

CURSO DE ENFERMAGEM

Viviany Avila Antoniazzi

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES ATENDIDOS NO PRONTO
ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL DE ENSINO**

Santa Cruz do Sul
2017

Viviany Avila Antoniazzi

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES ATENDIDOS NO PRONTO
ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL DE ENSINO**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Enf^a Ms. Daiana Klein Weber Carissimi

Santa Cruz do Sul

2017

FOLHA DE APROVAÇÃO

Santa Cruz do Sul, 2017

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES ATENDIDOS NO PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL ENSINO

VIVIANY AVILA ANTONIAZZI

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Enfª. Ms. Daiana Klein Weber Carissimi
Prof.Orientador

Profª. Enfª. Ms. Janine Koepp
Profª Enfª Curso de Enfermagem

Profª. Enfª. Drª. Anelise Miritz Borges
Profª Enfª Curso de Enfermagem

AGRADECIMENTOS

É chegado o momento de refletir e agradecer a quem trilhou esse caminho ao meu lado. Chegar até aqui, não teria sido possível se tivesse caminhado sozinha. Inúmeras foram as vezes que hesitei, tive medo e dificuldades. No entanto, sinto-me privilegiada, pois sempre tive um colo que me confortou, uma palavra carinhosa que me acalmou e um abraço forte que me acalentou.

Gostaria de agradecer primeiramente à Deus, que me confiou capaz de exercer essa profissão linda e gratificante, e guiou meus passos e pensamentos para que tivesse força e dedicação suficientes para realizar meu sonho e nunca desistir.

Aos meus pais Jorge e Loiracy, que me ensinaram tudo que de melhor poderiam, me criaram sob um alicerce que me proporcionou a base para que eu chegasse até aqui e encarasse todos os desafios de cabeça erguida e mente aberta. Obrigada pelos momentos de apoio e suporte que me proporcionaram durante toda essa caminhada. Amo muito vocês, essa vitória é nossa!

Agradecimento especial ao meu amor Lucas, agradeço por estar comigo desde o início, desde quando isso tudo era apenas um sonho, e pelo carinho e conforto que sempre me dedicou. Agradeço por todo o apoio, por escutar pacientemente minhas reclamações e lamentações e sempre me proporcionar um conselho sensato e maduro. Obrigada por entender e permanecer ao meu lado nos momentos de ausência. Te amo!

A minha avó Nelcy e meu avô Jesony (in memoriam) que sempre estiveram presentes na minha vida da melhor maneira possível e sempre torceram pela minha conquista. Vô, sinto saudade, sei que tu estás aí em cima festejando nossa vitória!

À toda minha família, tios/tias, madrinhas/padrinhos, primas/primos, afilhadas por terem me apoiado e compreendido todos os momentos de ausência em função dos estudos. Eu nada seria se não pudesse contar com vocês!

Aos meus amigos. Em especial as minhas queridas amigas/irmãs de infância Sara e Kátia, é maravilhoso sonhar e realizar com vocês. Apesar da distância em função das novas rotinas, o amor, carinho e companheirismo continuam intacto.

Aos mestres que ao longo dessa longa jornada acreditaram em mim e me incentivaram a enfrentar meus medos e minhas inseguranças. Em especial à minha orientadora Daiana Carissimi, que me acompanhou desde o início da graduação e

serve como inspiração profissional e pessoal. É como sempre digo “quando crescer quero ser igualita a ti”.

*Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar
uma alma humana, seja apenas outra alma humana.
(JUNG, Carl).*

RESUMO

As unidades de urgência e emergência constituem um serviço extremamente importante na assistência à saúde e sua demanda por atendimento torna-se cada vez maior levando em consideração o aumento crescente de acidentes e da violência urbana. Porém, muitas vezes este serviço, é estabelecido como a “porta de entrada” ao atendimento de saúde invertendo a lógica do processo de reorganização dos serviços levando a superlotação dos mesmos. O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil dos pacientes que acessaram o Pronto Atendimento do Hospital Santa Cruz no período de novembro de 2016 a maio de 2017. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. A coleta de dados apontou um total de 31511 pacientes no período acima citado. Os dados foram coletados a partir de um formulário previamente estruturado elaborado pela autora e foram obtidos a partir de prontuários eletrônicos. Tem-se como principais resultados quanto à classificação de risco: 81,4% da totalidade dos pacientes foram classificados como pouco urgente ou não urgente. Os dias de maior procura por atendimento, considerando a totalidade dos dados, foram durante a semana com predominância de horário de atendimento diurno. Em relação aos dados classificados como emergência, 59% eram do sexo masculino e as principais queixas apresentadas tinham relação com traumas e sistema cardiovascular. O destino final da maioria dos pacientes atendidos no PA foi a alta médica. A classificação de risco revela que há uma inversão quanto ao ingresso do usuário no serviço de saúde, pois somando os casos classificados como emergente, urgente e muito urgente representou 18,6% do total de atendimentos, demonstrando fragilidade em relação ao sistema de referência e contra-referência e comunicação entre os serviços. Enfatiza-se ainda a importância do enfermeiro em todo o processo de gestão e gerenciamento do serviço.

PALAVRAS-CHAVE: *epidemiologia; perfil de saúde; hospitais, emergências.*

ABSTRACT

Urgency and Emergency Units are an extremely important service in health care with crescent demand considering the growing incidence of accidents and urban violence. However, often, these services are established as the "gateway" of health care inverting the reorganization logic process of these services and originating an overcrowding. The aim of this study was to characterize the patients profile who accessed the Santa Cruz Hospital Urgency and Emergency Service from November 2016 to May 2017. It is an epidemiological, descriptive study, with a cross-sectional design and quantitative approach. Data collection indicated 31511 patients in the period mentioned above. Data were obtained from electronic medical records that were collected using a previously structured form elaborated by the author. The risk classification main results showed that 81.4% of all patients were classified as less urgent or not urgent. The days with more care demand, considering the totality of cases, were during week predominantly at daytime. Concerning data classified as Emergency, 59% are male. The main complaints were related to trauma or cardiovascular injury. The final destination of the majority of the patients who were attended in the PA was medical discharge. The risk classification reveals that there is an inversion based on how patients access the health service, since the cases classified as emergent, urgent and very urgent represented 18.6% of all treated patients, demonstrating fragility in the counter-reference and reference system and communication between health services. It is also emphasized the importance of a nursing professional in the whole process of service management.

Keywords: *Epidemiology; Health Profile; Hospitals; Emergencies.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sócio demográficos da totalidade dos atendimentos	25
Tabela 2 – Classificação de risco dos pacientes	27
Tabela 3 - Dados sócio demográficos dos classificados como emergências	29

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Proporção de pacientes x dias da semana	31
Figura 2 - Proporção de pacientes x turno de atendimento	32
Figura 3 - Queixas Iniciais (n=139)	34
Figura 4 – Proporção de pacientes x Destino	35

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACS – Agentes Comunitários de Saúde
- AIH – Autorizações de Internação Hospitalar
- CEP – Comitê de ética e pesquisa
- CID – Código Internacional de Doenças
- CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- HSC – Hospital Santa Cruz
- PA – Pronto Atendimento
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- RUE - Rede de Urgência e Emergência
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UER – Unidade de Emergência Referenciada
- UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Problemas	13
1.2 Objetivos	13
1.3 Justificativas.....	13
1.4 Hipóteses	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 Urgências e Emergências.....	14
2.2 Política Nacional de Atenção às Urgências	14
2.3 Classificação de risco em Pronto-Atendimento	15
2.4 Emergências na Atenção Básica em Saúde	16
2.5 Atenção Básica em Saúde.....	18
2.6.1 Estratégias de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde	19
3 METODOLOGIA	21
3.1 Tipo de Pesquisa	21
3.2 Local da Pesquisa	21
3.3 Sujeito do Estudo.....	22
3.4 Instrumento para coleta de dados	22
3.5 Coleta de dados e logística do estudo	22
3.6 Análise de dados.....	24
3.6 Divulgação e devolução dos dados.....	24
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICE A: Formulário de Dados Sócio Demográficos e Clínicos	44
APÊNDICE B: Justificativa de ausência do Termo de Consentimento livre e esclarecido.....	45
ANEXO A: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	46
ANEXO B: Termo de Aceite.....	49

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, nos últimos anos, tem ocorrido um processo de reorganização dos serviços de saúde, com o objetivo de obter-se de uma rede de serviço hierarquizada. Almeja-se, que os indivíduos acometidos por agravos agudos sejam acolhidos em qualquer nível de atenção. Este deverá estar preparado para acolher, tratar ou encaminhar esse paciente, caso seja necessário. Apesar disso, os locais que prestam efetiva atenção às urgências são os serviços hospitalares e unidades de pronto atendimento, que permanecem abertos 24 horas por dia (GARLET, et al., 2009).

O mesmo autor reforça a ideia, salientando fatores que levam pacientes a procurarem inicialmente os serviços hospitalares e não as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF):

Os usuários procuram os serviços hospitalares de urgência como uma das alternativas de acesso, pois entendem que eles reúnem um somatório de recursos, como consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, que os tornam mais resolutivos (GARLET, et al., 2009. p. 267).

Os serviços de pronto atendimento atendem, diariamente, um número relativamente grande de pacientes com queixas distintas e variadas, muitas classificadas como urgência de fato, e outras são situações de não urgência, onde pacientes buscam a unidade por facilidade de acesso, resolubilidade ou acesso a exames.

A atenção básica deveria ser a porta de entrada para os serviços de saúde, ao contrário disso, a população procura os prontos-socorros como porta de entrada preferencial. Ocorre uma inversão nos níveis de atenção, comprometendo o bom funcionamento e o fluxo geral dos serviços de saúde. Neste sentido, recorremos a Brasil (2006, p. 55) para salientar o raciocínio acima explanado:

Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “porta-de-entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população.

Normalmente, as urgências “sangrantes” tem seu atendimento priorizado, mas ocorre também, de pacientes com quadros graves necessitem esperar horas por atendimento, mesmo estando dentro do serviço de urgência (BRASIL, 2006). Percebe-se então a importância da classificação de risco nos serviços de urgência/emergência pois estes poderão de forma mais fiel demonstrar o real quadro clínico do paciente e assim determinar a prioridade nos atendimentos.

1.1 Problemas

Qual o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no pronto-atendimento de um hospital ensino no período de novembro de 2016 a maio de 2017?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral:

- Caracterizar o perfil dos pacientes que acessaram o Pronto Atendimento do Hospital Santa Cruz no período de novembro de 2016 a maio de 2017.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Identificar dados sócio demográficos destes pacientes;
- Analisar como foram classificados estes pacientes, de acordo com o protocolo de Manchester;
- Traçar o perfil clínico dos pacientes classificados como emergência;
- Comparar dados dos pacientes classificados como emergência com os dados da totalidade dos atendimentos.

1.3 Justificativa

Esta pesquisa justifica-se pelo fato de que vivências práticas foram realizadas no local da pesquisa onde percebeu-se a existência de um grande número de pacientes atendidos no pronto atendimento por doenças crônicas não transmissíveis e outros casos de baixa complexidade que poderiam ser resolvidos na rede básica de saúde, e a minoria dos pacientes dizem respeito a urgências/emergência clínicas. Tal situação leva a acreditar que o serviço de pronto atendimento, pela superlotação, acaba não oferecendo adequado atendimento aos pacientes que o procuram; acarretando também no estresse dos profissionais envolvidos.

1.4 Hipóteses

Acredita-se que conhecer a demanda clínica do Pronto Atendimento (PA) mencionado irá contribuir de forma positiva para a reorganização da rede assistencial do município na qual o mesmo está inserido. Além disso, o levantamento de dados e informações importantes pode subsidiar o planejamento e organização das ações dos serviços de referência.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Urgências e Emergências

A área de urgência e emergência constitui um componente crucial na assistência à saúde, e a demanda por este atendimento torna-se cada vez maior levando em consideração o aumento crescente do número de acidentes e violência urbana (BRASIL, 2006).

Para conceituar urgência e emergência, utilizamos o Conselho Federal de Medicina (CFM) que estabeleceu através da Resolução Nº 1451 de março de 1995 os conceitos de urgência e emergência, sendo o primeiro um evento imprevisto de danos à saúde com ou sem risco de vida, e a segunda é conceituada como a constatação médica de condições que sugiram risco iminente de morte, necessitando de atendimento imediato.

A assistência as urgências e emergências se dá, quase que de forma única, nos serviços que funcionam para este fim, os pronto-socorros, independente de sua estruturação ou equipamentos disponíveis (BRASIL, 2006). Ou seja, pouca ou nenhuma atenção é dada a casos de urgência/emergência nos serviços da rede de saúde.

Levando em conta que estes serviços funcionam 24 horas por dia, acabam tornando-se a “porta-de-entrada” dos serviços de saúde, acolhendo e prestando assistência a pacientes em casos de urgência de fato, e pacientes em situações não-urgentes desamparados pela atenção básica, buscando atendimento para “sua urgência”. Essas demandas incompatíveis com o foco do pronto atendimento superlotam o serviço e comprometem a qualidade da assistência que será prestada a todos os pacientes (BRASIL, 2006).

2.2 Política Nacional de Atenção às Urgências

Levando em consideração o fato de que a atenção as urgências devem perpassar e fluir por todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), desde a assistência nas Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família, até o cuidado pré e pós hospitalar, inclusive nos casos de convalescência, recuperação e reabilitação, foi criado a Portaria Nº 1963 de setembro em 2003 que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006). Além desta, foram criadas outras portarias com o intuito de complementar e regulamentar ações de Atenção as Urgências.

Em 2006, foi publicado pelo Ministério da Saúde um documento, denominado Política Nacional de Atenção às Urgências que traz um compilado de todas as Portarias e foi elaborado com o intuito de implantar o acolhimento com classificação de risco, buscando resolutividade dos casos demandados pelos pacientes. A organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem como finalidade promover a articulação e integração dos serviços de saúde, com objetivo de ampliar e promover o cuidado integral aos pacientes em situação de urgência/emergência independente do nível de atenção à saúde que este se encontre (BRASIL, 2006).

2.3 Classificação de Risco em Pronto-atendimento

A superlotação dos serviços de emergência tem um fator agravante, organizacional: o atendimento por ordem de chegada, sem estabelecimento de critérios, o que pode acarretar prejuízos a pacientes graves, com risco de morte, que aguardam atendimento (BRASIL, 2006)

Diante desse problema o Ministério da Saúde lançou, em 2009, a Cartilha de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Emergência, que visa, entre outros objetivos, organizar a fila de espera, dando preferência a atendimentos de acordo com a necessidade ou sofrimento apresentado pelo paciente (BRASIL, 2009a).

No Brasil, a classificação de risco é uma atividade realizada pelo enfermeiro, devidamente treinado na utilização do protocolo que será utilizado e de preferência com experiência em serviços de urgência (BRASIL, 2009a). O autor acima citado afirma que:

A classificação de risco é realizada por profissional de enfermagem de nível superior, que se baseia em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação - que, em muitos casos, é feita informalmente pela enfermagem - e devem ter sempre respaldo médico (BRASIL, 2009a. p.40).

Os protocolos direcionadores atuam como um respaldo legal para a atividade do enfermeiro, além de nortear a classificação de risco. Dentre os protocolos, está o de Manchester, bastante utilizado nos serviços de urgência brasileiros (SOUZA, et al., 2011).

Este protocolo foi desenvolvido por médicos e enfermeiros inseridos no serviço de urgência. Existem cinco níveis de classificação de risco estabelecidos neste protocolo, e cada nível de risco representa uma cor, sendo elas: nível 1 – vermelho,

nível 2 – laranja, nível 3 – amarelo, nível 4 – verde, nível 5 – azul e a cor branca é atribuída à aqueles pacientes que apresentam quadro clínico incompatível com o atendimento nos serviços de urgência, ou seja, apresentam quadro clínico não-urgente (JONES, MARSDEN, WINDLE, 2010 apud DINIZ, 2014).

Os mesmos autores referem que este sistema de classificação de risco, as queixas apresentadas pelos pacientes são dispostas em fluxogramas, que, por conseguinte possuem um conjunto de discriminadores que representam sinais e sintomas relacionados a queixa apresentada pelo mesmo. Na sequência, cada nível de discriminador define o nível de risco apresentado pelo paciente no ato da classificação. No entanto, uma vez classificado é necessário que o paciente continue sendo monitorado frequentemente, pois o seu quadro clínico pode se agravar.

Estudos demonstram que o protocolo de Manchester é um bom método de classificação de risco e demonstra de maneira mais fidedigna os desfechos e evoluções dos pacientes admitidos no serviço hospitalar. Desta maneira, além de diminuir o tempo de espera dos pacientes, elencando atendimentos prioritários, este também pode ser utilizado na gestão dos serviços de urgência, de maneira a determinar as necessidades futuras dos pacientes levando em conta os diferentes níveis de risco anteriormente classificados (DINIZ, et al., 2014).

2.4 Emergências na Atenção Básica de saúde

O sistema de atenção em saúde no SUS foi ordenado em níveis, tendo assim a assistência básica, a média, e a alta complexidade, buscando melhorar a organização e planejamento das ações e dos serviços em saúde (GOMIDE, et al., 2012).

Desta maneira, as Unidades Básicas de Saúde compõem a estrutura física básica para atendimento aos usuários do SUS. Quando os níveis de atenção em saúde funcionam de forma efetiva, a população consegue resolver grande parte dos seus problemas na atenção básica, e como consequência deste fluxo, reduzem a superlotação aos serviços de alta complexidade (GOMIDE, et al., 2012).

Além disso, segundo BRASIL (2006), a atenção e assistência as urgências deve ser realizada em todos os níveis do SUS, desde a atenção primária com suas Unidades Básicas e Estratégias de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na recuperação e reabilitação do paciente.

Podemos encontrar na citação abaixo o seguinte esclarecimento sobre atendimento pré-hospitalar fixo, que deve ser realizado inicialmente pela atenção básica:

O Atendimento Pré-Hospitalar Fixo é aquela assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência (BRASIL, 2006. p. 66).

Levando em consideração a citação acima e a proposta de reestruturação do modelo de atenção à saúde no Brasil, nota-se a necessidade dos serviços da atenção básica se responsabilizarem e se apropriarem do acolhimento e atendimento inicial de pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área adscrita desde que a complexidade seja harmonizável com o seu nível de assistência, e caso a assistência esteja fora de seu alcance, este, referencie ao próximo nível de atenção (BRASIL, 2006)

No entanto, apesar de a Atenção às Urgências se dar em todos os níveis do SUS, sabe-se que os profissionais de saúde habituados com assistência prestada na atenção básica, ao se depararem com urgências de maior gravidade muitas vezes, optam por encaminhar o mesmo, o mais rápido possível para uma unidade de maior complexidade, sem ao menos realizar avaliação ou estabilização do quadro clínico apresentado. Este fato justifica-se pela formação insuficiente dos profissionais da saúde em relação à assistência a urgência/emergências deixando-os inseguros de como proceder ou até mesmo pela falta de materiais necessários para estabilização do paciente (BRASIL, 2006). No entanto, o autor anteriormente citado afirma que:

Todas estas unidades devem ter um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de abrangência e/ou sejam para elas encaminhadas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário (BRASIL, 2006. p. 68).

Percebe-se com isso a necessidade de uma pactuação e uma garantia de referenciamento dos pacientes que, devidamente acolhidos, avaliados e estabilizados na atenção básica, careçam de cuidados disponíveis nos níveis de atenção subsequentes. Desta forma, mediados pela Central de Regulação, devem constar de forma clara e objetiva os fluxos e os mecanismos para transferência de pacientes que necessitam de níveis de atenção mais complexos, seja para unidades não hospitalares, prontos-socorros, especialidades, entre outros. Além disso, tem-se a

necessidade de transporte para casos graves, onde o deslocamento por conta própria não for possível, por meio do serviço de atendimento pré-hospitalar (BRASIL, 2006).

2.5 Atenção Básica em Saúde

Conceitua-se por atenção básica um conjunto de ações de saúde, que podem ser de caráter individual ou coletivo, que envolvam atividades voltadas à: “ promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2012b, p. 19)

Segundo o autor supracitado, a atenção primária tem como objetivo desenvolver ações que envolvam o indivíduo como um todo, mantendo o foco na atenção integral de modo que garanta melhora nas situações de saúde e autonomia dos indivíduos inseridos.

Atualmente, no Brasil, a Atenção Básica (AB) é desenvolvida com um grau elevado de descentralização e voltada para a reorganização dos serviços de saúde. Este serviço deve servir como o primeiro contato dos pacientes ao serviço de saúde, além de ser o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012b).

Sendo assim, este deve estar pautado nos princípios da “universalidade, acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012b, p. 9)

Seguindo a linha de raciocínio de que a AB é um conjunto de ações que vai desde a promoção e proteção da saúde até a reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, conclui-se que este deva ser o contato inicial e preferencial aos pacientes, ou seja, a porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012b).

Com o decorrer dos anos, levando em consideração a realidade vivida pelo SUS, o governo federal percebeu a necessidade de adequar normas voltadas para a atenção básica. Sendo assim, o Ministério da Saúde, considerando todas as leis, decretos e portaria anteriormente aprovados, instituiu em 2011, a Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que revisava as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2012b).

2.5.1 Estratégias de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como uma de suas finalidades a reorganização da atenção básica no Brasil, seguindo os princípios do SUS (BRASIL, 2012b).

Para Barros (2007, p. 34), “A Estratégia Saúde da Família está calcada no acolhimento, vínculo e responsabilidade por um determinado número de famílias adscritos a uma equipe de saúde multiprofissional”. Segundo o mesmo autor, esta equipe é responsável pela elaboração de atividades e ações voltadas para a promoção e produção do cuidado, sendo assim, cabe a eles orientar e monitorar o percurso do paciente na rede de saúde, além de conhecer a comunidade de modo que seja possível determinar as principais carências e vulnerabilidades apresentadas pelos mesmos.

Cada equipe de ESF deve ser responsável por um número máximo de 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000. Além disso o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada pertencente aquela ESF (BRASIL, 2012b).

A equipe multiprofissional de ESF deve ser composta por, no mínimo:

Médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012b, p. 55)

Já nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) “não há adstrição de clientela, e a delimitação da área de abrangência se refere exclusivamente às ações de vigilância à saúde. A demanda atendida se apresenta como espontânea e/ou encaminhada por outros serviços.” (ELIAS, et al, 2006 p.634).

Dentre as inúmeras estratégias estabelecidas pelo Ministério da Saúde para promover aproximação do usuário com o serviço de saúde e com a própria equipe está o acolhimento.

O acolhimento consiste em escutar com devida atenção as necessidades apresentadas pelo indivíduo no momento da demanda e para que isto aconteça, mostra-se excepcional que as portas da Unidade de Saúde estejam abertas para as demandas, tanto para a demanda programada, quando para a demanda espontânea,

onde o profissional possa determinar prioridades, recursos e encaminhamentos, caso haja necessidade (BARROS, 2007).

O mesmo autor reforça que o não acolhimento ocorre pela falta de comunicação entre o trabalhador e o usuário, ou pela falta de atenção ou responsabilização pelo atendimento, deixando lacunas em relação ao vínculo profissional-usuário e deixando a população desacreditada em relação ao serviço.

É primordial levar em conta que o acolhimento na porta de entrada só ocupa seu real significado quando considerarmos ele como parte de um processo de produção de saúde, ou seja, algo que melhora as relações e, portanto, é suscetível de ser aprendido, aprimorado e implantado em todo e qualquer encontro nos serviços de saúde (BRASIL, 2009a).

Isto posto, fica evidente que é na atenção básica que inicia-se o vínculo com o paciente, realizando o acolhimento, a escuta e oferecendo uma resposta resolutiva para o problema elencado pelo paciente. Mesmo que em algumas situações o problema não possa ser resolvido na unidade, realizar o encaminhamento deste paciente, com contato prévio evita a peregrinação do mesmo pelos serviços e garante a integralidade da atenção.

3 METODOLOGIA

Metodologia é o estudo de toda organização, dos processos vivenciados para realizar uma pesquisa ou um estudo (GERHARDT, SOUZA, 2009). Para Minayo (2014), entende-se metodologia por um conjunto de ideias aliado a prática executada na busca pela realidade inserida.

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa.

Os estudos que utilizam métodos quantitativos buscam fornecer dados importantes sobre a realidade social dos indivíduos, com o intuito de trazer à tona tendências, dados estatísticos e indicadores (Minayo, 2014).

Para Lima-Costa e Barreto (2003, p. 189) os estudos descritivos “têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos”. Este mesmo autor afirma que este tipo de estudo pode utilizar dados secundários (dados preexistentes) e dados primários (dados que serão coletados exclusivamente para o desenvolvimento do estudo).

A pesquisa documental é aquela que é realizada a partir de documentos atuais ou antigos, desde que sejam considerados cientificamente autênticos. É amplamente utilizado nas ciências sociais, no intuito de realizar investigações históricas ou comparações (Pádua 1997 apud PIANA, 2009, p.122)

3.2 Local da pesquisa

O estudo foi desenvolvido em um Hospital de Ensino situado na cidade Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, vinculado à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde – CRS. O Hospital Santa Cruz – HSC é considerado o principal centro de saúde do Vale do Rio Pardo, prestando atendimento a pacientes internados e ambulatoriais e oferecendo serviços de diagnóstico e tratamento com procedimentos inéditos na região. É um hospital referência na assistência em alta complexidade vascular e também em Alta Complexidade em Traumatologia/Ortopedia (HOSPITAL SANTA CRUZ, 2017)

O período da coleta de dados deu-se nos meses de julho e agosto de 2017 por meio de um instrumento estruturado para coleta de dados em relatórios do sistema

informatizado do Hospital de Ensino (APENDICE A). Tal período justifica-se por culminar com o início da implantação do Protocolo de Manchester na instituição. O período final foi estipulado pela pesquisadora para apresentação ao CEP-UNISC.

3.3 Sujeito do estudo

A fonte de dados foi oriunda de relatórios informatizados provindos de prontuários eletrônicos de pacientes do PA-SUS do novembro de 2016 à maio de 2017.

Realizou-se, previamente, um rastreamento da amostra junto ao departamento de informática da instituição expondo os seguintes critérios:

Critérios de inclusão:

- Pacientes de ambos os sexos
- Ter dado entrada no PA-SUS no período de novembro de 2016 à maio de 2017.

3.4 Instrumento para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada a partir de um instrumento previamente estruturado, o Formulário A (Formulário de Dados Sócio Demográficos e Clínicos) que coletou dados no serviço de informática do referido hospital de ensino. Este hospital faz uso de um sistema de informação, MV2000 e Protocolo de Manchester, que é alimentado pela área administrativa e assistencial.

3.5 Coleta de dados e logística do estudo

Previamente ao início da coleta dos dados, foi realizado uma ampla revisão e estudo da literatura disponível sobre o tema elencado. Enfatiza-se que foi a partir desta revisão bibliográfica que será possível desenvolver as etapas de: objetivos, metodologia e até mesmo a construção dos instrumentos de coleta de dados.

Posterior a isso, foi encaminhado a solicitação de autorização junto à Secretaria de Ensino e Pesquisa do hospital de ensino para desenvolvimento da pesquisa no local, juntamente com o preenchimento de um Protocolo para Desenvolvimento de Projetos de Pesquisa. Após a aprovação, encaminhou-se a solicitação de autorização junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISC via Plataforma Brasil.

Somente após o parecer favorável da instituição envolvida e do CEP foi iniciada a coleta de dados, assegurado de maneira veemente a preservação, confidencialidade, anonimato e privacidade da identidade dos participantes em

consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que define a pesquisa envolvendo seres humanos, como, “[...]individual ou coletivamente, tendo como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos” (BRASIL, 2012a).

Evidencia-se que todo o material coletado será guardado pelo pesquisador por cinco anos, para a produção de textos científicos, sendo após este período, incinerado.

Para a realização da coleta de dados do referido trabalho não houve necessidade de obter-se o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TLCE), por tratar-se de uma pesquisa com dados secundários; onde não houve contato direto com os pacientes. Para isso, foi elaborado um documento a fim de justificar a ausência do TCLE (APÊNDICE B).

O processo de coleta de dados foi realizado por rastreamento dos atendimentos via Sistema MV 2000 e Sistema de Manchester. Visto que, diariamente, são atendidos inúmeros pacientes no PA-SUS, tornou-se inviável o rastreamento de todos eles em prontuário físico.

As informações foram rastreadas via relatórios de Sistema MV 2000 e Sistema de Manchester, gerados junto ao departamento de informática. Após contato prévio com o setor, averiguou-se que os sistemas permitem uma busca por sexo, profissão, escolaridade, idade, localidade de origem (UBS/ESF e/ou bairro de origem), horário de chegada ao PA, queixa principal, classificação de risco, tempo de permanência no PA, dia da semana de realização do atendimento, Código Internacional de Doenças (CID), solicitações de exames, atendimento por especialista, necessidade de bloco cirúrgico, destino final, o que facilitou a coleta dos dados.

Ressalta-se que os sujeitos não foram expostos a nenhum risco a sua integridade moral, física e mental.

3.6 Análise de dados

A análise foi realizada após a coleta dos dados obtidos pelo Sistema de Informação Hospitalar (MV 2000) e Sistema de Manchester.

Os dados coletados foram compilados em um banco de dados e armazenados em uma planilha do EXCEL, sendo este um programa de computador editor de planilhas e armazenamento de dados. Os dados foram analisados e organizados em tabelas e gráficos.

3.7 Divulgação e devolução dos dados

Os dados foram coletados, analisados e serão publicados em forma de trabalho de Conclusão de Curso e artigo científico em revistas especializadas. Também pretende-se devolver os resultados a instituição de ensino envolvida.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise dos dados, realizada em prontuários eletrônicos de pacientes que deram entrada no Pronto Atendimento de um Hospital de Ensino no período de novembro de 2016 a maio de 2017, apontou um total de 31511 pacientes.

4.1 Perfil sócio demográfico e clínico do total de pacientes

Tabela 1 - Dados sócio demográficos da totalidade dos atendimentos no período de novembro/2016 a maio/2017 (n=31511)

	Número	Porcentagem
Sexo		
Feminino	17343	55%
Masculino	14168	45%
Faixa etária		
<17	2088	7%
18-29	8463	27%
30-39	5103	16%
40-49	4439	14%
50-59	4482	14%
60-69	3487	11%
>70	3449	11%
Cidade de origem		
Santa Cruz do Sul	29617	94%
Outros	1894	6%
Bairros predominantes em Santa Cruz do Sul		
Centro	5069	17%
Bom Jesus	1721	6%
Arroio Grande	1456	5%
Interior	1411	5%
Senai	1191	4%
Faxinal M. Deus	1163	4%
Bairro Schultz	1084	4%
Margarida Aurora	1077	3%
Outros*	15445	52%

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

(*) Demais bairros de Santa Cruz do Sul em que o somatório apresentou uma porcentagem inferior a 3%.

Conforme dados apresentados acima, considerando a distribuição da amostra segundo o sexo no período de tempo estudado, houve maior procura por atendimento pelo sexo feminino, totalizando 55%.

As mulheres desde muito cedo aprendem que é necessário e importante fazer acompanhamento médico investindo na prevenção de doenças e promoção de saúde.

Em contrapartida, muitos homens são induzidos desde crianças de que doença é sinal de fragilidade e fraqueza. Essa visão está imersa nos lares e nas famílias brasileiras, e pode ser percebida pela estatística de que os homens vivem em média sete anos a menos do que as mulheres (MEDEIROS, 2013).

Os homens entendem e percebem as UBS como espaços dominados por mulheres, ou seja, lugares frequentados por mulheres, com equipes majoritariamente composta pelo sexo feminino e que na grande maioria das vezes não desenvolvem ações e programas voltados para a atenção do homem (VIEIRA et al., 2013).

A pesquisa nos mostra que o maior número de atendimentos ocorreu na faixa etária de 18-29 anos (27%).

As causas externas, principalmente os acidentes de transporte¹, constituem um grave problema de saúde pública. As Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) retratam que aproximadamente 80% das internações no SUS são motivadas por causas externas, com predominância dos 20 aos 29 anos. A cada cem óbitos por acidentes de transporte, oitenta e dois são de homens, em geral jovens (BRASIL, 2009b).

Quanto a distribuição da demanda de pacientes segundo a cidade de origem, verificou-se que a maior parte dos atendimentos foi de indivíduos do próprio município de Santa Cruz do Sul – RS (94%), onde foi realizado o estudo.

Com relação à procura por atendimento na instituição, 98% foi espontânea. Analisando a demanda interna do Município de Santa Cruz, e categorizando os pacientes que procuraram atendimento por bairro, percebe-se um número expressivo de atendimentos de pacientes residentes no Centro (17%) em relação aos demais bairros da cidade.

É sabido que o Pronto Atendimento se constitui de um serviço de urgência que trabalha ininterruptamente, ou seja, 24horas/dia e atende qualquer pessoa que procure a assistência, sem agendamento prévio ou limite de consultas por dia (GOMIDE et al., 2012). Isto posto, não há dificuldade em entender a preferência da maioria da população pelo pronto-atendimento em relação a UBS/ESF perto de seu domicílio. Vale a pena destacar que não há ESF no bairro em questão, há uma UBS.

¹ Todo acidente que envolve um veículo destinado ou usado no momento do acidente, principalmente para transporte de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, DATASUS acesso em 13/09/201 às 15:27)

4.1.1 Classificação de risco da totalidade de pacientes que buscaram atendimento no PA no período estudado

A seguir, podemos visualizar na tabela a classificação de risco dos pacientes atendidos no pronto atendimento em questão de acordo com o Protocolo de Manchester. Neste, os casos classificados como emergentes correspondem a cor vermelha, muito urgentes como laranja, urgente como amarelo, pouco urgente como verde, azul como não urgente.

Tabela 2 - Classificação de risco dos pacientes seguindo o Protocolo de Manchester

Classificação de risco	Frequência (n)	Percentual (%)
Vermelho	139	0,40%
Laranja	1087	3,40%
Amarelo	6036	14,80%
Verde	18335	58,20%
Azul	1105	3,5%
Não classificado	167	0,50%
N/I	4642	19,20%
Total	31511	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Percebe-se que grande parte dos pacientes que procuraram o pronto atendimento, neste período, foram classificados de acordo com o protocolo de Manchester como pouco urgentes (58,2%), seguido de dados não identificados –N/I (19,2%) e urgentes (14,8%). Em contrapartida, a classificação de emergência apresenta um total de 0,4% dos atendimentos e muito urgente 3,4%.

De modo a interpretar a discrepância de pacientes classificados como emergente, muito urgente e urgente em relação aos pacientes atendidos no mesmo período de tempo classificados como pouco urgente e não urgentes.

A autora do estudo leva em consideração duas possibilidades cabíveis: a primeira questiona a classificação de risco realizada pelo profissional. Sabe-se que o enfermeiro que realiza a classificação de risco e a utilização de um protocolo direcionador são imprescindíveis uma vez que este diminui de maneira significativa o viés da subjetividade intrínseco na queixa principal apresentada pelo usuário. No entanto, não podemos deixar de considerar a subjetividade do próprio conceito de urgência e emergência para cada usuário (SOUZA, 2009). Desta maneira, apesar de haver um protocolo direcionador, no caso o Protocolo de Manchester, utilizado no hospital em questão ocorrem situações em que a subjetividade da queixa apresentada

ou o despreparo do enfermeiro para a utilização do mesmo, influencia na classificação de risco.

A segunda possibilidade é de que realmente a grande maioria dos pacientes atendidos no Pronto Atendimento deste Hospital de Ensino, no dado período de tempo, não serem casos de emergência/urgência, e desta maneira deveriam procurar inicialmente a UBS/ESF de seu bairro (MADEIRA, LOUREIRO, NORA, 2010).

Marin, Marchioli e Moracvick (2013), afirmam que a procura dos pacientes pelos serviços hospitalares de urgência é multicausal, varia desde horário comercial de atendimento coincidindo com o horário de trabalho da maioria da população, falta de aproximação da unidade com a comunidade, até fatores como falta de médicos nas unidades básicas durante um período pré-determinado, consultas médicas somente sob agendamento, dificuldade na realização de exames por demora na autorização dos mesmos, falta de medicamentos, entre outros.

Acredita-se que maior procura dos Pronto Atendimentos em relação às Unidades Básicas de Saúde, justifica-se pela cultura curativista e especializada. Tanto os pacientes como os profissionais da saúde possuem uma tendência ao curativismo e não a ações de prevenção. Sabe-se que os gastos com saúde seriam reduzidos se o enfoque dado fosse o investimento em saúde preventiva (GOMES, 2013).

4.2 Perfil sócio demográfico e clínico dos casos classificados como emergência

Levando em consideração a classificação de risco realizada no Pronto Atendimento do referido hospital de ensino no período de novembro de 2016 a maio de 2017 apontou um total de 139 pacientes classificados como emergência.

Tabela 3 - Dados sócio demográficos dos pacientes classificados como emergências do período de novembro/2016 a maio/2017 (n=139)

(continua)

	Número	Porcentagem
Sexo		
Feminino	57	41%
Masculino	82	59%
Faixa etária		
<17	6	4%
18-29	19	14%
30-39	17	12%
40-49	14	10%
50-59	18	13%

Tabela 3 - Dados sócio demográficos dos pacientes classificados como emergências do período de novembro/2016 a maio/2017 (n=139)

(conclusão)

	Número	Porcentagem
60-69	23	17%
>70	40	19%
Profissão		
Aposentado	51	37%
Agricultor	10	7%
Estudante	10	7%
Do lar	3	2%
Outros	65	47%
Cidade de origem		
Santa Cruz do Sul	112	81%
Outros	27	19%
Bairros predominantes em Santa Cruz do Sul		
Centro	20	17%
Arroio Grande	9	8%
Linha Santa Cruz	8	7%
Bom Jesus	7	6%
Vila Schulz	6	5%
Faxinal Menino Deus	5	4%
Margarida Aurora	5	4%
Outros*	52	51%

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

(*) Demais bairros de Santa Cruz do Sul em que o somatório apresentou uma porcentagem inferior a 3%.

A partir dos dados apresentados na Tabela 3, percebemos que 59% dos pacientes atendidos no PA, neste período, são do sexo masculino. Brasil (2009b) afirma que a violência causa o dobro de vítimas do sexo masculino em relação ao feminino, e este número triplica se considerarmos a faixa etária dos 20 aos 39 anos.

O maior número de atendimentos classificados como emergência ocorreu na faixa etária de >70 anos (19%), seguido da faixa etária de 60-69 anos (17%). Os homens têm dificuldade em reconhecer suas fragilidades e sinais sugestivos de alguma doença, e rejeitam a possibilidade de adoecer (BRASIL, 2009b). Percebe-se que quando procuram assistência médica, a doença já está em uma fase mais avançada.

Considerando a situação dos pacientes economicamente ativos, pode-se observar que 37% dos pacientes encontram-se aposentados. Este dado vem de encontro as faixas etárias predominantes, que soma 36% de pacientes com mais de 60 anos.

Segundo Who (2001) apud Brasil (2009b), quando os homens chegam na faixa etária mais avançada, na velhice, são forçados a confrontar com a suas próprias fragilidades, pois são levados a procurar ajuda médica diante de quadros avançados de adoecimento, justamente por terem aberto mão de ações de promoção e tratamento precoce quando mais jovens.

Quanto a distribuição do atendimento dos pacientes classificados como emergência, segundo a cidade de origem, há uma predominância de pacientes residentes no município de Santa Cruz do Sul, assim como os dados apresentados da totalidade dos indivíduos. Analisado a demanda interna do Município predominante, dividindo os pacientes emergentes por bairros, notou-se um aumento do atendimento de pacientes que residem no Centro (17%), seguido de outros bairros, como Arroio Grande (8%) e Linha Santa Cruz (7%).

É interessante destacar que no município estudado foi inaugurado no ano de 2016 a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), localizado no bairro Esmeralda. Pode-se considerar a possibilidade de que os pacientes residentes nos bairros direcionam-se a UPA ao invés de procurarem o PA.

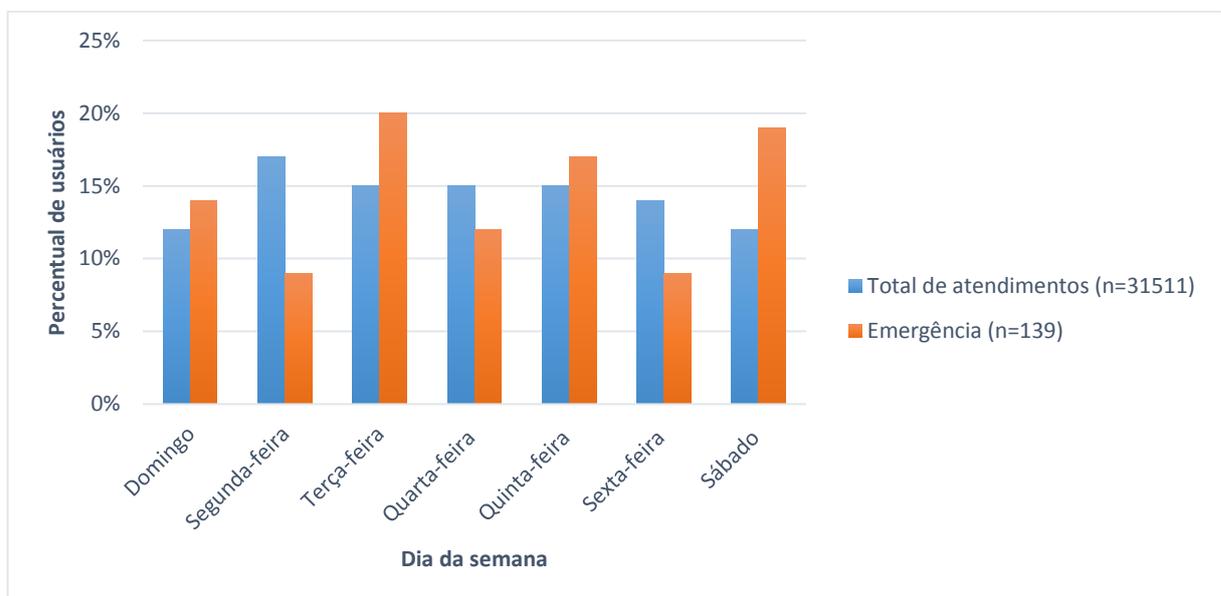
Define-se como UPA o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, ou seja, entre a UBS e a Rede Hospitalar. Este serviço, por sua vez, deve prestar atendimento resolutivo e qualificado àqueles pacientes que foram acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica. Além disso, devem prestar a primeira assistência aos casos de trauma ou de casos com necessidade cirúrgica, realizando estabilização e investigação inicial e definindo a necessidade de encaminhamento para serviço hospitalar de maior complexidade, ou seja, para o Pronto Atendimento. Este serviço deve funcionar 24 horas por dia, todos os dias na semana, e ter implantado o acolhimento com classificação de risco para organização do fluxo e priorização de atendimentos. (BRASIL, 2011b).

4.3 Comparação entre o perfil do total dos pacientes que deram entrada no pronto atendimento e o perfil dos pacientes classificados como emergência no mesmo período de tempo

A seguir serão apresentadas tabelas realizando comparativos entre o total de pacientes (n = 31511) que deram entrada no pronto atendimento e o total de pacientes classificados como emergência no mesmo período de tempo (n=137), de novembro de 2016 a maio de 2017.

4.3.1 Cruzamento de dados entre a proporção de pacientes que procuraram o PA e os dias da semana em que foram atendidos

Figura 1 – Proporção de pacientes x Dias da semana



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Em relação aos dados referentes ao total de atendimentos observou-se que a segunda-feira foi o dia da semana com maior número de atendimentos com 17% do total, seguido de terça, quarta e quinta-feira com 15% em cada dia. Além disso, que os dois dias que contabilizaram menor número de atendimentos foram no Sábado e Domingo, dias estes que as UBS e ESF estão fechados, com 12% em cada dia.

Com relação a estes dados, percebe-se a distorção dos sistemas de saúde, uma vez que, de segunda a sexta-feira as UBS e ESF estão em funcionamento e deveriam absorver a maioria dos pacientes que acabam por buscar atendimento diretamente no pronto atendimento, já que estes foram classificados como não urgentes.

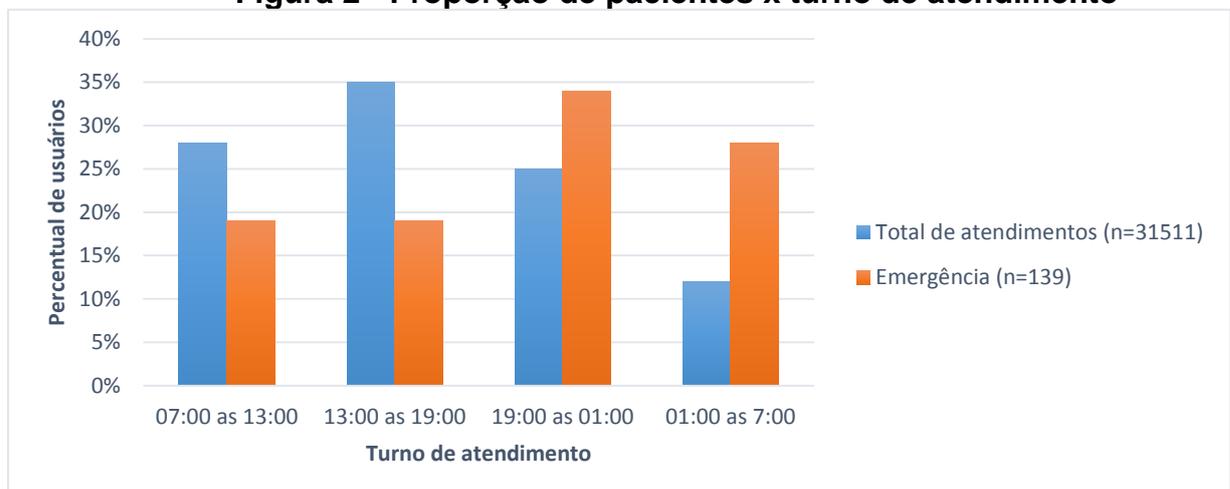
Sendo assim, mesmo que as UBS e as ESF fechem aos finais de semana, o número de atendimentos no PA não aumenta. Ao contrário, a maior demanda ocorre durante a semana, intensificando os questionamentos sobre o motivo principal da procura de atendimento no PA e sobre as rotinas de atendimento nas UBS e ESF (GOMIDE et al, 2012).

A ESF surgiu como um modelo de reorientação dos serviços de saúde. Busca resgatar ações voltadas à saúde, juntamente com a aproximação da equipe à realidade de vida das pessoas ali inseridas. No entanto, vale ressaltar que embora essa estratégia consista em uma grande possibilidade para uma atenção à saúde qualificada e diferenciada, não se pode garantir que todos os profissionais ali envolvidos exerçam suas funções levando em consideração as práticas voltadas à família, a promoção de saúde e a prevenção de doenças, contribuindo para a integralidade da assistência (RIBEIRO, 2004 apud MARIN, MARCHIOLI, MORACVICK, 2013).

Quanto aos dias de maior atendimento de pacientes classificados como emergência, observou-se que na terça-feira e sábado foram os dias da semana que tiveram maior número de atendimentos, com 20% e 19% do total dos atendimentos, respectivamente. Sustenta-se que o sábado tenha apresentado um aumento em relação aos demais dias da semana justamente pelo aumento do número de festas e do tráfego urbano, aumentando o número de acidentes.

4.3.2 Cruzamento de dados entre a proporção de pacientes que procuraram o PA e os turnos de atendimento

Figura 2 - Proporção de pacientes x turno de atendimento



Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Em relação ao horário principal de procura por atendimento no PA, os dados demonstraram que em relação ao total de atendimentos houve uma predominância significativa dos turnos diurnos, ou seja, das 07:00 às 13:00 e das 13:00 as 19:00h, totalizando 65% dos atendimentos totais do período. Esse período com maior volume de atendimento corresponde aos horários em que a rede básica de saúde encontra-se disponível e deveria absorver grande parte dessa demanda.

Este dado possibilita reconhecer que os pacientes dos serviços de pronto atendimento não procuram este apenas quando não obtém atendimento na rede básica. Ao contrário, o maior número de atendimento no PA é de segunda a sexta-feira, no turno diurno, quando a rede básica, teoricamente, absorveria a demanda. (GOMIDE et al, 2012).

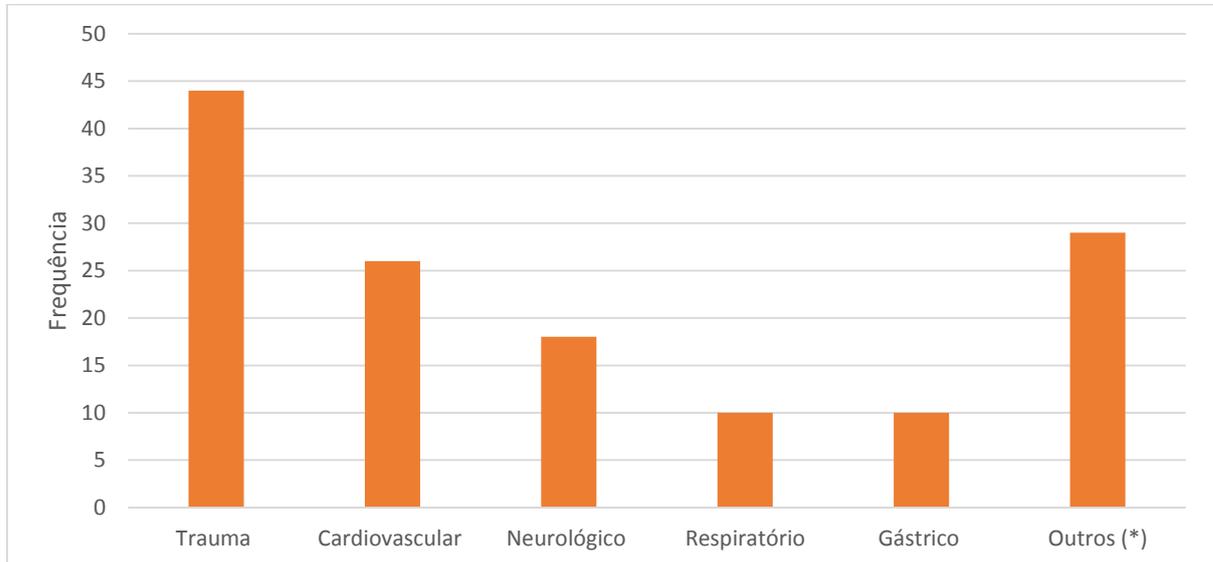
Segundo Marques e Lima (2007) apud Garlet et al. (2009), este fato pode ser justificado pela facilidade de acesso à assistência nestes serviços, desta forma, o usuário entende que procurando o serviço hospitalar de urgência contará com um somatório de recursos imediatos que não serão encontrados com a mesma facilidade na atenção básica, como por exemplo consultas médicas, medicamentos, procedimentos, exames laboratoriais e até mesmo internações.

Percebe-se na citação acima que a população ainda procura assistência nas UBS/ESF principalmente com foco no paradigma curativista ou biomédico, quando na verdade a atenção básica busca desenvolver principalmente ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e família, ao contrário do modelo tradicional centralizado na doença e no hospital, que privilegia ações curativistas (SANTOS, 2011). Desta maneira, quando o usuário busca atendimento na unidade básica, já acometido por alguma doença ou com queixas álgicas e não obtém atendimento médico, este entende que o serviço não é resolutivo e acaba por procurar atendimento no âmbito hospitalar, gerando uma inversão na rede de atenção à saúde.

Já os pacientes classificados como emergência chegam ou são encaminhados ao PA com predominância de horário noturno, ou seja, das 19:00 às 01:00 e das 01:00 as 07:00h, totalizando 62% dos atendimentos de emergência no período.

4.3.3 Principais queixas apresentadas pelos pacientes classificados como emergência:

Figura 3 - Queixas Iniciais (n=139)



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

(*) Somatório das porcentagens de inúmeras queixas, numericamente pouco significativas.

A figura 3 retrata os principais motivos da procura pelo PA nos casos de emergência. Há uma predominância do trauma, com 44 casos, seguidos de problemas cardiovasculares, com 26 casos.

As causas externas de mortalidade apresentam-se hoje como um sério problema de saúde pública, que têm predominância de óbitos pelo sexo masculino (BRASIL, 2009b).

Sabe-se que o sexo masculino se expõe mais a fatores de risco, seja ao sedentarismo, alcoolismo, obesidade ou tabagismo, impactando severamente no aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, demonstram mais agressividade quando comparados ao sexo feminino. Este tipo de comportamento, revela-se como uma das principais causas de morbimortalidade por causas externas, considerada como a primeira causa de morte entre homens jovens, destacam-se as agressões e acidentes de transporte que causam aumento dos gastos públicos com reabilitação e tratamentos (TAVARES, COELHO, LEITE, 2014).

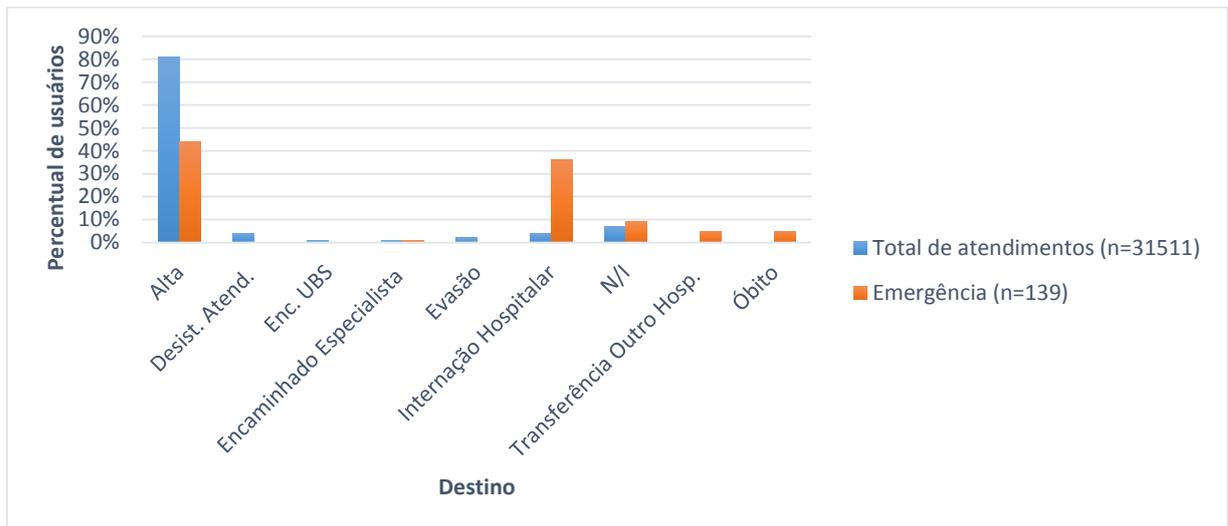
Como segunda causa de internação classificada como emergência no PA em questão estão as doenças cardiovasculares. Segundo Kuhn, et al. (2015), analisando o perfil epidemiológico dos pacientes que realizaram cateterismo cardíaco e angioplastia há predominância de pacientes do sexo masculino, na faixa etária de 50-70 anos. Vale ressaltar que os homens são mais vulneráveis a patologias graves pois

não buscam a atenção básica de saúde visando prevenção de doenças, diferentemente das mulheres, sendo este um fator que leva ao desenvolvimento e agravamento da doença arterial coronária, necessitando de tratamento e intervenções avançadas e complexas.

4.3.4 Cruzamento de dados entre a proporção de pacientes que procuraram o PA e o destino após atendimento

O destino final da maioria dos pacientes atendidos no PA foi a alta médica, com 81% do total dos atendimentos e 44% dos casos classificados como emergência, seguido de internação hospitalar (36%) para os casos de emergência clínica, como podemos observar no gráfico abaixo:

Figura 4 – Proporção de pacientes x Destino



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Destaca-se que grande parte dos pacientes receberam alta médica levando em consideração o total de pacientes e os pacientes classificados como emergência.

A despeito disso, podemos considerar dois fatores. O primeiro pode ser justificado pela alta resolubilidade do serviço em questão, pois após consulta a queixa principal do paciente foi resolvida e este encontra-se em condições de retornar ao domicílio (RIBEIRO, et al., 2014).

O segundo leva em consideração o fato de que mais de 60% dos pacientes que procuraram o pronto atendimento neste período foram classificados como pouco urgentes ou não urgentes. Desta maneira, essa classificação permite que na maioria dos casos os pacientes realizem tratamento domiciliar (GARLET, et al., 2009).

Um fato que chama atenção é que apenas 1% do total de atendimentos realizados no pronto atendimento no período de estudo realizou encaminhamento para a UBS. Este dado é extremamente relevante, ainda mais se analisado conjuntamente com o dado acima apresentado referente a procura espontânea de atendimento pelos pacientes (98%), ambos demonstram a dificuldade e fragilidade do sistema de saúde do município em questão, com relação a realização de Referência e Contra-Referência.

Sabe-se que o sistema de Referência e Contra-Referência está planejado de forma a facilitar o acesso e o fluxo dos pacientes em todos os níveis de atenção à saúde. De acordo com esse sistema, os pacientes deveriam utilizar as UBS como porta de entrada para qualquer serviço de maior complexidade, e caso houvesse necessidade de atendimento especializado, o usuário seria “referenciado” para esta unidade em questão. Quando o atendimento é finalizado, o usuário deveria ser “contra-referenciado”, ou seja, deveria ser encaminhado pela unidade especializada para sua unidade de origem, garantindo a continuidade da assistência (BRASIL, 2011a)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise dos dados coletados para o presente estudo, verificou-se que, em relação aos dados sóciodemográficos, a maioria da demanda de pacientes do PA de um Hospital ensino do Município de Santa Cruz do Sul é composta por mulheres jovens, na faixa etária de 18-29 anos, domiciliadas no município, predominantemente residentes no Centro, e que buscaram atendimento de forma espontânea.

Com relação a classificação de risco dos pacientes atendidos, de acordo com o protocolo de Manchester, pode-se notar que, dos 31511 pacientes que deram entrada no período, apenas 139 foram classificados como emergência, 1087 classificados como muito urgente e 6036 classificados como urgentes, somando 18,6% do total de atendimentos. O restante dos pacientes foi classificado como pouco urgente, ou não urgente, totalizando 81,4% do total de atendimentos. Este dado era esperado, pois durante práticas realizadas na referida unidade, observou-se um número expressivo de pacientes dirigindo-se a sala de acolhimento e classificação de risco demonstrando necessidade aquém daquelas que deveriam ser o principal motivo de procura ao PA, como por exemplo, necessidade de interação e diálogo, crises relacionadas a doenças crônicas, dentre outros.

Sabe-se que o aumento da procura por atendimento nos serviços de urgência hospitalar é rodeado de inúmeras causas e fatores, podendo estar interligados ao aumento da violência urbana, facilidade de acesso a exames ou especialistas e até mesmo falta de resolutividade das ações na Atenção Básica (AB).

No entanto, esse número expressivo de pacientes com queixas clínicas que poderiam ser resolvidos ou inicialmente atendidos na AB traz inúmeras consequências, pois inverte o fluxo do atendimento na rede, transformando o PA em porta de entrada, superlota o serviço de emergência hospitalar gerando gastos desnecessários, sobrecarrega os profissionais ali atuantes e incentiva o foco curativista e biomédico, deixando de lado ações de promoção e prevenção que deveriam ser realizados na UBS/ESF.

Realizando uma análise sociodemográfica dos 139 pacientes classificados como emergência percebe-se uma predominância do sexo masculino, com idade superior a 70 anos, aposentados, munícipes de Santa Cruz do Sul, residentes, em sua maioria, no Centro. Pode-se notar uma inversão das variáveis sexo e idade em relação a totalidade de atendimentos.

Observou-se também que houve maior procura por atendimento de segunda-feira a sexta-feira com diminuição aos finais de semana, os turnos com maior número de atendimentos foram os diurnos. Já no que diz respeito aos pacientes classificados como emergência, houve aumento na demanda dos turnos noturnos em relação ao diurno. Isto posto, nota-se que os pacientes optam pelo serviço de emergência hospitalar mesmo quando a UBS/ESF do bairro está em seu horário de funcionamento. Vale lembrar que no período da pesquisa já havia sido implantada a UPA no município de Santa Cruz do Sul.

Com relação as queixas principais apresentadas pelos 139 pacientes classificados como emergência, houve um aumento das relacionadas a traumas e doenças do sistema cardiovascular.

Em relação ao destino final constatou-se que um número expressivo de pacientes recebeu alta hospitalar, podendo este fato ser justificado pela resolutividade do serviço ou pela classificação de risco dos pacientes em atendimentos pouco urgentes/não urgentes. Vale ressaltar que apenas 1% do total de atendimentos compareceu ao PA encaminhado da Unidade Básica de referência.

Diante disso, percebe-se a fragilidade do município em relação ao sistema de referência e contra-referência. Mesmo que o usuário compareça à UBS para atendimento inicial, a mesma não realiza contato prévio com o serviço hospitalar, e nem este com a UBS. Uma maneira de minimizar essa falta de comunicação entre os serviços seria a implantação de um prontuário eletrônico do paciente que permitisse acesso de informações tanto pela AB quanto pelos serviços hospitalares. Sabe-se que no atual momento isso talvez seja inviável, mas vale destacar a necessidade de um diálogo entre profissionais de saúde, de maneira a obter uma assistência integral e resolutiva para o usuário.

Enfatiza-se ainda a relevância do enfermeiro em todo o processo de gestão e gerenciamento do serviço, uma vez que, além de prestar a assistência ao usuário e realizar gestão da unidade, este profissional atua facilitando o cuidado e garantindo qualidade e segurança ao mesmo, administrando conflitos, coordenando os recursos humanos e materiais. Isto posto, percebe-se que a comunicação deste profissional com o restante da equipe e com outros serviços de maior ou menor complexidade é primordial para que se realize um cuidado integral ao paciente.

Salienta-se que, a comunicação entre profissionais de saúde deve ultrapassar as barreiras do serviço, ou seja, é primordial a troca de informações entre serviços de

baixa, média e alta complexidade através do sistema de referência e contra-referência, além do contato prévio ao realizar encaminhamento de pacientes para outros níveis de referência.

Refletindo sobre este estudo, é possível perceber a importância do trabalho do enfermeiro, desde aqueles atuantes na AB onde se realiza o primeiro atendimento a pacientes graves e os encaminham a unidades de maior complexidade, até aqueles atuantes no serviço hospitalar de emergência, seja realizando a correta classificação de risco do paciente ou mesmo a assistência inicial com olhar crítico, levando em consideração mudanças clínicas que podem ocorrer durante a espera pelo atendimento. Destaca-se a relevância de ações de educação permanente que permitam aos profissionais a atualização e garantam um serviço de qualidade.

REFERENCIAS

BARROS, D., M. *Demanda de Pronto-Atendimento ao Serviço de Emergência de um Hospital Geral em um Município coberto pela Estratégia de Saúde da Família: o caso de Quissamã*. 2007. 199 f. Dissertação (Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca) – Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf. Acesso em: 15 de mar. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/Acolhimento%20e%20Classificacao%20de%20Risco%20nos%20Servicos%20de%20Urgencia.pdf>. Acesso em: 15 de mar. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cartilha da atenção à saúde do homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf. Acesso em 10 de setembro de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Conass. Atenção Primária e Promoção da Saúde: Coleção para Entender a Gestão do SUS. 1ª ed. Brasília: Conass, 2011a. 197 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.3.pdf. Acesso em 10 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.601, DE 7 DE JULHO DE 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html. Acesso em 18 de setembro de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução Nº466/12, de 12 de dezembro de 2012. Define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 dez. 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica-PNAB. 1ª Ed. Brasília: 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 14 abr. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.451, de 10 de março de 1995. Estabelece nos Parágrafos I e II do Artigo I as definições para os conceitos de urgência e emergência, a serem adotadas na linguagem médica no Brasil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 17 mar. 1995. Disponível em:

http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm. Acesso em: 15 de outubro de 2017.

DINIZ, A. S. et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. *Revista eletrônica de Enfermagem*, Minas Gerais, v. 16, n. 2, p. 312-20, abr/jun, 2014. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a06.pdf. Acesso em: 15 de mar. 2017.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 11. N. 3, p. 633-641, mar/abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>. Acesso em 14 abr. 2017.

GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-72, abril, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072009000200009. Acesso em: 10 mar. 2017.

GERHARDT, T., E.; SOUZA, A., C. Métodos de pesquisa [online]. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em 25 mar. 2017.

GOMES, G., G. Atendimento de usuários com casos agudos na Atenção Primária à Saúde. Dissertação (Programa de PósGraduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem, nível Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

GOMIDE, M. F. S. et al. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*, Ribeirão Preto, v. 45, n. 1, p. 31-8, jan., 2012. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n1/ao_Perfil%20de%20usu%20E1rios%20em%20u m%20servi%20E7o%20de%20pronto%20atendimento.pdf. Acesso em: 12 de mar. 2017.

HOSPITAL SANTA CRUZ. Desenvolvido pelo Hospital Santa Cruz. Apresenta informações gerais sobre a instituição. Disponível em: <<http://www.hospitalstacruz.com.br/sobre/>>. Acesso em: 25 de mar. 2017

KUHN, O. T. et al. Perfil de pacientes submetidos a cateterismo cardíaco e angioplastia em um hospital geral. *Revista Contexto & Saúde*, Ijuí; editora Unijuí, v. 15 n. 29, p. 4-14, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/4143>. Acesso em: 15 set. 2017.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Rev. De Epidemiologia e Serviços*

de Saúde, Minas Gerais, v. 12, n. 4, p. 180-201, out/dez, 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>. Acesso em 25 de mar. 2017.

MADEIRA, D.,B.; LOUREIRO, G., M.; NORA, E., A. Classificação de risco: perfil do atendimento em um Hospital Municipal do leste de Minas Gerais. *Revista Enfermagem Integrada*, Minas Gerais, v. 3, n. 02, p. 543-553, Dez. 2010. Disponível em: https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/07-classificacao-de-risco-perfil-atendimento-hospital-municipal.pdf. Acesso em: 19 de setembro de 2017.

MARIN, M., J., S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M., Y., A., D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 33, p. 780-788, Set, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a26.pdf>. Acesso em: 19 de setembro de 2017.

MEDEIROS, R., S., F., M. Dificuldades e estratégias de inserção do homem na atenção básica à saúde: a fala dos enfermeiros. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem, nível Mestrado). Universidade Federal do Paraíba, João Pessoa, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 14 ed. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de Saúde. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/v01_v99.htm. Acesso em 13 de setembro de 2017.

PIANA, M. C. A construção da pesquisa documental: avanços e desafios na atuação do serviço social no campo educacional [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-05.pdf>. Acesso em 25 de mar. 2017.

RIBEIRO, R., M. et al. Caracterização do perfil das emergências clínicas no Pronto-Atendimento de um Hospital de Ensino. *Revista Mineira de Enfermagem*, Rio Preto, v. 18, n. 3, p. 533-538, jul/set 2014. Disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/944>. Acesso em 19 de setembro de 2017.

SANTOS, E., N. Estratégia Saúde da Família: satisfação de usuários. Dissertação (Programa de PósGraduação em Psicologia da Escola de Filosofia, Ciências e Letras, nível Mestrado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

SOUZA, Cristiane Chaves. Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto socorro utilizando dois diferentes protocolos. Dissertação (Programa de PósGraduação em Enfermagem, nível Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SOUZA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*,

Minas Gerais, v. 19, n. 1. p. 08 telas, jan-fev., 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf. Acesso em 10 de mar. 2017.

TAVARES, F., L.; COELHO, M.,J.; LEITE, F.,M., C. Homens e acidentes motociclísticos: caracterização dos acidentes a partir do atendimento pré-hospitalar. *Revista Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Espírito Santo, v. 18, n. 4, p. 656-661, out/dez 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0656.pdf>. Acesso em 13 de setembro de 2017.

VIEIRA, K., L., D. et al. *Escola Anna Nery*. v. 17, n. 01, p. 120-127, março, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/17.pdf>. Acesso em: 05 de setembro de 2017.

APÊNDICE A - Formulário de Dados Sócio Demográficos e Clínicos
FORMULÁRIO DE DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

- Sexo: () Feminino () Masculino

- Idade do paciente no momento do atendimento:

() < 17 () 18-29 () 30-39 () 40-49 () 50-59 () 60-69 () 70 >

- Localidade de origem

* Cidade?

* Bairro?

* UBS? ESF? Porta de entrada?

- Horário de chegada ao PA

() 07:00 às 11:59 () 12:00 às 17:59 () 18:00 às 22:59 () 23:00 às 06:59

- Queixa principal (5 principais diagnósticos clínicos que mais se repetem no último mês)

- Classificação de risco de acordo com protocolo Manchester

() Vermelho () Laranja () Amarelo () Verde () Azul

- Tempo de permanência no Pronto atendimento

() <1h () 1 a 2 horas () 2 a 3 horas () 3 horas ou mais

- Dia da semana em que foi realizado o atendimento

() Segunda-feira () Terça-feira () Quarta-feira () Quinta-feira () Sexta-feira

() Sábado () Domingo

Destino na unidade de emergência:

() Alta a pedido () Evasão () Óbito () Alta médica () Internação

APENDICE B – Justificativa de ausência do Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Justificativa de ausência do Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE)

TÍTULO DA PESQUISA: PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES ATENDIDOS NO PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL ESCOLA

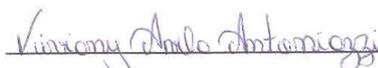
Vimos através desse, solicitar perante este Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da utilização do TCLE na realização deste estudo, tendo em vista que o mesmo utilizará dados secundários oriundos de prontuários hospitalares eletrônicos.

Tendo em vista que o número de prontuários a serem examinados será bastante extenso, inviabilizando a solicitação do consentimento individual aos participantes, somado ao fato de que, será solicitado permissão ao Comitê de Ética do HSC para acesso aos documentos, acreditamos estar cumprindo com os preceitos éticos regulados pelas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução nº 466/12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ainda em consonância com a Resolução acima, será assegurado a confidencialidade, o anonimato e a privacidade da identidade dos participantes.

Pressupõe-se que haverá benefícios diretos e indiretos a instituição participante do estudo a partir do momento em que o tema passa a ser conhecido, discutido e analisado na academia e no serviço de saúde. Não visualiza-se riscos ao participante.

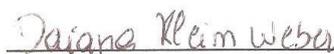
Santa Cruz do Sul, 16 de maio de 2017.

Atenciosamente,



Viviany Avila Antoniazzi

Acadêmica de Enfermagem-UNISC



Profª. Enfª. Ms. Daiana Klein Weber

Orientadora

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS NO PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL ESCOLA

Pesquisador: Daiana Klein Weber Carissimi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69454017.9.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.118.032

Apresentação do Projeto:

o presente trabalho intitulado PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS NO PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL ESCOLA é um Projeto de pesquisa apresentado a Universidade de Santa Cruz do Sul como requisito de avaliação na disciplina de Trabalho de Curso do curso de Graduação em Enfermagem tendo como orientadora a Profª Enfª Ms. Daiana Klein Weber Carissimi e desenvolvido pela acadêmica Viviany Avila Antoniazzi.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes que acessaram o Pronto Atendimento do Hospital Santa Cruz no período de novembro de 2016 à maio de 2017.

Objetivo Secundário:

Analisar como as demandas clínicas apresentadas pelos pacientes foram classificadas;

Mapear a origem dos pacientes atendidos no Pronto Atendimento;

Averiguar a prevalência de pacientes urgentes e não urgentes que deram entrada no PA no período.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.118.032

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os sujeitos não serão expostos a nenhum risco a sua integridade moral, física e mental. Não visualiza-se riscos aos participantes.

Benefícios:

Acredita-se que determinar o perfil dos pacientes atendidos no pronto atendimento irá contribuir de forma positiva para a reorganização da rede assistencial do município na qual o mesmo está inserido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. O estudo será desenvolvido em um Hospital de Ensino situado na cidade Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, vinculado à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde – CRS. O Hospital Santa Cruz – HSC é considerado o principal centro de saúde do Vale do Rio Pardo, prestando atendimento a pacientes internados e ambulatoriais e oferecendo serviços de diagnóstico e tratamento com procedimentos inéditos na região. É um hospital referência na assistência em alta complexidade vascular e também em Alta Complexidade em Traumatologia/Ortopedia (HOSPITAL SANTA CRUZ, 2017). O período da coleta de dados dar-se-á nos meses de julho e agosto de 2017 por meio de um instrumento estruturado para coleta de dados em relatórios do sistema informatizado do Hospital de Ensino.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto completo: está presente

TCLE: Dispensa uso pois sera coletado dados de prontuários eletrônicos.

Carta de aceite de instituição parceira está presente e assinada.

Folha de rosto: está completa e assinada.

Orçamento: se está presente e assinado.

Cronograma: a coleta de dados está prevista para iniciar após a aprovação do projeto pelo CEP/UNISC.

Recomendações:

Aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
 Bairro: Universitario CEP: 96.815-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



CEP
COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA
DA UNISC

**UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL**



Continuação do Parecer: 2.118.032

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_917133.pdf	30/05/2017 18:44:31		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aceite_HSC.pdf	30/05/2017 18:26:53	Daiana Klein Weber Carissimi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	30/05/2017 18:26:27	Daiana Klein Weber Carissimi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Ausencia_TCLE.pdf	30/05/2017 18:26:00	Daiana Klein Weber Carissimi	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	30/05/2017 18:25:14	Daiana Klein Weber Carissimi	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	30/05/2017 18:25:00	Daiana Klein Weber Carissimi	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	30/05/2017 18:22:00	Daiana Klein Weber Carissimi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 13 de Junho de 2017

**Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)**

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

ANEXO B - Termo de Aceite

Santa Cruz do Sul, 02 de junho de 2017

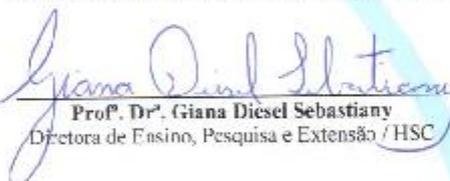
Prezados Senhores

Declaramos para os devidos fins, conhecer o protocolo de pesquisa intitulado **"PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS NO PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL ESCOLA"**, desenvolvido pela aluna do Curso de Enfermagem, **Viviany Avila Antoniazzi** sob supervisão da **Prof. Ms. Daiana Klein Weber**, bem como os objetivos e a metodologia do estudo proposto. Salientamos que publicações acerca dos dados obtidos no referido estudo devem ser previamente submetidos à análise da Instituição.

Afirmamos concordar com o parecer ético consubstanciado que será emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Atenciosamente,


Enfª Katiuscia Brandenburg
Coordenadora da Emergência e Utí Adulto / HSC


Prof. Dr.ª Giana Diesel Sebastiany
Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão / HSC

ASSOCIAÇÃO PRÓ-ENSINO EM SANTA CRUZ DO SUL - APESC

Rua Fernando Aboli, 174 - 95.816-072 - Santa Cruz do Sul - RS - Fone/Fax: (51) 3713-7400 - www.hospitalstacruz.com.br - hsc@unisc.br