

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
CURSO DE ENFERMAGEM**

**FRANCIELE DE OLIVEIRA NAZARIO
JOICY DE FAVERI MOTA**

**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO CLASSIFICADOS COM RISCO MUITO URGENTE**

**CRICIÚMA
2023**

**FRANCIELE DE OLIVEIRA NAZARIO
JOICY DE FAVERI MOTA**

**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO CLASSIFICADOS COM RISCO MUITO URGENTE**

Trabalho de Conclusão do Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel, no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

CRICIÚMA

FRANCIELE DE OLIVEIRA NAZARIO
JOICY DE FAVERI MOTA

**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO CLASSIFICADOS COM RISCO MUITO URGENTE**

Trabalho de Conclusão do Curso aprovado pela
Banca Examinadora para obtenção do Grau de
Bacharel, no Curso de Enfermagem da
Universidade do Extremo Sul Catarinense,
UNESC.

BANCA EXAMINADORA



Profª Esp. Zoraide Rocha – Orientadora



Profª Esp. Chayenne Ricken – UNESC



Profa. Dra. Valdemira Santana Dagostin - UNESC

DEDICÁTORIA

Dedicamos este trabalho a Deus por nos ter dado o dom da vida e da aprendizagem, aos nossos familiares por sempre acreditar em nossos sonhos e ajudaram a realizá-los.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter nos dados a vida por estar presente nos momentos difíceis, iluminando-nos e dando-nos forças sempre, por permitir sempre que tenhamos saúde e determinação para não desanimar. Agradeço a meu esposo Bruno, a minha família que me deram todo apoio nessa jornada de 5 anos, meus pais Reginaldo e Sirlei que nunca me deixaram desistir desse sonho e pelos ensinamentos. Meus amigos que estão comigo desde o começo. Agradeço aos meus irmãos, Wagner, Maicon e Helloiza.

Franciele de Oliveira Nazario

Em primeiro lugar, a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos. Agradeço aos meus pais Valmir e Laide e minha irmã Jéssica que me incentivaram nos momentos difíceis e por todo o apoio e pela ajuda, que muito contribuíram para a realização deste sonho. Aos meus amigos que compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava aos estudos.

Joicy de Faveri Mota

A professora Zoraide Rocha que prontamente aceitou o nosso pedido de orientação e que, de profundo conhecimento e paciência, dedicou inteira atenção, carinho, de motivação, e inspiração. Você é maravilhosa. Obrigada por tudo.

As professoras, Valdemira Dagostin e Chayenne Ricken em participar como testemunha desse trabalho. Nosso agradecimento.

A UNESCO, pelas oportunidades em nossa trajetória acadêmica.

Aos funcionários da UPA, em especial ao Diretor Fabiano e Coordenadora Gisele, pela confiança e pela atenção e colaboração na realização dessa pesquisa.

A nossa amizade e parceria, que estamos juntas desde a 1ª fase da graduação, nessa longa trajetória de muitos obstáculos vencidos, por estarmos juntas nos momentos bons e também ruins, que Deus nos ilumine.

“O que importa não é o que o destino faz para nós, mas o que fazemos com ele”.

Florence Nightingale

RESUMO

O Acolhimento ao paciente, a classificação de risco no serviço de urgência e emergência é um fundamento e uma diretriz que possibilita o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde por meio de ferramentas que promovam o vínculo e corresponsabilização, utilizando a escuta qualificada, avaliação integral de necessidades de saúde e análise de vulnerabilidade. Uma das ferramentas indicadas para uso da classificação de risco são os protocolos capazes de priorizar os atendimentos, diminuindo o tempo de espera e, conseqüentemente, o risco de agravamento do caso. Este estudo teve como objetivo analisar quais são os perfis dos pacientes que passam pela classificação de risco e são classificados como muito urgente até o desfecho desses atendimentos. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória, transversal e documental com prontuários de pacientes atendidos em uma UPA no sul de Santa Catarina. Objetivo Geral: Analisar o perfil dos pacientes atendidos em uma UPA classificados como muito urgente. Método: Foram analisados 285 prontuários físicos entre os meses janeiro, abril, julho e outubro de 2022, classificados como muito urgente. Resultado: Como resultado observou-se que o sexo masculino teve maior procura nesses meses. A principal queixa que os pacientes referiram na procura pelo serviço foi precordialgia. Conclusão: A realização desta pesquisa possibilitou descrever o perfil dos pacientes atendimentos na Unidade de Pronto Atendimento 24h do Bairro Próspera, com isso observa-se que na caracterização relacionada ao sexo biológico, a procura masculina representada foi de 51,2% (146) dos atendimentos e no sexo feminino foi de 48,8% (139). No que se refere à faixa etária, foram mais frequentes os atendimentos entre a faixa etária de 41 a 60 anos; com evidência nas situações de sensação dolorosa como precordialgia, dispnéia e acidente de trabalho. Com este estudo, pretende-se contribuir apresentando ao serviço o diagnóstico de uma análise realizada nos atendimentos classificados na cor laranja com risco muito urgente, afim de conscientizar os usuários sobre o que é o UPA, e também para que o profissional enfermeiro e gestão do serviço valorizem a importância da aplicação do protocolo de Santa Catarina e das capacitações a estes profissionais na classificação de risco.

Palavras-chave: Classificação de risco, Urgência, Unidade de Pronto Atendimento.

ABSTRAT

Welcoming the patient, risk classification in the urgency and emergency service is a foundation and a guideline that enables universal and continuous access to health services through tools that promote bonding and co-responsibility, using qualified listening, comprehensive assessment of health needs and vulnerability analysis. One of the tools indicated for the use of risk classification are protocols capable of prioritizing consultations, reducing waiting time and, consequently, the risk of worsening the case. This study aims to analyze which are the profiles of patients who undergo risk classification and are classified as very urgent until the outcome of that patient. This is a quantitative, exploratory, cross-sectional and documentary research with medical records of patients treated at an UPA in the south of Santa Catarina. General. Objective: To analyze the profile of patients treated at a UPA classified as very urgent. Method: 285 physical records were analyzed between the months of January, April, July and October 2022, classified as very urgent, between males and females. Result: As a result, it was observed that males had a greater demand in these months. The main complaint that patients reported when looking for the service was chest pain. Conclusion: Carrying out this research made it possible to describe the profile of patients assisted at the 24h Emergency Care Unit in Bairro Próspera, with this it is observed that in the characterization related to biological sex, the male demand represented was 51.2% (146) of the attendances and females was 48.8% (139). With regard to age group, attendances were more frequent between the age group of 41 to 60 years; the male public had a higher percentage of seeking care at urgent and emergency services, with evidence in situations of painful sensation such as chest pain, dyspnea and work accidents.

With this study, it is intended to contribute by presenting to the service the diagnosis of an analysis carried out in the calls classified in orange with very urgent risk, in order to make users aware of what the UPA is, and also so that the professional nurse and the management of the service value the importance of applying the protocol and training these professionals in risk classification.

Keywords: Risk classification, Urgency, Emergency Care Unit.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - População por Faixa etária Bairro Próspera – Censo 2010.....	32
Quadro 2 - Sexo biológico dos pacientes.....	36
Quadro 3 - Faixa etária dos pacientes da pesquisa.....	37
Quadro 4 - Porcentagem de Atendimento aos finais de Semana	38
Quadro 5 - Período Matutino.....	39
Quadro 6 - Período Vespertino.....	39
Quadro 7 - Período Noturno.....	39
Quadro 8 - Comorbidades.....	41
Quadro 9 - Motivos pelo quais os pacientes procuram esse serviço de urgência e emergência.....	43
Quadro 10 - Tempo de Permanência	47
Quadro 11 - Cuidados Prestados	48
Quadro 12 - Terapêutica	49
Quadro 13 - Desfecho dos Atendimentos	50

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Rede humanizada - SUS.....	20
Figura 2 – Protocolo Classificação de Risco de Santa Catarina	22
Figura 3 - Protocolo de Manchester.....	24

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABS	Atenção Básica a Saúde
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa de Seres Humanos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Equipe da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro Geral de Pesquisas
IMAS	Instituto Maria Schimitt
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PA	Pronto Atendimento
PNAU	Política Nacional de Atenção a Urgência e Emergência
PNH	Política Nacional de Humanização
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
SES	Secretaria Estaduais de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 REDES DE ATENÇÃO A URGENCIA E EMERGENCIA (RUE).....	18
3.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	20
3.3 PROTOCOLO DE SANTA CATARINA	21
3.4 PROTOCOLO DE MANCHESTER.....	23
3.5 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA.....	26
3.6 O ENFERMEIRO E A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	28
4 MÉTODOS	31
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA E TIPO DE ESTUDO	31
4.3 LOCAL DO ESTUDO	32
4.4 AMOSTRA DO ESTUDO	32
4.4.1 Critério de inclusão	33
4.4.2 Critério de exclusão	33
4.5 VARIÁVEIS.....	33
4.5.1 Dependente	33
4.5.2 Independentes	33
4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	34
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	34
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	34
5 RESULTADOS	36
6 CONCLUSÕES	53
REFERÊNCIAS	55
ANEXOS	60
ANEXO A – CARTA DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO	61
ANEXO B – PARECER CEP	62
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	64
APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	66
APÊNDICE CB – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	67

1 INTRODUÇÃO

A classificação de risco visa organizar o acesso do usuário por meio da identificação do risco de saúde e da vulnerabilidade de cada usuário, não mais atendendo por ordem de chegada. Para a classificação de risco é necessário utilizar critérios definidos em protocolos. O protocolo, por sua vez, é um dispositivo de organização dos fluxos com base em critérios que visam priorizar o atendimento aos pacientes, os quais apresentam maior risco e/ou sinais e sintomas de gravidade, organizando toda a demanda, segundo o sistema de acolhimento e classificação de risco (SES, 2014).

A classificação de risco é de responsabilidade do enfermeiro, que deve priorizar um atendimento humanizado e qualificado, utilizando com base os protocolos. O enfermeiro é qualificado para avaliar e classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência. De forma geral, tem sido recomendada a utilização de escalas ou protocolos por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do paciente.

A função do protocolo é orientar o profissional de saúde, após uma capacitação específica, a realizar uma análise sucinta e sistematizada, possibilitando identificar situações que ameacem a vida. O protocolo tem como propósito a identificação dos pacientes classificando-os de acordo com o risco estabelecido (prioridade máxima, alta, média, baixa e mínima) permitindo um atendimento rápido e seguro (JIMÉNEZ, 2013).

A enfermagem no serviço de saúde, tanto no nível primário, secundário ou terciário deve zelar por uma assistência de qualidade e atendimento prestada ao paciente. É possível organizar o serviço e mudar os modos de prestar assistência, com vistas ao atendimento humanizado e a promoção de uma assistência integral, de forma que cada profissional possua uma visão holística do ser humano a ser atendido.

O Ministério da Saúde propôs por meio do programa Humaniza SUS, a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS., humanizar é: ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, como melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (CARVALHO *et al.*, 2008).

Humanizar é ofertar o atendimento de qualidade articulando as mais novas tecnologias com acolhimento. O acolher deve ser expresso como modo de reposta as

necessidades dos usuários, que inicia antes mesmo do usuário chegar ao serviço de saúde, e estabelecido como melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (CARVALHO *et al.*, 2008; SES, 2014).

Os serviços de urgência e emergência funcionam 24 horas e atendem pacientes com agravos de caráter de urgência, não absorvidos pelos serviços de atenção primária e pelas urgências sociais. O livre acesso ao serviço é o da gravidade clínica do paciente, sendo o Sistema de Triagem de Manchester um dos protocolos de triagem (GUEDES, 2014).

Segundo Anzilio *et al.*, (2016), esta classificação é descrita por cores, que indicam tempos máximos para o primeiro atendimento médico. A cor vermelha determina uma condição de emergência, sugerindo atendimento imediato; a laranja discrimina condições de muita urgência, cujo tempo para atendimento deve ser ≤ 10 minutos; já a cor amarela sugere urgência, cujo atendimento deve ser em tempo ≤ 60 minutos; os classificados na cor verde seriam de pouca urgência e o atendimento poderia ocorrer em até ≤ 120 minutos; os de cor azul, por sua vez, são considerados não urgentes e seu atendimento está indicado para ocorrer em tempo ≤ 240 minutos.

Conforme Cruz, (2015), essa dimensão da prática requer a aplicação ampla do conhecimento de enfermagem para que exista um acolhimento de forma justa, cada quadro clínico requer uma cor para identificar a sua prioridade na fila designado a cor laranja para casos muito urgentes, graves, com risco significativo de evoluir para morte e que exige atendimento urgente.

Desta forma, além de minimizar o tempo de espera para os pacientes com demandas prioritárias no atendimento o enfermeiro tem o dever de direcionar os usuários corretamente e atendê-los conforme determina o SUS: com plenitude, igualdade e uma postura humanizada.

Ressalta-se a relevância desse estudo, mostrando que a classificação de risco pode trazer benefícios ao UPA não apenas na segurança do paciente, mas também na segurança do profissional, sendo que este estudo trata do diagnóstico dos atendimentos realizados na classificação de risco muito urgente, cor laranja do protocolo de Santa Catarina.

Diante o exposto, pela importância de buscar aprofundamento em relação ao perfil dos pacientes atendidos na UPA 24 horas classificados como risco muito urgente possam ajudar na organização do processo de Trabalho, sobretudo da equipe de Enfermagem oferecendo maior agilidade, segurança e eficácia a saúde do

paciente, estabeleceu-se como **questão de pesquisa**, qual o perfil dos pacientes atendidos na UPA do Bairro Próspera da cidade de Criciúma classificados como muito urgentes e como **pressuposto** do estudo, tinha-se que seria encontrados mais homens, com idade entre 20 a 89 anos predominantemente, trabalhadores e atendidos sobretudo nos períodos matutino, vespertino e noturno; Que os pacientes atendidos e classificados como muito urgente tem comorbidades, destacando-se a Diabetes, Hipertensão e Cardiopatias.; Que é importante o papel do enfermeiro na classificação de risco, e na aplicação dos protocolos, assim como, Que o tempo de permanência media do paciente na UPA após classificação de risco para ser atendido é de 6 a 10 minutos no máximo.

Para melhor apresentação do estudo organizou-se da seguinte forma: Capítulo 1 – uma breve introdução, descrição da questão norteadora e pressuposto. Capítulo 2 – Objetivo geral e objetivos específicos, no Capítulo 3 Apresenta-se a revisão de literatura que norteou estudo, no Capítulo 4 – descreve-se a trajetória metodológica; Capítulo 5 – apresenta-se a análise e discussão dos dados obtidos, Capítulo 6 – as considerações finais; Capítulo 7 – os referenciais bibliográficos, seguidos dos anexos e apêndices.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil dos pacientes atendidos em uma UPA classificados como muito urgentes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar o perfil dos pacientes atendidos na UPA com classificação de risco muito urgente.
- b) Analisar o desfecho final dos quadros atendidos na UPA.
- c) Analisar causas de procura dos pacientes na classificação de cor laranja (muito urgente) atendidos na UPA.
- e) Analisar tempo de permanência do paciente após classificação de risco nos serviços da UPA.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, busca-se apresentar a base teórica que dará sustentação a presente pesquisa

3.1 REDES DE ATENÇÃO A URGENCIA E EMERGENCIA (RUE)

Segundo Brasil, (2013), a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), foi instituída no ano de 2011 pelo Ministério da Saúde através da publicação da Portaria nº 1.600 que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências”. Como uma ideia de organização em redes é uma estratégia fundamental para a consolidação do SUS de modo a promover e assegurar a universalidade e integralidade da atenção, a equidade do acesso e busca, sobretudo, superar a fragmentação da atenção e da gestão em saúde.

Para tanto, a RUE é composta por pontos de atenção que vão desde as Unidades Básicas de Saúde, na perspectiva da prevenção de agravos, passando pelos Serviços de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) que atuam em atendimento precoce mediante acionamento telefônico, posteriormente pelas Salas de Estabilização (equipamento de saúde que atende as necessidades de estabilização de pacientes críticos em municípios isolados ou com barreiras geográficas (BRASIL, 2013).

As unidades de pronto atendimento UPAs com funcionamento 24horas são referência para os demais pontos de atenção da RAS, e por fim até aos hospitais de urgência e emergência que prestam serviços hospitalares de atendimento.

As unidades de pronto atendimento 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar, funcionando 24h por dia, todos os dias da semana, e compõe uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS, para os serviços da atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população (BRASIL, 2013).

Conforme Freitas *et al.*, (2018), considera-se a necessidade de um ciclo de atendimento completo, o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.

As unidades de urgência e emergência ainda apresentam fragilidades evidentes, que são provocadas pela imensa demanda de condições como emergências clínicas, traumáticas, psiquiátricas, entre outras, sobrecarregando a UPA e a equipe multiprofissional, que requerem recursos humanos, estrutura física e conhecimento, para efetuar de forma contínua a assistência a de urgência e emergência.

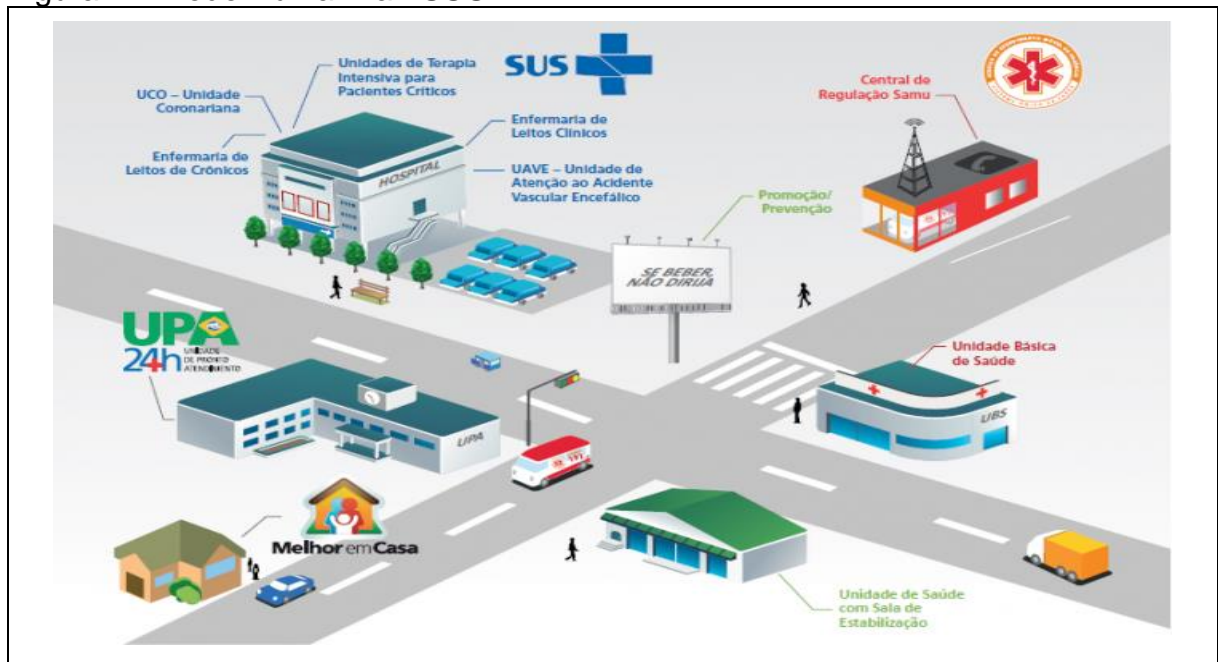
Conforme o Ministério da Saúde, nos últimos anos, vem realizando esforços permanentes e progressivos no sentido de fortalecer a sua Rede de Urgência e Emergência (RUE). A busca da resolutividade nesses cenários assistenciais trata-se de uma das grandes prioridades do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) de urgência e emergência estão assim constituídos:

I - A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências;

II - As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2011).

Figura 1 - Rede Humaniza - SUS



Fonte: Rede Humaniza SUS, (2016).

3.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A classificação de risco surgiu, portanto, como uma estratégia clínica e organizacional para atenuar riscos e danos oriundos das assimetrias geradas pelo acesso aos cuidados em urgências e emergências, bem como para minimizar os riscos e danos causados pelas consequências da superlotação destes. O processo de classificação ocorre por meio da identificação e consequente priorização dos indivíduos que necessitam de cuidados. Os pacientes são classificados de acordo com a gravidade clínica, o nível de sofrimento e de risco para a sua própria saúde (SACOMAN *et al.*, 2019).

Compreende-se que a classificação de risco é definida como um processo dinâmico de identificação e distribuição de usuários que permite que eles sejam direcionados para o serviço, ou ambiente de cuidado, mais adequado para tratamento em tempo oportuno (SACOMAN; *et al.*, 2019). Assim, uma classificação de risco estruturada é apontada como uma ferramenta de atenção à saúde efetiva, pois permite que os indivíduos com processos de adoecimento mais graves possam ser os primeiros a receber cuidados em urgência e emergência.

O enfermeiro que atua na classificação de risco tem como responsabilidade o atendimento de qualidade, avaliando e interpretando os sinais e sintomas que podem ser psicológicos, interpessoais e comunicativos, verificando a credibilidade da

informação clínica do paciente durante a classificação de risco no atendimento na UPA.

Conforme afirma Acosta, *et tal.*, (2012), o trabalho do enfermeiro na classificação de risco também é influenciado por aspectos sociais e pelo contexto de vida em que o usuário se encontra. Assim, o enfermeiro utiliza a avaliação intuitiva para exercer a classificação a partir da aparência física e do modo que o paciente apresenta o seu problema.

Salientamos a importância do enfermeiro estar qualificado e atualizado com protocolo denominado ao serviço para que esse atendimento seja eficaz, ágil, porém com um olhar minucioso e uma percepção qualificada. Conforme Ortega (2017), traz que o enfermeiro que atua na classificação de risco deve possuir habilidades para promover escuta qualificada, avaliar, registrar correta e detalhadamente a queixa, o trabalho em equipe, o raciocínio clínico, a agilidade mental para a tomada de decisões, assim como capacidade para fazer os devidos encaminhamentos na rede assistencial a fim de que se efetive a continuidade do cuidado.

3.3 PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE SANTA CATARINA

Segundo o protocolo Brasil (2022), o acolhimento com classificação de risco catarinense serve para fundamentar a tomada de decisões do corpo clínico sobre os casos de urgência e emergência que chegam até a unidade hospitalar. Antes desse protocolo ser criado, os hospitais seguiam uma recomendação, mas não tinham objetivamente uma instrução de apoio para dar o máximo de igualdade e técnica ao processo. A partir desse protocolo, o profissional utilizará ferramentas técnicas que avaliarão o quadro emergencial do paciente num único padrão. Evita-se assim que o paciente acione a porta que ele deseje, mas, sim, a referenciada. A intenção é que esse protocolo futuramente seja informatizado, além disso, e que a busca por um diagnóstico no sistema já forneça ao profissional a classificação do paciente.

O protocolo de classificação de risco de Santa Catarina utilizado pelo UPA 24hrs da Próspera, é uma ferramenta de apoio à decisão clínica, devendo possuir uma linguagem universal para ser utilizado em todos os pontos de atenção. Segundo Jiménez (2013), os objetivos da classificação de risco em uma unidade de saúde são:

- ✓ Avaliar o usuário logo na sua chegada, humanizando o atendimento; descongestionar a Unidade;
- ✓ Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o usuário seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade;
- ✓ Determinar a área de atendimento dos usuários (consultório médico ou de enfermagem, sala de observação ou de urgência, sala de verificação de sinais vitais e outros.
- ✓ Informar os tempos de espera conforme o risco e a vulnerabilidade;
- ✓ Retornar informações ao usuário, acompanhante e/ou familiar, sobre a previsão do atendimento, a realização do exame ou outras informações importantes

As citações pontuadas até o momento nos mostram a importância do profissional Enfermeiro ser capacitado conforme o protocolo, realizando uma análise sucinta e sistematizada, que possibilite identificar situações que ameaçam a vida. A cor correspondente na figura 02 orienta a uma triagem específica de prioridade máxima, alta, média, baixa e mínima, permitindo um atendimento rápido e seguro.

Figura 2 - Protocolo Santa Catarina

PRIORIDADE	NOME	COR	TEMPO ALVO
1	PRIORIDADE MÁXIMA	VERMELHO	0 MIN
2	PRIORIDADE ALTA	LARANJA	15 MIN
3	PRIORIDADE MÉDIA	AMARELO	60 MIN
4	PRIORIDADE BAIXA	VERDE	120 MIN
5	PRIORIDADE MÍNIMA	AZUL	240 MIN OU MAIS

Fonte: Protocolo de Classificação de Risco de Santa Catarina, (2014).

Teixeira (2014), afirma que o enfermeiro se tornou o profissional adequado para a função de acolhimento juntamente com a classificação de risco, se mostrando sábio e talentoso em suas escolhas na linha de frente de setores como urgência e emergência, padronizando atendimentos e humanizando cuidados.

Na Unidade de Pronto Atendimento UPA 24hrs, o paciente é atendido da seguinte forma: na recepção inicia o atendimento ao paciente, cadastrando o usuário

para o atendimento ao profissional enfermeiro, que irá classificar o paciente conforme o risco. Pelo protocolo de Santa Catarina o atendimento do enfermeiro ao paciente poderá ocorrer em até dez minutos, após a classificação o paciente aguarda o atendimento do profissional médico.

3.4 PROTOCOLO DE MANCHESTER

Segundo Azeredo *et al.*, (2016), a triagem ou classificação de risco surgiu como estratégia para otimizar o atendimento e minimizar danos causados aos pacientes por superlotação dos serviços de saúde de urgência e emergência.

O Protocolo de Manchester foi implantado inicialmente no Manchester Royal Infirmary, na cidade de Manchester (1997), e, desde então, é adotado como protocolo padrão em vários hospitais do Reino Unido. É originalmente composto por 52 condições clínicas pré-definidas ligadas às suas respectivas orientações ou linhas de fluxo, a partir de cada um dos níveis de classificação de risco ou triagem obtidos. As classificações são divididas em cores organizadas por nível de gravidade e risco da apresentação clínica.

Esse sistema utilizado na Holanda, Espanha, Portugal, Inglaterra e em vários serviços de emergência brasileiro, é considerado o protocolo de classificação de risco mais utilizado nas Emergências de todo país; possui como objetivo solucionar os problemas de triagem e acolhimentos no setor da emergência, organizado por cores específicas que classificam o grau de urgência para o atendimento, sendo Vermelho: prioridade zero – atendimento imediato; Amarelo: prioridade 1 – urgência, necessita atendimento o mais rápido possível; Verde: prioridade 2 – não se caracteriza como urgência; Azul: prioridade 3 – definido como prioridade de baixa complexidade (HILSENDEGER, *et al.*, 2010).

Visto que a necessidade da classificação de risco em unidades de saúde está normatizada pelo Ministério da Saúde (MS) desde 2002 através da Portaria 2.048 que propõe a implantação do acolhimento e da “triagem classificatória de risco”. O Sistema é quem norteia a classificação de risco dos pacientes por meio de cores (figura 03).

Figura 3 - Protocolo de Manchester



Fonte: Protocolo de Manchester, (2022).

Guedes (2016), traz que uma vez identificada a prioridade de atendimento, com base na queixa principal e não na ordem de chegada, o paciente receberá uma pulseira com a cor correspondente à sua classificação e após será encaminhado à sala de espera, onde deverá aguardar o atendimento médico, exceto pacientes classificados com as cores vermelha e laranja.

Sendo assim, a triagem identifica-se como um sistema de gestão de risco clínico, conforme Brasil (2010), é usado para organizar de forma segura o fluxo de pacientes quando as necessidades clínicas excedem a capacidade do serviço em absorver a demanda por atendimentos.

Observa-se que o enfermeiro faz parte da construção, elaboração e aplicação dos protocolos, sendo necessário o conhecimento científico embasados nos protocolos de urgência e emergência, ressaltando a importância do conhecimento entre a prática aplicada nas instituições.

A classificação de risco segue algumas prioridades no atendimento conforme o artigo 1º da Lei nº 10.048/00 passou a ter nova redação após o advento do Estatuto do Idoso (BRASIL 2011), como se vê adiante: “As pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta lei”. Devem ser priorizados dentro de cada grupo da classificação de risco, respeitando a situação clínica dos outros pacientes que aguardam atendimento.

Entretanto, compreende-se que o protocolo de classificação de risco é uma ferramenta de inclusão, ou seja, tem como objetivo de organizar e garantir o atendimento a todos (BRASIL, 2009).

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas (WERNECK *et al.*, 2009, p.9).

Ministério da Saúde no Brasil (2009), tem buscado inserir a classificação de risco, não apenas como método organizacional, como porta de entradas nas instituições de saúde, mas no sentido de promover serviços humanizados prestados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, sendo assim, uma das estratégias para qualificar os atendimentos de forma eficaz e segura.

Segundo o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2010), os níveis de prioridade estabelecidos pelo STM e o tempo-alvo para atendimento médico são:

- Nível 1 – vermelho (emergente) – atendimento médico imediato;
- Nível 2 – laranja (muito urgente) – atendimento médico em até 15 minutos;
- Nível 3 – amarelo (urgente) – atendimento médico em até 60 minutos;
- Nível 4 – verde (pouco urgente) – atendimento médico em até 120 minutos;
- Nível 5 – azul (não urgente) – atendimento médico em até 240 minutos

(BRASIL, 2010).

Sendo assim, dada as condições de como o paciente entra na UPA, feito os primeiros registros que avaliam os sinais e sintomas de gravidade o paciente segue para a próxima etapa, o atendimento clínico, tais procedimentos compõe os processos de avaliação entretanto, conforme afirma Souza (2009), como se trata de processo dinâmico, pode ser necessária nova reavaliação da prioridade clínica durante a espera

do usuário pelo atendimento médico como, por exemplo, alcançar o tempo limite de espera ou após a administração de um analgésico.

Segundo Jiménez, (2013, p. 165), os objetivos da classificação de risco em uma unidade de saúde são:

- Avaliar o usuário logo na sua chegada, humanizando o atendimento;
- Descongestionar a Unidade;
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o usuário seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade;
- Determinar a área de atendimento dos usuários (consultório médico ou de enfermagem, sala de observação ou de urgência, sala de verificação de sinais vitais e outros.
- Informar os tempos de espera conforme o risco e a vulnerabilidade;
- Retornar informações ao usuário, acompanhante e/ou familiar, sobre a previsão do atendimento, a realização do exame ou outras informações importantes.

Conforme Brasil, (2023), o paciente é liberado após a alta do profissional médico, se não houver maiores intercorrências e, os encaminhamentos seguem para hospitais caso seja cirúrgico, de internação para realização de procedimento ou atendimento de alta complexidade.

Existem algumas diferenças entre o Protocolo de Manchester e Protocolo de Santa Catarina, o Protocolo Manchester o tempo médio para realizar a classificação de risco ideal é de 4 minutos para cada classificação, sendo que Protocolo de Santa Catarina a média é de 10 minutos para cada classificação. No Protocolo de Santa Catarina a classificação é privativa do enfermeiro. Enquanto de acordo com a resolução Nº 661/2021 do Conselho Federal de Enfermagem, a função de classificação de risco e priorização é privativa do enfermeiro. No entanto, o Protocolo de Manchester é mais abrangente e inclui os médicos em sua capacitação, pois eles podem atuar como auditores.

3.5 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi lançada pelo governo federal em 2003 para a integração da rede de atendimento no SUS. As Unidades de Pronto Atendimento – UPA, definem as Diretrizes para Implantação do Componente da Unidade de Pronto Atendimento 24horas, conforme o que estabelece a Redação dada pela PRT MS/GM nº 104 de 2014.

Art. 2º A UPA 24h é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária situado entre a Atenção Básica de Saúde e a Atenção Hospitalar.

Art. 3º A UPA 24h deve compor uma rede organizada de atenção às urgências, em conjunto com a Atenção Básica à Saúde e com a Rede Hospitalar.

Art. 4º A UPA 24h será implantada em locais ou unidades estratégicas para a configuração da rede de atenção às urgências, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco, observadas as seguintes diretrizes:

I - Funcionar de modo ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;

II - Possuir equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte.

Art. 5º as ações da UPA 24h serão incluídas nos Planos de Ação Regional das Redes de Atenção às Urgências, conforme determina a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

Art. 6º A implantação da UPA 24h atenderá às orientações gerais, diretrizes e parâmetros estabelecidos na presente Portaria e na Política Nacional de Atenção às Urgências, especialmente com relação às orientações técnicas mínimas disponíveis no portal do Ministério da Saúde, por meio do sítio eletrônico <http://www.saude.gov.br/sas>, no tocante:

I – À definição dos fluxos e da estrutura física mínima para UPA 24h, por porte;

II - Ao mobiliário, aos materiais e aos equipamentos mínimos obrigatórios, por porte; e

III - à caracterização visual das unidades, que deverá atender os padrões visuais constantes da Portaria nº 2.838/GM/MS, de 1º de dezembro de 2011, que institui a programação visual padronizada das Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa rede organizada e padronizada, articulada pelo Sistema único de Saúde – SUS vem preencher uma lacuna no que tange ao atendimento entre a atenção básica na saúde com os hospitais. Implementado nacionalmente em 2009, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a contar com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e as centrais de regulação do SAMU com o atendimento 24 horas (para urgência) oferecido nas UPAs.

De acordo com o Manual do Protocolo do Sistema de Acolhimento e Classificação de Risco de Santa Catarina (2014) deve-se procurar uma UPA 24h:

- Febre alta, acima de 39°C;
- Fraturas e cortes com pouco sangramento;
- Infarto e acidente vascular encefálico;
- Queda com torção e dor intensa ou suspeita de fratura;
- Cólicas renais;
- Falta de ar intensa;
- Crises Convulsivas;
- Dores fortes no peito;

- Vômito constante.

Sendo que a estrutura precisa estar devidamente equipada e preparada para atender a demanda, onde o paciente/usuário poderá contar com atendimento 24h e 7 dias na semana, além de diminuir o fluxo dos hospitais as UPAs oferecem um atendimento humanizado em urgências e emergências, devendo possuir estrutura como: raio-X, eletrocardiografia, sala de gesso e leitos de observação. Quando o paciente chega às unidades, as equipes multidisciplinares prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico (GARCIA, 2016).

Segundo o IBGE (2020), a cidade de Criciúma, possui uma população de 219.393 habitantes. Considerada a principal cidade da Região Carbonífera, como também a cidade mais populosa do Sul Catarinense, possui duas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, localizadas no Bairro Próspera, local da pesquisa, e outra no distrito de Rio Maina.

Conforme o censo do IBGE (2010), a população do bairro Próspera atualmente conta com 3.261 habitantes.

3.6 O ENFERMEIRO E A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O enfermeiro de classificação de risco tem uma grande responsabilidade, precisa estar atualizado conforme os protocolos, pois tem como prioridade a estabilização do paciente durante a triagem, as capacitações dos protocolos são essenciais, é necessário a atualização contínua, para que o profissional enfermeiro e também o paciente não corram riscos durante o processo classificação.

Com isso Oliveira e Viana (2018), trabalhar na unidade de emergência é uma fonte de realização profissional, pois se sentem reconhecidos e percebem que o setor possibilita um grande aprendizado, e prepara os profissionais para atuar em qualquer tipo de trabalho. Para o atendimento em emergência, o enfermeiro precisa de atualização constante. Atualmente a Política Nacional de Humanização tem preconizado que os serviços busquem capacitação e qualificação dos enfermeiros para implantação do Acolhimento com Classificação de Risco. Com esta medida adotada, além da organização da fila de espera, favorece o atendimento adequado, não se segue uma ordem de chegada e sim os riscos da situação que o paciente ou vítima apresenta.

Segundo os autores Oliveira e Viana (2018), ressaltam a importância do compromisso em que o enfermeiro em sua área de atuação profissional, aplicando atendimento humanizado, estabelecendo uma relação mais criativa e amorosa consigo mesmo e com os outros.

Salientamos a importância das necessidades que o profissional enfermeiro também poderá apresentar, identificando as principais potencialidades e fragilidades a serem desenvolvidas e, conseqüentemente, seu atendimento junto ao público nos serviços de saúde também poderá ser refletido na sua assistência, é extremamente relevante quando abordamos a situação que nos leva a assistência à saúde, uma vez que devemos prestar um atendimento rápido e eficiente principalmente se tratando de classificação de risco.

Conforme a Política Nacional de Humanização tem preconizado que os serviços busquem capacitação e qualificação dos enfermeiros para implantação do Acolhimento com Classificação de Risco. Com esta medida adotada, além da organização da fila de espera, favorece o atendimento adequado não pela ordem de chegada, mas sim de acordo com os riscos de cada situação.

É necessário ser evidente o compromisso do profissional enfermeiro em sua área de atuação, com foco no atendimento humanizado, prioritário e assertivo, estabelecendo uma rotina profissional adequada e necessária para a situação a ser triada durante a classificação.

Gonçalves (2015), afirma que a educação permanente é muito importante para a condução do cuidado, é necessário que o enfermeiro tenha o domínio técnico e científico do conhecimento pertinente ao processo de cuidar nos serviços de urgência e emergência, conheça a rotina do serviço, para que o atendimento não se torne mecânico e sim humanizado.

Conforme Lima *et al.*, (2020), a atuação do enfermeiro é imprescindível na Classificação de Risco, pois sua atuação vai muito além do que apenas colecionar achados burocráticos. A tomada de decisão, monitoramento, educação em saúde, resolutividade, equidade, anamnese, exame físico e clínico, coletas dos dados subjetivos e objetivos, priorização individualizada de cada atendimento, são instrumentos de enfermagem que possibilitam atribuir e classificar cada indivíduo de acordo com a classificação adequada, tornando o fluxo do serviço contínuo e progressivo.

Além da capacitação na classificação de risco ao profissional enfermeiro é essencial que toda a equipe multiprofissional esteja preparada para as intercorrências que poderão acontecer, o serviço de urgência e emergência é um local que atende diversas situações desde uma ocorrência de acidente automobilístico, emergências clínicas e também psiquiátricas, entre várias outras situações.

O saber atuar com cada paciente em cada situação, deve ser adquirido através da educação permanente, como por exemplo capacitações fornecidas pelo ambiente de trabalho e também pela autonomia do próprio profissional que atua em um setor onde é necessário atendimento imediato as urgências e emergências.

4 MÉTODOS

Neste capítulo será descrito o percurso metodológico que foi desenvolvido, no intuito de buscar a concretização dos objetivos propostos no estudo.

O método é a trajetória pelo qual se alcança à meta, sendo “a essência da descoberta e do fazer científico e representa o aspecto formal da pesquisa, o plano pelo o qual se põe em destaque às articulações entre os meios e os fins, por meio de uma ordenação lógica de procedimento” (LEOPARDI, 2002, p.187).

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA E TIPO DE ESTUDO

No que diz respeito à Abordagem Metodológica, o presente estudo foi de cunho quantitativo, exploratório e documental. A pesquisa quantitativa busca exemplificar dados estatísticos através da coleta de dados, em que verifica uma hipótese e tem como resultado um desfecho objetivo e matemático (MUSSI *et al.*, 2019).

A abordagem quantitativa aceita que a melhor possibilidade explicativa científica é aquela que não se interessa pelo singular, o individual, o diferenciado, ou seja, o pessoal. Nesta abordagem, o interesse é no coletivo, naquilo que pode ser predominante como característica do grupo (MUSSI *et al.*, 2019, p.74).

A pesquisa foi do tipo exploratória, transversal e do tipo documental. Segundo Malhotra (2001), a pesquisa exploratória é usada em casos nos quais é necessário definir o problema com maior precisão (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Pesquisa exploratória é quando a pesquisa se encontra na fase preliminar, tem como finalidade proporcionar mais informações sobre o assunto que vamos investigar, possibilitando sua definição e seu delineamento, isto é, facilitar a delimitação do tema da pesquisa; orientar a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses ou descobrir um novo tipo de enfoque para o assunto. Assume, em geral, as formas de pesquisas bibliográficas e estudos de caso (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 51-52).

Segundo Lakatos e Marconi (2001), a pesquisa documental é a coleta de dados em fontes primárias, como documentos escritos ou não, pertencentes a arquivos públicos; arquivos particulares de instituições e domicílios, e fontes estatísticas. Onde conseguimos analisar e identificar o perfil desse paciente até o

encerramento do atendimento. No estudo transversal (ou seccional), a pesquisa é realizada em um curto período de tempo, em um determinado momento, ou seja, em um ponto no tempo, tal como agora, hoje.

4.3 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado na Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA24h), do Bairro Próspera no município de Criciúma, Santa Catarina. O município de Criciúma tem uma estimativa de aproximadamente 231.088 habitantes, segundo IBGE (2022).

A Unidade de Pronto Atendimento – UPA, é a maior e mais completa da macrorregião Sul Catarinense, com mais de 1.500 metros quadrados e inaugurada em julho de 2018. A estrutura atende casos de urgência e emergência, com capacidade para aproximadamente 5.625 pacientes/mês, cerca de 187 pessoas por dia. A estrutura compreende 13 leitos, sendo quatro femininos, quatro masculinos, quatro pediátricos, três para emergências e um de isolamento. O local é equipado com Raio-X, Eletrocardiograma, Sala de Gesso e os Exames Laboratoriais são terceirizados. Aproximadamente 50 profissionais atuam na unidade (IMAS, 2018).

Quadro 1 - População por Faixa etária Bairro Próspera – Censo 2010

Faixa etária	População	Porcentagem
0 a 4 anos	143	4.4%
0 a 14 anos	502	15.4%
15 a 64 anos	2397	73.5%
65 anos e +	362	11.1%

Fonte: IBGE, (2010).

4.4 AMOSTRA DO ESTUDO

Foram analisados 285 prontuários de pacientes atendidos na UPA24h Próspera dos meses de janeiro, abril, julho e outubro de 2022 classificados como muito urgentes pulseiras de cor laranja.

4.4.1 Critério de inclusão

Quanto aos critérios de inclusão, verificaram-se:

- a) Prontuários de paciente atendido nos meses de janeiro, abril, julho e outubro de 2022;
- b) Ter classificação muito urgente após avaliação e classificação de risco realizado pelo Enfermeiro;

4.4.2 Critério de exclusão

Quanto aos critérios de exclusão, verificaram-se:

- a) Não ter aguardado atendimento e/ou ter evadido do local.

4.5 VARIÁVEIS

Classificação de Risco Muito Urgente

4.5.1 Dependente

Classificação de risco muito urgente.

4.5.2 Independentes

- a) Idade;
- b) Sexo;
- c) Fator de classificação de risco (situação);
- d) Comorbidades;
- e) Uso de medicamentos;
- f) Tempo de permanência na UPA após classificação de risco.
- g) Desfecho do atendimento ao paciente.

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O plano de coleta de dados é necessário para indicar a origem dos dados envolvidos no processo de pesquisa científica de um estudo. É importante lembrar que as fontes precisam ser confiáveis e verídicas. Fase esta, que o pesquisador vai até as fontes para procurar, por meio de instrumentos apropriados, obterem evidências sobre a realidade pesquisada. (LEOPARDI, 2002, ANDRADE; HOLANDA 2010).

Inicialmente foi encaminhado o ofício de solicitação ao coordenador da UPA e autorização, para desenvolvimento da pesquisa, sendo oficializada, mediante assinatura da carta de aceite, posteriormente o projeto de Trabalho de Conclusão de Curso foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, sob a aprovação com **Número do Parecer: 5.821.259**

A partir destes movimentos, foram levantados os prontuários com as devidas mensurações elencadas nos critérios de inclusão e exclusão, a partir um instrumento próprio (APENDICE A) com argumentos necessários para o desenvolvimento da pesquisa, colhidos a partir dos prontuários dos pacientes atendidos na UPA 24h próspera.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise e interpretação dos dados quantitativos foi realizada por porcentagem simples dos dados. As demais análises foram realizadas posteriormente a coleta de dados.

Os dados do perfil de atendimento, foi organizado em planilhas no programa *Microsoft Office Excel*, posteriormente realizado análise estatística das questões representada por meios de quadros.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa em prontuários de pacientes atendidos em Pronto Atendimento UPA24hrs. Neste estudo os responsáveis pela guarda dos documentos assinaram a

carta de aceite conforme resolução 196/96 e 466/12, do conselho nacional de saúde (CNS). Para garantia do sigilo e anonimato dos pacientes aos quais se referem os prontuários os pesquisadores assinaram a carta de Confidencialidade que garantirá que de forma alguma os nomes dos pacientes serão mencionados ou quaisquer outros dados que possam identificar o paciente. Os dados foram colhidos após aprovação do CEP.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UNESC com parecer de número 65890422.5.0000.0119.

Existe um risco mínimo, sendo que será resguardado os valores éticos recomendados pela Resolução 466/2012 e 510/2016 da Pesquisa com seres humanos;

Como benefício os resultados da pesquisa contribuirão com serviço e com o Processo de trabalho da Enfermagem no sentido do conhecimento do perfil dos pacientes classificados como muito urgentes, no estabelecimento de estratégias que possam agilizar o atendimento com maior qualidade e eficácia.

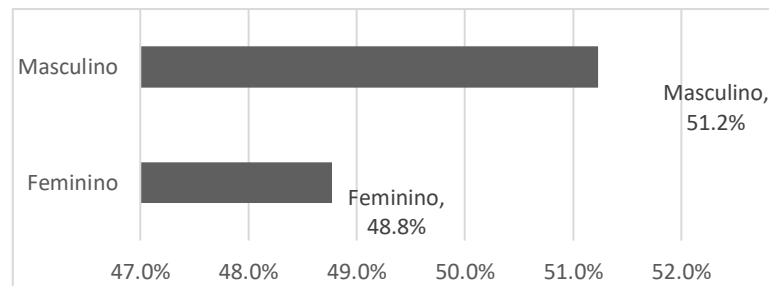
5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram apresentados a partir da aplicação do instrumento de coleta de dados dos prontuários físico dos pacientes (APENDICE A). Esta pesquisa analisou o perfil dos pacientes atendidos em uma unidade de pronto atendimento classificados com risco muito urgente.

Foram analisados 285 prontuários correspondentes aos meses de janeiro, abril, julho e outubro de 2022. Durante os meses de fevereiro a abril de 2023, foi realizado a coleta de dados pelas pesquisadoras.

O quadro 02 demonstra informações acerca do sexo biológico dos pacientes atendidos.

Quadro 2 - Sexo biológico dos pacientes



Fonte: Dados da pesquisa, (2023).

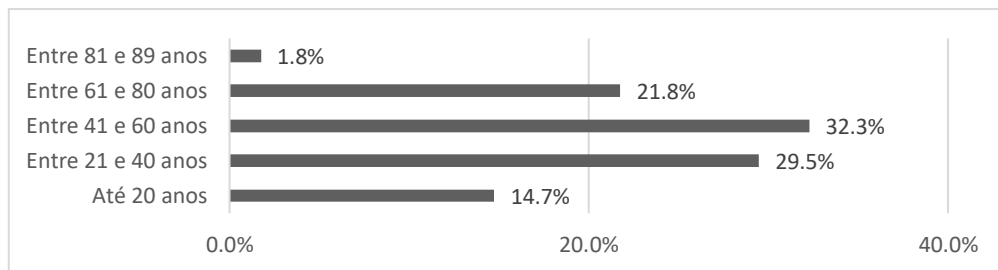
A busca pelo atendimento desta UPA, foi por parte dos pacientes que se denominaram masculino com o percentual de 51,2% (146). No sexo feminino o percentual ficou em 48,8% (139) ; O maior percentual de procura pelo atendimento com 51,2% (146) foi do sexo masculino e 48,8% (139) foram do sexo feminino, percebe-se que o sexo masculino teve uma maior procura ao serviço de urgência e emergência nos meses citados.

Segundo o Silva *et al.*, (2020), as diferenças de gênero entre mulheres e homens que acessaram uma unidade de pronto socorro evidenciou a prevalência masculina elevada para os agravos cardiovasculares, com chances mais elevadas de terem que se submeter a procedimentos invasivos do que o público feminino.

Segundo Lemos *et al.*, (2018), o homem procura o serviço de saúde em situações emergenciais. O estereótipo do ser masculino e a cultura de invulnerabilidade ainda criam resistência à adoção de práticas de autocuidado, uma

vez que a procura pelo serviço de saúde ainda está ligada à ideia de fraqueza e insegurança. Conforme os autores observamos que o sexo masculino, procura o atendimento à saúde quando muitas vezes já não se consegue mais fazer a prevenção da doença, apenas o tratamento e/ou alívio dos sinais e sintomas provenientes de uma doença, outra forma da procura pelos serviços é quando o paciente está acometido por situações agudas, como por exemplo a precordialgia, fraturas, dispneia, entre outras. Já o sexo feminino procura com menor constância o atendimento 24h, pois acabam buscando por atendimentos/consultas de rotina, fazendo a prevenção e o tratamento precoce e acompanhamento em Unidade Básica de Saúde. O quadro 03 contém dados referentes as faixas etárias dos prontuários analisados.

Quadro 3 - Faixa etária dos pacientes da pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa, (2023).

A faixa etária com maior número de pacientes foi de 41 a 60 anos (32,3%), seguidos de 21 a 40 anos (29,5%), entre 61 a 80 anos (21,8%) e até 20 anos (14,7%).

Segundo o estudo de Matos e Breda (2020), realizado em Cascavel, indivíduos jovens com idade entre 21 a 30 anos foram os que mais procuraram o serviço de pronto atendimento, correspondendo a 32% dos atendimentos. Seguidos pelos indivíduos adultos entre 31 a 40 anos, que corresponderam 20,7%. Deve -se levar em conta o perfil populacional dos habitantes da região.

Conforme Silva, Cordeiro e Carvalho (2020), a saúde pública nos últimos anos vem apresentando crescente demanda no serviço de urgência, devido aos usuários não iniciarem seus cuidados de prevenção na Atenção Primária à Saúde, principal porta de entrada do sistema.

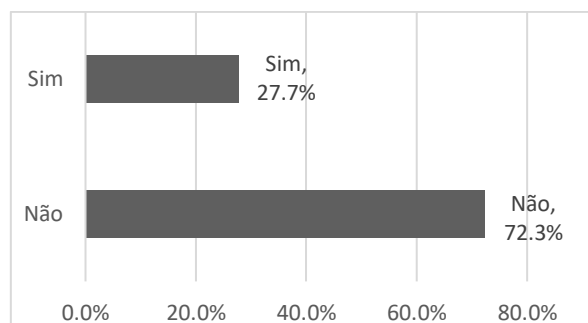
Conformes os autores Bertoncetto, *et al.*, (2011), a predominância do atendimento aos indivíduos do sexo masculino é padrão que se repete em serviços

de urgência referenciada de hospitais públicos do Brasil. Se relaciona a maior exposição masculina à violência urbana, ao tipo de trabalho e ao meio de transporte, pois frequentemente os homens são condutores de carros e motocicletas, possuem ambas as habilitações e aprendem a dirigir com menor idade. Indicadores brasileiros mostram que os homens têm 12 vezes mais chances de morrer por causas traumáticas que as mulheres (FERREIRA *et al.*, 2009).

Ressalta-se a importância do cuidado primário desses indivíduos, principalmente no sexo masculino, que muitas vezes não procura atendimento por conta da rotina diária/afazeres. Acabam buscando o serviço de pronto atendimento por oferecer maior flexibilidade de horário e facilidade para atendimento.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), as UPAs devem funcionar 24 horas por dia, com triagem classificatória de risco, prestando atendimento em quadros agudos ou crônicos agudizados, casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e a Estratégia de Saúde da Família não estão ativas. O quadro 4 é corresponde aos atendimentos realizados aos finais de semana.

Quadro 4 - Porcentagem de Atendimento aos finais de Semana



Fonte: Dados da pesquisa, (2023).

Como podemos observar os atendimentos nos períodos corresponderam a 72,3% ocorreram dias de semana, sendo que 27,7% ocorrem aos finais de semanas. Ainda sobre a tabela acima o “Não” corresponde aos dias da semana (segunda a sexta feira) e o “Sim” corresponde aos finais de semana (sábado e domingo).

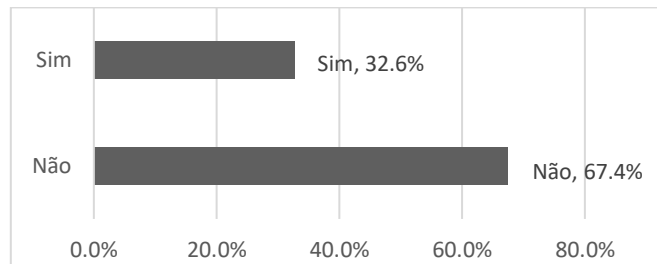
Conforme pesquisa realizada observamos que as pessoas procuram o serviço de pronto-atendimento nos dias da semana, quando as UBS estão em atendimento. Esperava-se que a procura fosse maior nos finais de semana, pelo fato

do serviço funcionar como retaguarda para todas as UBS do distrito. Entretanto, apenas 27,7% dos atendimentos foram realizados aos finais de semana.

Segundo Garcia et al, (2014) a procura por um serviço de pronto-atendimento pode ser atribuída ao fato de que a lógica do serviço nem sempre é a mesma da população. A demora no agendamento das consultas da UBS, os horários de funcionamento coincidindo com os turnos de trabalho e a obtenção de medicações facilitadas no PA resultam em procura por este tipo de atendimento.

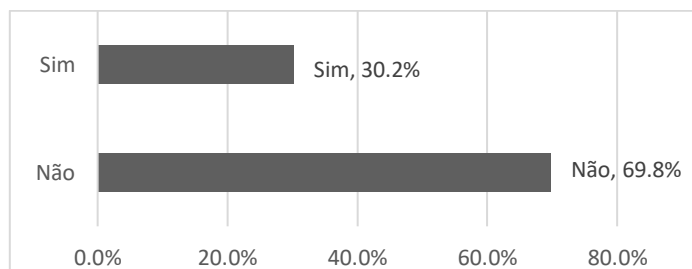
Os quadros a seguir (5, 6 e 7), selecionados na amostra demonstram os resultados coletados dos períodos matutino, vespertino e noturno.

Quadro 5 - Período Matutino



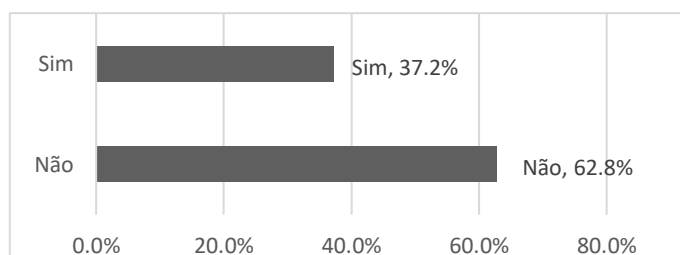
Fonte: Dados da pesquisa, (2023).

Quadro 6 - Período Vespertino



Fonte: Dados da pesquisa, (2023).

Quadro 7 - Período Noturno



Fonte: Dados da pesquisa, (2023).

O fato de ter a maior procura pelo serviço ocorreu nos dias de semana, principalmente no período noturno. Todavia, a associação entre a adequação da demanda e período de procura, com maior proporção de casos inadequados no horário matutino e vespertino, corroboram os dados encontrados em diversos estudos (OLIVEIRA *et al.*, 2011; KOVACS *et al.*, 2005), que evidenciaram maior procura por atendimento no horário após o trabalho após as 18hrs, de casos que se caracterizaram como urgência no atendimento.

A pesquisa nos mostra através das tabelas dos períodos matutino, vespertino e noturno a demanda de atendimentos nos meses de janeiro, abril, julho e outubro de 2022, com maior porcentual de atendimento no período noturno com 37,2% para ambos os sexos, seguindo do período matutino com 32,6%, e no período vespertino 30,2%. Sendo assim a maior porcentagem de atendimento foi período noturno, onde a maioria dos serviços prestados pela atenção primária estão encerrados, sendo necessário a procura de atendimento ao UPA 24h Próspera – Criciúma SC.

Conforme Gracial e Reisll (2014), a fragilidade na comunicação entre o Pronto atendimento e os serviços de saúde, que muitas vezes esse paciente poderia ter um acompanhamento da sua queixa. Com baixa utilização da referência e contra referência para a Atenção Básica e ambulatórios de especialidades, pois, apenas 1% da demanda atendida foi reconduzida a procurar a UBS de origem, denotando a dificuldades para a efetivação da integralidade da atenção à saúde.

Conforme o encaminhamento com a guia de referência para a Atenção Básica deveria ser feito para todos os usuários, e especialmente para aqueles usuários que não tem nenhum acompanhamento e que, portanto, estão fora do sistema e também os casos agudos que necessitam de uma reavaliação em curto espaço de tempo, ampliando assim o foco do atendimento prestado para além da queixa.

As citações acima expõem que o público-alvo acaba procurando o atendimento em Unidades de Pronto Atendimento, para agilidade na solução dos problemas de saúde, sendo que grande parte poderia ser atendida em Unidades Básicas de Saúde.

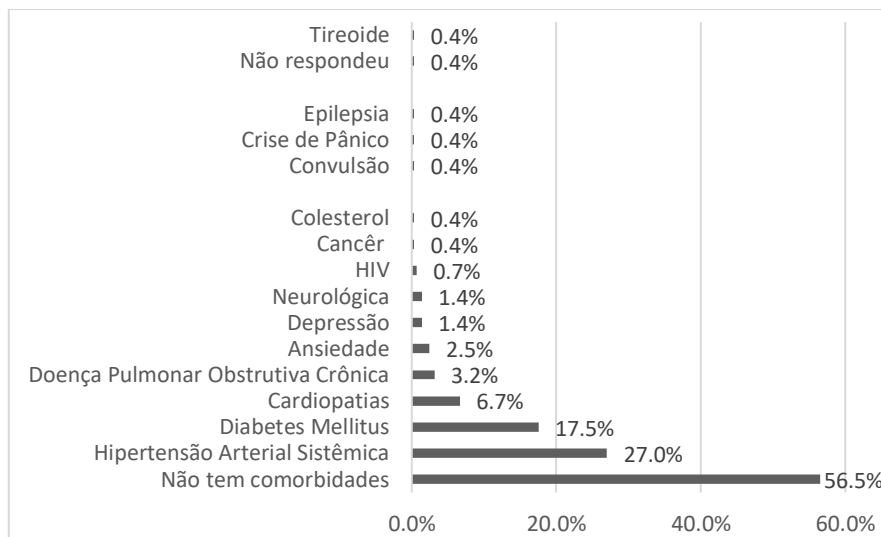
O cuidado e o acesso da saúde, tem a finalidade da prevenção de doenças, tratamento precoce. Evitando complicações, sequelas e sobrecarga ao Sistema Único

de Saúde (SUS). Segundo Matos e Breda (2020), acredita que o fácil acesso e à resolubilidade fornecida pela unidade de pronto atendimento.

Considerando que as Unidades de Pronto Atendimento atendem de portas abertas realizando atendimento 24 horas, percebe-se algumas fragilidades podem intensificar a demanda de atendimento na UPA, como por exemplo o acesso à consulta nas Unidades Básicas de Saúde, a rotina de trabalho, tendo em vista que muitas pessoas trabalham em horário comercial, procurando atendimento nas UPAS no período noturno, fazendo com que o a demanda de atendimentos/porcentagem se intensifique no período noturno, pois o UPA proporciona ao usuário fácil acesso e resolutividade no processo saúde doença.

O quadro 8 corresponde as comorbidades que os pacientes apresentavam na classificação de risco. O quadro 8, representa as comorbidades nos sinalizando que 56,5% dos pacientes não apresentam comorbidade. Dentre os que apresentam comorbidades com percentual mais elevado ficou a HAS com 27,0% e DM com 17,5%. Outras comorbidades foram identificadas e estão descritas na tabela abaixo. A pesquisa nos mostra que a maioria dos atendimentos com a classificação de muito urgente são homens, e que apresentam comorbidades.

Quadro 8 – Comorbidades



Fonte: Dados da pesquisa, (2023).

A hipertensão arterial está entre as comorbidades apresentada na tabela, que é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. Ela acontece quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg (ou 14 por 9). A pressão alta faz com que o

coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer com que o sangue seja distribuído corretamente no corpo. A hipertensão é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, aneurisma arterial e insuficiência renal e cardíaca. O problema é herdado dos pais em 90% dos casos, mas há vários fatores que influenciam nos níveis de pressão arterial, como os hábitos de vida do indivíduo. (BRASIL, 2022)

A prevalência de HAS e DM na população, também associada à elevada frequência de suas complicações agudas e crônicas, faz com que essas condições constituam importante problema de saúde coletiva no Brasil. As complicações decorrentes do descontrole dessas enfermidades geram impactos negativos tanto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos quanto no sistema de saúde. Ferreira *et al.*, (2021).(FERREIRA, *et al*, 2021) Porém, a implementação de medidas de prevenção e tratamento adequado dessas condições representam um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde onde poderiam iniciar seu tratamento e acompanhamento nessas unidades.

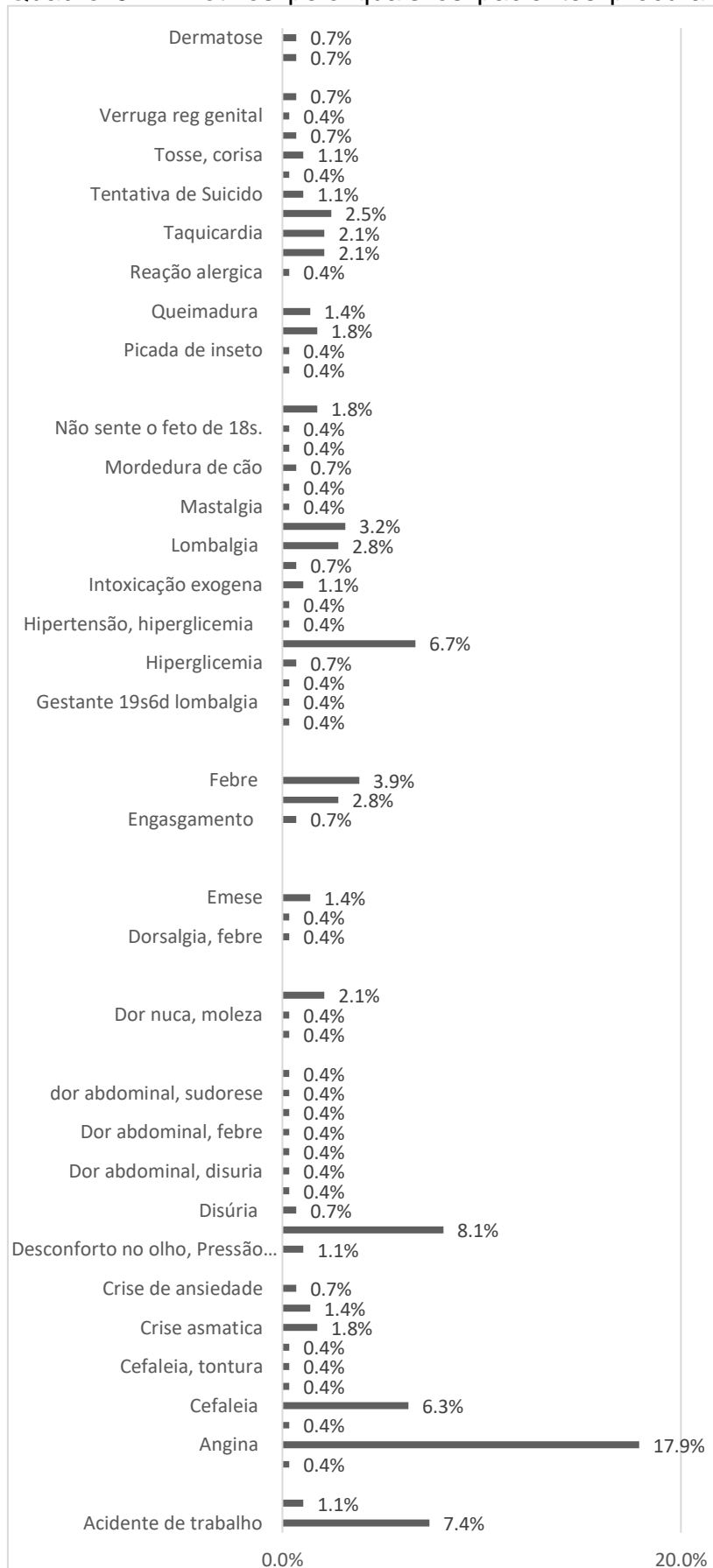
Segundo Feitoza *et al.*, (2020), as comorbidades podem ser definidas como a ocorrência de duas ou mais doenças no mesmo intervalo de tempo e no mesmo paciente. Dentre essas, a diabetes, a hipertensão, e as cardiopatias. Assim, necessita-se compreender suas comorbidades para facilitar seu diagnóstico e tratamento adequado

De modo geral as comorbidades são doenças crônicas, ou seja, doenças que não tem cura, porém com possíveis de controle, maior parte das comorbidades representam de causa hereditária, a dupla de diabetes mellitus e hipertensão arterial são as mais conhecidas, geralmente são doenças que tem início juntas ou uma e depois a outra. Sendo que algumas comorbidades são silenciosas e por conta disso o indivíduo acaba não realizando o tratamento adequando e quando procuram o pronto atendimento o quadro da doença já está agravado.

Quadro 9 - Diagnósticos pelo quais os pacientes procuram esse serviço de urgência e emergência

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras, (2023).

Quadro 9 - Motivos pelo quais os pacientes procuram esse serviço de urgência



Fonte: Dados da pesquisa, (2023).

O quadro 9 demonstra os vários os motivos pelo quais os pacientes procuram esse serviço de urgência e emergência que são classificados. E 17,5% dos pacientes atendidos apresentam angina, vindo em seguida com maior procura pacientes com dispneia a 8,1%, e a terceira procura dos pacientes é acidente de trabalho com 7,4% e os demais motivos descritos no quadro 9.

Entre os motivos demonstrados na tabela, a dor no peito (angina) é um dos principais motivos que levam esses pacientes a buscarem serviços de urgência e emergência. Conforme Miranda e Rampellotti (2019), relata, trata-se de um sintoma que pode sugerir diversas doenças, dentre as quais a síndrome coronariana aguda, o que dificulta o diagnóstico diferencial. Por isso a importância do enfermeiro diante da classificação de risco saber e buscar se atualizar conforme os protocolos.

A dor no peito é uma das causas mais frequentes da busca por atendimento médico em unidades de urgência e emergência. Entretanto, tal sintoma, referido das mais diversas formas, nem sempre está relacionado à manifestação da síndrome coronariana aguda (SCA). A relevância e a magnitude do tema vêm sendo expressas pelas estatísticas mundiais. Nos Estados Unidos, por exemplo, a dor torácica foi a queixa de 5,8 milhões de indivíduos, dos 113 milhões que deram entrada em serviços de pronto-atendimento (PA). Consoante ao cenário mundial, no Brasil, anualmente há 4 milhões de atendimentos por queixa de dor torácica (MIRANDA; RAMPELLOTTI, 2019).

Observa-se que além da dor torácica, a dispneia foi um dos motivos que os pacientes procuraram esse serviço. A dispneia caracteriza-se pela sensação de dificuldade respiratória associada a um aumento do esforço para respirar, manifestando-se de diferentes maneiras. Cada pessoa tem terminologia diferente para descrever a forma como a sente, como por exemplo: respiração de pequena duração; dificuldades em respirar; sufocação e aperto torácico (HOEMAN, 2011).

Os acidentes de trabalho são eventos incidentes durante o exercício do trabalho, e procuram diretamente esse serviço de urgência e emergência. Eles são classificados em acidentes típicos, de trajeto e em doenças ocupacionais. Entre as funções exercidas pelos trabalhadores, aquelas que implicam maiores riscos e

exigiriam o uso de EPIs são as funções domésticas, braçais, técnicas e também aquelas de caráter administrativo e comercial (GRANDO; ASCARI, 2014).

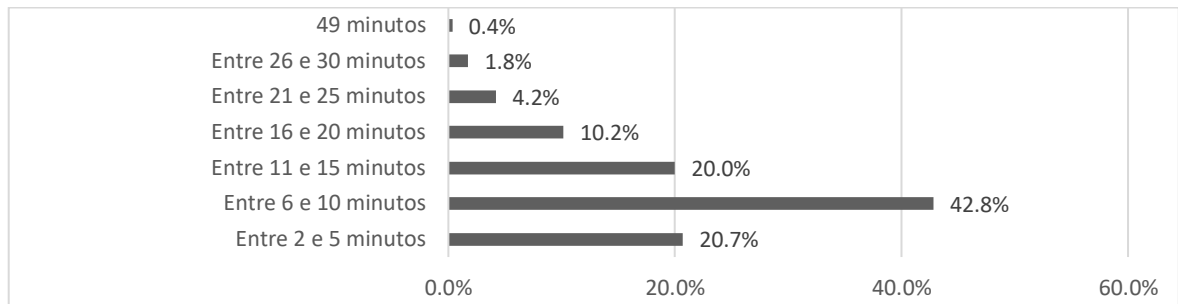
Considera-se acidente de trabalho quando existe uma colisão repentina e involuntária entre pessoa e objeto, a qual ocasiona danos corporais (lesões, morte) e/ou danos materiais. Por ser repentino, o acidente se diferencia da doença ocupacional adquirida em longo prazo. Na prevenção de acidentes, os esforços devem ser concentrados inicialmente na eliminação dos perigos e/ou eliminação dos riscos, não permitindo interação direta, entre pessoas e perigos e, posteriormente, orientações e fornecimento de equipamentos de proteção individual. Com a combinação dessas medidas, é possível obter melhores resultados na prevenção de acidentes do trabalho e de doenças ocupacionais. Nishide, *et al* (2004).

Conforme a tabela acima, 7,4% chegam à unidade de pronto atendimento devido acidente de trabalho. Com isso a Organização Internacional do Trabalho (OIT) coloca o Brasil em quarto lugar no ranking mundial de acidentes fatais ocorridos no ambiente de trabalho. Isto significa que ainda há muito o que conquistar e que as ações práticas precisam acontecer em três frentes, envolvendo governos, empregadores e colaboradores. Manter ambientes e processos de trabalho saudáveis é uma responsabilidade compartilhada entre empregadores e trabalhadores. A participação dos trabalhadores é essencial no processo de identificação das situações de riscos presentes nos ambientes de trabalho, assim como as repercussões dos riscos sobre a sua saúde (ALVES, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde tem proposto estratégias e orientações à Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (Renast) que permitam a detecção, modificação e cuidado oportuno e integral a todos os trabalhadores. E, ainda, atuação na vigilância nos locais de trabalho com intervenções que propiciem a eliminação ou minimização dos riscos inerentes ao processo de trabalho (ALVES, 2017).

O quadro 10 representa o tempo de espera dos pacientes após a classificação de risco.

Quadro 10 - Tempo de Espera



Fonte: Dados da pesquisa, (2023).

Segundo a tabela 10 nos traz informações sobre o tempo de espera após a classificação de risco dos pacientes na unidade de pronto atendimento UPA24hr após passar pela classificação de risco até o atendimento médico, a partir da triagem que é o momento que o enfermeiro faz a classificação seguindo o protocolo de Santa Catarina. Sendo que a maior porcentagem de permanência ocorreu entre de 6 a 10 minutos com 42,8%, seguido de 2 a 5 minutos com 20,7%. Sendo que os outros percentuais 36,6% ultrapassaram o período estipulado para o atendimento conforme o protocolo.

Diante do tempo de espera, esses pacientes aguardam pelo atendimento médico, e muitas vezes não entendem como funciona a Classificação de Risco. Conforme o Ministério da Saúde (2018), essa ferramenta serve para definir prioridades de atendimento e organizar as filas de espera por atendimento. No caso do Brasil, todo o Sistema Único de Saúde (SUS) utiliza o Protocolo de Manchester.

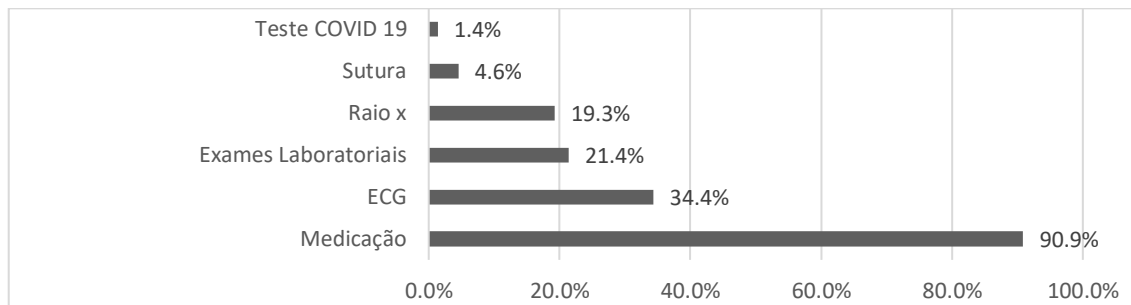
Analisando os dados da tabela acima observa-se que a predominância e espera do tempo pelo atendimento ocorreram dentro do que é estabelecido em protocolo.

Observando que a procura do público nos serviços de saúde e urgência tem um aumento, onde tem ocasionado uma superlotação dos mesmos, o que corrobora déficits na estruturação da rede assistencial de saúde.

Conforme Santos *et al.*, (2020), o protocolo de classificação de risco é um utensílio com a finalidade de conduzir o acolhimento primário e identificar a prioridade do paciente, no entanto não é sensível aos aspectos pessoais, afetivos, sociais, culturais do usuário.

O quadro 11 representa ao cuidado prestado ao paciente após atendimento e prescrição médica, abaixo mostra a descrição da assistência praticada pela equipe multiprofissional da UPA.

Quadro 11 – Procedimentos Realizados



Fonte: Dados da pesquisa, (2023).

A pesquisa traz que 90,9% dos pacientes recebem medicações que são administradas na UPA, em seguida com 34,4% são realizados o exame de eletrocardiograma, 21,4% realização de exames laboratoriais, 19,3% realizam Raio-X, 4,6% realizaram suturas e 1,4% Teste de Covid-19.

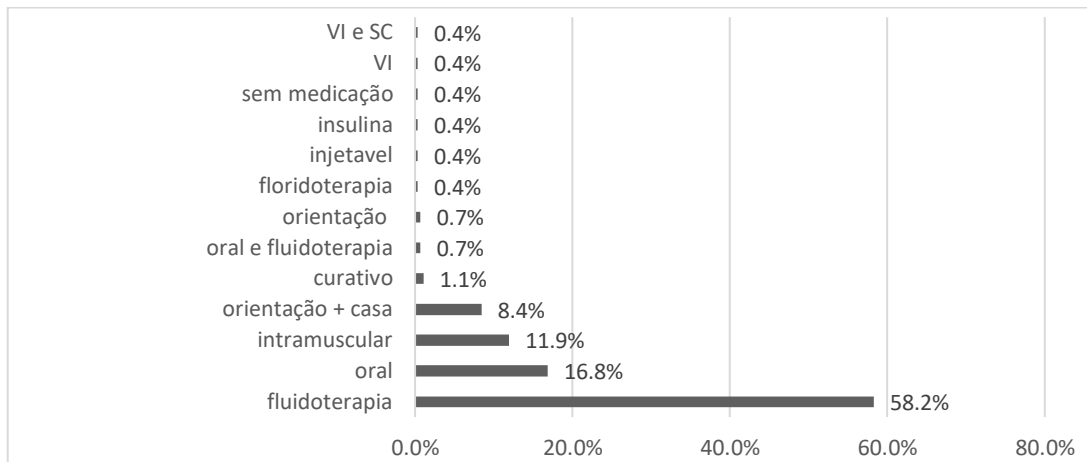
A Unidade presta atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e presta o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitem de atendimento.

Segundo o Sanar (2017), o enfermeiro deve ser capaz de liderar sua equipe para que todo o cuidado prestado seja eficaz para a resolução das intercorrências que acontecem na unidade de emergência.

A atuação da equipe multiprofissional neste momento de cuidado com o paciente é fundamental, desde a triagem do paciente até o momento da assistência e ou cuidado que será prestado, sendo desde uma simples administração de medicação oral até um procedimento de alta complexidade, tendo em vista a manutenção e estabilização da vida do paciente.

No quadro 12 traz informações sobre os cuidados terapêuticos com da equipe multiprofissional que buscaram atendimento na UPA.

Quadro 12 – Procedimentos



Fonte: Dados da pesquisa, (2023).

A maior porcentagem com 58,2% recebeu administração de fluidoterapia, em seguida com administração de medicação oral 16,8%, e administração de medicação intramuscular de 11,9% dos pacientes. Os demais pacientes atendidos receberam medidas terapêuticas conforme a descrição em tabela abaixo.

A administração de medicamentos é uma das funções assistenciais exercida, na maioria das vezes, pela equipe de enfermagem, decorrendo da implementação da terapêutica médica. Conforme Coimbra e Cassiani (2012), a realidade brasileira, o exercício dessa atividade está sendo praticado, na maioria das instituições de saúde, por técnicos e auxiliares de enfermagem sob a supervisão do enfermeiro.

É importante ressaltar que os fluidos são considerados tratamentos farmacológicos, com indicações e efeitos colaterais, não devendo ser utilizado de rotina em todos os pacientes hospitalizados.

No Brasil, o Enfermeiro é o profissional responsável pelo processo de administração de medicamentos, se constituindo no líder da equipe de enfermagem e assumindo papel fundamental tanto no cuidado ao paciente que se encontra em terapia medicamentosa quanto na disseminação do conhecimento acerca desta prática para a equipe. Pelo fato de a enfermagem atuar essencialmente no final do processo da terapia medicamentosa, sua responsabilidade em evidenciar e impedir falhas aumenta, pois a ação de administrar é a última oportunidade de interromper o sistema, evitando erros que porventura tiveram início nas primeiras fases deste processo, tais como prescrição e cálculo de dose (FILHO, *et al*, 2012).

A grande responsabilidade do enfermeiro e da equipe multiprofissional e a importância do tratamento adequado para o paciente ao administrar algum tipo de medicação ou realização de procedimentos de média complexidade. Para obtermos segurança profissional e assegurar o paciente, embasados em protocolo. Com o protocolo de treze certos segue-se várias etapas, avaliando desde o processo de prescrição, dispensação e administração de medicamentos, entre outras circunstâncias, este protocolo é complexo e abrange várias etapas que contemplam uma série de decisões e ações envolvendo médico, farmacêutico, enfermeiro e técnico de enfermagem, e o próprio paciente

Para Ferreira (2018), a ascensão da qualidade do cuidado está diretamente ligada ao uso de protocolos, sejam técnicos ou de gestão. No entanto, ainda que se utilize protocolos em conjunto com a equipe multiprofissional, não há garantias de modificação cultural, apropriação de conceitos e integração entre profissionais.

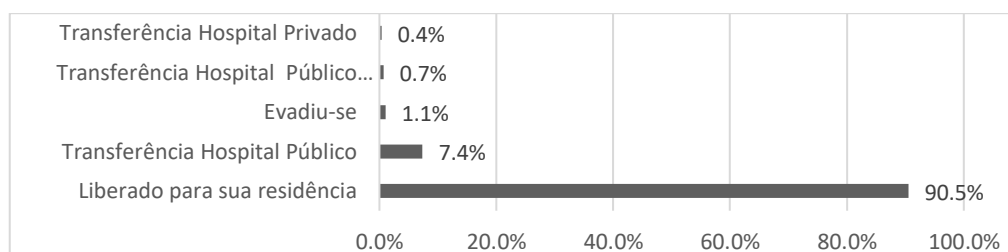
Como a Urgência e emergência é um setor que atende demanda espontânea, integrado por uma equipe multiprofissional para atuar frente as condições de degradação clínica que cause risco ao paciente. (CALLOU *et al.*, 2019).

Tendo como base os autores e a tabela referenciada acima, é essencial que a equipe multiprofissional esteja atenta a segurança do paciente. Para evitarmos riscos durante a preparação e administração de medicamentos conforme vias de administração e também durante a execução de procedimentos de média e alta complexidade, devemos seguir o protocolo dos treze certos, sendo que este protocolo não é totalmente suficiente para prevenir a ocorrência de erros na administração de medicamento ou na realização de procedimentos.

E após o tratamento terapêutico, esse paciente recebe o desfecho pelo profissional médico.

O quadro 13 mostra quais foram os encaminhamentos.

Quadro 13 - Desfecho dos Pacientes



Fonte: Dados da pesquisa, (2023).

Após a medida terapêutica, esse paciente recebe o desfecho médico como corresponde o quadro 13. Entre os desfechos observa-se que maior porcentagem de 90,5% (258) são liberados com orientações para tratamento em residência, com 7,4% são os pacientes transferidos para Hospital Público, 1,1% os pacientes, evadiu-se, 0,7% os pacientes foram transferidos para o Hospital Público Materno/infantil e 0,4% foi transferido para Hospital Privado de SC.

Educar o paciente é algo extremamente importante em todo o processo para que ele tenha papel central e possa ser um conhecedor da própria doença e assim ajude a definir suas preferências e necessidades, o que é valor para ele, para que possamos entregar o que ele realmente deseja dentro das opções viáveis da medicina (SAÚDE, BERNARDEZ; 2019).

Conforme Weber e., (2017), os pacientes que se sentem preparados no momento da alta, quando retornam para casa, se deparam com incertezas acerca do tratamento e da recuperação. A falta ou insuficiência de planejamento de alta pode trazer repercussões que incluem angústia e ansiedade, efeitos adversos e erros de medicação, pouca aderência ao tratamento e baixa qualidade de vida. Processos de transição adequados podem melhorar a qualidade dos resultados assistenciais e influenciar a qualidade de vida dos pacientes, contribuindo para evitar reinternações hospitalares desnecessárias e reduzir custos dos cuidados de saúde. Os enfermeiros têm responsabilidade de assegurar que os pacientes voltem para casa adequadamente preparados e com apoio adequado, contribuindo para melhor articulação e comunicação entre profissionais, pacientes, cuidadores e serviços de saúde, visando proporcionar continuidade do cuidado para estratégias de transição bem-sucedidas.

Conforme descrito acima, sobre a importância da equipe multiprofissional na alta planejada e nos encaminhamentos no desfecho final dos pacientes que receberam a assistência aplicada no UPA. Acompanhando o cuidado prestado e transferência das informações da assistência executada para os profissionais da atenção primária, referenciando se caso for necessário aos serviços oferecidos no município conforme os protocolos municipais. As transições de cuidados são processos interligados, pois as transições qualificam o processo de desospitalização. Diferentes estratégias para a continuidade do cuidado devem ser adotadas, pois

oferecem maior segurança ao paciente. O enfermeiro tem papel fundamental nas transições e, no Brasil, essa atividade ainda precisa ganhar mais espaço. A redução das reinternações, mortalidade, custos hospitalares e a satisfação dos pacientes são benefícios das transições. Visto que, o enfermeiro, quando atua no planejamento da alta, faz a ligação entre o paciente e outros prestadores de cuidados de saúde na comunidade, sejam estes familiares, cuidadores ou outros profissionais de saúde estabelecidos no município.

6 CONCLUSÕES

A realização desta pesquisa possibilitou descrever o perfil dos pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento 24h Bairro Próspera no município de Criciúma (SC) no ano de 2023. A amostra analisada apontou os tipos de perfis que foram classificados pelo enfermeiro com risco muito urgente.

Pode-se dizer que a hipótese cumpriu com seu objetivo, à medida que identificou o perfil dos pacientes atendidos em uma unidade de pronto atendimento sobre a classificação de risco muito urgente. Observa-se que na caracterização relacionada ao sexo, os homens representaram 51,2% (146) dos atendimentos e sexo feminino 48,8% (139). No que se refere à faixa etária, foram mais frequentes os atendimentos entre a faixa etária de 41 a 60 anos; o público masculino teve maior procura de atendimento nos serviços de urgência apresentando sensação dolorosa como dor torácica, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus que foi a maior procura.

A correlação dos dias de semana teve uma grande significativa, uma procura maior principalmente no período noturno, acredita-se que devido ao horário de funcionamento da Unidades de Saúde, ou se tratava-se de emergência e procuram esse setor de Urgência e Emergência.

A maioria dos motivos de procura ocorreu por problemas agudos de baixa gravidade que poderiam ser resolvidos nas UBS, tais como resfriado comum, infecção das vias aéreas superiores, infecção do trato urinário e gastroenterite, entre outros. Por outro lado, também foram identificadas emergências que necessitam de intervenção imediata pela equipe de saúde, tais, síndrome coronariana aguda, intoxicação exógena, crise convulsiva, abdome agudo acidente de trabalho. Tal situação aponta para a necessidade de organização do serviço no que se refere à classificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco e agravos à saúde ou grau de sofrimento.

O estudo evidenciou a busca pelos serviços de urgência e emergência tem aumentado nos últimos anos, entretanto, nota-se que o enfermeiro que atua na classificação de risco deve possuir conhecimento técnico e científico para que possa tomar decisões rápidas, concretas, além de transmitir segurança a toda a sua equipe e diminuir os riscos de vida do paciente.

Sugeriu-se que a importância da capacitação aos enfermeiros da classificação de risco principalmente nos sinais e sintomas como dor torácica, onde foi a maior porcentagem do motivo da pesquisa, sendo que é muito importante que o enfermeiro tenha conhecimento para interpretar o Exame de Eletrocardiograma (ECG).

Importante também conscientizar a população sobre o que realmente é para ser atendido na UPA onde funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana e podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e AVC. A estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, local para coleta de exames e leitos de observação, colabora para a diminuição das filas nos prontos-socorros dos hospitais. Quando o paciente chega às unidades, os médicos prestam assistência e controlam o problema detalhando o diagnóstico. As UBS são locais onde os usuários do SUS podem receber atendimento médico para diagnóstico e tratamento, nas Unidades de Saúde que a população tem acesso a medicamentos gratuitos, vacinas, pré-natal, acompanhamento para hipertensos e diabéticos e outras doenças, como tuberculose e hanseníase. As UBSs funcionam com atendimento primário sendo porta de entrada para SUS, contribuindo para o aumento de qualidade de vida e para a redução de encaminhamento a UPA.

No entanto se reconhece a importância de se manterem atualizados acerca das mudanças de protocolos e carecem dos recursos necessários e muitas vezes próprios para a realização dos cursos de capacitações e atualizações.

Conclua-se que a atuação do enfermeiro é de suma importância para assistência diferenciada além de colaborar para a priorização de casos graves nas unidades de emergências, pois o enfermeiro possui informações e habilidades características para definição da preferência de acolhimento.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A.; DURO, C.; LIMA, M. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, p.181-190, 2012.
- ALBINO, R.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 4, p. 6, 2007.
- ALVES, B.O. **Dia Nacional da Prevenção de Acidentes do Trabalho**. 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/27-7-dia-nacional-da-prevencao-de-acidentes-do-trabalho-4/>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- ANZILIERO, Franciele; SOLER, Bárbara Elis dal; SILVA, Bárbara Amaral da. *et al.* Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, p. 1-6, dez. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.64753>. Acesso em: 21 jun. 2023.
- AUED, Gisele Knop; BERNARDINO, Elizabeth; LAPIERRE, Judith; DALLAIRE, Clémence. Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, n. 0, p. 1-8, 2019.
- AZEREDO, T.R; GUEDES H.M; ALMEIDA R.A.R. *et al.* Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. **Int Emerg Nurs**. v.23, n.2: p.47-52, dez., 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25087059>. Acesso em 02/10/2022
- AZEVEDO FILHO, F.M; MARTINS I.M.S; SOARES C.S.R.S *et al.* **Administração de medicamentos: conhecimento de enfermeiros do setor de urgência e emergência**.
- BRASIL. Constituição. Profissionais de Saúde Recebem Treinamento do Protocolo Catarinense de Acolhimento Com Classificação de Risco de Santa Catarina: **Legislação Estadual**. Florianópolis, SC: Secretaria de Estado da Saúde, 13 set. 2022.
- BRASIL. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. **Sistema Manchester de Classificação de Risco. Brasil**: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html. Acesso em: 03 out., 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Secretaria-Executiva,

Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Humaniza SUS, Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS**: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.600, de 7 de Julho de 2011**: Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Florianópolis, SC, 07 jul. 2011. p. 01-01.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O estigma social que envolve a saúde masculina**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2022/o-estigma-social-que-envolve-a-saude-masculina>. Acesso em: 11 jun. 2023

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 16 jun. 2023.

CALLOU, D.R. S. *et al.* Importância da organização da equipe multidisciplinar na parada cardiorrespiratória no setor de urgência e emergência. **Revista Brasileira de Revista de Saúde**, v. 2, n. 6, p. 6175–6177, 2019.

COIMBRA, J.A.H; CASSIANI, S.H.D.B. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 9, n. 2, pág. 56–60, 2001.

COUTINHO, A; CECÍLIO, L; MOTA, J. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Médica de Minas Gerais-Rmmg**, v. 22, n. 2, 2012.

CRUZ, Hospital Santa. **Triagem nas emergências segue nova Classificação de Risco**. 2015. Disponível em: <https://www.hospitalstacruz.com.br/blog/2015/05/21/triagem-nas-emergencias-segue-nova-classificacao-de-risco/>. Acesso em: 22 jun., 2023.

FEIJÓ, Vivian Biazon El Reda; CORDONI JUNIOR, Luiz; SOUZA, Regina Kazue Tanno de; DIAS, Alexsandro Oliveira. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 627-636, set. 2015.

FEITOZA, T. M. O; CHAVES, A. M; MUNIZ, G. T. S. *et al.* Comorbidades e Covid-19. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 8, n. 3, p. 711-723, 5

nov. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.16891/2317-434x.v8.e3.a2020.pp711-723>Acesso em: 23 jun. 2023.

FERREIRA, P. C; TESTON, E. F; MARQUETE, V. F. *et al.* Utilização de serviços de urgência e emergência por complicações agudas da hipertensão e/ou diabetes. **Escola Anna Nery**, v.25, n.5, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0003>

FREITAS, Claudio Vanucci Silva de; PINHO, Judith Rafaelle Oliveira; PACHECO, Marcos Antônio Barbosa. **Redes de atenção à saúde: redes de atenção às urgências e emergências no âmbito do sistema único de saúde.** Maranhão: Edufma, 2018.

GARCIAI, V.M; REISII, R.K. **Perfil De Usuários Atendidos Em Uma Unidade Não Hospitalar De Urgência.** 2014.

GRANDO, P.; ASCARI, R. **Vítimas de acidente de trabalho atendidas em um pronto atendimento de urgência e emergência.** v. 20, n. 3, p. 6–11, 2014.

GUEDES, H. M; ALMEIDA, Á. G. P; FERREIRA, F. O. *et al.* Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Classificação de Risco**, Portugal, v. 5, n. 1, p. 37-44, fev. 2014.

GUEDES, H.M; MARTINS, A.C.J; CHIANCA, T.C.M. Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. **Rev Bras Enferm.** v.12, n.68, ed., 1: p. 45-51, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100045: Acesso em: 29 set., 2022.

HOEMAN S. P. **Enfermagem de reabilitação, prevenção intervenção e resultados esperados.** 4ª edição, Loures: Lusodidata, 2011.

IMAS. Instituto Maria Schmitt, **Organização Social de Saúde pelo Decreto nº 1.449** de janeiro de 2018. Disponível em: <https://www.imas.net.br/site/o-instituto/>. Acesso em: 03 out., 2022.

JIMÉNEZ J.G. **Clasificación de pacientes enlosservicios de urgencias y emergencias:** haciaun modelo de triajeestructurado de urgencias y emergências. **Emergencias.** v.15: p.165-74, 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos metodologia científica.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde.** Florianópolis: UFSC, 2002.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing.** 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MATOS, Y.V; BREDA, D. Perfil dos pacientes atendidos na unidade pronto atendimento, Jardim Veneza, Cascavel- PR. **Revista da saúde da fag (FJH)**, v. 2, n. 1, pág. 56–66, 2020.

MIRANDA, A. V. DE S; RAMPELLOTTI, L. F. Incidência da queixa de dor torácica como sintoma de infarto agudo do miocárdio em uma unidade de pronto-atendimento. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 2, n. 1, 2019.

MUSSI Ricardo Franklin de Freitas, *et al.* Pesquisa quantitativa e/ou qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. **Revista Sustinere**. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/41193/32038>. Acesso em: 15 nov., 2022.

OLIVEIRA, L.A.S; VIANA S. A. A. *et al.* **Atribuições do enfermeiro na classificação de risco em unidades de urgência e emergência: uma pesquisa bibliográfica**. 2018.

Disponível em:

<https://www.iesp.edu.br/sistema/uploads/arquivos/publicacoes/atribuicoes-do-enfermeiro-na-classificacao-de-risco-em-unidades-de-urgencia-e-emergencia-uma-pesquisa-bibliografica.pdf>.

ORTIGA, Angela Maria Blatt. **Classificação De Risco**: Universidade Federal de Santa Catarina núcleo telessaúde Santa Catarina. Florianópolis: 2017.

PACHECO, Marcos Antônio Barbosa (org.). Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE. Maranhão: Ministério da Saúde, 2015.

PRODANOV, C. C; FREITAS, E. C. D. **Metodologia do trabalho científico**: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2ª. ed. Novo Hamburgo: Universidade Freevale, 2013.

SACOMAN, Thiago Marchi; BELTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro; ANDREZZA, Rosemarie. *et al.* Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 354-367, abr. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912105>.

SANTOS FILHO, Luiz Alberto Marques. **Revisão sistemática do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco**: revisão sistemática do sistema de triagem de manchester na estratificação de risco. 2013. 36 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Salvador. 2013.

SANTOS, M.V. **Resumo de fluidoterapia endovenosa: soluções, indicações e mais!** Disponível em: <https://med.estrategia.com/portal/conteudos-gratis/procedimentos/resumo-de-fluidoterapia-endovenosa-solucoes-indicacoes-e-mais/>. Acesso em: 10 jun. 2023.

SANTOS, S. DOS *et al.* A atuação do enfermeiro na classificação de risco de pacientes em unidade de emergência: um enfoque no protocolo de manchester. **Revista Eletrônica da Estácio Recife**, n.0, 30 out. 2020.

SANTOS, Sidlayne dos *et al.* **a atuação do enfermeiro na classificação de riscopacientes em unidade de emergência: um enfoque no protocolo de manchester.** 2020. 175 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Faculdade Estácio de Alagoas, Recife, 2020.

SAÚDE, DA S. **Participação do paciente no desfecho clínico contribui para melhorias no pós-alta.** 30 out. 2019. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/saude-da-saude/participacao-do-paciente-no-desfecho-clinico-contribui-para-melhorias-no-pos-alta>

SILVA, Jéssica Cerqueira *et al.* **Características clínicas de los hombres atendidos en la unidad de cuidados de emergencia.** 2020. 11 f. Tese (Doutorado), Curso de Enfermagem, Bahia, 2020.

SILVA, Jéssica Sanches; CORDEIRO, Thais Lazaroto Roberto; CARVALHO, Maria de Lourdes Neris. *et al.* Perfil dos atendimentos realizados pelo serviço de atendimento móvel de urgência no município de colombo-PR. **Espaço Para A Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 21, n. 1, p. 26-33, 1 jul. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22421/15177130-2020v21n1p26>.

SOUZA, C. C. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo de Manchester. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p.1318-1324, 2013.

SOUZA, C. C. **Grau de concordância da Classificação de Risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos.** 2009. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

SOUZA, Raíssa Silva; BASTOS Marisa Antonini Ribeiro. Acolhimento com Classificação FEIJÓ, V. B. E. R. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco:** análise da demanda Atendida no pronto socorro de um hospital escola. 2010. 112 p. Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010

WEBER, L. A. F. *et al.* Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2017.

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO



CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar os prontuários da Instituição Pronto atendimento UPA24h Dr. Antônio Carlos Althoff, localizada na Rua General Osvaldo Pinto da Veiga, 601 - Próspera – Criciúma - SC - CEP 88811-700, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada "ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO: QUAIS PERFIS DE PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO RISCO MUITO URGENTE" sob a responsabilidade do professor(a) responsável Zoraide Rocha e pesquisador(s) Franciele de Oliveira Nazário, Joicy de Faveri Mota do Curso Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

Fabiano Ribeiro Teixeira
Diretor
CPF 784.578.509-63
UPA 24h
IMAS - Instituto Maria Schmitt

ANEXO B – PARECER CEP

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE PRONTO COM ATENDIMENTO DE RISCO MUITO URGENTE.

Pesquisador: ZORAIDE ROCHA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65890422.5.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.821.259

Apresentação do Projeto:

o tema ficou um tanto meio confuso. sugiro:

PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CLASSIFICADOS COM RISCO MUITO URGENTE.

Objetivo da Pesquisa:

SUGIRO ACRESCENTAR NOS OBJETIVOS ESPECIFICOS:

AVERIGUAR CAUSAS DE MAIOR PROCURA DOS PACIENTES NA CLASSIFICAÇÃO DE COR LARANJA ATENDIDOS NO UPA. (É HIPERTENSÃO, ??? É DIABETES???)...

AVERIGUAR O DESFECHO FINAL DOS PACIENTES ATENDIDOS..... FOI EMBORA? FOI TRANSFERIDO PARA HOSPITAL?.....

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

OK. ESTAO DESCRITOS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

OS OBJETIVOS ESPECIFICOS A E B ESTÃO REPETIDOS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

UF: SC

Município: CRICIUMA

CEP: 88.806-000

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

APÉNDICE(S)

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE PRONTO COM ATENDIMENTO DE RISCO MUITO URGENTE

Objetivo:

Período da coleta de dados: 01/03/2023 a 30/04/2023

Local da coleta: Unidade de Pronto Atendimento 24 Horas da próspera

Pesquisador/Orientador: ZORAIDE ROCHA

Telefone: 48- 988494196

Pesquisador/Acadêmico: FRANCIELE DE OLIVEIRA
NAZARIO

Telefone: 48- 996724403

Pesquisador/Acadêmico: JOICY DE FAVERI MOTA

10 fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Os pesquisadores (abaixo assinados) se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem coletados em prontuários do local informado a cima.

Concordam, igualmente, em:

- Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto;
- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.
- Manter as informações em poder do pesquisador **FRANCIELE DE OLIVEIRA NAZARIO, JOICY DE FAVERI MOTA** por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas da execução da pesquisa somente podem ser

acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

ASSINATURAS	
Orientador(a)	Pesquisador(a)
<hr/> Assinatura Nome: Zoraide Rocha CPF: _____ . _____ . _____ - _____	<hr/> Assinatura Nome: Franciele de Oliveira Nazario CPF: 114.642.179-63
Pesquisador(a)	Pesquisador(a)
<hr/> Assinatura Nome: JOICY DE FAVERI MOTA CPF: 077.077.489-05.	<hr/> Assinatura Nome: <hr/> CPF: _____ . _____ . _____ - _____

Criciúma (SC), 05 de novembro de 2022.

APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

ASSINATURAS	
 CEP COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DE SERES HUMANOS	
Termo de Confidencialidade	
<p>Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes a esta pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.</p>	
Orientador(a) Assinatura Nome: Zoraide Rocha 242420973	Pesquisador(a) Assinatura Nome: Franciele de Oliveira Nazario CPF: 114.642.179-63
Pesquisador(a) Assinatura	Pesquisador(a) Assinatura Nome: Joicy de Faveri Mota CPF: 077.077.489-05

Criciúma (SC), 30 de novembro de 2022.

Termo de Confidencialidade CEP/UNESC – versão 2018 | Página 2 de 2

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.805-000 – Criciúma / SC
 Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2605 | cetica@unesc.net | www.unesc.net/cep
 Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.

Digitalizado com CamScanner

APÊNDICE CB – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Sexo Biológico () Feminino () Masculino
2. Idade :
3. Período de atendimento: () dia de semana () Fim de semana
() matutino () Vespertino () Noturno
4. Presença de comorbidades () DM () HAS () Outros:_____
5. Na classificação de risco motivo pelo qual foi classificado muito urgente

6. (cor laranja)_____
7. Tempo de permanência do paciente na UPA após classificação de risco

8. Cuidados prestados durante a estada do paciente na UPA
() Sinais vitais () Medicamentos () Exames () Outros_____
Exames radiológicos(quais?) _____
Exames laboratoriais (quais?)_____
9. Terapêutica utilizada () Medicação oral () Medicação injetável ()
Fluidoterapia Outros: _____
10. Desfecho do paciente _____

Instrumento criado pelas acadêmicas: Franciele de Oliveira Nazario

Joicy de Faveri Mota

Orientadora: Zoraide Rocha