazendo com que seja de caráter obrigatório o atendimento de saúde público para toda e qualquer pessoa que se encontra em território brasileiro¹.

No Brasil, tornou-se necessário que o SUS fosse dividido e organizado por meio de níveis de atenção, para que os atendimentos tivessem um fluxo organizado de acordo com suas complexidades. É uma estrutura operacional que faz a articulação da atenção à saúde e deve se fundamentar na comunicação horizontal entre todos os serviços de saúde. Existem 3 níveis: atenção primária, secundária e terciária².

Geralmente são direcionados para a atenção secundária os pacientes que precisam da realização de exames ou para atendimentos de urgência e emergência. Estes, posteriormente, são en-

caminhados para o setor terciário, em casos de maior complexidade e/ou internação³.

No âmbito da atenção secundária, no que diz respeito aos atendimentos de urgência e emergência, o Governo Federal criou a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana e objetiva atender os pacientes com complexidade intermediária, sendo uma rede organizada e interligada com a atenção primária, atenção domiciliar, atenção hospitalar e o SAMU 192⁴.

As UPAs desempenham um papel crucial no SUS e oferecem atendi-

to de urgência e emergência de média complexidade. Implementadas como parte da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), às UPAs visam ampliar o acesso aos serviços de saúde e reduzir as desigualdades no atendimento emergencial⁵. Adicionalmente, uma investigação conduzida em uma UPA no norte do Brasil identificou que muitos usuários procuram esses serviços devido à agilidade no atendimento e à percepção de qualidade, mesmo para casos não urgentes, o que pode refletir falhas na atenção primária⁶.

Um estudo feito em Unidades de Pronto Atendimento do Rio de Janeiro por Costa et al. (2020) entre 2013 e 2015 pesquisaram o perfil de pacientes idosos que procuraram o serviço, e mostrou por exemplo que traumas, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias foram as principais causas de procura no pronto atendimento. Dessas causas, queda, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e tosse foram os mais registrados, respectivamente.

A implementação das UPAs trouxe mudanças significativas na organização do sistema de saúde brasileiro. Estudo realizado no estado do Paraná, identificou que essas unidades são classificadas de acordo com a capacidade física instalada, número de leitos disponíveis, gestão de pessoal e capacidade diária de atendimentos médicos. No entanto, foram observadas desigualdades organizacionais e de gestão entre os serviços em diferentes regiões, indicando desafios na integração das UPAs às redes de atenção à saúde⁷.

A superlotação é um problema recorrente nas UPAs, comprometendo a segurança dos pacientes devido ao elevado tempo de espera. Uma pesquisa na UPA de Itapeva revelou que quase 80% dos atendimentos eram de casos não urgentes, sugerindo uma procura inadequada por parte dos usuários e possíveis falhas na atenção primária⁸. Além disso, a falta de capacitação dos profissionais para a classificação de risco foi apontada como uma limitação no atendimento.

Outra pesquisa realizada por Souza et al. (2022) em uma UPA da região centro-oeste do Estado de São Paulo traçou o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos entre 2018 e 2019 por meio da análise de prontuários. Foram 383 prontuários analisados, sendo que mais da metade destes teve classificação não urgente (verde). Neste mesmo estudo doenças do sistema musculoesquelético, lesões de causas externas (traumas) e lesões do sistema nervoso foram as principais causas da procura à unidade. O sexo feminino foi predominante e a faixa etária de 31 a 59 anos a mais encontrada dentre os pacientes atendidos.

Por fim, um estudo realizado no Maranhão⁹ caracterizou o perfil clínico-epidemiológico de pacientes de uma UPA 24h da cidade de Imperatriz (MA). O sexo feminino foi predominante, assim como a faixa etária de 16-30 anos, sendo a classificação verde correspondendo a 70% dos pacientes incluídos no estudo. E por fim quanto as queixas principais, a cefaleia foi a mais presente, seguido de faringite, epigastralgia e dor abdominal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo e prospectivo do tipo corte transversal. A pesquisa foi realizada em uma UPA de grande porte do município de Várzea Grande e do estado de MT, possuindo um elevado número de atendimentos com uma grande variedade de pacientes e diagnósticos. Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes adultos e maiores de 18 anos classificados como azul, verde ou amarelo pela classificação de risco (triagem), ou seja, pacientes que foram atendidos no consultório médico. Não foram incluídos na pesquisa pacientes menores de 18 anos ou pacientes do box de emergência e observação (internados).

Para uniformizar a coleta de dados, somente uma equipe procedeu a seleção e a coleta de dados dos pacientes inclu-

ídos. Os pacientes foram atendidos em ordem de prioridade de acordo com a classificação de risco definida pela equipe de enfermagem durante a triagem. Essa coleta de dados foi feita duas vezes por semana pela equipe de médicos devidamente treinados para aplicação do questionário e TCLE, durante os plantões realizados na unidade de pronto atendimento selecionada para o estudo no período de abril a junho de 2024. A coleta de dados se deu por meio da aplicação de um questionário pré-estabelecido (apêndice A) durante ou após a consulta médica com o paciente elegível. Informações clínicas e epidemiológicas foram pesquisadas de acordo com esse questionário. Os dados coletados foram registradas em um formulário padrão previamente elaborado pela equipe de pesquisa no software Epidata 3.1 (Epidata Association, Denmark, 2014).

A análise de algumas variáveis do estudo exigiram o entendimento de conceitos pré-existent listados abaixo:

- Nível de escolaridade: As opções desta variável foram consideradas da seguinte forma: nenhum (analfabeto), fundamental (completo ou incompleto), médio (completo ou incompleto) e superior (completo ou incompleto).
- Atividade física: Foi considerado como resposta “Sim” para esta variável apenas se o paciente fazia algum tipo de atividade física (esporte, musculação, caminhada, etc.) sem necessariamente ter alguma regularidade na frequência destas atividades.
- Renda familiar: Segundo o último censo do IBGE a família que ganha de 1 a 2 salários-mínimos pertence a classe E. A família que tem renda de 3 a 4 salários-mínimos pertence a classe D. De 5 a 10 salários-mínimos classe C. De 10 a 20 salários-mínimos classe B, e por fim, acima de 20 salários-mínimos classe A. (IBGE, 2024). Logo o questionário deste estudo classificou os pacientes em classes: E, D e C ou acima.

• **Tabagismo:** O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência à nicotina presente nos produtos à base de tabaco. É definido como o hábito de consumir com frequência produtos derivados do tabaco que contém nicotina De acordo com a Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), ele integra o grupo de "transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento" em razão do uso da substância psicoativa (WHO, 2022).

• **Etilismo:** A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o alcoolismo, ou etilismo, como uma doença crônica caracterizada por um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o uso repetido de álcool. Esses fenômenos incluem um forte desejo de consumir álcool, dificuldade em controlar o consumo, persistência no uso apesar das consequências nocivas, priorização do uso de álcool em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância e, por vezes, sintomas físicos de abstinência quando o consumo é interrompido (WHO, 2022)

Os critérios necessários para que o paciente fizesse parte do estudo estão elencados abaixo. De forma geral o estudo teve como foco os pacientes adultos, não internados, cooperativos com o estudo e que não estivesse com alguma gravidade de ameaça a vida no momento da aplicação do questionário. Seguem os critérios de inclusão: ter pelo menos 18 anos de idade ou mais, ser classificado na triagem da unidade como azul, verde ou amarelo, concordar em participar do estudo e assinar o TCLE.

Não houve riscos significativos para os participantes incluídos, uma vez que eles não sofreram nenhuma intervenção clínica, medicamentosa ou de procedimento invasivo. Porém o único descon-

forto foi um pequeno tempo adicional para responder às perguntas inerentes à pesquisa e aplicação do TCLE. A confidencialidade dos dados foi assegurada segundo a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD - Lei Nº 13.709) criada em 14 de agosto de 2018.

Indiretamente, o paciente enquanto usuário do serviço de saúde público (SUS), irá se beneficiar dos resultados da pesquisa, uma vez que os conhecimentos produzidos poderão aperfeiçoar o atendimento das unidades e a melhor aplicação de recursos em insumos e serviços.

Todos os pacientes incluídos na pesquisa assinaram o TCLE e tiveram a identificação preservada segundo os princípios da confidencialidade contidos na LGPD. Os nomes dos pacientes não foram expostos permitindo assim que os mesmos não sejam identificados, mantendo preservado o anonimato. Também não foi exigido nada mais do participante além das informações de interesse do estudo. Esta pesquisa seguiu todos os princípios éticos e foi aprovado pelo CEP HUJM/EBSERH sob o nú-

mero CAAE 75687023.0.0000.5541.

As variáveis contínuas foram descritas como média ou mediana e desvio padrão (DP) ou intervalo interquartilico e as categóricas como frequência percentual. O teste de Shapiro-Wilk foi realizado para verificar a normalidade da distribuição dos parâmetros e de suas razões. Para testar a hipótese de igualdade das variáveis contínuas estudadas, testes paramétricos e não paramétricos foram utilizados. Para todas as análises, um valor de $p < 0,05$ foi considerada uma diferença estatisticamente significativa. As análises estatísticas foram realizadas usando o software Stata versão 12.0 (Stata Corporation, College Station, TX, EUA).

RESULTADOS

Foram incluídos neste estudo entre abril e junho de 2024, 161 pacientes da demanda espontânea de atendimento de uma UPA no município de Várzea Grande, Mato Grosso. Os dados demográficos dos pacientes incluídos no estudo são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Características demográficas de 161 pacientes atendidos em uma UPA de Várzea Grande (MT) de abril a junho de 2024.				
Característica		n	%	IC 95%
Sexo	Masculino	59	36,6	29,49 – 44,4
	Feminino	102	63,4	55,56 – 70,5
Ocupação	Comércio	55	34,2	27,2 – 41,9
	Doméstico	39	24,2	18,2 – 31,5
	Construção	14	8,7	5,2 – 14,2
	Aposentado	11	6,8	3,8 – 12,0
	Não trabalha	10	6,2	3,4 – 11,2
	Estudantes	8	5,0	2,5 – 9,7
	Vigilantes	6	3,7	1,7 – 8,1
	Educação	5	3,1	1,3 – 7,3
	Outros	13	8,1	4,7 – 13,5
Cidade de residência	Várzea Grande	150	95,6	91,1 – 97,9
	Cuiabá	4	1,9	0,5 – 5,6
	Outras	7	2,5	0,9 – 6,5

Estado Civil	Solteiro	87	54,0	46,2 – 61,7
	Casado/União Estável	58	36,0	28,9 – 43,8
	Divorciado/Separado	11	6,9	3,8 – 12,0
	Viúvo	5	3,1	1,3 – 7,3
Nível de escolaridade completo ou incompleto	Nenhum	4	2,5	0,9 – 6,5
	Fundamental	33	20,5	14,9 – 27,5
	Médio	89	55,3	47,4 – 62,8
	Superior	35	21,7	15,9 – 28,8
Renda Familiar (em salários mínimos)	Até 2 salários	98	60,9	53,0 – 68,1
	3 a 4 salários	48	29,8	23,1 – 37,4
	5 ou mais	15	9,3	5,7 – 14,9
Rede de Água	Sim	130	80,7	73,8 – 86,2
	Não	31	19,3	13,8 – 26,2
Rede de Esgoto	Sim	99	61,5	53,7 – 68,7
	Não	62	38,5	31,2 – 46,3
Atividade Física	Sim	25	15,5	10,7 – 22,0
	Não	136	84,5	78,0 – 89,3
Idade (anos) Média = 38,4 anos DP = 14,4 anos	18 – 49	126	78,3	71,1 – 84,0
	50 – 59	20	12,4	8,1 – 18,5
	60 – 79	14	8,7	5,1 – 14,2
	≥ 80	1	0,6	0,08 – 4,3

IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; DP:

Desvio padrão

Dos 161 pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) pesquisada, 102 (63,4%) eram do sexo feminino, enquanto apenas 59 (36,6%) eram do sexo masculino.

Sobre a ocupação dos participantes, 34,2% (55) disseram trabalhar em áreas relacionadas ao comércio, 24,2% (39) com atividades domésticas e 8,7% (14) em construção civil. As outras ocupações menos frequentes, mas registradas, foram: vigilantes e trabalhadores da educação. Cerca de 6,8% (11) eram aposentados, 6,2% (10) não estavam trabalhando no momento e 5% (8) eram estudantes.

Na análise da cidade de moradia desses pacientes, encontrou-se que 95,6% (150) residiam na própria cidade de Várzea Grande, ou seja, na mesma cidade onde se localiza a Unidade de Pronto Atendimento em questão. Apenas 2,48% (4) pacientes moravam em Cuibá e 4,34% (7) em outras localidades.

Em relação ao estado civil 54% (87) eram solteiros, 36% (58) casados/união estável, 6,9% (11) divorciados/separados e 3,1% (5) viúvos. Sobre o nível de escolaridade 55,3% (89) tinham o ensino médio completo ou incompleto, 21,7% (35) tinham ensino superior completo ou incompleto e 20,5% (33) o ensino fundamental completo ou incompleto.

Quando se fala em renda familiar, 60,9% (98) disseram ser de até 2 salários mínimos (Classe E - IBGE), 29,8% (48) de 3 a 4 salários (Classe D - IBGE) e 9,3% (15) 5 ou mais salários mínimos (Classes C, B ou A - IBGE). No período deste estudo o salário mínimo vigente foi de R\$1.412,00.

Sobre alguns dos serviços públicos essenciais oferecidos para a população, 80,7% (130) disseram ter acesso à rede de água em seus domicílios e 61,5% (99) disseram ter rede de esgoto.

A prática de atividade física também foi avaliada e apenas 15,5% (25) dos 161 entrevistados disseram praticar al-

gum tipo de atividade física (independente de regularidade), enquanto 84,5% (136) disseram não fazer nenhum tipo de exercício físico.

Por fim sobre a idade dos pacientes, 78,3% (126) tinham entre 18 e 49 anos, 12,4% (20) entre 50 e 59 anos e apenas 9,32% (15) 60 anos ou mais. Lembrando que o estudo foi feito apenas com pacientes maiores de 18 anos de idade. A média de idade foi 38,4 anos mostrando o predomínio de jovens nas consultas médicas.

Durante o questionário também foi perguntado com que frequência frequentavam a Unidade Básica de Saúde (UBS) visto que grande parte das queixas relatadas na UPA poderiam ser resolvidas na atenção primária. 70,8% (114) dos pacientes disseram não ter ido em alguma UBS em 2024 e 50,3% (81) disseram não terem ido em 2023. 45 pacientes (28%) foram em alguma UBS uma ou duas vezes em 2023 e 31 (19,3%) alguma vez em 2024. Do total, 35 (20,7%) foram três vezes ou mais

no ano de 2023 e 16 (9,9%) já estiveram também três vezes ou mais no ano de 2024. No entanto, quase metade dos pacientes estudados, isto é 75 (46,6%), não sabem a diferença entre uma UPA e uma Unidade Básica de Saúde. Foram avaliados diversos parâmetros clínicos nos 161 pacientes incluídos no estudo, dentre eles os sinais vitais, sintomas presentes durante a consulta, dias de sintomas até a procura da UPA e também desfechos clínicos ao final dos atendimentos (Tabela 2).

Tabela 2 - Sinais vitais e sintomas de 161 pacientes atendidos em uma UPA de Várzea Grande (MT) de abril a junho de 2024.			
Sinais Vitais	Média	DP	
Frequência cardíaca	90,8 bpm	1,23	
Frequência respiratória	17,1 irpm	0,23	
Temperatura axilar	36,6 graus celsius	0,06	
Pressão arterial sistólica	145,0 mmHg	1,72	
Pressão arterial diastólica	86,0 mmHg	1,14	
Sinais e Sintomas		n (%)	IC 95%
Cefaleia	Sim	49 (30,4)	23,8 – 38,0
	Não	112 (69,6)	61,9 – 76,2
Mialgia	Sim	41 (25,5)	19,2 – 32,8
	Não	120 (74,5)	67,2 – 80,7
Artralgia	Sim	19 (11,8)	7,6 – 17,8
	Não	142 (88,2)	82,1 – 92,3
Febre	Sim	40 (24,8)	18,7 – 32,2
	Não	121 (75,2)	67,8 – 81,3
Dor abdominal	Sim	25 (15,5)	10,7 – 22,1
	Não	136 (84,5)	77,9 – 89,3
Dor torácica	Sim	7 (4,4)	2,1 – 8,9
	Não	154 (95,6)	91,1 – 97,9
Vômitos	Sim	36 (22,4)	16,5 – 29,5
	Não	125 (77,6)	70,5 – 83,5
Diarreia	Sim	22 (13,7)	9,1 – 20,0
	Não	139 (86,3)	80,0 – 90,8
Tosse	Sim	26 (16,1)	11,2 – 22,7
	Não	135 (83,9)	77,2 – 88,8
Dias de sintomas	1	72 (44,7)	37,1 – 52,5
	2	28 (17,4)	12,2 – 24,1
	3	25 (15,5)	10,7 – 22,0
	4	8 (5,0)	2,4 – 9,7
	5	28 (17,4)	12,2 – 24,1
Desfecho	Alta	31 (19,3)	13,8 – 26,2
	Medicação e alta	76 (47,2)	39,5 – 55,0
	Exames e alta	16 (9,9)	6,1 – 15,7
	Exames, medicação e alta	36 (22,4)	16,5 – 29,5
	Internação	2 (1,2)	0,2 – 4,3

IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; DP: Desvio padrão; bpm: batimento por minuto; irpm: incursões respiratórias por minuto.

Em relação aos sinais vitais aferidos na triagem e em consultório, as médias foram: frequência cardíaca (91 bpm), frequência respiratória (17 irpm), temperatura axilar (36,6), pressão arterial sistólica (145 mmHg) e pressão arterial diastólica (86 mmHg).

Sobre os sinais e sintomas relatados pelos pacientes, o mais frequentes foram: cefaleia (30,4%), mialgia (25,5%), febre (24,8%), náuseas e vômitos (22,4%), tosse (16,1%) e dor abdominal (15,5%). Sintomas esses que podem ser encontrados em diversas infecções virais ou bacterianas corriqueiras em

pronto atendimentos como por exemplo síndrome gripal, resfriado comum, arboviroses, gastroenterocolite aguda e demais síndromes febris agudas.

Outro dado interessante foi encontrado que diz respeito a quantos dias decorrido do início dos sintomas esses pacientes procuraram o pronto atendimento. A maioria dos 161 pacientes procuraram a UPA com 1 dia de sintomas (44,7%). Em seguida 33% procuraram a UPA com 2 a 3 dias de sintomas e 22,4% com 4 ou mais dias de sintomas.

Sobre os desfechos após consulta médica, 70% dos pacientes tomaram algum

tipo de medicação intramuscular ou endovenosa na unidade de saúde antes da alta médica, 32% realizaram algum tipo de exame antes da alta e apenas 1,2% destes pacientes foram internados. Ou seja, 98,8% dos pacientes não precisaram de internação para o tratamento ou investigação de sua condição clínica.

Quando perguntado sobre as doenças que tinham, 18,6% (30) disseram ter hipertensão arterial sistêmica (HAS), 10,6% (17) tinham obesidade e 7,45% (12) tinham diabetes mellitus. Outras doenças mais frequentes foram: asma, dislipidemia, gastrite e depressão.

Tabela 3 - Comorbidades de 161 pacientes atendidos em uma UPA de Várzea Grande (MT) de abril a junho de 2024.			
Comorbidade		n (%)	IC 95%
Hipertensão arterial sistêmica	Sim	30 (18,6)	13,2 – 25,5
	Não	131 (81,4)	74,5 – 86,7
Diabetes Mellitus	Sim	12 (7,45)	4,2 – 12,7
	Não	149 (92,55)	87,2 – 95,7
Asma	Sim	3 (1,9)	0,6 – 5,6
	Não	158 (98,1)	94,3 – 99,4
Dislipidemia	Sim	3 (1,9)	0,6 – 5,6
	Não	158 (98,1)	94,3 – 99,4
Gastrite	Sim	5 (3,1)	1,2 – 7,3
	Não	156 (96,9)	92,7 – 98,7
Depressão	Sim	2 (1,2)	0,3 – 4,8
	Não	159 (92,8)	95,1 – 99,6
Obesidade	Sim	17 (10,6)	6,6 – 16,4
	Não	144 (89,4)	83,6 – 93,4
Tabagismo	Sim	35 (21,7)	16,0 – 28,9
	Não	126 (78,3)	71,1 – 84,0
Etilismo	Sim	57 (35,4)	28,3 – 43,2
	Não	104 (64,6)	56,8 – 71,7

IC 95%: Intervalo de confiança de 95%;

O tabagismo e etilismo também foram questionados e o resultado foi que 78,3% (126) não eram tabagistas, isto é, não tinham o hábito frequente de consumir produtos à base de nicotina e 21,7% (35) diziam fazer uso frequente de algum tipo de cigarro à base de nicotina. Sobre o etilismo 64,6% (104) relataram não fazerem o consumo de

bebida alcoólica e 35,4% (57) bebiam algum tipo de bebida contendo álcool com certa frequência.

Em relação à classificação de risco dos pacientes no momento de entrada na unidade, 39 (24,2%) pacientes tiveram classificação de risco amarelo, 114 (70,8%) tiveram classificação de risco verde e 8 (5,0%) classificação de risco azul.

Após a consulta médica, anamnese e exame físico dos pacientes foi elaborado uma hipótese diagnóstica para cada caso. De todas as hipóteses as mais prevalentes foram: IVAS (16,77%), dor musculoesquelética (9,94%), gastroenterocolite aguda (9,32%), arboviroses (8,70%) e traumas (8,07%). As demais hipóteses estão descritas na tabela.

Tabela 4 - Principais hipóteses diagnósticas de 161 pacientes atendidos em uma UPA de Várzea Grande (MT) de abril a junho de 2024.

Hipótese Diagnóstica	N	(%)
IVAS	27	16,77
Dor musculoesquelética	16	9,94
Gastroenterocolite aguda	15	9,32
Arboviroses	14	8,70
Trauma	13	8,07
Dor abdominal	11	6,83
Cefaleia	9	5,59
Síndrome Febril Aguda	9	5,59
Urgência Hipertensiva	7	4,34
Furunculose	4	2,48
Alergia	3	1,86
Ansiedade	3	1,86
Outros	30	18,65

IVAS: Infecção de vias aéreas superiores

Foram prescritas medicações para serem realizadas dentro da unidade de saúde e também prescrições domiciliares. Das medicações realizadas dentro

da UPA, 54% dos pacientes fizeram uso de analgésico, 44,1% de anti-inflamatórios não esteroidais (AINE), 22,4% de antieméticos, 2,5% de antibióticos e 2,5% de anti-histamínicos. Das pres-

crições domiciliares, os analgésicos foram prescritos em 85,7% dos pacientes, AINE em 48,5%, antieméticos em 22,4% das vezes, anti-histamínicos em 26,1% e antibióticos em 12,4%.

Tabela 5 - Medicamentos prescritos aos 161 pacientes atendidos em uma UPA de Várzea Grande (MT) de abril a junho de 2024.

Medicamento na UPA		n (%)	IC 95%
Analgésico	Sim	87 (54,0)	46,2 – 61,7
	Não	74 (46,0)	38,3 – 53,8
Anti-inflamatório	Sim	71 (44,1)	36,5 – 51,9
	Não	90 (55,9)	48,1 – 63,5
Antiemético	Sim	36 (22,4)	16,5 – 29,5
	Não	125 (77,6)	70,5 – 83,5
Antibiótico	Sim	4 (2,5)	0,9 – 6,5
	Não	157 (97,5)	93,5 – 99,1
Anti-histamínico	Sim	4 (2,5)	0,9 – 6,5
	Não	157 (97,5)	93,5 – 99,1
Medicamento prescrito		n (%)	IC 95%
Analgésico	Sim	138 (85,7)	79,3 – 90,3
	Não	23 (14,3)	9,6 – 20,6
Anti-inflamatório	Sim	78 (48,5)	40,7 – 56,2
	Não	83 (51,5)	43,8 – 59,3
Antiemético	Sim	36 (22,4)	16,5 – 29,5
	Não	125 (77,6)	70,5 – 83,5

Antibiótico	Sim	20 (12,4)	8,1 – 18,5
	Não	141 (87,6)	81,5 – 91,9
Anti-histamínico	Sim	42 (26,1)	19,8 – 33,5
	Não	119 (73,9)	66,5 – 80,2

IC 95%: Intervalo de confiança de 95%;

Em relação à realização dos exames complementares, do total de 161 pacientes, 33 (20,5%) realizaram exame de radiografia, 25 (15,5%) realizaram exames laboratoriais, 9 (5,6%) realizaram eletrocardiograma (ECG), 8 (5,0%) tiveram solicitação de ultrassonografia (USG) e 2 (1,24%) realizaram tomografia computadorizada (TC). Os exames de USG e TC são feitos em hospital terciário do município. O paciente vai até o local de ambulância e retorna após realização do exame. Já os exames de radiografia, laboratoriais e ECG são feitos na própria unidade.

Observou-se que 84 pacientes (52%) não precisaram realizar nenhum tipo de exame complementar para investigação diagnóstica, em que apenas com o exame clínico já foi possível ter uma provável hipótese diagnóstica e condutas subsequentes.

Sobre os exames de radiografia, a maioria foi do tórax, principalmente para pacientes com dispneia, alguma alteração na ausculta pulmonar ou tosse persistente. Geralmente os exames laboratoriais são solicitados, principalmente, para ver o hemograma como auxílio nos diversos tipos de infecções. O ECG foi solicitado devido queixas de palpitação ou dor torácica e o USG e/ou TC para os casos de abdome agudo, suspeita de ureterolitíase, dentre outras queixas abdominais.

DISCUSSÃO

Sobre a predominância do sexo feminino encontrada nesta pesquisa (63,35%), pode-se indicar que ainda há uma resistência do público masculino em procurar cuidado em saúde, visto que em muitas das vezes em que o homem se consultou tinha consigo uma acompanhante mulher estimulando sua ida até o pronto atendimento. Este resultado se assemelha a outros estudos¹⁻⁵ onde o sexo feminino também representou

a maioria dos pacientes atendidos em diversos pronto-atendimentos do Brasil.

Quando se analisa as ocupações ou profissões mais prevalentes neste estudo (vendedores, trabalhadores domésticos e de construção civil) nota-se que a maioria delas não exigem curso superior. Na maioria desses trabalhos encontra-se algum tipo de esforço físico muscular repetitivo, o que com frequência pode levar o trabalhador a procurar ajuda nas UPAs principalmente devido dor musculoesquelética. Em um estudo feito com 139 pacientes atendidos em hospital de saúde de Santa Cruz do Sul (RS) encontrou-se um resultado diferente onde 37% dos pacientes eram aposentados, 7% agricultores, 7% estudantes e 47% tinham outras profissões¹⁰.

Os resultados das cidades de moradia dos pacientes (95,6% moravam em Várzea Grande) permite desmistificar a ideia de que muitos pacientes de Cuiabá procuram as Unidades de Saúde de Várzea Grande, o que não se mostrou verídico neste presente estudo, pois quase a totalidade dos pacientes morava na mesma cidade da UPA onde foram atendidos.

A renda familiar de até 2 salários-mínimos (até R\$2.824) foi a mais prevalente com quase 61% dos entrevistados e isso define que o público que frequente a unidade em sua maioria é da classe econômica E, segundo o IBGE. Essa classe por conceito têm ganhos de R\$0 até R\$2.824,11. Na época do estudo o salário-mínimo brasileiro era de R\$1.412.

Sobre o saneamento básico e abastecimento de água do município, a falta de rede de esgoto e de água pode ser fator de risco para diversas doenças que utilizam esses meios para se propagar, como por exemplo parasitoses causadas por helmintos e protozoários, além de diversas outras. Segundo Teixeira JC (2014) de 2001 a 2009 no Brasil as doenças ocasionadas devido saneamento básico inadequado foram responsáveis por

13.449 óbitos, correspondendo a 1,31% do total de óbitos no mesmo período.

Outro dado encontrado foi que 84,5% (136) dos pacientes não praticam atividades físicas. Isso impacta diretamente no risco cardiovascular dos pacientes e na qualidade do estilo de vida, contribuindo muitas vezes para um alto índice de sobrepeso e obesidade. Os benefícios da atividade física vão muito além da estética e contribuem significativamente para o controle e prevenção das principais doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus por exemplo. De acordo com a prática de atividade física pode prevenir o surgimento precoce de doenças metabólicas¹² e atuar no tratamento e prevenção das mesmas, interferindo positivamente na capacidade funcional de adultos e idosos. Pela o sedentarismo é definido pela falta de regularidade na prática de atividades físicas. Por essa lógica, quem não dedica, semanalmente, 150 minutos ao próprio corpo, ou 30 minutos diários em cinco dias na semana, é sedentário. Dessa forma, nossos pacientes são, em maioria, sedentários¹³.

Brasil et al. (2019) e Garcia et al. (2014) encontraram a faixa etária de 20-29 anos como a mais comum em sua população da UPA de Iguatu no Ceará. O resultado deste estudo também teve a maior prevalência na faixa etária mais jovem, no caso de 18 a 49 anos (78,3%).

O fato de quase metade dos participantes não saber a diferença entre UPA e UBS pode contribuir para justificar o alto número de atendimentos não urgentes nas unidades de pronto atendimento. Aliado a isso o fato de que não tem UBS para muitas pessoas de diversos bairros a UPA acaba sendo a única alternativa de atendimento médico e odontológico.

Dentre todas as médias de sinais vitais registradas na pesquisa, a da PAS foi considerada um pouco mais elevada (acima de

140 mmHg) podendo refletir a importância de diagnóstico de tratamento de HAS nessa população. Em estudo de Oliveira et al. (2011) com os pacientes de uma unidade de emergência constatou-se resultados semelhantes a este trabalho onde a média da PAS foi de 140mmHg e da PAD foi de 80 mmHg. Os sinais vitais constituem-se em um importante preditor de condição clínica do paciente visto que podemos identificar indícios de doenças graves apenas observando essas aferições, podendo assim direcionar o paciente para o box de emergência ou consultórios no corredor a depender da alteração observada. As outras médias foram consideradas normais.

Em relação aos sinais e sintomas referidos pelos pacientes, Garcia et al. (2014) encontraram como sintomas mais frequentes dor aguda, doenças respiratórias, trauma e mal-estar. Souza (2022) encontrou em estudo no pronto atendimento a lombalgia como queixa de 54,4% das pessoas, seguido de dispneia ou alterações respiratórias logo em seguida com 20,1% dos casos. Em 2011, Oliveira et.al encontraram a cefaleia como principal causa de busca ao pronto atendimento com 9,22% dos casos, seguido de lombalgia (6,57%), dor abdominal (5%) e dor torácica (4,7%).

Em pesquisa de Oliveira (2011) 74,1% dos pacientes receberam alta médica, 24,4% foram encaminhados para unidades terciárias e apenas 0,2% foram internados. Outro autor¹⁴ que traçou o perfil epidemiológico em um hospital de ensino viu que 81% dos pacientes tiveram alta logo após a consulta.

Sobre as comorbidades mais prevalentes neste estudo, 18,6% dos pacientes disseram ter HAS, 10,6% obesidade e 7,45% DM. Em um outro estudo de Oliveira GN (2011) feito em um hospital de ensino do interior de São Paulo, viu-se resultado semelhante onde quase 21% eram hipertensos, 7,3% diabéticos e 5,1% tinham demais cardiopatias. Outra pesquisa realizada em 2016 em uma UPA de Cruz das Almas na Bahia mostrou que HAS e DM foram também as duas principais comorbidades relatadas pelos pacientes¹⁵.

No que se refere ao tabagismo, entende-se que este hábito está diretamente ligado a

várias doenças pulmonares e cardiovasculares como DPOC, IAM, AVE e neoplasias. Saber que quase 80% dos pacientes deste estudo não estão fazendo uso dessa substância é um sinal que a população está deixando aos poucos este hábito em busca de uma vida mais saudável. Segundo Oliveira AF (2008) o uso do tabaco representa um fator de risco para seis das oito principais causas de óbito no mundo, incluindo enfermidades cardíacas isquêmicas, derrames, infecções respiratórias inferiores, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), tuberculose e neoplasias malignas que afetam os pulmões, a traqueia e os brônquios.

Sobre o etilismo detectado (35,4%) foi, na maioria das vezes, o que chamamos de “etilismo social”, que é aquela pessoa que ingere bebida alcoólica apenas em festas, eventos ou aos finais de semana. O consumo de álcool também está diretamente ligado a acidentes de moto e/ou carro, motivos frequentes de atendimento em pronto atendimentos. De acordo com um levantamento nacional sobre o padrão de consumo de álcool na população brasileira¹⁶. O uso de álcool tem se tornado uma séria questão de saúde pública, pois além de contribuir para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, também está associado a diversas dificuldades, como problemas no ambiente de trabalho e nos relacionamentos familiares, participação em acidentes e episódios de violência, além de possíveis consequências legais.

Outra questão abordada relacionada à triagem dos pacientes, é sabido que a maioria dos pacientes recebem classificação verde pois possuem queixas não graves ou urgentes. Pacientes com classificação azul geralmente são pacientes com queixas crônicas ou que buscaram a unidade para mostrar resultado de exames. Os pacientes amarelos são os que merecem mais atenção e geralmente possuem alterações de sinais vitais, principalmente pressão arterial, sendo um dos motivos mais frequentes para o paciente ser triado de amarelo. Taquicardias e alterações de glicemia também são frequentes em pacientes triados de amarelo. Neste estudo quase 71% dos pacientes foram triados de verde, 24,2% de amarelos e

5% de azul. Resultado um pouco diferente foi encontrado em estudo feito em Igatu (CE) onde 47,7% dos pacientes foram triados de verde, 37,6% de azul e 11,5% de amarelo (13-15). Já em estudo feito em uma UPA no Maranhão os resultados foram muito semelhantes a este estudo, com 70% dos pacientes triados de verde, 23,2% de amarelo e 6,5% de azul^{16,17}.

Neste estudo as hipóteses diagnósticas mais prevalentes foram: IVAS (16,77%), dor musculoesquelética (9,94%), gastroenterocolite aguda (9,32%), arboviroses (8,70%) e traumas (8,07%). Em pesquisa feita em um hospital de São Paulo com 384 pacientes no ano de 2008, teve-se como principais hipóteses diagnósticas: lombalgia (4%), infecção do trato urinário (3%), IVAS (2,70%), cefaleia (2,50%), gastroenterocolite aguda (2,4 %) dentre outras¹⁸. Outro estudo de Belém (PA) analisou 470 prontuários de um hospital e viu-se que 33,6% dos diagnósticos foram devido a infecções, 21,7% dor musculoesquelética e 7% queda e doenças do aparelho digestivo¹⁹.

Em uma UPA do Estado do Ceará pesquisadores analisaram 516 prontuários e tiveram como principais diagnósticos: lombalgia (16,6%), cefaleia (13,1%), IVAS (12,4%) e GECA (10%)¹³⁻¹⁵. Em todos estes estudos pode-se notar certa semelhança com os resultados obtidos nesta pesquisa, no caso a hipótese de lombalgia e dor musculoesquelética acabam sendo a mesma hipótese e estiveram como uma das principais hipóteses, assim como cefaleia, IVAS e GECA, que também tiveram alta prevalência.

Sobre as medicações, as realizadas em ambiente intra-hospitalar ainda constituem-se na melhor maneira de aliviar os sintomas agudos dos pacientes, sendo que também a prescrição domiciliar é de fundamental importância para que o paciente possa continuar medicado em sua casa, assim como também evita o retorno do mesmo na UPA por recorrência do sintoma. A grande maioria das medicações na UPA são administradas por via intramuscular, seguido da via endovenosa e subcutânea. Outro fator importante é que se o médico passa os

medicamentos disponíveis na farmácia da unidade a chance de adesão do paciente ao tratamento proposto torna-se muito maior.

Levando essa informação para outros cenários dentro da UPA percebe-se a importância de se prescrever medicações disponíveis na farmácia da referida unidade, pois isso impacta diretamente na adesão ao tratamento, já que medicações adquiridas em drogarias comerciais possuem muitas vezes um custo elevado, podendo comprometer o orçamento familiar dos pacientes. Porém mesmo para famílias com uma renda familiar maior a UPA tem sido também a principal unidade de saúde procurada, visto a boa qualidade de atendimento e grande quantidade de exames que a mesma oferece para investigações de diversas doenças.

Em relação aos exames complementares documentados neste estudo, 20,5% dos pacientes realizaram exame de radiografia, 15,5% exames laboratoriais, 5,6% eletrocardiograma, 5,0% tiveram solicitação de ultrassonografia e 1,24% realizaram tomografia computadorizada (TC). Resultado diferente foi encontrado em um estudo de Hehn e Bueno (2020) em um pronto aten-

dimento privado no Sul do Brasil onde os exames laboratoriais foram 56,7% do total de exames solicitados, seguido da radiografia (31,7%) e TC (4,3%). Já em pesquisa realizada em unidade de saúde do oeste paulista apenas 5,7% dos pacientes fizeram exames laboratoriais e 8% fizeram alguma radiografia 19, 20. Importante salientar que a solicitação desnecessária de exames torna o ambiente de trabalho superlotado com pacientes aguardando retorno e resultados de exames que não terão alteração de conduta.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria dos pacientes atendidos nesta UPA são mulheres, na faixa etária de 18 a 49 anos, que trabalham com comércio ou com atividades domésticas, solteiras e com ensino médio em curso ou completo. Possuem na maior parte das vezes uma renda familiar de até dois salários-mínimos, moram em casas com rede de água e esgoto, sendo que a grande maioria não pratica atividades físicas.

Os principais sintomas relatados foram

cefaleia, mialgia, febre e vômitos. A maioria dos pacientes procurou a unidade de pronto atendimento com 1 dia de sintoma e tiveram alta médica após serem medicados dentro da UPA. As principais hipóteses diagnósticas foram: infecção de vias aéreas superiores (IVAS), dor musculoesquelética, gastroenterocolite aguda (GECA) e arboviroses. Dentre as comorbidades, as mais prevalentes foram HAS, obesidade e DM.

As classes de medicações mais prescritas na unidade de saúde ou para uso domiciliar foram analgésicos, depois anti-inflamatórios e antieméticos. Assim como os exames complementares mais solicitados foram: radiografias, laboratoriais e ultrassonografia, nesta ordem.

Os dados obtidos do perfil clínico-epidemiológico desta população contribuirá para um maior conhecimento acerca das necessidades e demandas exigidas por esses usuários do SUS a fim de que se tenha um atendimento médico mais direcionado, preciso e resolutivo para melhor atender a todos os pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 Dez 31.
2. Moll MF, et al. O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. Rev Enferm UFPE Online. 2017;11(1):86–93.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Entendendo o SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
5. Uchimura LYT. Diagnóstico da integração e da adequabilidade das unidades de pronto atendimentos (UPAs) do estado do Paraná às redes de atenção do Sistema Único de Saúde [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
6. Sousa CLA. Características de usuários e motivos da demanda por atendimento em uma unidade de urgência no norte do Brasil [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br>
7. Costa GAPC, et al. Perfil de atendimento de população idosa nas Unidades de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro. Saúde Debate. 2020;44(125):400–10.
8. Ibañez N. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) [Relatório Final - Dados Gerais]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2013.
9. Silva AG. Perfil de uma unidade de pronto atendimento e ferramentas para organização do fluxo de pacientes [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista (UNESP); 2014. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/items/396172e9-8bfc-4e04-9b99->

e52d0e8e7588

10. Souza NC, et al. Perfil epidemiológico de atendimentos em uma unidade de pronto atendimento. In: A assistência à saúde na contemporaneidade. Vol. 1. 2022. Cap. 22.

11. Souza NC, et al. Perfil epidemiológico de atendimentos em uma unidade de pronto atendimento. In: A assistência à saúde na contemporaneidade. Vol. 1. 2022. Cap. 22.

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

13. Antoniazzi VA. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos no pronto atendimento de um hospital de ensino [Monografia]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2017.

14. Garcia VM, Reis RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. Rev Bras Enferm. 2014;67(2):261–7.

15. Oliveira GN, et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. Rev Latino-Am Enferm. 2011;19(3):[09 telas].

16. Antoniazzi VA. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos no pronto atendimento de um hospital de ensino [Monografia]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2017.

17. World Health Organization. Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2022 Mar 11]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK566045>

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

19. Garcia VM, Reis RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. Rev Bras Enferm. 2014;67(2):261–7.

20. Oliveira GN, et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. Rev Latino-Am Enferm. 2011;19(3):[09 telas].

21. Garcia VM, Reis RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. Rev Bras Enferm. 2014;67(2):261–7.

22. Souza NC, et al. Perfil epidemiológico de atendimentos em uma unidade de pronto atendimento. In: A assistência

à saúde na contemporaneidade. Vol. 1. 2022. Cap. 22.

23. Oliveira AF, Valente JG, Leite IC. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. Rev Saúde Pública. 2008;42(2):335–45.

24. Oliveira GN, et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. Rev Latino-Am Enferm. 2011;19(3):[09 telas].

25. Antoniazzi VA. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos no pronto atendimento de um hospital de ensino [Monografia]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2017.

26. Oliveira GN, et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. Rev Latino-Am Enferm. 2011;19(3):[09 telas].

27. Machado SS. Perfil clínico de atendimentos em uma unidade de emergência do município de Cruz das Almas - BA [Monografia]. Cruz das Almas: Faculdade Maria Milza; 2016.

28. Laranjeira R, et al. I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

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

30. Romero MLDB. Perfil Clínico e Epidemiológico dos pacientes atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas [Trabalho de Conclusão de Curso]. Imperatriz: Universidade Federal do Maranhão; 2019.

31. Ximenes AKR, et al. Perfil clínico de idosos atendidos em uma unidade de pronto atendimento em um hospital de Belém. REAS/EJCH. 2020;12(10):e3965. doi:10.25248/reas.e3965.2020

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

33. Hehn R, Bueno ALM. Perfil epidemiológico dos atendimentos de um pronto atendimento privado do sul do Brasil. Rev Enferm UFSM. 2020;10:1–20.

34. Garcia VM, Reis RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. Rev Bras Enferm. 2014;67(2):261–7.