

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VITÓRIA (EMESCAM)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NÍVEL DE MESTRADO EM
POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL**

LEANDRO GOMES DE FARIA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE
PRESIDENTE KENNEDY (ES): ANÁLISE DE IMPLICAÇÕES PARA AS
POLÍTICAS PÚBLICAS**

**VITÓRIA
2025**

LEANDRO GOMES DE FARIA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE
PRESIDENTE KENNEDY (ES): ANÁLISE DE IMPLICAÇÕES PARA AS
POLÍTICAS PÚBLICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Beatriz de Barros Souza

Área de Concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

VITÓRIA

2025

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

F224p Faria, Leandro Gomes de
Perfil dos usuários do Pronto Atendimento Municipal de Presidente Kennedy (ES) : análise de implicações para as políticas públicas / Leandro Gomes de Faria - 2025.
57 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Beatriz de Barros Souza.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2025.

1. Atenção à saúde. 2. Emergências médicas – Presidente Kennedy (ES). 3. Serviços de saúde – Presidente Kennedy (ES). 4. Gestão em saúde – Presidente Kennedy (ES). 5. Políticas Públicas em Saúde. I. Souza, Beatriz de Barros. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 362.1068

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608


LEANDRO GOMES DE FARIA

**POLÍTICA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO PRONTO ATENDIMENTO (PA)
DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY (ES): O USO DOS SERVIÇOS
PELOS USUÁRIOS**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 27 de junho de 2025.


BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Beatriz de Barros Souza
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Orientadora)



Profa. Dra. Monica Cattafesta
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Membro Interno)

Documento assinado digitalmente
 MARCELLE LEMOS LEAL SANTOS
Data: 30/06/2025 17:15:16-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Marcelle Lemos Leal
UFES
(Membro Externo)

“A felicidade é a conquista do sucesso interior. Sentir-se realizado, feliz, amado e próspero é uma ambição natural de todos nós. Todavia, só conseguiremos chegar ao topo se tivermos o otimismo audacioso de confiar nos poderes do invisível. Sob a proteção do amor do Universo, seguirmos para a frente sem medo de viver.”

— Zíbia Gasparetto

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado força e amparo para concluir esta jornada. Expresso minha profunda gratidão à minha orientadora, Profa. Dra. Beatriz de Barros Souza. Seu apoio dedicado e sua confiança em meu potencial foram essenciais. Com ela, aprendi que o conhecimento adquirido pode transcender o ambiente acadêmico e verdadeiramente melhorar a vida das pessoas.

Às ilustres membros da banca examinadora, Dra. Mônica Cattafesta e Dra. Marcelle Lemos Leal, agradeço a honra de terem aceitado avaliar esta dissertação. A partilha de vossa sabedoria e os valiosos conselhos foram cruciais para o enriquecimento deste trabalho, e sou imensamente grato por vossas contribuições.

Um agradecimento especial ao meu grande amigo e parceiro, Lucas Pereira Rodrigues. Sua presença constante, tanto nos bons quanto nos maus momentos, foi um pilar fundamental. Nos momentos de desânimo, foi sua força que me impulsionou a continuar os estudos. As viagens para a EMESCAM são memórias que guardarei com enorme carinho. Muito obrigado por tudo.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O presente estudo aborda o problema da superlotação no Pronto Atendimento (PA) do município de Presidente Kennedy (ES), a partir de uma análise do perfil de seus usuários. Essa superlotação gera impactos negativos para as políticas de urgência e emergência, comprometendo a eficiência e a qualidade do serviço de atendimento a casos emergenciais. **OBJETIVO:** Analisar o perfil dos atendimentos realizados a usuários do Pronto Atendimento de Presidente Kennedy (ES), entre junho de 2023 e junho de 2024, à luz das políticas públicas. **MÉTODOS:** Este estudo adota uma abordagem descritiva com enfoque quantitativo, tendo sido conduzido por meio de análise de prontuários médicos sobre os fatores que levam os usuários a buscarem o serviço em questão. **RESULTADOS:** Os dados indicam que a maioria dos usuários acessa o PA por motivos que poderiam ser resolvidos na Atenção Primária à Saúde (APS). Isso evidencia possíveis falhas no sistema de regulação da porta de entrada dos serviços e levanta hipóteses sobre deficiências na cobertura, acessibilidade e resolutividade das unidades básicas. **CONCLUSÃO:** A produção de evidências locais é essencial para subsidiar o planejamento de políticas mais resolutivas, que articulem a expansão da atenção primária, a organização da porta de entrada do sistema e o uso racional dos recursos de urgência e emergência no município.

Palavras-chave: Atenção à Saúde, Emergências, Planejamento e Administração em Saúde, Políticas Públicas em Saúde, Urgências.

ABSTRACT

INTRODUCTION: This study addresses the problem of overcrowding in the Emergency Room (PA, in Portuguese) in Presidente Kennedy, Espírito Santo, based on an analysis of its users' profile. This overcrowding negatively impacts emergency care policies, compromising the efficiency and quality of emergency care services.

OBJECTIVES: To analyze the attendance profile of users treated at the Emergency Room of Presidente Kennedy (ES), between June 2023 and June 2024, in light of the public policies.

METHODS: This study adopts a descriptive approach with a quantitative focus, having been conducted through the analysis of medical records on the factors that lead users to seek the service in question.

RESULTS: The data indicate that most users access the ER for reasons that could be resolved in Primary Health Care (PHC). This highlights possible flaws in the system regulating the entry point to services and raises hypotheses about deficiencies in coverage, accessibility and resolution of basic units.

CONCLUSION: The production of local evidence is essential to support the planning of more effective policies, which articulate the expansion of primary care, the organization of the system's entry point and the rational use of emergency and urgent care resources in the municipality.

Keywords: Health Care, Emergencies, Health Planning and Management, Public Health Policies, Emergencies.

LISTA DE SIGLAS

SIGLA	SIGNIFICADO
ACCR	Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BAU	Boletim de Atendimento Único
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CK/CKMB	Enzimas Cardíacas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRMU	Centrais da Regulação Médica de Urgências
EAS	Exame de Urina
EM	Emergência
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
FR	Frequência Respiratória
HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
MU	Muito Urgente
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PS	Pronto-Socorro
PU	Pouco Urgente
RAS	Rede de Atenção em Saúde
RBCE	Rede Brasileira de Cooperação em Emergências
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UR	Urgente

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Perfil dos Pacientes Atendidos no PAM	32
Tabela 02. Classificação de risco por faixa etária no PAM de Presidente Kennedy (Jun/2023 a Jun/2024)	34
Tabela 03. Distribuição percentual dos principais motivos de atendimento por faixa etária (Jun/2023 a Jun/2024)	36

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1. INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA.....	15
2. REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.....	18
2.1.1 As Unidades de Pronto Atendimento e a Atenção Básica como componentes da Rede de Atenção às Urgências.....	19
2.1.2. Os desafios enfrentados pelas UPAs no Brasil	20
2.2 OS PRINCIPAIS DESAFIOS ENFRENTADOS PELAS UPAS NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.....	21
3. OBJETIVOS	23
3.1 OBJETIVO GERAL	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
4. METODOLOGIA.....	24
4.1 TIPO DO ESTUDO	24
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	24
4.3 AMOSTRA	25
4.3.1 Critérios de Inclusão	27
4.3.2 Critério de Exclusão.....	27
4.4 COLETA DE DADOS.....	27
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	28
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	28
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
5.1 PERFIL DOS ATENDIMENTOS NO PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL (PAM).....	29
5.1.1 Perfil Sociodemográfico e Classificação de Risco Geral	30
5.1.2 Motivos de Atendimento por Patologia	33
5.2 REESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: PAPEL DA APS E GOVERNANÇA LOCAL.....	34
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS.....	38
ANEXO A - Parecer Consubstanciado nº 7595369 - CEP-EMESCAM.....	42
ANEXO B – PRONTUÁRIOS E RELAÇÃO.....	45
ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA.....	57

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Leandro Gomes de Faria, sou enfermeiro com mais de oito anos de experiência, formado pelo Centro Universitário São Camilo em Cachoeiro de Itapemirim (ES). Minha trajetória profissional me conduziu ao Pronto Atendimento Municipal (PAM) de Presidente Kennedy, no Espírito Santo, cenário que se tornou o campo fértil para as inquietações que deram origem a esta dissertação.

A escolha deste tema origina-se da minha vivência no município de Presidente Kennedy, onde observei as dificuldades enfrentadas pela população em relação ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde, especialmente no PAM. A percepção recorrente entre os moradores é a de um serviço sobrecarregado, com grande parte dos atendimentos direcionada a casos que poderiam ser resolvidos na atenção básica. Essa observação cotidiana, aliada à convivência com pessoas que dependem do PAM para situações simples, motivou a transformação desse olhar em uma pesquisa estruturada, com o objetivo de gerar conhecimento que possa contribuir para o aprimoramento das políticas públicas de saúde no município.

Neste serviço, como membro da equipe multiprofissional de urgência e emergência, minha atuação transcendeu o cuidado direto ao paciente. Tive a valiosa oportunidade de participar ativamente da implementação do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do PAM, uma experiência que me permitiu compreender em profundidade a complexa dinâmica da organização dos fluxos de atendimento e os desafios diários da gestão do cuidado.

Foi essa imersão na realidade do serviço que despertou meu interesse em aprofundar os estudos sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, buscando analisar sua aplicação no contexto de municípios do interior, que possuem demandas e desafios específicos. Este trabalho, portanto, aborda o problema da superlotação no PAM de Presidente Kennedy, investigando a relação entre os padrões de uso dos serviços pelos usuários e os impactos negativos desse fenômeno na qualidade e na eficiência da assistência, especialmente aos casos de maior gravidade.

1. INTRODUÇÃO

A superlotação dos serviços de urgência e emergência representa um desafio crônico e multifacetado para os sistemas de saúde em todo o mundo, sendo particularmente acentuado no Brasil. Este fenômeno, que transcende a simples inadequação da capacidade instalada frente à demanda, revela profundas disfunções na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), acarretando consequências severas como o aumento dos custos operacionais, a alocação ineficiente de recursos críticos, o prolongamento do tempo de espera e, conseqüentemente, o comprometimento da qualidade e da segurança do cuidado prestado aos pacientes em estado grave (Oliveira; Costa, 2021).

Na saúde pública, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), componentes estratégicos da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), criada em 2003, enfrentam uma sobrecarga contínua, impulsionada majoritariamente pela procura para o atendimento de condições de baixa complexidade, que deveriam, por sua natureza, ser resolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Segundo Rubinstein et al. (2014), à APS cabe a vocação mundial para gerir e organizar sistemas nacionais de saúde, tendo como foco a prevenção focada na família e comunidade, na qual existe um território determinado, para potencializar as ações e atender as demandas da população que ali residem. Todavia:

A procura inadequada pelos serviços de urgência é um sintoma da fragmentação do sistema de saúde. A dificuldade de acesso à Atenção Primária, seja por barreiras geográficas, horários de funcionamento restritos ou pela percepção de uma menor resolutividade, impulsiona o usuário a buscar o pronto atendimento como a principal porta de entrada. Esse comportamento, embora compreensível do ponto de vista do paciente, gera um ciclo vicioso de superlotação, esgotamento das equipes e queda na qualidade assistencial, afetando principalmente aqueles que necessitam de cuidados emergenciais (Gusso; Lopes, 2012, p. 254).

Essa complexa realidade é agravada por uma multiplicidade de fatores interconectados. De todo modo, a literatura aponta que a superlotação não apenas compromete a capacidade de resposta a casos graves, mas também eleva exponencialmente os custos operacionais do sistema, consolidando-se como um fenômeno endêmico em todo o território nacional, com especial gravidade em municípios que apresentam cobertura insuficiente da Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo alguns estudos (Tofani; Corrêa, 2023).

O presente estudo se debruça sobre essa problemática no contexto específico do Pronto Atendimento Municipal (PAM) de Presidente Kennedy (ES), buscando analisar as particularidades do uso dos serviços de urgência pela população local à luz das políticas públicas no território. Na próxima seção, será discutida sobretudo a relevância do presente estudo para a área temática das políticas públicas.

1.1 JUSTIFICATIVA

Uma das particularidades dos pronto-socorros consiste na intensidade dos trabalhos, especialmente nos serviços de demandas espontâneas. Caracteriza-se como unidade de saúde ativa 24 horas, disponibilizando leitos para observação, embora a estrutura física e de recursos humanos possa não suportar essa demanda e piorar a qualidade do atendimento, em especial nas urgências e emergências (Ohara; Melo; Laus, 2010).

Dessa forma, o PA constitui um dos pilares do sistema de saúde pública, sendo responsável por oferecer assistência imediata a pacientes em situações de urgência e emergência. Contudo, observa-se que esses serviços têm absorvido uma demanda crescente de casos que não configuram urgência, um fenômeno que reflete não apenas escolhas individuais, mas sobretudo fragilidades sistêmicas, como a dificuldade de acesso oportuno à APS e a percepção social equivocada sobre os fluxos assistenciais (Oliveira et al., 2021).

Massaro e Massaro (2017) consideram a superlotação como multifatorial, com diversas causas e consequências. Como destaca Silva et al. (2016), é também um fenômeno mundial, agravado em países com sistemas de saúde universalistas. Também para Feijó et al. (2015), estudos em diversas partes do mundo apontam para a necessidade de se desenvolver protocolos e estratégias para melhor atender a essa demanda. Contudo, as questões sociais no Brasil contribuem para que a saúde pública funcione de maneira precária, o que reverbera na superlotação desses equipamentos (Sá, 2014).

Nesse contexto, não se trata de atribuir responsabilidade ao usuário, mas de compreender como a organização da rede de atenção contribui para que o PA se torne a principal porta de entrada no sistema de saúde de alguns municípios. Isto vale até mesmo para demandas de baixa complexidade.

Ainda segundo Sá (2014), os desafios conexos à superlotação nos serviços de emergência abarcam: a carência do acolhimento com classificação de risco; a escassez de profissionais qualificados; a deficiência de recursos e materiais; alto período de espera para atendimento; inconformidade das áreas físicas com as demandas; falta de leitos para retaguarda; carga horária de trabalho demasiada; déficit de recursos humanos e ausência de normas e rotinas. Esse padrão gera impactos significativos, como longos tempos de espera, sobrecarga dos profissionais e dificuldade em priorizar casos verdadeiramente emergenciais.

Dados sobre as UPAs no Brasil indicam uma discrepância significativa entre a capacidade projetada e a demanda real. Um exemplo é a UPA de Picos (PI), planejada para 300 pacientes/dia, mas que frequentemente ultrapassa esse número, comprometendo o atendimento prioritário a pacientes graves (Cidade Verde, 2024).

Em sua pesquisa, Feijó et al. (2015) mostram que a maioria da população busca espontaneamente os serviços de urgência e emergência e, através da classificação de risco, os casos mais graves podem ser priorizados. Embora as UPAs adotem protocolos de classificação de risco para priorização dos atendimentos (Souza; Toledo; Tavares, 2017), a superlotação desses serviços permanece como um problema recorrente (Souza, 2022).

Dentre os principais motivos que contribuem para ocorrer as superlotações nos pronto atendimentos, Santos et al. (2013) afirmam que estas consistem na falta de informação, pois a maioria da população tende a crer que suas demandas podem ser resolvidas apenas na atenção médico-hospitalar. Na esteira deste pensamento, Souza et al. (2019, p. 11) afirmam que as superlotações, na sua visão, apontam para as fragilidades da atenção básica e da organização do serviço, sendo que o pronto-atendimento recebe com isso uma demanda maior do que sua capacidade.

Tal sobrecarga reforça a necessidade de reestruturar a rede de atenção básica no município, a fim de garantir uma porta de entrada no SUS que seja, de fato, efetiva e descentralizada. O caso de Presidente Kennedy (ES) ilustra drasticamente essa distorção, como se buscará demonstrar nesta pesquisa. Antes de passar aos objetivos e métodos, a próxima seção aprofundará os principais conceitos utilizados à luz da literatura disponível. Em seguida, os resultados da análise dos prontuários serão contrastados com parte da literatura então revista.

As recomendações que emergem deste estudo são direcionadas à gestão municipal e visam uma intervenção estrutural no modelo de atenção à saúde. A

primeira e mais crucial é a necessidade de ampliar a cobertura e o escopo de atuação das UBSs. Isso vai muito além de apenas aumentar o número de equipes; implica a adoção de modelos de horário estendido, inclusive em fins de semana, para suprir a demanda fora do expediente tradicional, e reduzindo a percepção da população de que o PA seja, de fato, a opção mais viável.

Tal medida, associada à qualificação contínua das equipes da ESF e à implementação de mecanismos de Acolhimento com Classificação de Risco nas próprias UBSs, pode reordenar o fluxo desde a sua origem. Espera-se, enfim, a adoção de um conjunto de ações que reduzam significativamente a pressão sobre o PA e garantam um cuidado resolutivo, humanizado e pautado na territorialidade para toda a população de Presidente Kennedy (ES).

2. REVISÃO DA LITERATURA

Os sistemas públicos de caráter universalista têm como missão primordial assegurar direitos fundamentais aos cidadãos, sendo a saúde um de seus pilares essenciais. Dada a complexidade e a imprevisibilidade dessa assistência, a gestão de recursos e a implantação de políticas que garantam um serviço ágil e seguro são essenciais. No Brasil, a estruturação da atenção às urgências evoluiu por etapas significativas: entre 1998 e 2003, ocorreu a regulamentação do setor; de 2004 a 2008, a ampliação dos serviços; e, a partir de 2009, a implantação das UPAs como estratégia de descentralização. Nesse percurso, a PNAU foi um marco ao buscar a melhoria do acesso e a humanização dos atendimentos. De fato:

A PNAU surgiu da necessidade de superar um modelo de atenção às urgências fragmentado, desarticulado e centrado no hospital. Sua proposta fundamental foi a de organizar uma rede hierarquizada e regionalizada, na qual cada componente — desde a Atenção Primária, passando pelo SAMU 192 e pelas UPAs 24h, até os leitos hospitalares de retaguarda — cumprisse um papel definido, garantindo a continuidade e a integralidade do cuidado ao paciente crítico (BRASIL, 2006, p. 15).

Nesse sentido, o funcionamento adequado da PNAU depende de múltiplos fatores, como a integração eficiente entre os níveis de atenção, a formação continuada de profissionais, o uso de tecnologias para monitoramento e a promoção de políticas que reduzam as desigualdades regionais. Veremos a seguir como se estruturou a política para dar conta dessas demandas.

2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

No contexto brasileiro, a PNAU foi instituída em 2003 com o objetivo de criar uma interface eficaz entre a atenção básica e os níveis de média e alta complexidade. A política visa atender a necessidades críticas, como a implantação de sistemas de regulação e a estruturação de uma rede de saúde regionalizada e hierarquizada, garantindo que os pacientes recebam atendimento integral e contínuo (Faria, 2017; Konder; O'dwyer, 2015).

O funcionamento adequado da PNAU depende de múltiplos fatores, como a integração eficiente entre os níveis de atenção, a formação continuada de profissionais, o uso de tecnologias para monitoramento e a promoção de políticas que

reduzam as desigualdades regionais. Nesse sentido, a regionalização dos serviços de saúde é particularmente crucial, pois permite uma distribuição mais equitativa de recursos e facilita o acesso ao atendimento (Sogame; Machado, 2023; Kulicz; Uscocovich, 2021).

Adicionalmente, a hierarquização estabelecida pela política facilita o encaminhamento adequado dos pacientes, assegurando que recebam o nível de cuidado apropriado em cada etapa do tratamento. Essa abordagem integrada busca não apenas otimizar a eficiência do sistema, mas também garantir o cumprimento do direito constitucional à saúde (O'dwyer, 2010; Padilha, 2018).

Dessa forma, a PNAU representa um esforço significativo para modernizar o sistema de saúde pública no Brasil, enfrentando desafios históricos e estruturais. Ao fortalecer a articulação entre os diversos níveis de atenção e ao promover uma abordagem coordenada, a política busca assegurar o acesso universal ao atendimento, contribuindo para a construção de um sistema mais justo e equitativo (O'dwyer, 2010; Padilha, 2018).

2.1.1 As Unidades de Pronto Atendimento e a Atenção Básica como componentes da Rede de Atenção às Urgências

O SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, representou um marco na saúde pública brasileira ao universalizar o acesso e estabelecer a saúde como um dever do Estado. Antes de sua criação, a assistência era restrita aos trabalhadores formais vinculados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o que excluía uma parcela significativa da população. Com a implantação do SUS, o direito à saúde passou a ser fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social, com uma estrutura organizada em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária.

Nesse contexto, a RAU foi desenhada como uma estratégia para integrar os diversos pontos de atenção do SUS voltados a situações críticas, como agravos súbitos e emergências. A rede abrange desde a APS até hospitais e serviços especializados, incluindo componentes como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e as UPAs 24h.

Para organizar o fluxo, é fundamental a distinção entre urgência, que requer atendimento rápido sem risco iminente à vida, e emergência, que envolve risco

imediate de morte, muitas vezes utilizando protocolos de triagem como o de Manchester. Contudo, a eficácia desse modelo pode ser comprometida, pois:

Para muitos usuários, esses serviços representam alternativa de atendimento e constituem-se em porta de entrada ao sistema de saúde, com possibilidade de acesso à assistência de maior tecnologia e resolutividade(5-6). Assim, a busca frequente pelos serviços de emergência pode indicar tanto obstáculos na utilização da rede de atenção à saúde quanto vulnerabilidade de pessoas que necessitam de cuidados repetidamente[...]. (Acosta; Lima, 2015, p. 4).

Um conceito fundamental para compreender a dinâmica da superlotação nos serviços de urgência é o das "Condições Sensíveis à Atenção Primária" (CSAP). Este termo refere-se a um conjunto de problemas de saúde para os quais uma atenção primária de alta qualidade, acessível e oportuna, pode evitar a hospitalização ou a busca por serviços de emergência. Dessa forma:

(...) para algumas condições de saúde, a atenção primária oportuna e de boa qualidade pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência. Isso significa que o cuidado deve ser resolutivo e abrangente, de forma que a referência se dará somente naqueles casos raros e incomuns que extrapolarem sua competência, sendo responsabilidade da atenção primária a coordenação do cuidado daqueles que utilizarem serviços em outros níveis de atenção, tornando-os integrados. (Alfradique *et al.*, 2009, p. 1338).

Ademais, fragilidades como a baixa cobertura da ESF, a insuficiência de profissionais e as dificuldades de acesso a consultas programadas para CSAP levam a população a buscar diretamente os serviços de urgência. Diante desse cenário, a distinção entre urgência e emergência é fundamental para organizar o fluxo assistencial.

A urgência refere-se a condições que requerem atendimento rápido, sem risco iminente à vida, enquanto a emergência envolve risco imediato de morte ou dano grave (Moura; De Carvalho; De Barros Silva, 2018). As UPAs 24h constituem um elo intermediário entre a APS e a rede hospitalar, utilizando protocolos como o de Manchester, que classifica os pacientes por níveis de gravidade para organizar o atendimento.

2.1.2. Os desafios enfrentados pelas UPAs no Brasil

As UPAs são componentes essenciais da rede de saúde pública no Brasil,

operando como um elo intermediário entre a APS e os serviços hospitalares. A literatura, como o estudo de Moreira et al. (2023), destaca a importância da capacitação e da coordenação da equipe multidisciplinar — composta por médicos, enfermeiros, técnicos, entre outros — para garantir um cuidado resolutivo. A pesquisa enfatiza a necessidade de investimentos contínuos na formação profissional e na infraestrutura das unidades para assegurar a qualidade do atendimento frente à alta demanda. De fato, a implantação das UPAs e do SAMU demonstrou ter um impacto substancial na redução da mortalidade em casos de emergência, evidenciando a relevância de políticas públicas que fortaleçam esses serviços.

No entanto, o funcionamento dessas unidades é marcado por desafios significativos. Conforme aponta Camerero et al. (2015), os serviços de urgência lidam com um cenário complexo, que abrange desde casos graves até um grande volume de ocorrências não urgentes que deveriam ser encaminhadas a serviços de menor complexidade.

Em muitas situações, a resolutividade dos atendimentos é comprometida por limitações estruturais, levando ao encaminhamento de pacientes e à improvisação de salas de observação como áreas de internação, expondo os usuários a riscos. Essa dinâmica faz com que o tempo e os recursos que deveriam ser dedicados a emergências reais sejam desviados para atender a demandas que poderiam ser resolvidas em outros níveis de atenção.

Para mitigar esses problemas, a literatura aponta para a necessidade de um conjunto de estratégias integradas. Visto que as unidades de urgência no Brasil enfrentam desafios significativos decorrentes do atendimento a um volume elevado de casos não urgentes, este tema será aprofundado a seguir.

2.2 OS PRINCIPAIS DESAFIOS ENFRENTADOS PELAS UPAS NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

As UPAs desempenham um papel estratégico na RAU do SUS, funcionando como um ponto de atenção intermediário entre a APS e os serviços hospitalares. Por esta razão, a partir de 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) que, em seus princípios, sugere a reestruturação dos Serviços de Urgência/Emergências, com a implantação do Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco (ACCR).

Sobre este aspecto, Costa *et al.* (2015), assinalam que o ACCR tem como meta a reorganização dos serviços de urgência e emergência, acolhendo o usuário e priorizando aqueles em maior gravidade segundo o quadro apresentado, agilizando o atendimento de forma humanizada e segura. Após o acolhimento, seguindo o ACCR, o usuário é avaliado, sendo classificado através de uma cor, devendo ser utilizadas, no mínimo, quatro cores, para classificar os possíveis agravos (Brasil, 2009).

No entanto, apesar de sua importância, as UPAs enfrentam inúmeros desafios que comprometem sua eficácia e a qualidade da atenção prestada. O principal deles é a superlotação, frequentemente provocada pela baixa resolutividade da APS e pelo uso inadequado dos serviços pela população, que busca as UPAs para condições de baixa complexidade que poderiam ser resolvidas na atenção básica. Essa dinâmica é reforçada pela percepção popular de que as UPAs são mais resolutivas que a APS, especialmente por ofertarem atendimento 24 horas, exames e medicamentos imediatos, o que desvia o foco das urgências reais para demandas ambulatoriais.

A sobrecarga gerada pela demanda é intensificada por deficiências estruturais e organizacionais. A falta de integração e comunicação efetiva entre a APS e as UPAs, por exemplo, dificulta a continuidade do cuidado e resulta em atendimentos fragmentados e na reincidência de usuários nos serviços de urgência. Internamente, a carência de recursos humanos e a alta rotatividade de profissionais comprometem a estabilidade dos atendimentos e a construção de vínculos com a comunidade. Somam-se a isso a infraestrutura física inadequada, com instalações precárias e insuficiência de leitos que limitam a capacidade de estabilização de pacientes graves e a fragilidade dos sistemas de regulação, cuja ausência de um fluxo bem definido para encaminhamentos hospitalares agrava ainda mais a superlotação.

Frente a esses desafios, torna-se imprescindível o fortalecimento da articulação entre a APS, as UPAs e os hospitais. Por esta razão, foi pensado o presente estudo, cujos objetivos e métodos foram detalhados nas seções que se seguem.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Este trabalho teve como objetivo geral analisar o perfil dos atendimentos realizados no Pronto-Atendimento Municipal (PAM) de Presidente Kennedy (ES), no período de junho de 2023 a junho de 2024, com base em dados extraídos de prontuários eletrônicos, de modo a subsidiar políticas para a qualificação do cuidado e a maior integração entre os níveis da rede de atenção à saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas dos atendimentos do PAM;
- Identificar os principais motivos da busca por atendimento no PAM segundo sexo, faixa etária e o Protocolo de Manchester;
- Analisar os resultados à luz da literatura e das políticas públicas.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DO ESTUDO

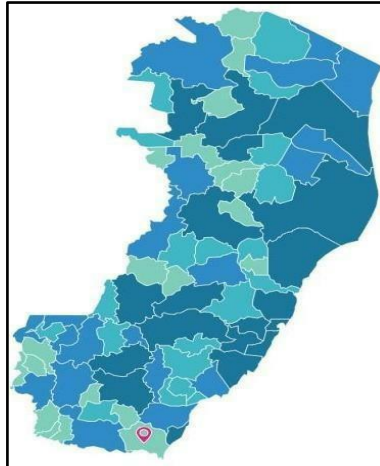
O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, cujo objetivo principal é analisar os padrões de utilização do serviço de PA no município de Presidente Kennedy, no período de junho de 2023 a junho de 2024. Estudos descritivos são amplamente utilizados na área da saúde por permitirem o mapeamento de características de determinada população, possibilitando a compreensão de fenômenos específicos sem necessariamente estabelecer relações de causa e efeito (Gil, 2010).

A opção pela abordagem quantitativa justifica-se pela natureza dos dados coletados, que consistem em registros sistematizados nos prontuários eletrônicos dos usuários atendidos no PA. Essa abordagem permite a análise estatística de variáveis como faixa etária, motivo de atendimento, classificação de risco, unidade de saúde procurada, entre outras, oferecendo uma base empírica robusta para a interpretação dos resultados.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em Presidente Kennedy (ES), uma cidade com 13.696 habitantes e densidade demográfica de 23,02 habitantes/km². O município destaca-se por seu perfil socioeconômico: atualmente figura entre os maiores Produtos Internos Brutos (PIB) *per capita* do país, ocupando a oitava posição nacional, com R\$ 301.475 *per capita* (IBGE, 2022).

Figura 1. Mapa do Espírito Santo, com destaque para Presidente Kennedy.



Fonte: IBGE, 2022

Apesar da expressiva riqueza gerada, os indicadores sociais revelam desigualdades: em 2021, o salário médio era de 2,2 salários mínimos e a taxa de ocupação era de 20,1%, enquanto 40,6% da população vivia em domicílios com rendimento de até meio salário mínimo por pessoa. Nesse cenário, o poder público municipal se consolida como o principal empregador, com cerca de 2.025 servidores, majoritariamente alocados nas secretarias de saúde e educação (IBGE, 2022).

No que tange aos indicadores de saúde, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13,82 para cada 1.000 nascidos vivos, posicionando o município em 20º lugar entre as 78 cidades do estado. Já as internações por diarreias, com uma taxa de 0,4 por 1.000 habitantes, colocam o município na 55ª posição no ranking estadual. Em escala nacional, Presidente Kennedy ocupa as posições 1904 (mortalidade infantil) e 3606 (internações por diarreia) entre os 5570 municípios brasileiros (IBGE, 2022).

No âmbito da saúde, o município possui 12 unidades de estratégias de saúde da família: duas em Presidente Kennedy, duas em Jaqueira, São Salvador, Santa Lúcia, Mineirinho, Cancelas, Gromogol, São Paulo, Boa Esperança e Marobá. Ainda assim, o PAM figura em primeiro lugar na página oficial da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS, 2025), destacando sua relevância para o plano local.

4.3 AMOSTRA

A população-alvo do estudo inclui indivíduos residentes e não residentes no

município. A seleção dos prontuários para a amostra foi realizada por meio de amostragem aleatória simples, garantindo que cada indivíduo da população tivesse a mesma probabilidade de ser selecionado.

Para determinar o tamanho da amostra, foi utilizada a fórmula para cálculo em populações finitas, considerando a população total do município de 13.696 habitantes. O cálculo foi estabelecido com um nível de confiança de 95% ($z = 1,96$), uma margem de erro de 5% ($E = 0,05$) e uma proporção esperada de 50% ($p = 0,5$) para maximizar a variância e garantir uma amostra conservadora. A fórmula e a definição de seus componentes são apresentadas na Figura 2.

Figura 2. Fórmula para cálculo de amostra em populações finitas.

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot E^2 + z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Onde:

- n = tamanho da amostra desejado
- N = tamanho da população (13.696)
- z = valor correspondente ao nível de confiança (1,96 para 95%)
- p = proporção esperada (0,5)
- E = margem de erro (0,05)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

A aplicação desses parâmetros no cálculo, conforme detalhado na Figura 3, resultou em um tamanho amostral de 373,9.

Figura 3. Detalhamento do cálculo do tamanho da amostra.

Cálculo:

1. Calcular o numerador:

$$N \cdot z^2 \cdot p \cdot (1 - p) = 13.696 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5 = 13.696 \times 3,8416 \times 0,25 = 13.696 \times 0,9604 = 13.158,2784$$

2. Calcular o denominador:

$$(N - 1) \cdot E^2 + z^2 \cdot p \cdot (1 - p) = (13.696 - 1) \times 0,05^2 + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5 \\ 13.695 \times 0,0025 + 3,8416 \times 0,25 = 34,2375 + 0,9604 = 35,1979$$

3. Dividir o numerador pelo denominador:

$$n = \frac{13.158,2784}{35,1979} \approx 373,9$$

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Com base no cálculo amostral e no subsequente arredondamento para o valor inteiro superior, a amostra foi fixada em 374 participantes. Tal dimensão amostral é considerada adequada para garantir a representatividade estatística da população de Presidente Kennedy e viabilizar inferências com a margem de erro e o nível de confiança estipulados.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Com o objetivo de garantir a fidedignidade e a qualidade das informações coletadas, foram definidos critérios de elegibilidade para a seleção dos prontuários. Adotou-se como critério de inclusão a procura por atendimento na referida unidade dentro do intervalo temporal da pesquisa, abrangendo todos os usuários, sem distinção quanto à procedência ou ao status de residência no município.

4.3.2 Critério de Exclusão

Foram excluídos prontuários que apresentaram informações incompletas ou ausentes. A aplicação desse critério foi fundamental para assegurar a confiabilidade dos resultados e a validade das conclusões obtidas, evitando vieses decorrentes de dados incompletos ou de má-qualidade.

4.4 COLETA DE DADOS

A seleção dos prontuários foi realizada por amostragem aleatória simples, respeitando os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Os dados foram extraídos diretamente do sistema eletrônico utilizado pelo município, o e-SUS AB Pronto Atendimento. O acesso ao sistema foi realizado em um terminal autorizado da Secretaria de Saúde, acompanhado por um servidor responsável pelo setor de tecnologia e segurança da informação.

A base de dados foi exportada em formato compatível com planilhas (Excel), contendo as variáveis previamente definidas no plano de análise, e anonimizada para garantir a privacidade dos usuários atendidos. Os dados foram organizados e analisados em estações de trabalho da própria Secretaria, com acesso restrito, garantindo a integridade e a confidencialidade das informações processadas.

As variáveis coletadas foram agrupadas em duas categorias principais. A primeira refere-se ao perfil dos usuários, incluindo: idade (variável quantitativa contínua, posteriormente agrupada em faixas etárias: 0-17, 18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 ou mais), sexo (masculino ou feminino), e local de residência (zona urbana ou zona rural). A segunda categoria contempla variáveis relacionadas ao uso dos serviços de saúde, tais como: motivo da procura pelo PAM. A base final foi então utilizada para análise em forma de gráficos por faixa etária e comorbidade.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados coletados foi realizada por meio de estatística descritiva e exploratória. Os dados, extraídos do sistema e-SUS AB Pronto Atendimento e organizados em planilhas eletrônicas, foram processados com o auxílio do software IBM SPSS, versão 23.0.

O uso de softwares estatísticos como o SPSS é fundamental em pesquisas quantitativas na área da saúde, pois permite o manejo de grandes volumes de dados de forma precisa e eficiente. A estatística descritiva, por meio de medidas de frequência (absoluta e relativa), tendência central (média, mediana) e dispersão (desvio padrão), possibilita a sumarização das características da amostra [...]. (VIEIRA, 2018, p. 55).

As variáveis foram analisadas para cálculo de frequências absolutas e relativas, e os resultados consolidados em tabelas e gráficos para permitir uma visualização clara dos padrões identificados, sustentando a discussão do estudo.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo obedece aos aspectos éticos inerentes à pesquisa com seres humanos, tendo sido aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (Anexos A e C).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise aprofundada do perfil dos usuários que recorrem a um serviço de saúde é uma etapa fundamental em qualquer estudo que se proponha a investigar a dinâmica da demanda e a adequação da oferta. No contexto de um serviço de urgência, essa análise transcende a mera descrição estatística, tornando-se uma ferramenta diagnóstica essencial para desvendar as complexas variáveis que influenciam os padrões de utilização.

Compreender quem são os usuários, de onde vêm, qual sua faixa etária e gênero não é apenas um ponto de partida, mas a base para uma interpretação dos fatores associados ao problema da pesquisa. A caracterização da amostra, portanto, é o primeiro passo para desvelar o rosto da população que mais utiliza o serviço de urgência em Presidente Kennedy.

Ao traçar o perfil sociodemográfico, buscamos identificar grupos populacionais que, por suas características específicas — sejam elas etárias, sociais ou geográficas —, apresentam maior propensão a buscar o PAM. Este mapeamento inicial permite a formulação de hipóteses mais robustas sobre as fragilidades da RAS.

Por exemplo, uma alta demanda de adultos jovens pode indicar dificuldades de acesso à Atenção Primária em horários comerciais, enquanto uma demanda expressiva de idosos pode sinalizar falhas no acompanhamento de condições crônicas. Dessa forma, os dados apresentados a seguir não devem ser vistos como números isolados, mas como indicadores que revelam padrões de comportamento e possíveis lacunas na organização do cuidado em saúde no município, subsidiando a formulação de políticas públicas.

5.1 PERFIL DOS ATENDIMENTOS NO PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL (PAM)

A análise dos dados do PA de Presidente Kennedy evidenciou fragilidades na continuidade e na resolutividade do cuidado, destacando a reincidência de usuários que retornaram ao serviço múltiplas vezes, sinalizando lacunas assistenciais na porta de entrada do sistema.

5.1.1 Perfil Sociodemográfico e Classificação de Risco Geral

A Tabela 1 detalha o perfil sociodemográfico da amostra estudada, oferecendo a base empírica necessária para as discussões subseqüentes sobre a adequação do uso do serviço e as implicações para o planejamento de políticas públicas mais equitativas e eficientes.

Tabela 1. Perfil dos Pacientes Atendidos no PAM

Variável	Subgrupo	n	%
Sexo	Masculino	163	43,60%
Sexo	Feminino	211	56,40%
Faixa Etária (anos)	0 a 17	11	2,90%
Faixa Etária (anos)	18 a 29	76	20,30%
Faixa Etária (anos)	30 a 39	107	28,60%
Faixa Etária (anos)	40 a 49	82	21,90%
Faixa Etária (anos)	50 a 59	62	16,60%
Faixa Etária (anos)	60 ou mais	36	9,60%
Raça/Cor	Branca	148	39,60%
Raça/Cor	Preta	51	13,60%
Raça/Cor	Parda	170	45,50%
Raça/Cor	Amarela	3	0,80%
Raça/Cor	Não declarado	2	0,50%
Local de Residência	Presidente Kennedy	338	90,40%
Local de Residência	Outros municípios/estados	36	9,60%
Total	Total	374	100,00%

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

A análise da Tabela 1 revela um perfil predominante de usuários do sexo feminino (56,4%). A faixa etária de maior demanda é a de adultos-jovens (30 a 39 anos, com 28,6%), e a maioria dos usuários se autodeclara de cor parda (45,5%) e reside no próprio município (90,4%).

Estes achados condizem com a literatura. Estudos como os de Oliveira et al. (2021) junto a Gusso e Lopes (2012) mostram que mulheres tendem a utilizar mais os serviços de saúde, tanto na APS quanto em urgências. Segundo os autores, isto pode

ser devido à socialização de maior preocupação com a saúde feminina ou com a prevenção de doenças, ou até mesmo em razão da sua dupla jornada (trabalho e familiares).

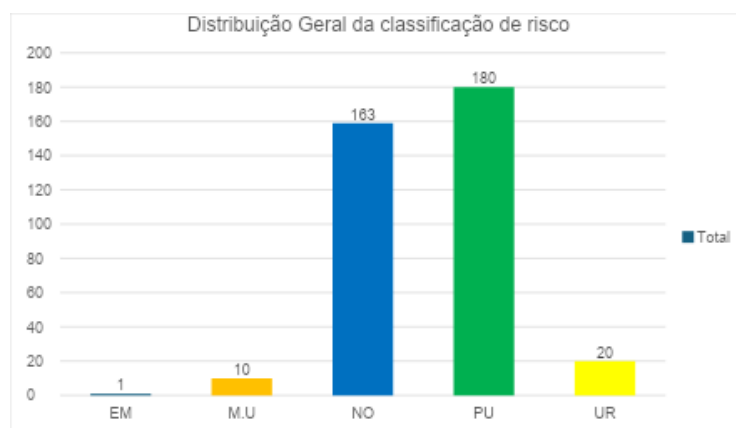
Em termos práticos, isto pode levar à busca por atendimento para questões relativas à saúde da mulher com mais frequência e com menos tempo para aguardar o diagnóstico. As políticas públicas voltadas para este público, portanto, devem ser mais robustas desde a atenção primária.

Além disso, a Tabela 1 trouxe a predominância (28,6%) da busca pelo serviço entre adultos jovens (30 a 39 anos). Souza et al. (2022), entre outros, associam as principais barreiras de acesso à APS nessa faixa etária à falta de atendimento em horários compatíveis com a jornada de trabalho nessas unidades de saúde.

Quanto ao altíssimo percentual de residentes no próprio município (90,4%), tal fato pode indicar que o problema de superlotação seja majoritariamente local, com baixa influência da demanda vinda de outras localidades. Konder & O'Dwyer (2015) e Sogame & Machado (2023) destacam que as UPAs e PAs são desenhadas para o atendimento local, o que está sendo atendido no caso de Presidente Kennedy, ao passo que reforça a necessidade de incentivar melhorias na APS.

A análise pode ser aprofundada ainda a partir dos dados obtidos desde a triagem. A distribuição da classificação de risco, segundo o Protocolo de Manchester (Gráfico 1), é outro importante indicador da utilização do serviço, como segue.

Gráfico 1. Distribuição Geral da Classificação total de Risco.



Fonte: Elaborado pelo autor (2025). Nota: EM –Emergencia; MU –Muito Urgente; NO – Normal; PU – Pouco Urgente; UR – Urgente.

O resultado exposto no Gráfico 1 é alarmante e central para esta pesquisa: as

categorias de baixa complexidade, "Pouco Urgente" e "Normal", somam 91,7% de todos os atendimentos. A Tabela 2 traz esses dados detalhados por faixa etária.

Tabela 2. Classificação de risco por faixa etária no PAM de Presidente Kennedy (Jun/2023 a Jun/2024)

Faixa Etária (anos)	EM n (%)	MU n (%)	UR n (%)	PU n (%)	NO n (%)	Total n (%)
0 a 17	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (9,1%)	9 (81,8%)	1 (9,1%)	11 (100%)
18 a 29	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (3,9%)	46 (60,5%)	27 (35,5%)	76 (100%)
30 a 39	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (4,7%)	68 (63,6%)	34 (31,8%)	107 (100%)
40 a 49	0 (0,0%)	6 (7,3%)	2 (2,4%)	42 (51,2%)	32 (39,0%)	82 (100%)
50 a 59	1 (1,6%)	2 (3,2%)	2 (3,2%)	29 (46,8%)	28 (45,2%)	62 (100%)
60 ou mais	0 (0,0%)	2 (5,6%)	9 (25,0%)	9 (25,0%)	16 (44,4%)	36 (100%)
Total	1 (0,3%)	10 (2,7%)	22 (5,9%)	203 (54,3%)	138 (36,9%)	374 (100%)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025). Nota: EM –Emergencia; MU –Muito Urgente; NO – Normal; PU – Pouco Urgente; UR – Urgente.

Dessa forma, tais dados aprofundam a discussão, revelando padrões de uso distintos. Entre os mais jovens e adultos, a esmagadora maioria dos atendimentos é de baixa urgência, sugerindo um comportamento de busca por conveniência ou por falhas de acesso na APS. De fato:

A Atenção Primária à Saúde, quando bem estruturada, é capaz de resolver a maior parte das necessidades de saúde da população, funcionando como um filtro para os demais níveis de atenção. A baixa resolutividade da APS, no entanto, sobrecarrega os serviços de urgência e emergência, [...] gerando um desequilíbrio em toda a rede (Mendes, 2011, p. 121).

Por outro lado, a baixa procura por crianças e adolescentes pode ser um sinal positivo, no sentido de a Estratégia Saúde da Família estar conseguindo absorver a demanda pediátrica. Mendes (2011) e Starfield (2002) indicam a relevância da APS na puericultura e acompanhamento do crescimento, sendo este um ponto que não deve retroceder no Município, à luz destes achados.

O cenário muda drasticamente na população idosa (60 anos ou mais), que, embora ainda utilize o serviço para casos simples, apresenta a maior proporção de

atendimentos classificados como "Urgente" (25,0%). Parte dessas urgências pode ser reflexo de agudizações de condições afetas à APS, sinalizando que o cuidado contínuo não está sendo atuante para prevenir descompensações.

Feita esta a caracterização preliminar dos usuários que procuram o PAM, a análise avança para um nível de maior especificidade clínica, buscando descrever os diagnósticos registrados segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). Na próxima seção, portanto, a discussão se volta para os motivos da ida ao PA, conforme as patologias relatadas nos prontuários.

5.1.2 Motivos de Atendimento por Patologia

Ao identificar as causas clínicas predominantes, podemos verificar em que medida a superlotação do PAM é alimentada por CSAP — ou seja, problemas de saúde que poderiam e deveriam ser prevenidos, diagnosticados e manejados no âmbito da APS. Os dados apresentados a seguir na tabela 3, portanto, não apenas listam patologias, mas revelam a essência do desafio enfrentado pela rede de saúde local.

Tabela 03. Distribuição percentual dos motivos de atendimento por patologia e faixa etária (Jun/2023 a Jun/2024)

Faixa Etária (anos)	Exame Médico Geral (%)	Dor Aguda (%)	Dor Lombar Baixa (%)	Nasofaringite Aguda (%)	Dengue (%)
18 a 29	35,2	7,62	2,85	2,95	1,90
30 a 39	34,9	7,51	2,87	2,92	1,90
40 a 49	35,1	6,83	3,13	2,80	1,89
50 a 59	35,3	7,28	3,11	2,95	1,88
60 ou mais	36,4	6,71	2,95	2,85	1,95

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

A prevalência de diagnósticos ambulatoriais, como infecções respiratórias agudas, dores crônicas ou a necessidade de manejo de doenças como hipertensão, fornecem a evidência concreta da distorção do fluxo assistencial e da sobrecarga

indevida do pronto atendimento.

A análise dos motivos de atendimento serve como a evidência final que corrobora a hipótese do estudo. A prevalência de queixas como "Exame Médico Geral", dores agudas, nasofaringites e manejo de doenças crônicas (hipertensão) demonstra que o perfil da demanda é majoritariamente ambulatorial. Essas são as chamadas Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), cuja ocorrência em serviços de urgência é um forte indicador de problemas na APS.

Esta conclusão deve ser relativizada, no entanto, diante da ausência de informações claras e completas sobre o estado de saúde dos pacientes antes de seu ingresso no PAM, o que pode comprometer a eficácia da triagem, resultando em uma classificação inadequada dos riscos. Além disso, a falta de sistemas de informação integrados dificulta o compartilhamento de dados entre diferentes unidades e níveis de atenção à saúde, prejudicando a continuidade do cuidado (Sampaio *et al*, 2020).

5.2 REESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: PAPEL DA APS E GOVERNANÇA LOCAL

Os achados desta pesquisa reforçam a urgência de reestruturar a rede local de atenção à saúde, com valorização efetiva da Atenção Primária como ordenadora do cuidado e porta de entrada do sistema. A fragmentação entre os níveis de atenção, a lógica hospitalocêntrica e a busca por soluções imediatas comprometem a integralidade e a continuidade do cuidado. Conforme propõe Starfield (2002), superar esses entraves exige a atuação coordenada de gestores, profissionais e comunidade, articulados em torno da APS como eixo central da RAS.

A reestruturação da rede exige, também, o fortalecimento da governança regional do cuidado. Isso inclui o aprimoramento dos colegiados intergestores, o desenvolvimento de redes temáticas e a pactuação de retaguarda hospitalar. Elementos como os núcleos de educação permanente, a consolidação da regulação municipal e o uso de indicadores de desempenho a exemplo do tempo de espera e da taxa de reinternação são fundamentais para a construção de um modelo resolutivo, baseado em evidências e centrado na humanização.

O modelo de atenção em rede, proposto por Mendes (2011), busca assegurar a continuidade do cuidado e o uso racional dos serviços de saúde, por meio da integração entre os pontos de atenção e da otimização dos recursos disponíveis. Mecanismos como a classificação de risco e a regulação do fluxo assistencial, quando

aplicados de forma efetiva, contribuem para organizar a demanda e ampliar o acesso equitativo aos serviços (Tofani et al., 2023), especialmente em contextos com alta pressão sobre os serviços de urgência.

Dessa forma, torna-se essencial aprimorar os processos de acolhimento, triagem e encaminhamento nos serviços de saúde, garantindo a resolutividade da atenção primária e prevenindo a sobrecarga dos serviços de pronto atendimento. Tais aprimoramentos fortalecem a articulação entre os níveis de atenção e alinham a rede assistencial aos princípios da integralidade e da equidade preconizados pelo SUS (Brasil, 1988).

Em síntese, os achados desta pesquisa apontam que a sobrecarga do pronto atendimento decorre de múltiplas falhas sistêmicas, exigindo intervenções integradas. Recomenda-se: (i) ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família, priorizando territórios vulneráveis; (ii) implementar mecanismos locais de regulação, como o acolhimento com classificação de risco nas UBSs; e (iii) realizar campanhas educativas periódicas sobre o uso racional dos serviços. Tais ações, se incorporadas aos instrumentos de planejamento do SUS como o Plano Municipal de Saúde e os Relatórios de Gestão, podem garantir institucionalidade, continuidade e avaliação sistemática das intervenções, promovendo maior efetividade e equidade no cuidado à população.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar o perfil dos atendimentos realizados no PAM de Presidente Kennedy, entre junho de 2023 e junho de 2024, à luz das políticas públicas. Os resultados obtidos indicaram um padrão de utilização que compromete a efetividade e a sustentabilidade do serviço.

O achado central do estudo foi a elevada predominância de atendimentos de baixa complexidade, classificados como “Normal” e “Pouco Urgente”, que, somados, corresponderam a mais de 90% da demanda. Este dado confirma a hipótese central da pesquisa: o PAM, concebido para ser um ponto de atenção a casos agudos e graves, opera na prática como a principal porta de entrada do sistema de saúde municipal, absorvendo uma demanda que, por sua natureza, deveria ser acolhida e resolvida pela APS.

A análise quantitativa, apoiada em dados de 374 prontuários eletrônicos e na aplicação do Protocolo de Manchester, revelou que a maior parte dos usuários não apresentava condições clínicas de alta gravidade. A frequência elevada de procura por parte de adultos jovens, somada à fragilidade dos vínculos com as equipes da ESF, aponta para falhas estruturais profundas na organização da porta de entrada do SUS no município.

Tal sobrecarga do PA, cuja capacidade instalada é drasticamente insuficiente para a demanda real — atendendo em média 370 pacientes por dia, quando planejado para cerca de 40 —, gera consequências negativas: agrava o tempo de espera para todos, reduz a resolutividade dos casos (especialmente os graves, que perdem prioridade em meio ao volume), e provoca o desgaste dos recursos e profissionais, levando equipes ao esgotamento e a infraestrutura à precarização.

À luz destes achados, recomenda-se, prioritariamente, a implementação de ações permanentes e sistemáticas de educação em saúde para a comunidade. Essas ações devem transcender campanhas pontuais e se converter em um processo contínuo de diálogo, utilizando agentes comunitários de saúde como vetores de informação para esclarecer o papel de cada nível de atenção, a importância do cuidado longitudinal na UBS para o manejo de condições crônicas.

Adicionalmente, a implantação de serviços de teleorientação e teletriagem, por exemplo, pode ser uma estratégia de baixo custo e alto impacto para triar casos de baixa complexidade. Isso pode evitar deslocamentos desnecessários ao PA,

oferecendo orientação segura e direcionando o usuário ao serviço correto, o que é especialmente relevante em um município com áreas rurais e barreiras de acesso físico.

No âmbito do PA, a qualificação contínua do processo de classificação de risco, aliada à pactuação de fluxos ágeis de referência com unidades hospitalares regionais, também se mostra essencial para garantir a resolutividade dos casos mais graves, principalmente entre idosos e portadores de doenças crônicas, que, conforme demonstrado, são os que mais apresentam quadros de urgência real.

É importante reconhecer as limitações deste estudo. Por se tratar de uma análise baseada em dados secundários de prontuários eletrônicos, a pesquisa está sujeita a possíveis vieses de registro e subnotificação. Além disso, a abordagem quantitativa, embora eficaz para dimensionar o problema, não aprofunda as razões subjetivas que levam os usuários a escolherem o PA em detrimento da APS. Sugere-se, para futuras pesquisas, a realização de estudos de natureza qualitativa, com entrevistas e grupos focais, para compreender a percepção dos usuários sobre a rede de saúde e os fatores culturais e sociais que influenciam suas decisões. Estudos longitudinais que avaliem o impacto de possíveis intervenções na reorganização da rede também seriam de grande valor.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 337-344, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0072.2560>. Acesso em: 2 fev. 2025.

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016> Acesso em: 2 fev. 2025.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMERRO, Aline et al. Perfil do atendimento de serviços de urgência e emergência. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro, p. 515-524, 2015.

CIDADE VERDE. Governador inaugura UPA em Picos com capacidade para 300 atendimentos diários. [S. l.], 2 fev. 2025. Disponível em: <https://cidadeverde.com>. Acesso em: 2 fev. 2025.

COSTA, M. A. R. et al. Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação de Serviços Hospitalares de Emergência. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 491- 497, 2015. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150065>. Acesso em: 2 fev. 2025.

FARIA, Tamara Lima Martins et al. A Política nacional de urgência e emergência sob a coordenação federativa em municípios paraenses. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 726-737, 2017. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170063>. Acesso em: 2 fev. 2025.

FEIJÓ, V. B. E. R. et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde em Debate**, v. 39, n.106, p.627-636, 2015. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151060003005>. Acesso em: 2 fev. 2025.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUSSO, G. D.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. 2 fev. 2025.

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 525-545, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200011>. Acesso em: 2 fev. 2025.

KULICZ, Thainá Klosowski; USCOCOVICH, Kurt Juliano Sack Orejuela. Perfil de atendimento em unidades de pronto atendimento em um município do oeste paranaense. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 4, n. 3, p. 96-104, 2021. <http://doi.org/10.32811/25954482-2021v4n3p96>. Acesso em: 2 fev. 2025.

MASSARO, I. A. C.; MASSARO, A. O Uso do KAN BAN na Gestão do Cuidado: Superando Limites. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n. 66, 2017. <http://doi.org/10.23973/ras.66.14>. Acesso em: 2 fev. 2025.

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

MOREIRA, Taynara Carrijo et al. Conduas multiprofissional em atendimento de urgência e emergência em unidades de pronto atendimento (UPA) e no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). **Research, Society and Development**, v. 12, n. 3, p. e0412340355, 2023. <http://doi.org/10.33448/rsd-v12i3.40355>. Acesso em: 2 fev. 2025.

MOURA, A., CARVALHO, J. P. G. de, & SILVA, M. A. de B. Urgência e emergência: conceitos e atualidades. **Saúde & Conhecimento: Jornal de Medicina Univag**, 1. 2018.

O'DWYER, Gisele. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500014>. Acesso em: 2 fev. 2025.

OHARA, R.; MELO, M. R. A. C.; LAUS, A. M. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 749-754, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500009>. Acesso em: 2 fev. 2025.

OLIVEIRA, Pedro; COSTA, André. Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: revisão integrativa. **Revista Saúde & Desenvolvimento**, v. 10, n. 6, p. 45-59, 2021.

OLIVEIRA, Priscila Brandão de et al. Motivos para a procura de uma unidade de pronto atendimento: entre a resolubilidade e o acesso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2281-2290, 2021.

PADILHA, Alexandre Rocha Santos et al. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 118, p. 579-593, 2018.

RUBINSTEIN, A. et al. Hospitalizações evitáveis por condições sensíveis ao atendimento ambulatorial como indicador da efetividade da atenção primária à saúde na Argentina. **J Ambul Care Manage**, v. 37, n. 1, p. 69-81, 2014.

SÁ, M. L. **Classificação de Risco: superando o desafio da superlotação em uma emergência geral, por meio de uma ferramenta de gestão**. Monografia (Especialização em Enfermagem) – UFSC, Florianópolis, 2014.

SANTOS, J. L. G. et al. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p.136-143, 2013. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200006>. Acesso em 2 fev. 2025.

SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura de Presidente Kennedy (ES). “Órgãos vinculados à Secretaria de Saúde”. IN: **Secretaria da Saúde** [recurso eletrônico]. Disponível: <https://presidentekennedy.es.gov.br/secretarias/>. Acesso em 2 fev. 2025.

SILVA, P. L. et al. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 427-433, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400008>. Acesso em 2 fev. 2025.

SOGAME, Luciana Carrupt Machado; MACHADO, Clarissa Corrêa. Política Nacional De Atenção Às Urgências: Implantação Do Samu 192 Na Região Sul Capixaba. In: _____. **Serviço De Atendimento Móvel De Urgência No Brasil: Avanços E Desafios**. [S. l.]: Editora Científica Digital, 2023. p. 68-84.

SOUZA, Cristiane Carvalho de; TOLEDO, Adriana de Oliveira; TAVARES, Cássia Maria Machado. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: percepção dos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.

SOUZA, M. A. et al. Superlotação dos serviços de emergência: implicações para a segurança do paciente e para o trabalho da equipe de saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 3, n. 1, p. 45-58, 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TOFANI, L. F. N.; CORRÊA, I. Custos operacionais e eficiência em serviços de urgência e emergência sobrecarregados. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE ECONOMIA DA SAÚDE, 15., 2023, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ABRES, 2023. p. 1-15.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira et al. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 32, p. e220122pt, 2023.

VIEIRA, S. **Introdução à bioestatística**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

ANEXO A - Parecer Consubstanciado nº 7595369 - CEP-EMESCAM

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: POLÍTICA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO PRONTO-SOCORRO DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY (ES): SATISFAÇÃO DA DEMANDA LOCAL

Pesquisador: LEANDRO GOMES DE FARIA

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 77479224.0.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.595.369

Apresentação do Projeto:

Este estudo adota uma abordagem descritiva com enfoque quantitativo, objetivando analisar o uso inadequado dos serviços de pronto atendimento

no município de Presidente Kennedy, Espírito Santo. A investigação será conduzida por meio de análise de prontuários médicos, permitindo uma

compreensão abrangente dos fatores que levam os usuários a procurarem o pronto atendimento para condições que poderiam ser resolvidas na atenção primária.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o perfil epidemiológico dos usuários atendidos na UPA de Presidente Kennedy (ES), entre junho de 2023 e junho de 2024, para investigar a relação da superlotação na unidade com o uso inadequado dos serviços por parte dos usuários.

Objetivo Secundário:

Investigar os principais motivos que geram a busca dos usuários pelos serviços da UPA de Presidente Kennedy- ES.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 7.595.369

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

De acordo com a Resolução nº 510/2016, pesquisas que utilizam seres humanos em sua realização envolvem riscos em tipos e gradações variados.

Nesta pesquisa, o risco se refere à quebra de privacidade dos pacientes, o que será minimizado mediante o compromisso formal do pesquisador

com o sigilo e o anonimato em relação aos dados, protegendo a imagem das pessoas às quais os dados dizem respeito. Além do exposto, fica

garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa a seus participantes.

Benefícios:

Estão previstos benefícios indiretos, como a melhoria na formulação e implantação de políticas em saúde que afetem o equipamento em questão,

bem como serviços análogos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível que apresenta uma emenda ao projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos adequados

Solicitação de dispensa de TCLE- adequado.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu a solicitação do parecer anterior. Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;

- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;

- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 7.595.369

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_250888_8_E1.pdf	16/05/2025 10:53:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Dispenza_LEANDRO.pdf	16/05/2025 10:51:40	BEATRIZ DE BARROS SOUZA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_LEANDRO_EMENDA.pdf	16/05/2025 10:00:18	BEATRIZ DE BARROS SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	EMENDA_1_merged_compressed.pdf	16/05/2025 09:59:49	BEATRIZ DE BARROS SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_assinada.pdf	26/03/2025 13:16:37	BEATRIZ DE BARROS SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuencia.pdf	08/02/2024 11:44:42	BEATRIZ DE BARROS SOUZA	Aceito
Orçamento	CUSTOS_Leandro.pdf	08/02/2024 00:52:25	BEATRIZ DE BARROS SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 26 de Maio de 2025

Assinado por:
rubens José loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ANEXO B – PRONTUÁRIOS E RELAÇÃO

PRONTUÁRIO	IDADE	RISCO	COMORBIDADE	PATOLOGIA	DN	COR	PROFISSÃO	SEXO	LOCALIDADE
1886-1	39	NO	DOR NO ESTÔMAGO	K297	12/03/1986	BRANCA	DO LAR	F	MINEIRINHO
20374-1	21	NO	CEFALÉIA	R51	25/02/2004	PARDA	NÃO INFORMADO	F	CAMPINAS
20584-1	19	NO	TOSSE	R05	07/01/2006	PARDA	NÃO INFORMADO	F	ASSENTAMENTO
28989-1	76	NO	DOR NA COLUNA	M54.5	25/05/1949	PARDA	NÃO INFORMADO	F	JAQUEIRA
3987-1	57	NO	MENOPAUSA	N95	06/07/1968	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
19496-1	35	NO	TOSSE	R05	08/06/1990	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
29323-1	18	NO	CEFALÉIA	R51	03/01/2007	PARDA	NÃO INFORMADO	F	BOA ESPERANÇA
1653-1	18	NO	DOR NO ESTÔMAGO	K297	06/04/2007	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	BELA VISTA
2445-1	33	NO	NÁUSEA	Z000	14/09/1991	PRETA	NÃO INFORMADO	M	AROEIRA
20803-1	91	NO	CEFALÉIA	R51	14/04/1934	NÃO	NÃO INFORMADO	M	CAMPOS/RJ
25368-1	23	PU	CEFALÉIA	R520	21/01/2002	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
13341-1	45	NO	MEDICAÇÃO	Z760	04/08/1979	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
16015-1	40	NO	CRAVO PE ESQUERDO	L909	03/01/1985	PRETA	DO LAR	F	CACIMBINHA
15037-1	44	NO	CEFALÉIA	R51	20/04/1981	PARDA	NÃO INFORMADO	M	MAROBA
1733-1	50	NO	MEDICAÇÕES	Z760	18/01/1975	PARDA	NÃO INFORMADO	M	JAQUEIRA
45682	42	NO	RENOVAÇÃO DE RECEITA	Z760	15/07/1983	PRETA	NÃO INFORMADO	M	AROEIRA
15663-1	33	UR	TOSSE E CEFALÉIA	J00	03/03/1992	BRANCA	FISIOTERAPEUTA	F	AGUA PRETA
298-1	35	NO	MEDICAÇÃO	Z760	02/09/1989	PARDA	NÃO INFORMADO	M	JAQUEIRA
9784-1	89	UR	DOR NO TÓRAX	R520	22/10/1935	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	JAQUEIRA
11132-1	52	NO	TRAUMA NO CRÂNIO	Z000	20/10/1972	PRETA	AGRICULTOR	M	PEDRA BRANCA
2674-1	70	UR	HIPERTENSO	R072	01/01/1955	BRANCA	AGRICULTOR	M	CANCELAS
18664-1	58	PU	LOMBALGIA	M545	04/05/1967	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SANTO EDUARDO
535-1	55	NO	RECEITA MEDICA	Z760	25/04/1970	PARDA	AGROPECUARIA	M	MONTE BELO
2521-1	64	NO	OUVIDO TAMPADO	Z000	20/01/1961	PRETA	NÃO INFORMADO	F	CACIMBINHA
14952-1	48	PU	SUSPEITA DE COVID	J11	27/02/1977	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
25216-1	15	PU	PARALISIA FACIAL	Z000	24/05/2010	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	MAROBA
15123-1	61	NO	RECEITA MEDICA	Z760	18/09/1963	BRANCA	BARBEIRO	M	KENNEDY
22062-1	42	NO	LOMBALGIA	M545	12/07/1983	PARDA	NÃO INFORMADO	F	CANCELAS
10619-1	45	PU	ASTENIA	A09	04/07/1980	PRETA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
11494-1	47	NO	DORMENCIA	Z000	15/04/1978	BRANCA	PEDREIRO	M	KENNEDY
14783-1	58	NO	OTALGIA	H669	07/02/1967	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
20785-1	47	PU	DOR ABDOMINAL	R520	05/04/1978	PARDA	POLICIAL	M	SÃO SALVADOR

1445-1	25	PU	DERMATITE	L208	27/11/1999	PARDA	AGRICULTOR	M	AREINHA
25565-1	30	PU	VÔMITOS	Z000	17/03/1995	PRETA	NÃO INFORMADO	F	MAROBA
422-1	29	PU	VÔMITOS	Z000	16/03/1996	PARDA	NÃO INFORMADO	F	LEONEL
26878-1	30	NO	TRAUMA DORSAL	R520	28/05/1995	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	JAQUEIRA
4015-1	28	PU	RECEITA MÉDICA	Z760	19/02/1997	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
25702-1	33	NO	TORÇÃO DE TORNOZELO	R520	04/10/1991	PARDA	NÃO INFORMADO	M	CASTELO
22692-1	26	PU	INGESTÃO DE BEBIDA	Z000	05/07/1999	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	BOA ESPERANÇA
3001-1	27	NO	CEFALÉIA	R520	19/10/1997	PARDA	DO LAR	F	KENNEDY
9840-1	33	PU	EXAMES	Z02	12/08/1991	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
13872-1	27	NO	EDEMA NO TORNOZELO	Z000	06/03/1998	PRETA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
9849-1	39	PU	FEBRE E CALAFRIO	Z000	25/03/1986	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	SANTO EDUARDO
9580-1	24	UR	EXAMES	Z02	11/10/2000	BRANCA	ESTUDANTE	M	SÃO SALVADOR
13838-1	31	PU	CÓLICA	Z000	09/02/1994	PARDA	NÃO INFORMADO	M	DOIS CORAÇÕES
5294-1	34	PU	EDEMA NO DEDO	Z000	30/08/1990	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
3062-1	27	PU	CÓLICA MENSTRUAL	R520	24/10/1997	PARDA	DO LAR	F	BOA ESPERANÇA
12052-1	30	UR	DOR ABDOMINAL	A90	21/10/1994	BRANCA	DO LAR	F	BOA ESPERANÇA
11751-1	33	NO	GESTANTE COM DILATAÇÃ	Z000	24/02/1992	BRANCA	DO LAR	F	PERNAMBUCO
4837-1	25	NO	RECEITA MÉDICA	Z760	28/07/1998	PARDA	ESTUDANTE	F	CAMPINAS
7605-1	30	NO	ENXAQUECA	Z000	21/08/1994	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	SÃO SALVADOR
5027-1	34	PU	CEFALÉIA	R51	08/09/1990	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
2538-1	26	NO	FACADA	Y000	19/07/1998	PARDA	NÃO INFORMADO	F	CACIMBINHA
13298-1	52	NO	OUVIDO TAMPADO	H612	30/08/1972	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
5216-1	41	PU	CEFALÉIA	R51	19/09/1983	BRANCA	PESCADOR	M	JAQUEIRA
24998-1	48	M.U	DOR DE OUVIDO	H609	10/09/1976	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
1319-1	39	PU	DOR INGUINAL	W033	25/09/1985	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	SANTA LUCIA
15812-1	35	NO	DIARRÉIA	A09	27/08/1989	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
4718-1	47	NO	DOR LOMBAR	R520	18/05/1978	BRANCA	ESTUDANTE	M	SÃO PAULO
6485-1	35	NO	CEFALÉIA	J11	21/05/1990	PARDA	NÃO INFORMADO	M	MAROBA
7561-1	26	NO	DOR LOMBAR	R520	15/11/1998	PARDA	NÃO INFORMADO	M	CAMPO NOVO
22000-1	68	NO	TOSSE	J304	21/03/1957	PARDA	NÃO INFORMADO	M	SANTA LUCIA
2651-1	71	PU	DOR NOS BRAÇOS	R520	01/05/1954	PARDA	PEDREIRO	M	CANCELAS
25830-1	61	NO	DOR DE OUVIDO	H669	25/12/1963	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
20785-1	47	PU	DOR ABDOMINAL	R520	05/04/1978	PARDA	SOLDADO	M	SÃO SALVADOR

14405-1	25	NO	DERMATITE	L208	27/11/1999	PARDA	AGRICULTOR	M	AREINHA
25565-1	30	PU	CEFALÉIA	G438	17/03/1995	PRETA	NÃO INFORMADO	M	MAROBA
26343-1	23	PU	DOR LOMBAR	R522	16/02/2002	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	JAQUEIRA
422-1	29	PU	TRAUMA NO PE	R520	16/03/1996	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
26878-1	30	NO	RECEITA MEDICA	Z000	28/05/1995	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	JAQUEIRA
4015-1	28	NO	RECEITA MEDICA	Z000	19/02/1997	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
20111-1	34	NO	DOR NO ESTOMAGO	K297	05/11/1990	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
13429-1	26	PU	SINUSITE	J019	14/04/1999	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
16404-1	40	M.U	DISPINEIA	J458	14/11/1984	PARDA	NÃO INFORMADO	M	CAMPO NOVO
18942-1	25	NO	RECEITA MEDICA	Z760	31/12/1999	PARDA	NÃO INFORMADO	M	IUNA
8813-1	29	PU	DOR DE GARGANTA	J038	06/12/1995	PRETA	DO LAR	F	AROEIRA
10412-1	20	PU	EDEMA PERIORBITARIO	L03	27/01/2005	BRANCA	ESTUDANTE	F	KENNEDY
8256-1	21	PU	DOR EM FLANCO	Z000	24/09/2003	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	LEONEL
9083-1	18	PU	SUSPEITA DE GESTAÇÃO	Z000	18/12/2006	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
10464-1	25	PU	NÂUSEAS	Z75	20/11/1999	PARDA	APOSENTADO	F	CAMPO NOVO
10850-1	37	PU	TRAUMA NO PÉ	S934	24/03/1988	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
27017-1	44	NO	TOSSE	J00	01/02/1981	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
9991-1	31	NO	DIARRÉIA	A09	15/03/1994	PARDA	NÃO INFORMADO	F	JAQUEIRA
13458-1	49	NO	CEFALÉIA	G430	12/02/1976	BRANCA	PROFESSOR	F	DOIS CORAÇÕES
3739-1	24	PU	DIARRÉIA	Z000	26/10/2000	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	BELA VISTA
5691-1	22	PU	CEFALÉIA E TOSSE	R05	23/05/2003	PARDA	ESTUDANTE	F	BOA ESPERANÇA
10995-1	26	PU	QUEIMAÇÃO NA PERNA	R522	31/05/1999	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	MAROBA
13132-1	33	NO	RECEITA MÉDICA	Z760	01/04/1992	PRETA	NÃO INFORMADO	F	SANTA LUCIA
2388-1	48	PU	TOSSE	B349	10/03/1977	BRANCA	AUXILIAR	F	AREINHA
18985-1	51	NO	DISURIA	M544	12/02/1974	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
6811-1	55	NO	CISTO SEBACEO	L909	05/04/1970	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	COMISSÃO
25064-1	51	PU	DISPINÉIA	Z000	15/11/1973	PARDA	NÃO INFORMADO	F	GROMOGOL
2809-1	49	NO	RECEITA MÉDICA	Z763	23/01/1976	PRETA	DO LAR	F	CACIMBINHA
15702-1	56	NO	NÂUSEAS	R11	07/02/1969	PARDA	PROFESSOR	F	KENNEDY
13956-1	65	NO	CEFALÉIA	Z000	10/07/1960	BRANCA	APOSENTADO	F	JAQUEIRA
12621-1	52	PU	DOR ABDOMINAL	Z000	17/01/1973	AMARELA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
9531-1	54	NO	DOR NO JOELHO	R520	07/04/1971	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
8040-1	57	PU	DOR NAS ARTICULAÇÕES	M130	21/06/1968	PARDA	DO LAR	F	BOA ESPERANÇA

25295-1	50	PU	ADENOMIOMATOSE	D259	15/10/1974	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
9969-1	43	NO	DOR DE GARGANTA	J00	09/04/1982	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
8542-1	54	NO	RECEITA MÉDICA	Z000	17/11/1970	PARDA	TECNICO	F	KENNEDY
12124-1	47	PU	DOR MEMBROS INFERIORES	R520	06/08/1977	PARDA	AGROPECUARIO	F	JAQUEIRA
4018-1	48	NO	FIBROMA EM DORSO	L909	10/10/1976	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
14816-1	49	NO	DOR ABDOMINAL	Z000	19/07/1976	PRETA	NÃO INFORMADO	F	MAROBA
8911-1	35	NO	FEBRE E TOSSE	R05	05/12/1989	NÃO	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
18257-1	53	NO	PURIDO CORPORAL	T784	09/05/1972	PARDA	NÃO INFORMADO	M	CANCELAS
3427-1	52	NO	TOSSE	J11	16/07/1973	PRETA	AGENTE SEGURANÇA	M	PEDRA BRANCA
2680-1	53	NO	EPIGASTRALGIA	Z532	15/06/1972	PARDA	TRATORISTA	M	SANTANA FELIZ
5296-1	39	PU	PIROSE	Z000	21/07/1986	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
13430-1	20	UR	TRAUMA NA COLUNA	Z000	16/03/2005	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
25208-1	31	NO	ABCESSO NO JOELHO	L02	26/09/1993	PRETA	NÃO INFORMADO	M	SÃO PAULO
25390-1	44	PU	DISTENÇÃO MUSCULAR	Z000	17/07/1981	PARDA	NÃO INFORMADO	M	VITORIA
25342-1	54	PU	DISTENÇÃO MUSCULAR	Z000	12/09/1970	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
15583-1	24	PU	DOR ABDOMINAL	Z000	09/05/2001	PARDA	ESTUDANTE	M	KENNEDY
15660-1	52	PU	PARKISON	M255	12/01/1973	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	SÃO BENTO
3322-1	56	PU	DOR LOMBAR	M545	20/02/1969	PARDA	NÃO INFORMADO	M	SÃO BENTO
97-1	46	PU	MIALGIA	A90	02/09/1978	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
21320-1	52	PU	DISPINÉIA	Z000	16/11/1972	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
9624-1	50	NO	MORDEDURA DE RATO	W532	27/01/1975	BRANCA	AGROPECUARIO	M	PESQUEIRO
2920-1	54	NO	TONTURA	R51	15/04/1971	PARDA	NÃO INFORMADO	M	CRIADOR
15175-1	33	UR	DIARRÉIA	Z000	10/05/1992	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SÃO PAULO
25785-1	59	NO	RECEITA MÉDICA	Z760	04/12/1965	PARDA	NÃO INFORMADO	M	PRAIA DAS NEVES
7958-1	49	NO	RECEITA MÉDICA	Z760	25/05/1976	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	JAQUEIRA
12417-1	19	NO	SANGRAMENTO VAGINAL	Z000	05/05/2006	NÃO	ESTUDANTE	F	JAQUEIRA
7463-1	19	NO	RECEITA MÉDICA	Z760	03/07/2006	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
1051-1	42	NO	DOR NA COLUNA	R520	21/09/1982	BRANCA	AGENTE SAUDE	F	PEDRA BRANCA
16949-1	69	PU	OTALGIA	Z000	23/07/1956	BRANCA	TENDENTE ENFERMAGEI	F	KENNEDY
4563-1	41	NO	CEFALÉIA	Z000	23/09/1983	PARDA	COZINHEIRO GERAL	F	SANTANA FELIZ
20922-1	46	PU	EPIGASTRALGIA	Z000	04/01/1979	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
7679-1	79	PU	HIPERTENSO	R060	13/01/1946	PARDA	APOSENTADO	F	KENNEDY
16854-1	60	PU	CEFALÉIA	Z000	17/10/1964	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY

2858-1	25	NO	TOSSE	Z000	08/11/1999	PRETA	ESTUDANTE	F	SÃO SALVADOR
14002-1	60	PU	TOSSE	R05	11/07/1965	PARDA	PROFESSORA	F	KENNEDY
989-1	55	NO	TOSSE SECA	Z000	20/04/1970	PRETA	CASEIRO	M	BOM JARDIM
11475-1	41	NO	CEFALÉIA	R51	25/02/1984	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
7700-1	55	NO	TOSSE	Z000	10/11/1969	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
12358-1	44	NO	TOSSE SECA	J00	05/10/1980	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
9293-1	61	PU	DOR LOMBAR	Z000	25/12/1963	PARDA	NÃO INFORMADO	F	MAROBA
28254-1	65	UR	DORSALGIA	Z000	04/12/1959	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
3489-1	43	PU	DENGUE	A90	01/06/1982	BRANCA	AGRICULTOR	M	GROMOGOL
6246-1	44	NO	MIALGIA	J11	30/05/1981	PARDA	DO LAR	F	AGUA PRETA
2388-1	48	NO	RECEITA MÉDICA	Z760	10/03/1977	BRANCA	AUXILIAR ALIMENTAÇÃO	F	AREINHA
20746-1	4	UR	LESÕES NA CAVIDADE ORAL	B084	19/04/2021	PARDA	NÃO INFORMADO	F	AREINHA
25549-1	52	NO	DESCONTROLE DE PRESSÃO	Z000	17/07/1973	PARDA	PRODUTOR AGRICOLA	F	LEONEL
6811-1	55	NO	DOR NA COLUNA	R520	05/04/1970	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	COMISSÃO
10099-1	39	NO	RECEITA MÉDICA	Z760	24/06/1986	BRANCA	DO LAR	F	AREINHA
2809-1	49	NO	DOR LOMBAR	M545	23/01/1976	PRETA	DO LAR	F	CACIMBINHA
15702-1	56	M.U	CEFALÉIA	Z000	07/02/1969	PARDA	PROFESSOR	F	KENNEDY
12621-1	52	NO	DOR NO PÉ	R520	17/01/1973	AMARELA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
58-1	50	NO	MIALGIA	F411	29/10/1974	PRETA	NÃO INFORMADO	F	CACIMBINHA
8040-1	57	NO	DOR NO JOELHO	Z000	21/06/1968	PARDA	DO LAR	F	BOA ESPERANÇA
25295-1	50	PU	LOMBALGIA	R522	15/10/1974	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
9969-1	43	NO	DOR LOMBAR	K81	09/04/1982	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
8542-1	54	NO	HEMORRÓIDA	I84	17/11/1970	PARDA	TECNICO INFORMATICA	F	KENNEDY
12124-1	47	NO	LESÃO QUIRODACTILO	S611	06/08/1977	PARDA	AGROPECUARIA	F	JAQUEIRA
4018-1	48	PU	TOSSE SECA	Z000	10/10/1976	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
28241-1	53	PU	CEFALÉIA	R51	28/01/1972	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
18257-1	53	PU	DOR NO JOELHO	M255	09/05/1972	PARDA	NÃO INFORMADO	M	CANCELAS
29246-1	44	PU	TOSSE	R05	20/01/1981	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
27505-1	55	EM	ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	T07	07/04/1970	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
3427-1	52	NO	SAÚDE MENTAL	Z000	16/07/1973	PRETA	AGENTE DE SEGURANÇA	M	PEDRA BRANCA
7424-1	59	NO	PERFURAÇÃO DO PÉ	R520	25/02/1966	PRETA	PEDREIRO	M	SÃO PAULO
2680-1	53	NO	TOSSE SECA	J11	15/06/1972	PARDA	TRATORISTA	M	KENNEDY
5296-1	39	NO	DOR LOMBAR	M545	21/07/1986	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY

13430-1	20	PU	FEBRE	Z000	16/03/2005	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
29284-1	56	PU	LOMBALGIA	M545	23/05/1969	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
25342-1	54	NO	LOMBALGIA	M545	12/09/1970	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
15583-1	24	NO	RECEITA MÉDICA	Z000	09/05/2001	PARDA	ESTUDANTE	M	KENNEDY
24752-1	72	M.U	QUEIMADURA	Z000	18/11/1952	PARDA	NÃO INFORMADO	M	JAQUEIRA
15660-1	52	NO	AVC	I64	12/01/1973	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	SÃO BENTO
97-1	46	PU	NÁUSEA	R11	02/09/1978	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
15123-1	61	NO	TOSSE SECA	R05	18/09/1963	BRANCA	BARBEIRO	M	KENNEDY
11494-1	47	PU	TRAUMA PERNA ESQUERDA	R522	15/04/1978	BRANCA	PEDREIRO	M	KENNEDY
24221-1	56	PU	FERIDAS NO DEDO	S611	22/01/1969	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
12944-1	46	NO	CEFALÉIA	Z000	21/09/1978	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	CRIDADOR
16606-1	49	NO	ACIDENTE MOTOBILÍSTICO	R520	21/12/1975	BRANCA	AGROPECUARIO	M	CAMPINAS
27813-1	49	PU	DOR LOMBAR	M545	02/05/1976	PARDA	NÃO INFORMADO	M	CABRAL
28409-1	40	PU	GENGIVA INFLAMADA	Z75	07/10/1984	PARDA	NÃO INFORMADO	M	NOVA IGUAÇU
13163-1	23	PU	DOR RETROORBITARIA	Z000	10/10/2001	PARDA	ESTUDANTE	M	FAZENDINHA
5934-1	23	NO	QUEIMADURA	T212	14/05/2002	BRANCA	ESTUDANTE	M	MINEIRINHO
3238-1	44	NO	DOR LOMBAR	M545	15/05/1981	PRETA	NÃO INFORMADO	M	CACIMBINHA
15115-1	44	PU	DORSALGIA	Z000	03/10/1980	PRETA	AGRICULTOR	M	BOA ESPERANÇA
9513-1	41	NO	MEDICAÇÃO EXTERNA	Z760	11/04/1984	PARDA	GUARDA CIVIL	M	KENNEDY
27661-1	50	NO	EXAMES DE ROTINA	Z000	11/06/1975	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
9076-1	55	NO	CEFALÉIA	A09	30/06/1970	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	SANTO EDUARDO
6022-1	30	PU	DOR REGIAO DOS PÉS	B34	31/05/1995	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
4981-1	57	PU	CEFALÉIA	A09	30/10/1967	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
14071-1	41	PU	TRAUMA EM PUNHO	Z000	15/09/1983	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	JAQUEIRA
12510-1	39	NO	EXAMES DE ROTINA	Z02	11/03/1986	NO	NÃO INFORMADO	M	PERNAMBUCO
10811-1	40	PU	FEBRE	B34	07/03/1985	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
13945-1	18	NO	QUEDA DE MOTO	Z000	17/04/2007	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
24830-1	77	NO	DOR DE GARGANTA	J111	10/07/1948	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
19642-1	46	NO	DIARRÉIA	A09	18/03/1979	PRETA	NÃO INFORMADO	M	SANTO EDUARDO
25914-1	29	PU	LOMBALGIA	M545	30/04/1996	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
2279-1	21	PU	TOSSE	R05	05/11/2003	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	JAQUEIRA
10841	30	PU	PRURIDO E ADIMANIA	Z000	22/01/1995	PARDA	NÃO INFORMADO	M	SANTO EDUARDO
1077-1	37	PU	TOSSE E CATARRO C SANGU	J029	25/08/1987	PRETA	NÃO INFORMADO	M	MAROBA

25707-1	3	PU	TOSSE, OTALGIA	Z000	10/05/2022	PARDA	NÃO INFORMADO	M	BOA ESPERANÇA
24456-1	2	PU	DOR AGUDA	M542	22/03/2023	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	JAQUEIRA
8878-1	37	PU	TOSSE, CEFALÉIA	J11	14/10/1987	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
15038-1	35	PU	CORRIMENTO URETRAL	N342	21/03/1990	PRETA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
26965-1	27	PU	TOSSE	B34	23/03/1998	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	CABRAL
6994-1	40	M.U	DISPINÉIA	J459	18/04/1985	PARDA	NÃO INFORMADO	F	DOIS CORAÇÕES
8994-1	52	PU	ARTRALGIA	Z000	18/09/1972	PARDA	NÃO INFORMADO	F	MINEIRINHO
5751-1	41	NO	TRAUMA NA MAO	R520	18/11/1983	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
4340-1	60	NO	DOR LOMBAR	M545	10/12/1964	PARDA	NÃO INFORMADO	F	MINEIRINHO
2719-1	43	NO	TOSSE	Z000	21/05/1982	PARDA	NÃO INFORMADO	M	JAQUEIRA
20897-1	45	UR	NÁUSEAS	Z000	17/01/1980	PARDA	NÃO INFORMADO	F	BOA ESPERANÇA
15802-1	45	PU	TOSSE	Z000	01/03/1980	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	CANCELAS
6985-1	60	PU	ODINOFAGIA	R070	10/07/1965	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
5964-1	27	NO	RECEITA MEDICA	Z000	02/07/1998	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
7904-1	53	NO	DOR LOMBAR	R520	21/07/1972	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
6995-1	47	PU	CEFALÉIA	R51	02/07/1978	PARDA	NÃO INFORMADO	F	CAMPO NOVO
6104-1	39	NO	FURÚNCULO	L028	28/05/1986	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
3057-1	46	NO	TONTURA	R42	21/05/1979	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SANTANA FELIZ
13505-1	58	PU	PICADA DE ABELHA	Z000	12/08/1966	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
5534-1	52	PU	DOR OSSEA	M791	09/08/1972	PRETA	NÃO INFORMADO	F	PEDRA BRANCA
2748-1	49	NO	DISURIA	K81	08/03/1976	PRETA	NÃO INFORMADO	F	JAQUEIRA
21998-1	55	PU	DOR NO BRAÇO	SS01	23/11/1969	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	CAXETA
25490-1	58	PU	HERPES ZOSTER	B02	02/07/1967	PARDA	NÃO INFORMADO	F	ACHOEIRO DE ITAPEMIRI
1978-1	76	UR	MIOMA E DOR	R520	16/10/1948	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	LEONEL
14078-1	46	NO	DOR DE GARGANTA	J00	23/05/1979	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
8210-1	40	M.U	DOR NO OMBRO	Z000	29/05/1985	PARDA	NÃO INFORMADO	F	MAROBA
7185-1	49	PU	CEFALÉIA	Z000	16/06/1976	PRETA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
7972-1	52	PU	EPIGASTRALGIA	Z000	12/09/1972	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
256-1	52	UR	DOR NO MALEOLO	Z000	22/12/1972	PRETA	NÃO INFORMADO	F	CACIMBINHA
13610-1	47	M.U	DOR NA BARRIGA	R100	10/10/1977	PARDA	NÃO INFORMADO	F	AREINHA
9335-1	34	NO	HEMORRAGIA	Z000	15/11/1990	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SANTO EDUARDO
612-1	23	NO	GRANULOMA	L909	26/07/2002	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	PALMITAL
6779-1	36	NO	CEFALÉIA	Z000	15/02/1989	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY

22772-1	27	PU	CEFALÉIA	Z000	12/05/1998	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
17378-1	47	PU	DOR NO CALCÂNEO	Z000	25/04/1978	AMARELA	NÃO INFORMADO	M	MAROBA
3964-1	62	NO	TONTURA	Z000	01/09/1962	PARDA	NÃO INFORMADO	M	SANTO EDUARDO
6877-1	24	PU	PRESSÃO BAIXA	I959	20/05/2001	PARDA	NÃO INFORMADO	F	COMISSÃO
25341-1	33	PU	TOSSE	Z000	28/08/1991	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
1588-1	29	PU	CEFALÉIA	R070	22/09/1995	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	AREINHA
15637-1	34	PU	TOSSE	R05	07/06/1991	PARDA	NÃO INFORMADO	M	LEONEL
7963-1	68	PU	RECEITA MÉDICA	Z760	30/05/1957	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
11415-1	38	NO	DOR FACIAL, TOSSE	J019	17/11/1986	PARDA	NÃO INFORMADO	M	CAMPO NOVO
8273-1	25	PU	TOSSE	J019	05/09/1999	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	BOA ESPERANÇA
23709-1	32	PU	EPIGASTRALGIA	R104	31/12/1932	PARDA	NÃO INFORMADO	F	LEONEL
13649-1	37	PU	CEFALÉIA	G431	29/06/1988	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SÃO PAULO
21042-1	36	PU	DOR DE OUVIDO	Z000	09/04/1989	PARDA	NÃO INFORMADO	M	MUQUI
9022-1	72	NO	EXAME ROTINA	Z02	04/09/1952	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
1460-1	80	PU	FEBRE	Z000	20/07/1945	PARDA	NÃO INFORMADO	M	MAROBA
22832-1	27	PU	GONORREIA	Z000	01/10/1997	PRETA	NÃO INFORMADO	M	LEONEL
406-1	77	NO	PNEUMONIA VIRAL	Z000	09/06/1948	PARDA	NÃO INFORMADO	M	SANTA LUCIA
3048-1	26	PU	DOR DE GARTANTA	Z000	24/04/1999	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	SANTANA FELIZ
8185-1	35	NO	EVO EM PAVILHA ESQUERD	L909	25/01/1990	PARDA	NÃO INFORMADO	M	JAQUEIRA
7308-1	33	PU	DIARREIA	Z000	07/03/1992	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
8898-1	42	PU	TOSSE SECA	R05	26/10/1982	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SANTO EDUARDO
7034-1	41	NO	PEDIDO DE RX	Z000	25/10/1983	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
8184-1	35	NO	EXERESE COM CATEGUITE	L909	25/01/1990	PARDA	NÃO INFORMADO	F	JAQUEIRA
14651-1	34	NO	TOSSE	J458	26/02/1991	PRETA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
6061-1	48	UR	DOR TORACICA	R074	14/05/1977	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
14268-1	16	PU	ODINOFALGIA	Z000	02/04/2009	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
14790-1	30	PU	TOSSE	R05	02/12/1994	PARDA	NÃO INFORMADO	M	SÃO PAULO
7627-1	76	PU	TOSSE	R05	07/08/1948	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
6133-1	39	NO	TOSSE	J304	10/03/1986	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SÃO SALVADOR
2335-1	41	NO	LINFONODOPATIA	L02	25/12/1983	PARDA	NÃO INFORMADO	F	GUARULHOS
9578-1	40	M.U	TORÇÃO DE TORNOZELO	Z000	06/11/1984	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	CAMPO NOVO
1266-1	23	NO	EXAME ROTINA	Z000	19/08/2001	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SANTA LUCIA
554-1	44	PU	MEDICAÇÃO EXTERNA	Z760	20/11/16980	PARDA	NÃO INFORMADO	F	MONTE BELO

10846-1	23	PU	TONTURA	E162	03/04/2002	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SANTO EDUARDO
18816-1	47	PU	TOSSE	J00	19/03/1978	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	CHOEIRO DE ITAPEMIRI
6815-1	9	PU	CEFALEIA E VOMITO	R11	08/03/2016	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
13232-1	47	PU	TORÇÃO DE TORNOZELO	R520	02/01/1978	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
15365-1	44	PU	TOSSE	J219	05/04/1981	PARDA	NÃO INFORMADO	F	AREINHA
9470-1	42	PU	ODINOFAGIA	Z000	28/02/1983	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
2384-1	46	PU	DISURIA MICONAL	N390	17/02/1979	PARDA	NÃO INFORMADO	F	JAQUEIRA
8501-1	46	PU	TOSSE	J00	10/07/1983	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
11990-1	26	PU	TOSSE	B34	12/12/1999	PARDA	NÃO INFORMADO	F	ALTO LIBERDADE
12680-1	22	PU	TOSSE	J00	23/09/2002	AMARELA	NÃO INFORMADO	F	PERNAMBUCO
10153-1	25	PU	DOR ABDOMINAL	Z000	31/10/1999	PRETA	NÃO INFORMADO	F	BOA ESPERANÇA
10034-1	41	PU	QUEDA DE MOTO	Z000	25/04/1984	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	LEONEL
26631-1	34	PU	QUEDA DE MOTO	R520	27/12/1990	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SANTO EDUARDO
10158-1	29	PU	TOSSE	Z000	07/02/1996	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
14706-1	37	NO	ANSIEDADE GENERALIZADA	Z000	18/11/1987	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SANTANA FELIZ
6393-1	49	NO	PRESSAO ALTA	Z000	10/10/1975	PRETA	NÃO INFORMADO	F	BOA ESPERANÇA
26077-1	29	PU	ONICOCRIPTOSE	L089	23/04/1996	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
1548-1	30	PU	MIALGIA	J069	17/10/1994	PARDA	NÃO INFORMADO	F	CAMPO DO LIMA
9055-1	39	NO	TOSSE	Z000	25/02/1986	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	AREINHA
7425-1	43	NO	RECEITA MEDICA	Z760	07/10/1981	NÃO	NÃO INFORMADO	F	ITAPEMIRIM
16313-1	42	NO	RECEITA MEDICA	Z760	20/08/1982	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
13043-1	51	PU	TONTURA	Z000	18/07/1974	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
26395-1	35	NO	ARLEGIA	Z000	26/10/1989	PARDA	NÃO INFORMADO	F	BOA VISTA DO SUL
14251-1	18	PU	DOR RETOESRENAL	R074	21/06/2007	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SERROTE
18998-1	24	NO	CONTRAÇÕES VIGOROSAS	Z75	25/03/2001	PARDA	NÃO INFORMADO	F	DUAS BARRAS
3562-1	43	PU	QIEXA EPIGASTRICA	Z000	10/08/1981	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SÃO SALVADOR
6363-1	40	PU	CEFALEIA	Z000	06/11/1984	PARDA	NÃO INFORMADO	F	FAZENDINHA
11028-1	36	PU	CEFALEIA	R51	09/06/1989	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	BOA ESPERANÇA
7763-1	44	PU	FEBRE	J11	21/05/1981	PARDA	NÃO INFORMADO	F	JAQUEIRA
11424-1	52	PU	DOR LOMBAR	Z000	16/05/1973	PARDA	NÃO INFORMADO	F	MINEIRINHO
6865-1	40	PU	QUEDA DA PROPRIA ALTURA	Z75	06/03/1985	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	SANTO EDUARDO
13121-1	48	PU	EDEMA DE FACE	Z000	10/10/1976	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
24863-1	57	PU	LESAO NO BRAÇO	Z000	09/02/1968	PRETA	NÃO INFORMADO	F	SANTO EDUARDO

2599-1	63	UR	PICO HIPERTENSO	Z000	28/01/1962	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	LEONEL
25343-1	55	PU	DESURIA	Z000	12/10/1969	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
61-1	37	NO	CEFALEIA	I10	17/06/1988	PRETA	NÃO INFORMADO	F	SANTO EDUARDO
12122-1	42	PU	PRESSAO ALTA	Z000	10/08/16982	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
6877-1	24	PU	PRESSAO BAIXA	I959	20/05/2001	PARDA	NÃO INFORMADO	F	COMISSÃO
4257-1	46	NO	TOSSE	J11	30/05/1979	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
8791-1	31	PU	TOSSE	J11	24/02/1994	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	AROEIRA
7308-1	33	PU	DIARREIA	Z000	07/03/1992	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
9022-1	72	NO	RX TORAX	Z02	04/09/1952	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
21042-1	36	PU	DOR DE OUVIDO	Z000	09/04/1989	PARDA	NÃO INFORMADO	M	MUQUI
13649-1	37	PU	CEFALEIA	G431	29/06/1988	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SÃO PAULO
23709-1	32	PU	EPIGASTRALGIA	R104	31/12/1992	PARDA	NÃO INFORMADO	F	LEONEL
8273-1	25	PU	TOSSE	J019	08/09/1999	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	BOA ESPERANÇA
11415-1	38	NO	TOSSE	J019	17/11/1986	PARDA	NÃO INFORMADO	M	CAMPO NOVO
26257-1	31	NO	CEFALEIA	Z000	07/05/1994	PARDA	NÃO INFORMADO	M	MARATAIZES
7963-1	68	PU	DOR LEVE	Z760	30/05/1957	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
15637-1	34	PU	TOSSE	R05	07/09/1991	PARDA	NÃO INFORMADO	M	LEONEL
1588-1	29	PU	CEFALEIA	R070	22/069/1995	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	AREINHA
25341-1	33	PU	TOSSE	Z000	28/08/1991	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
5776-1	51	NO	RECEITA MEDICA	Z000	15/07/1974	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
3961-1	62	PU	TONтура	Z000	01/09/1962	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
17378-1	47	PU	HIPERUCEMIA	Z000	25/04/1978	AMARELA	NÃO INFORMADO	M	MAROBA
22772-1	27	NO	DOR LOMBAR	M545	12/05/1988	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
16187-1	20	NO	PLURIDO EM ESCORIAÇÃO	Z000	26/05/2005	PARDA	NÃO INFORMADO	M	CANCELAS
3624-1	27	PU	DOENÇA DE CROHN	R520	24/12/1997	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SÃO SALVADOR
10956-1	18	PU	OTALGIA	Z000	30/11/2006	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
13860-1	21	NO	OTALGIA	Z000	02/03/2004	PRETA	NÃO INFORMADO	F	SANTO EDUARDO
4732-1	16	PU	VERTIGEM	Z000	12/11/2008	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	SÃO PAULO
11785-1	55	PU	MIALGIA	R070	16/11/1969	PARDA	NÃO INFORMADO	F	CAMPO NOVO
8941-1	51	PU	OTALGIA	Z75	02/01/1974	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SANTO EDUARDO
20745-1	4	PU	VOMITOS	R104	28/04/2021	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	JAQUEIRA
14826-1	13	NO	CEFALEIA	R11	24/02/2012	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
22245-1	57	PU	FEBRE	Z218	06/08/1967	PARDA	NÃO INFORMADO	F	CANCELAS

25018-1	2	PU	FEBRE	Z218	17/04/2023	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	SÃO PAULO
20162-1	4	PU	CEFALEIA	Z000	26/01/2021	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
5784-1	54	UR	INSULINOTERAPIA	E109	11/08/1970	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
15080	55	M.U	VITIMA DE CAPOTAMENTO	V99	09/09/1969	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	SANTO EDUARDO
26523-1	67	UR	CRISE RENAL	N23	05/06/1958	PARDA	NÃO INFORMADO	M	BOA VISTA DO SUL
1838-1	39	PU	LESAO AFTOSA	K120	09/11/1985	PARDA	NÃO INFORMADO	M	CAMPO DO LIMAO
3150-1	63	PU	EMATOMA NA PANTURRILI	R520	01/04/1962	PARDA	NÃO INFORMADO	M	PEDRA QUIMELA
9099-1	47	PU	HEMATOMA LOCAL	R520	21/05/1978	PARDA	NÃO INFORMADO	M	MAROBA
9099-1	47	NO	DOR DE GARGANTA	J00	21/05/1978	PARDA	NÃO INFORMADO	M	MAROBA
11993-1	27	NO	DOR DE GARGANTA	J00	04/09/1997	PARDA	NÃO INFORMADO	M	MAROBA
9437-1	55	PU	MEDICAÇÃO EXTERNA	Z000	26/08/1969	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
11325-1	24	PU	FURUNCULO	Z000	07/11/2000	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
11193-1	34	UR	SINAIS DE EMBRIAGUES	Z000	02/12/1990	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
10710-1	29	PU	DOR NO PUNHO	M255	23/07/1996	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SÃO PAULO
4148-1	28	PU	DOR ABDOMINAL	Z000	27/08/1996	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SANTO EDUARDO
26242-1	25	PU	CEFALEIA	Z000	10/10/1999	PARDA	NÃO INFORMADO	F	AGUA PRETA
2919-1	34	PU	DISURIA	N390	23/02/1991	PRETA	NÃO INFORMADO	F	MAROBA
6139-1	32	PU	CORISA NASAL	J11	16/06/1993	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
611-1	33	NO	TRITEZA DEVIDO MORTE	Z000	15/05/1992	PARDA	NÃO INFORMADO	F	PALMITAL
143-1	33	PU	CEFALEIA	H103	27/12/1991	PARDA	NÃO INFORMADO	F	MINEIRINHO
8276-1	24	PU	PRESSAO ALTA	Z000	17/03/2001	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
8628-1	34	PU	DOR DE GARGANTA	J039	30/04/1991	PARDA	NÃO INFORMADO	F	SÃO PAULO
17537-1	33	UR	DOR MODERADA	Z000	25/03/1992	PARDA	NÃO INFORMADO	F	AGUA PRETA
26234-1	84	NO	DOR NA COXA	M629	21/05/1941	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
903-1	50	PU	CONSTIPAÇÃO INTESTINAL	Z000	07/12/1974	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	SÃO PEDRO DO RIO
26484-1	65	NO	COLPOCITOLOGIA	Z712	27/09/1959	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	CABRAL
6884-1	58	NO	COLPOCITOLOGIA	Z712	28/04/1967	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
6884-1	58	UR	DIARREIA	A09	28/04/1967	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
11397-1	22	UR	HIPERGLICEMIA	Z000	30/12/2002	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
18234-1	55	M.U	EPIGASTRAGIA	Z000	10/03/1970	PRETA	NÃO INFORMADO	F	BOA ESPERANÇA
8083-1	54	NO	RECEITA MEDICA	Z760	14/07/1971	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
8237-1	53	NO	RECEITA MEDICA	Z760	05/08/1971	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
2063-1	48	NO	SOLICITACAO DE EXAMES	Z02	11/03/1977	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY

7992-1	48	PU	PURIDO NOS PES	L299	22/03/1977	BRANCA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
24826-1	57	PU	DOR RETROORBITARIA	R51	06/08/1967	PARDA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
12814-1	49	NO	PICADA DE MARIMBONDO	R53	30/05/1976	PARDA	NÃO INFORMADO	M	AREINHA
3592-1	53	PU	AFERIR PRESSAO	Z000	31/05/1972	PARDA	NÃO INFORMADO	M	SÃO SALVADOR
13804-1	57	PU	DOR LOMBAR	R520	08/05/1968	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	PEDRA BRANCA
7964-1	18	NO	LIPOMA NO OMBRO	L909	28/07/2007	BRANCA	NÃO INFORMADO	M	KENNEDY
16818-1	51	NO	DOR ABDOMINAL	Z000	12/02/1974	PARDA	NÃO INFORMADO	M	CABRAL
4690-1	55	NO	DOR ABDOMINAL	Z000	11/03/1970	PARDA	NÃO INFORMADO	M	AREINHA
14285-1	41	NO	CORIZA E MAL ESTAR	Z00	09/02/1984	PARDA	NÃO INFORMADO	F	CAMPO NOVO
12122-1	42	NO	MIOMA E DOR	Z000	10/08/1982	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY
12031-1	47	NO	DOR ABDOMINAL	Z000	02/06/1978	PRETA	NÃO INFORMADO	F	CAMPO NOVO
4257-1	46	NO	TOSSE E DISPINEIA	J11	30/05/1959	PARDA	NÃO INFORMADO	F	KENNEDY

Nota: EM –Emergencia; MU –Muito Urgente; NO – Normal; PU – Pouco Urgente; UR – Urgente;

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA

Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Estado do Espírito Santo

Presidente Kennedy 20 de Agosto de 2025

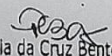
DECLARAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy, vem por meio desta declarar que as informações apresentadas pelo mestrando Leandro Gomes de Faria, nacionalidade Brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: enfermeiro, instituição de ensino: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, CPF: 111.459,397-40 e RG: 3.274,913, foram disponibilizadas por esta instituição com a finalidade exclusiva de subsidiar a realização de sua pesquisa acadêmica, de caráter científico, cujo objetivo contempla a geração de conhecimento e de possíveis resultados positivos para o desenvolvimento deste município.

Ressaltamos que todos os dados fornecidos se encontram devidamente anonimizados, de forma a preservar integralmente a identidade e a privacidade dos pacientes, em estrita observância ao disposto na Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e demais normas éticas aplicáveis. Assim, garante-se que a integridade moral, física e psicológica dos pacientes não foi, em nenhum momento, comprometida.

Por ser verdade, firmamos a presente declaração para os devidos fins.

Presidente Kennedy – ES, 20 de 08 de 2025.


Patrícia da Cruz Bento Gava
Secretária Municipal de Saúde
Decreto 110/2025

Patrícia da Cruz Bento Gava