



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF

JONAS SIEBRA DE LIMA

**CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA DE UMA UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO SEGUNDO A PROPOSTA DE ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

CAJAZEIRAS-PB

2018

JONAS SIEBRA DE LIMA

**CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA DE UMA UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO SEGUNDO A PROPOSTA DE ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Campina Grande, como requisito parcial para
a obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ma. Maria Berenice
Gomes Nascimento Pinheiro

CAJAZEIRAS-PB

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

L732c Lima, Jonas Siebra de.
Caracterização da demanda de uma Unidade de Pronto Atendimento segundo a proposta de acolhimento com classificação de risco / Jonas Siebra de Lima. - Cajazeiras, 2018.
51f.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Mes. Maria Berenice Gomes N. Pinheiro.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.

1. Primeiros socorros. 2. Unidade de Pronto Atendimento-demanda. 3. Serviço de Urgência e Emergência. 4. Classificação de risco. I. Pinheiro, Maria Berenice Gomes Nascimento. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

JONAS SIEBRA DE LIMA

**CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA DE UMA UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO SEGUNDO A PROPOSTA DE ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Campina Grande, como requisito parcial para
a obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Banca examinadora:

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

Prof^ª. Dra. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas (CFP/UFCG – Examinadora Interna)

Maria Berenice Gomes N. Pinheiro

Prof^ª. Mes. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro (CFP/UFCG – Orientadora)

Rafaela Rolim de Oliveira

Prof^ª. Esp. Rafaela Rolim de Oliveira (CFP/UFCG – Examinadora Interna)

Aprovado em: 02 / 08 / 2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho, me deu forças e me sustentou durante esta caminhada.

À minha orientadora, Professora Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro, por seus ensinamentos, paciência e confiança durante as orientações para este trabalho.

À instituição UFCG, pela oferta do curso.

A todos os professores que me acompanharam durante a realização do curso.

Aos meus pais, Francisco de Souza Lima e Francisca Siebra de Souza.

Meus irmãos, Joelma Siebra, Joana Siebra, Joelia Siebra, Joeldo Siebra, Joel Siebra e a toda minha família que, com muito apoio, não mediram esforços para que chegasse até esta etapa.

Agradeço também a meus colegas de turma, em especial, Mayrane e Geane Sara, que me apoiaram nos momentos de dificuldades.

Ao Maglandyo (Mag) e à Ariel Holanda, pelos ensinamentos e conhecimentos compartilhados ao longo dessa caminhada.

Aos meus Companheiros de luta do Levante Popular da Juventude, que me proporcionaram uma visão diferente do mundo, me convencendo de que é possível constituir uma sociedade mais igualitária, que garanta a todos uma assistência à Saúde e educação de qualidade.

A todos profissionais que compõe a UPA de Cajazeiras, pela confiança e apoio para esta.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte deste momento, o meu muito obrigado.

LIMA, Jonas Siebra de. Caracterização da demanda de uma Unidade de Pronto Atendimento segundo a proposta de acolhimento com classificação de risco. TCC (Bacharelado em Enfermagem). Cajazeiras: Universidade Federal de Campina Grande (Centro de Formação de Professores), 2018. 51 f.

RESUMO

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana e podem resolver grande parte das urgências e emergências, pois são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as Urgências Hospitalares, compondo uma rede organizada de Atenção às Urgências. Este estudo objetivou-se caracterizar a demanda atendida em uma Unidade de Pronto Atendimento no interior da Paraíba, no seu primeiro ano de funcionamento, conforme a classificação de risco da clientela. Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, realizado através de uma pesquisa de campo com caráter quantitativo. Foram analisados os registros do livro do acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR) de 01 de janeiro à 31 de dezembro de 2014 que, no total, gerou uma amostra de 56.754 atendimentos registrados. Os dados obtidos foram analisados de acordo com estatística simples, com valores absolutos e percentuais, processados pelo Software Microsoft Excel 2007. O sexo feminino foi responsável pelo maior número de procura dos serviços da UPA com 32.524 (57,3 %) dos atendimentos, em relação ao sexo masculino, com 24.230 (42,7%). Quanto a classificação de risco, 28.630 (50,4%) atendimentos foram classificados no Eixo Verde, 15.095 (26,6%) no Eixo Azul, 12.925 (22,8%) no Eixo Amarelo e 104 (0,2%) no Eixo Vermelho. Ressalte-se que nos cinco primeiros meses do ano a maior parte dos casos foi classificada nos Eixos Azul e Verde, o que indica que muitos casos poderiam ser resolvidos na atenção Básica. A partir do 6º mês, houve um aumento da classificação Verde e Amarela que são os prioritários da UPA, e uma diminuição dos casos classificados como Azul. Foi observado o número elevado de atendimentos clínicos em detrimento aos traumáticos. O conhecimento desses dados é de fundamental importância para aperfeiçoar o processo de trabalho e melhorar a qualidade da assistência, possibilitando aos profissionais de saúde planejar as ações de cuidado, através da elaboração de instrumentos de avaliação e metodologias para uma assistência da Classificação de Risco qualificada, obtendo ganhos na evolução do quadro clínico do cliente.

Descritores: Classificação de Risco. Pronto Atendimento. Serviço de Urgência e Emergência.

LIMA, Jonas Siebra de. Caracterização da demanda de uma Unidade de Pronto Atendimento segundo a proposta de acolhimento com classificação de risco. TCC (Bacharelado em Enfermagem). Cajazeiras: Universidade Federal de Campina Grande (Centro de Formação de Professores), 2018. 51 f.

ABSTRACT

The Emergency Care Units (UPA) operate 24 hours a day, seven days a week and can solve most of the urgencies and emergencies, as they are structures of intermediary complexity between the Basic Health Units and the Hospital Emergency, forming an organized network of Emergency Care. The purpose of this study was to outline the demand profile of an Emergency Care Unit in the State of Paraíba, at this first year on operation, according to the risk classification of the clientele. It is a documentary, retrospective study, carried out through a field research with a quantitative approach. Were analyzed the records of the ACCR register book from January 1 to December 31, 2014, which in total generated a sample of 56,754 recorded appointments. The data obtained was analyzed according to simple statistics, with absolute and percentage values, processed by Microsoft Excel 2007 Software. The female sex was responsible for the greater number of demand for the Unit services, with 32,524 (57.3%) of the attendances, in comparison to males, with 24,230 (42.7%). Regarding risk classification, 28,630 (50.4%) cases were classified in the Green Axis, 15,095 (26.6%) in the Blue Axis, 12,925 (22.8%) in the Yellow Axis and 104 (0.2%) in the Red Axis. It's noteworthy that in the first five months of the year most of the cases were classified in the Blue and Green Axis, which indicates that many cases could be solved in Primary Care. From the 6 month there was an increase in the Green and Yellow classification that are the priority of UPA and a decrease in cases classified as Blue. It was observed a high number of clinical treatments in detriment to the trauma. Knowledge of these data is fundamental to improve the work process and increase the quality of care, enabling healthcare professionals to plan care actions through the development of assessment tools and methodologies for qualified risk classification assistance, obtaining gains in the evolution of the clinical condition of the client.

Keywords: Risk rating. Ready Care. Emergency and Emergency Service.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1	Tipos de UPA	19
-----------------	--------------	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição do número de atendimentos da Unidade de Pronto Atendimento por meses. Cajazeiras. Cajazeiras, 2014	28
Gráfico 2	Atendimentos mensal de acordo com o acolhimento e Classificação. Cajazeiras, 2014	31
Gráfico 3	Caracterização dos atendimentos da Unidade de Pronto Atendimento, no primeiro ano de implantação, por sexo. Cajazeiras, 2014	32
Gráfico 4	Caracterização dos atendimentos da Unidade de Pronto Atendimento, no primeiro ano de implantação, por sexo e distribuídos por meses. Cajazeiras, 2014	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Atendimentos segundo Acolhimento e Classificação de Risco. Cajazeiras, 2014	30
Tabela 2	Percentual da mortalidade na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do município de Cajazeiras, entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2016	34
Tabela 3	Caracterização dos atendimentos da Unidade de Pronto Atendimento, no primeiro ano de implantação, conforme a queixa principal distribuída por meses. Cajazeiras, 2014	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE
ACCR	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
AVC	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
CEP	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CFP	CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
ESF	ESTRATÉGIA E SAÚDE DA FAMÍLIA
IAM	INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
PB	ESTADO DA PARAÍBA
PNH	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
RAS	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
RUE	REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS
SAMU	SISTEMA DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SCNES	SISTEMA NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SVS	SECRETARIA DE VIGILÂNCIA E SAÚDE
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UFCG	UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UPA	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral:.....	15
2.2 Objetivos Específicos:.....	15
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1 Urgência e Emergência em Saúde no Brasil	16
3.2 Unidade de Pronto Atendimento	18
3.3 Acolhimento e classificação de risco na UPA	19
3.4 Atuação da Enfermagem em Urgências e Emergências	21
4 MATERIAL E MÉTODO	24
4.1 Tipo de estudo	24
4.2 Local do estudo	24
4.3 População e amostra.....	25
4.4 Critérios de inclusão/exclusão	25
4.5 Coleta de dados	26
4.6 Análise dos dados.....	26
4.7 Aspectos éticos.....	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
6 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICES	42
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	43
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (ROTEIRO).....	45
APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL E PARTICIPANTE.....	46
APÊNDICE D – CARTA DE ANUÊNCIA	48
APÊNDICE E – FOLHA DE ROSTO	49
APÊNDICE F – PARECER DO COMITÊ DE ETICA E PESQUISA.....	50

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2002, a Política Nacional de Urgência e Emergência com o intuito de estruturá-la e organizá-la no país.

Desde sua publicação passou por várias reformulações na qual a portaria nº 1.601/GM 2011 instituiu a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, cujo objetivo foi o de integrar a atenção às urgências (BRASIL, 2011).

As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana e podem resolver grande parte das urgências e emergências, são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as Urgências Hospitalares, onde, em conjunto com estas, compõem uma Rede Organizada de Atenção às Urgências. São integrantes do componente pré-hospitalar fixo e devem ser implantadas em espaços estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011).

De acordo com o autor supracitado e com a Portaria Ministerial Nº 1601 /GM 2011, descrita anteriormente, as UPA apresentam-se em três portes: **UPA Porte I**: tem de 5 a 8 leitos de observação. Capacidade de atender até 150 pacientes por dia. População na área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes. Na **UPA Porte II**: 9 a 12 leitos de observação. Capacidade de atender até 300 pacientes por dia. População na área de abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes. E a **UPA Porte III**: 13 a 20 leitos de observação. Capacidade de atender até 450 pacientes por dia. População na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes. (BRASIL, 2011)

Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil estão em funcionamento até o momento 1102 UPAs com previsão de construir mais 225 até 2017, aumentando assim a rede de atenção a saúde e diminuindo as filas nos hospitais dos grandes centros urbanos e garantindo um bom atendimento à população (BRASIL, 2014).

O objetivo da UPA é diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, evitando que casos que possam ser resolvidos nesse setor, ou unidades básicas de saúde, sejam encaminhados para a unidade hospitalar. No entanto, muitas pessoas ainda chegam à UPA procurando um serviço que encontrariam na atenção básica.

Através da Política Nacional de Humanização (PNH), em 2004, onde visava o processo de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde criou uma cartilha especial com orientações do acolhimento com classificação de risco nos sistemas de urgência e emergência no Brasil, onde o acolhimento é uma ação tecno-

assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. Neste entendimento, o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Quanto ao fluxo de entrada do paciente, todo paciente admitido na UPA é avaliado inicialmente pela triagem proposta de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). Durante esse processo, o paciente é submetido a avaliação inicial (queixa principal, sinais e sintomas aparentes, antecedentes clínicos, cirúrgicos, alérgicos e de imunização, parâmetros vitais, registro da data e horário de chegada) e classificado em cores de acordo com o nível de complexidade do caso: Azul (expressa a não urgência, ou seja atendimento por ordem de chegada), Verde (pacientes em condições agudas – urgência relativa, ou não agudas, atendidos com prioridade sobre consultas simples), Amarelo (quer dizer urgência, aguardando atendimento médico prioritário), e Vermelho (tratamento médico imediato). (BRASIL, 2004).

No contexto atual, as UPAs têm sido utilizadas como porta de entrada para o SUS por inúmeros indivíduos que buscam a assistência à saúde. Mediante a configuração desses novos serviços, cabe considerar que nas UPAs o processo de trabalho não tem sido muito diferente dos demais serviços de urgência.

Estudos de outros países apontam desafios comuns aos enfrentados nos serviços de urgência e emergência brasileiros. A título de exemplo, pode-se citar o estudo realizado pelo Centro de Atenção Primária à Saúde e Equidade da Escola de Saúde Pública e Medicina Comunitária da Universidade de Nova Gales do Sul, de Sidney na Austrália, o qual demonstra que as pessoas usam os serviços de emergência para uma grande variedade de queixas de saúde, muitas das quais poderiam ser tratadas fora destes serviços e destaca ainda que muitas reinternações sejam devidas a doenças crônicas agudizadas (KIRBY, et al., 2010).

Observando esses acontecimentos, resolvemos fazer esse trabalho para caracterizar o perfil dos atendimentos de uma UPA que é destinada a atender o alto Sertão Paraibano e averiguar se os serviços procurados pela população poderiam ser prestados realmente nesse lugar ou na atenção básica.

A presente pesquisa contribuirá para avaliação inicial do serviço da UPA no que se refere a assistência à saúde da população de Cajazeiras e Municípios que dependem desse

serviço, cabe ainda considerar a escassez de estudos que abordam a atual conjuntura da UPA e sua integração com os demais níveis de atenção à saúde.

Espera-se que este trabalho auxilie na compreensão sobre o conjunto de indivíduos que utiliza os recursos desse tipo de setor pré-hospitalar, assim como as principais características da classificação de risco dos usuários. E dessa forma, ajude na necessária adequação do sistema de saúde às necessidades da população e formulação das políticas públicas em saúde por parte dos gestores.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Caracterizar a demanda atendida em uma Unidade de Pronto Atendimento no interior da Paraíba, com base na diretriz do Acolhimento com Classificação de Risco, no ano de implantação.

2.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Descrever o perfil dos atendimentos quanto ao sexo;
- ✓ Identificar a prevalência das principais condições de saúde que desencadearam a procura pelo serviço;
- ✓ Averiguar a frequência dos atendimentos conforme a classificação de risco, distribuídos mensalmente no ano de implantação.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Urgência e Emergência em Saúde no Brasil

O Sistema de Saúde, no Brasil, encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde – atenção básica, de média e alta complexidade. Cada um desses componentes da rede assistencial deve participar da Atenção às Urgências respeitando-se os limites de sua complexidade e capacidade de resolução. É esperado que a população que necessita de atendimento possa ser acolhida em qualquer nível de atenção e encaminhada para os demais níveis quando a complexidade do atendimento exigido ultrapasse a capacidade de assistência do serviço.

A sobrelotação nas unidades de emergências hospitalares, é um acontecimento bastante conhecido entre usuários, gerentes e gestores. Com seu impacto negativo para os pacientes, essa superlotação constitui um motivo de crítica ao modelo assistencial à saúde. Com o objetivo de modificar esse quadro nas unidades de emergência, o MS mediante a Portaria GM nº 2.048/2002, publica o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, estimulando a implantação de redes regionalizadas de atendimento, possibilitando uma melhor organização da assistência à saúde (BRASIL, 2002).

Tem crescido no Brasil o atendimento nas áreas de urgência e emergência. Isto se explica pelo aumento dos casos de acidentes e violência, que tem forte impacto sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) do país e o conjunto da sociedade (BRASIL, 2002).

O surgimento dos serviços de emergência pré-hospitalar no Brasil, foi influenciado pelo modelo francês e americano. O francês, destacou-se no cenário mundial como um dos modelos mais eficientes de APH, este se baseia numa rede de comunicações e na regulação médica. Nos Estados Unidos destacou-se a criação do serviço telefônico para os atendimentos de emergência, o qual possibilitou aos profissionais da área uma melhor organização (FERRARI, 2006).

Em julho de 2011, o MS publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS. Lançando um manual instrutivo em 2013, que trata-se de um consolidado de todas as estratégias para a implementação da RUE no Brasil com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços em situações de urgência e emergência com resolutividade e em tempo oportuno (BRASIL, 2013).

Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, no qual se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC) (BRASIL, 2013).

Soma-se a isso o acentuado e rápido envelhecimento da população, com aumento significativo da expectativa de vida nas últimas décadas. De acordo com o Censo de 2010, 10% da população brasileira contava com mais de 60 anos, o que significa mais de 20 milhões de pessoas (IBGE, 2010).

Tendo-se em vista esta carga de doenças (causas externas, doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para as doenças cardiovasculares e, ainda, uma carga de doenças infecciosas), é importante a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), de forma a articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, em todo o território nacional, respeitando-se os critérios epidemiológicos e de densidade populacional (BRASIL, 2013).

O Sistema de Atenção Móvel às Urgências (SAMU) é normatizado pela Portaria MS/GM nº 1.010, de 21 de maio de 2012 é o componente da rede de atenção às urgências e emergências que objetiva ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências, reduzindo a morbimortalidade.

O SAMU mostra-se fundamental no atendimento rápido e no transporte de vítimas de intoxicação exógena, de queimaduras graves, de maus-tratos, tentativas de suicídio, acidentes/traumas, casos de afogamento, de choque elétrico, acidentes com produtos perigosos e em casos de crises hipertensivas, problemas cardiorrespiratórios, trabalhos de parto, no qual haja risco de morte para a mãe e/ou o feto, bem como na transferência inter-hospitalar de doentes com risco de morte (BRASIL, 2012).

As unidades de pronto atendimento UPA 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compor uma rede

organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, tem 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 de 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. A Portaria MS/GM nº 1.171, de 5 de junho de 2012, dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2012)

Conforme a Portaria nº 1.171/2012, consideram-se as seguintes definições:

I – UPA Nova: unidade de pronto atendimento (UPA 24h) a ser construída com recursos do incentivo financeiro de investimento para a construção;

II – UPA Ampliada: unidade de pronto atendimento (UPA 24h) a ser constituída a partir de acréscimo de área a estabelecimentos de saúde já existentes e cadastrados no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (BRASIL, 2012).

3.2 Unidade de Pronto Atendimento

As UPA surgiram com a finalidade de diminuir a procura de atendimentos em hospitais de grande porte. Desenvolvendo um papel importante, no atendimento secundário a saúde, podendo resolver o caso ou, dependendo da necessidade, encaminhar para internação hospitalar ou redirecionar para a atenção básica. Segundo a portaria N° 1.601/GM 2011 foi instituída a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, cujo objetivo foi o de integrar a atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Suas principais características são: o encaminhamento de pacientes grave para hospitais, o atendimento pediátrico, clínica médica e odontológica, o funcionamento em horário integral, além de urgências traumático-ortopédicas, como outras necessidades loco regionais (SANTOS, et al, 2003).

São integrantes do componente pré-hospitalar fixo e devem ser implantadas em espaços estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2002).

As UPAS 24h são classificadas em três (3) diferentes portes, de acordo com a população do Município sede, a capacidade instalada (área física), número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 – Tipos de UPA

UPA	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 24 HORAS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS POR PLANTÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO
PORTE I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m ²	até 150 pacientes	2 médicos	7 leitos
PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m ²	até 300 pacientes	4 médicos	11 leitos
PORTE III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m ²	até 450 pacientes	6 médicos	15 leitos

FONTE: Portaria N 1601/GM 2011

Os recursos humanos, varia de acordo com o tipo de cada UPA mas devem contar com no mínimo dos seguintes profissionais: Médico, Enfermeiros, Técnico de Enfermagem, Técnico em Radiologia, Maqueiro, Assistente Social, Recepcionista e Administrador.

3.3 Acolhimento e classificação de risco na UPA

A classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo e estabelecer prioridades no atendimento de pacientes que procuram as portas de entrada do SUS, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado a todos os pacientes em situações de sofrimento agudo ou crônico de qualquer natureza, além de melhorar o atendimento é um direito de todo cidadão garantido por lei, estabelecido na portaria nº 2048 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas UPAs o acolhimento e a triagem classificatória de risco. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002).

Segundo Peixoto (2013):

Devido à transição epidemiológica vivenciada e ao atual predomínio de condições crônicas de saúde, diversos desafios na gestão de saúde têm sido enfrentados. Para melhorar a atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas houve um remodelamento da assistência às urgências e emergências, visando distribuir por todos os seus pontos de atenção à saúde, as pessoas usuárias, segundo seus riscos. Adotou-se o protocolo de Manchester para tal avaliação do risco do usuário, amplamente, em todo o Brasil.

O Protocolo de Manchester classifica os doentes por cores, após uma triagem baseada em sintomas, de forma a representar a gravidade do quadro e o tempo de espera para cada paciente.

O Protocolo de Manchester recebeu este nome por ter sido aplicado pela primeira vez na cidade de Manchester, em 1997. Hoje, vários países da Europa já utilizam o sistema de forma praticamente integral. Ao chegar à unidade médica, o paciente é avaliado por um enfermeiro, que após uma breve avaliação irá encaminhar o paciente para um profissional de nível superior, como um enfermeiro chefe ou médico, esse profissional deve possuir boa capacidade de avaliação e comunicação, assim como agilidade, ética e com conhecimento clínico adequado.

A classificação é realizada com base nos sintomas apresentados pelo paciente, assim como queixas, sinais vitais, saturação de O₂, escala de dor, etc. Após essa avaliação inicial, o paciente recebe uma pulseira ou é identificação com a cor correspondente ao seu quadro e segue para o atendimento ou aguarda o momento de ser atendido, de acordo com os critérios do Protocolo de Manchester.

No Brasil, o primeiro estado a implantar o Manchester foi Minas Gerais, com o propósito de organizar o fluxo de pacientes. Em março de 2011, a Prefeitura iniciou a utilização do Protocolo Manchester em 24 postos de saúde, em caráter de teste. De acordo com a coordenadora do programa, Juliana Santos, a implantação do Protocolo Manchester tende corrigir algumas distorções existentes nos centros de saúde, relacionadas ao atendimento, citando, como vantagem do sistema a utilização de uma nomenclatura padrão no atendimento da rede. “O Manchester é rápido, objetivo e reproduzível, tem alta precisão e não trabalha com diagnóstico, mas com sintomas dentro de um padrão internacional”.

A implantação do Protocolo permite que os atendimentos sejam realizados com mais eficiência, já que, em se tratando de saúde, tempo pode representar a diferença entre salvar uma vida e perder um paciente. Como o sistema prevê uma organização adequada das

prioridades, pode-se encaminhar pacientes para outras unidades médicas, de maneira que a demanda pode ser compartilhada entre as unidades médicas próximas, se for o caso. A diminuição do risco clínico, evita-se o uso de recursos de urgência advindos da inobservância das condições do paciente antes do agravamento do quadro.

Com a implantação, os pacientes também são beneficiados, pois submetidos a esta metodologia de classificação de risco, eles estão assegurados que não correrão risco de vida, assim terá uma previsão média do tempo que levará para obter atendimento, diminuindo a expectativa. Além disso, o uso é a garantia de oferta de um serviço homogêneo, tendo em vista que, independentemente do horário, do dia da semana ou do profissional que estará de plantão, a instituição de saúde terá a mesma padronização no atendimento.

3.4 Atuação da Enfermagem em Urgências e Emergências

O atendimento de emergência nas Unidades Hospitalares tem importante papel na recuperação e manutenção da saúde do indivíduo. Recuperar a saúde e mantê-la se estabelece com uma assistência à saúde de qualidade e equipe multidisciplinar voltada para o indivíduo como um todo na sua integralidade, atentando para aspectos que envolvem a atuação eficaz, eficiente, rápida e com bom conhecimento clínico e científico.

A atuação do enfermeiro encaixa-se naquela equipe supracitada e é primordial para os serviços de saúde no tocante à promoção à saúde dos clientes/pacientes que são assistidos em serviços de Urgência e Emergência. O enfermeiro assume a função de liderança da equipe de enfermagem e desenvolve ações voltadas para assistência, gerência, ensino e pesquisa. Na assistência ele lidera ações de maiores complexidades delegando as de menores para Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem respeitando os aspectos éticos e legais da profissão.

Os autores Tacsí e Vendruscolo (2004), consideram que o enfermeiro no setor de emergência deve adotar estilos de liderança participativa, compartilhar e/ou delegar funções, sendo as principais habilidades, para o gerenciamento da assistência, a comunicação, o relacionamento interpessoal, a liderança, a tomada de decisão e a competência técnica.

Ao atuar no setor de cuidados emergenciais, o enfermeiro deve manter o domínio do que está acontecendo e ter consciência do que está fazendo e o que está sendo delegado. Os aspectos éticos e legais devem ser considerados importantes e extremamente transparentes, assim como recomenda o Código de Ética de Enfermagem e a Lei 7.498 de 25 de junho de 1986 (COFEN,1986) dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional de

enfermagem; cabendo privativamente ao enfermeiro, dentre outras funções: planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem.

Para Wehbe e Galvão (2003), os enfermeiros em serviços de emergência assistem o cliente/paciente juntamente com o médico; prepara e ministra medicações; viabiliza execução de exames; instala sondagens nasogástrica, nasoenteral e vesicais; realiza troca de traqueostomia; realiza curativos de maiores complexidades, prepara instrumentos para intubação; analisa os sinais vitais; e evolui os clientes/pacientes.

As atividades que o enfermeiro desempenha dentro de uma UPA são pautadas por diversos subprocessos que funcionam de forma interligada, compondo um processo de trabalho estruturado ao ato de assistir, administrar/gerenciar, ensinar e pesquisar, e a divisão dos serviços entre os diferentes membros da classe profissional é uma característica marcante da enfermagem (MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011).

O enfermeiro é o profissional indicado pelo MS como sendo o responsável pela avaliação inicial do paciente que chega à unidade. Nessa recepção, é ele quem determina a prioridade de atendimento e o tempo de espera de cada indivíduo, organizando o fluxo e promovendo um atendimento humanizado. Nesse mesmo contexto, o enfermeiro precisa ser o porta-voz de toda a equipe multiprofissional colaborando para que o atendimento tenha efetividade de ações e otimização de cuidados (LOPES, 2011).

É um tema pertinente quando percebemos a importância das atividades do enfermeiro para uma assistência integral, resolutiva, assim sua determinação para os princípios do SUS. Delimitando as ações do enfermeiro, contribuimos diretamente para a não sobrecarga de trabalho e a coordenação qualificada do fluxo de atendimento, tornando-o humanizado e efetivo.

Para os enfermeiros que atuam na triagem dos pacientes, é necessária uma percepção clínica aguçada e uma escuta qualificada. De acordo com Lopes (2011), a classificação de riscos é um instrumento eficaz de organização de fluxo dentro das unidades emergenciais e dá ao paciente o direito de cidadania. É um sistema de direcionamento por cores de acordo com o potencial de risco ou grau de sofrimento.

Esse processo deve ser realizado por um profissional de nível superior que se comprometa a ouvir e perceber as queixas do paciente e interpretar os seus sinais e sintomas com objetivo de mensurar o tempo de atendimento de casa usuário, organizando a demanda. E, segundo Oliveira et al. (2004), o enfermeiro é o profissional qualificado e capacitado para essa função.

Pelo estudo de Santos et al. (2014), o enfermeiro tem práticas e saberes que deverão ser aplicados diretamente em uma UPA. Compete ao enfermeiro buscar meios de infraestrutura e disponibilidade de recursos materiais garantindo a atuação da equipe em meios emergenciais. Atribuem-se ainda ao enfermeiro o dimensionamento do pessoal de enfermagem, a capacitação e qualificação de sua equipe, a realização de procedimentos mais complexos e a avaliação dos resultados das ações. Para esses autores, o papel principal de um enfermeiro dentro desse componente assistencial é a gerência do cuidado em um contexto organizacional.

Para Cassettari (2014), o enfermeiro de uma unidade de pronto-atendimento deverá decidir, junto com o médico, a melhor conduta a ser tomada para cada paciente. Diante disso, esse profissional precisa ser comprometido com a atualização constante de seus conhecimentos práticos-teóricos e suas bases científicas. São também atribuídas ao enfermeiro a responsabilidade pela educação de promoção e a prevenção e recuperação da saúde do paciente.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, documental, retrospectivo, feito através de uma pesquisa de campo com caráter quantitativo.

Compreende-se estudo epidemiológico o estudo de fatores que determinam uma frequência e uma distribuição das doenças nas coletividades humanas (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 1992).

O estudo documental é realizado em papel, tabelas estatísticas, cartas, pareceres, fotos, atas, informações, obras originais de qualquer natureza - pintura, escultura, desenho, etc.), notas, diários, projetos de lei, ofícios, discursos, mapas, testamentos, inventários, informativos, depoimentos orais e escritos, certidões, correspondência pessoal ou comercial, documentos informativos arquivados em repartições públicas, associações, igrejas, hospitais, sindicatos (SANTOS, 2000).

Entende-se por estudo retrospectivo quando explorar fatos do passado, podendo ser delineado para retornar, do momento atual até um determinado ponto no passado, há vários anos por exemplo, como ocorre nos estudos caso controle, ou o pesquisador pode marcar um ponto no passado e conduzir a pesquisa até o momento presente, pela análise documental (MARCONI, 2006).

A pesquisa de campo tem a intenção de capturar dados que permitam dar respostas a problemas relacionados a grupos, comunidades ou sociedades com o fim de conhecer diferentes condições de uma realidade, refere-se a uma área utilizada por áreas da ciência humanas e sociais por meio de ferramentas observacionais e questionário de coleta de dados (MARCONI, 2004).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Dra. Valéria Macambira Guedes, que foi inaugurada no dia 23 de novembro de 2013 na sede do município de Cajazeiras no estado da Paraíba, sendo esta unidade uma referência á assistência de mais 14 Municípios que fazem parte da 9ª Regional de Saúde sendo eles: Bernardino Batista, Bom Jesus, Bonito de Santa Fé, Cachoeira dos Índios, Carrapateira, Joca Claudino, Monte Horebe,

Poço Dantas, Poço de José de Moura, Santa Helena, São João do Rio do Peixe, São José de Piranhas, Triunfo e Uiraúna (PARAIBA,2017)

A UPA de Cajazeiras é classificada como porte I, a mesma apresenta a seguinte estrutura física, uma recepção com sala de espera, uma sala de Assistência Social, sete banheiros, sala de Acolhimento e Classificação de Risco, dois consultórios Médicos, sala de Curativos, uma sala de Nebulização, uma sala de Administração de Medicamentos, uma Farmácia, uma sala de Raio X, sete leitos, sendo estes distribuídos da seguinte forma: dois leitos destinados a Área Vermelha, três leitos para a Área Amarela e dois leitos para Observação.

4.3 População e amostra

População é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum. Amostra é uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo (LAKATOS e MARCONI, 2010). A população do estudo foi todos os registros dos pacientes atendidos na UPA no período de 01 de janeiro à 31 dezembro de 2014.. Para cálculo da Amostra serão aplicados critérios de inclusão e exclusão.

Para tipo de Amostra será na qual todos os elementos têm a mesma probabilidade de serem selecionados. Variáveis categóricas são aquelas medidas em uma escala nominal. Exemplos de variáveis categóricas são sexo (masculino/feminino), cor (Azul, Amarelo, etc.). As variáveis a serem estudadas serão sexo, classificação de risco e queixa clínica.

4.4 Critérios de inclusão/exclusão

Os critérios de inclusão utilizados foram todos os registros de admissão de pacientes na UPA no período de Jan 2014 a Dez 2014, após passarem pelo ACCR 56.754. Já os critérios de exclusão para a não participação na pesquisa foram os registros incompletos e letras ilegíveis que foram 2825.

4.5 Coleta de dados

Para a coleta de dados da pesquisa foi utilizado os registros do livro de entrada preenchidos pelo Enfermeiro responsável. Instrumento importante para manter um controle acerca do quantitativo de pacientes, nome, queixas clínicas dos clientes que procuram o serviço de Pronto Atendimento. Todos dados foram coletados por meio de um formulário próprio, ou seja, uma planilha no Software Microsoft Excel, onde o mesmo foi estruturado com itens, elaborados com intuito de alcançar os objetivos propostos neste estudo. As variáveis observadas foram: sexo, classificação de risco e queixa clínica conforme o Apêndice B.

A coleta de dados ocorreu em dias previamente acordados, podendo ser em qualquer dia da semana ou turno de trabalho e em momentos que não sejam inoportunos para a equipe e pacientes. Cabe ressaltar que nas situações onde ocorrerem intercorrências, como por exemplo, paradas cardiorrespiratórias, ou outras situações que necessitem de intervenções rápidas e demandem de concentração e espaço a coleta foi imediatamente suspensa sendo sua execução reagendada.

4.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados de acordo com estatística simples, com valores absolutos e percentuais, processados pelo Software Microsoft Excel, transformados em tabelas e gráficos e, em seguida, os resultados encontrados confrontados a luz da literatura pertinente.

4.7 Aspectos éticos

Apesquisa garantiu aos participantes todos os aspectos éticos, pois seguido fielmente a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que trata de pesquisas e testes em seres humanos, que de forma direta ou indireta foram obedecidos, especialmente no tocante à assinatura do Termo de Confidencialidade conforme o Apêndice A..

Desta maneira, o estudo não ofereceu nenhum risco à integridade física ou mental de nenhum dos participantes ou provocou constrangimento. Também não ofereceu estresse emocional, ou omissão de respostas, que serão relacionadas ao sentimento e também intimidação pelo método adotado. A pesquisa foi norteadas a partir do compromisso em

respeitar os aspectos éticos dos dados envolvidos, ao qual foi assegurada a não identificação do sujeito. O projeto de pesquisa foi protocolado e registrado com CAAE: 86902218.9.0000.5575 e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, sob o número 2.626.459.

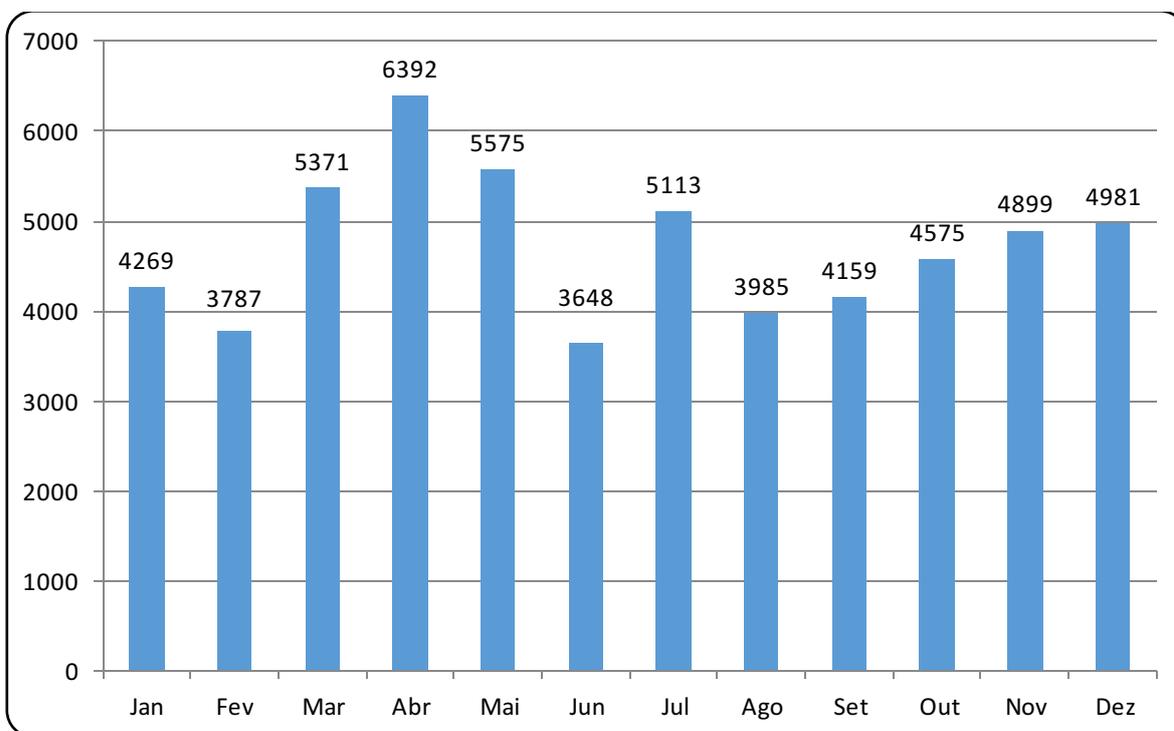
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesse tópico serão apresentados os resultados da pesquisa realizada na UPA de Cajazeiras no seu primeiro ano de implantação. Os dados procurarão descrever o perfil dos atendimentos quanto a prevalência das principais condições que desencadearam a procura pelo serviço, o sexo que mais procura o serviço e a frequência de atendimentos por meses.

A UPA do Município de Cajazeiras é caracterizada como sendo de Porte I, e contou com um total geral de 56.754 atendimentos registrados no ano de 2014. Trata-se de uma instituição pública pertencente ao SUS. Por ser uma unidade de Ponto atendimento 24 horas, apresenta uma grande demanda de pacientes provenientes de outros municípios circunvizinhos. Vale ressaltar também seu papel na pesquisa e ensino, pois é campo de estágio para alunos dos cursos de graduação de enfermagem e Medicina.

Serão destacados e discutidos abaixo, os achados da pesquisa, que foram colhidos dos livros de registro do acolhimento e classificação de risco, da UPA de Cajazeiras, ao todo foram analisados 8 livros de registros referente ao ano de 2014. No Gráfico 1 observamos o número total de atendimentos no primeiro ano de implantação distribuído por meses

Gráfico 1 – Distribuição do número de atendimentos da Unidade de Pronto Atendimento por meses. Cajazeiras, 2014



FONTE: Dados da pesquisa(2018)

No gráfico 1 estão os 56.754 atendimentos que passaram na UPA 24 horas do Município de Cajazeiras, distribuídos pelos 12 meses de 2014, nele podemos observar como foi à procura da população dentro do referido ano, sendo os meses de março, abril e maio os de maiores procuras do serviço, justamente nesses meses encontramos o aumento dos casos de doenças endêmicas como dengue e viroses, por conta do grande número de casos acima do normal esperado, fato esse que justifica o aumento dos atendimentos.

A dengue é uma doença endêmica no nosso País, com surtos epidêmicos em todos os estados da federação, é a principal doença transmitida por vetores, sendo grave problema de saúde pública no Brasil, no mundo cerca de 2,5 a 3 bilhões de pessoas estão sob o risco de adoecimento. Estudos prévios, incluindo modelos matemáticos, tem investigado a influência dos efeitos das mudanças climáticas, da transição demográfica e da estrutura urbana na dinâmica de transmissão da dengue. Reconhece-se que, assim como em outras viroses reemergentes, seu desencadeamento se relaciona às atividades humanas que modificam o ambiente (SCHMIDT et al., 2011).

O crescimento populacional, as migrações, a urbanização inadequada, o mau funcionamento dos sistemas de saúde e a elevada densidade populacional foram fatores fundamentais para explicar a reemergência da dengue. Esse modelo de reprodução social, aliada a não disponibilidade de serviços de saneamento ambiental em quantidade e qualidade adequadas, tornam esses ambientes propícios à dinâmica de transmissão da doença (TAUIL, 2001).

Nos outros meses do ano a UPA teve em média mais de 3500 atendimentos por mês, Salvo os meses acima citados e os últimos meses do ano, onde se destacam as festas comemorativas de fim de ano onde há um aumento no número de pessoas no Município como também é caracterizado o início do período de chuvas, onde se espera o aparecimento de doenças características desse período do ano. Na tabela a seguir apresentaremos os atendimentos distribuídos pelos meses, segundo o acolhimento e classificação de risco, registrados na unidade no ano de 2014.

Tabela1 – atendimentos segundo Acolhimento e Classificação de Risco. Cajazeiras, 2014

Meses	Classificação de Risco							
	Azul	%	Verde	%	Amarelo	%	Vermelho	%
Total	15.095	26,95	28.630	50	12.925	23	104	0,05

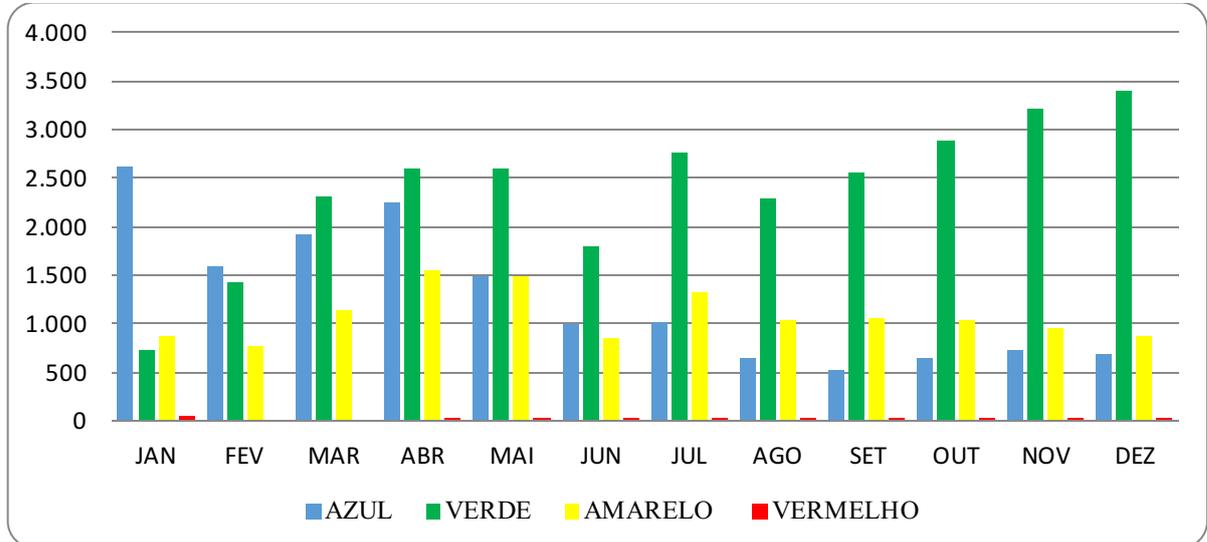
FONTE: Dados da pesquisa(2018)

Os dados acima nos mostram como foram classificados os casos de entrada no serviço da UPA, segundo a proposta de acolhimento e classificação de risco. No ano de 2014 na unidade só eram utilizadas as cores, Azul, Verde, Amarelo e Vermelho para classificar os atendimentos, sendo as Cores Verde, Amarela e Vermelha as cores das condições que poderiam ser resolvidos na Unidade e a cor Azul na atenção básica.

No tabela acima, demonstra também a porcentagem o total de atendimentos, segundo a classificação de risco, onde podemos observar que em 2014, no somatório geral a classificação Azul foi responsável por 15.095 (26,95%) dos atendimentos, o Verde por 28.630 (50%), Amarelo 12.925 (23%) e Vermelho 104 (0,05%) dos atendimentos. O que ainda nos mostra que a classificação Verde apresentou um número maior de atendimentos no total geral do ano, seguido pelo Azul que se manteve acima dos casos classificados como amarelo.

Isso pode ser explicado segundo estudos na área, devido os usuários reconhecer os serviços de saúde de urgência e emergência como um serviço porta-aberta à possibilidade de oferecer pronta resposta a seu atendimento. Por isso, há uma dificuldade em modificar este hábito, culturalmente arraigado e fundamentado em fortes crenças (MARQUES, 2007).

Muitos usuários têm uma visão distorcida das UPAs em comparação às UBS. Acreditam que nas UPAs terão uma assistência mais resolutiva, mais rápida. Porém, na maioria dos casos em que o usuário procura atendimento emergencial, a Atenção Primária a Saúde teria as ferramentas necessárias para prestar um cuidado resolutivo e integral, que possibilitaria continuidade a assistência de saúde. Sendo assim, é necessário fortalecer a orientação à população, estimulando novos hábitos com relação à procura por atendimento em saúde (WEXLER, et.al, 2015).

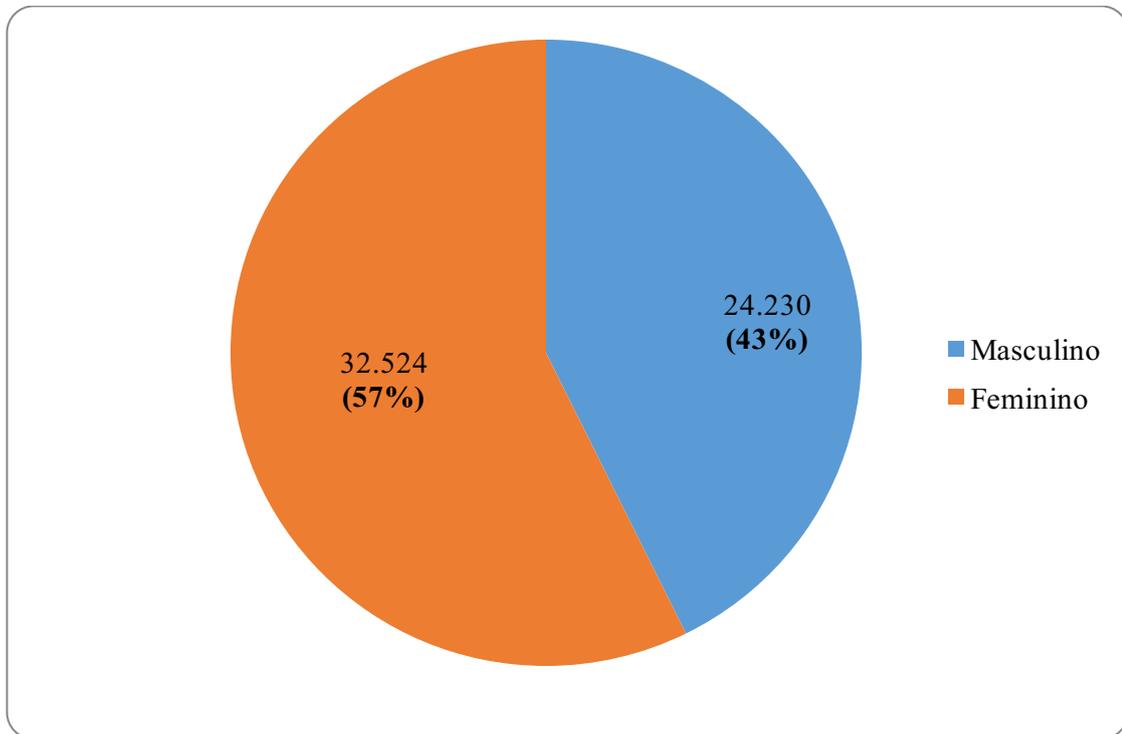
Grafico 2 – Atendimentos mensal de acordo com o acolhimento e Classificação. Cajazeiras 2014

FONTE: Dados da pesquisa(2018)

Sendo assim, podemos observar que os meses de janeiro a junho de 2014, a classificação Azul e Verde eram as mais atendidas na unidade, sendo que os de classificação Azul possíveis de se resolver na atenção básica de saúde, segundo a OMS 85% dos problemas de saúde deve ser resolvido na APS (OMS, 1979). O mês de janeiro o de maior incidência de classificação Azul, o que demonstra um desconhecimento da população dos serviços da unidade e seu funcionamento, o que foi amenizado a partir do mês de julho, onde houve uma diminuição na classificação Azul e um aumento das classificações alvo dos atendimentos da UPA, Verde e Amarelo. O que demonstra ter ocorrido uma possível campanha de sensibilização da população quantos os serviços que o estabelecimento de saúde presta a seus usuários e quais eram os perfis de atendimentos prioritários do serviço.

Abaixo serão discutidos os gráficos referentes aos atendimentos por sexo ocorridos no ano de 2014 e registrados no livro de atendimentos da UPA.

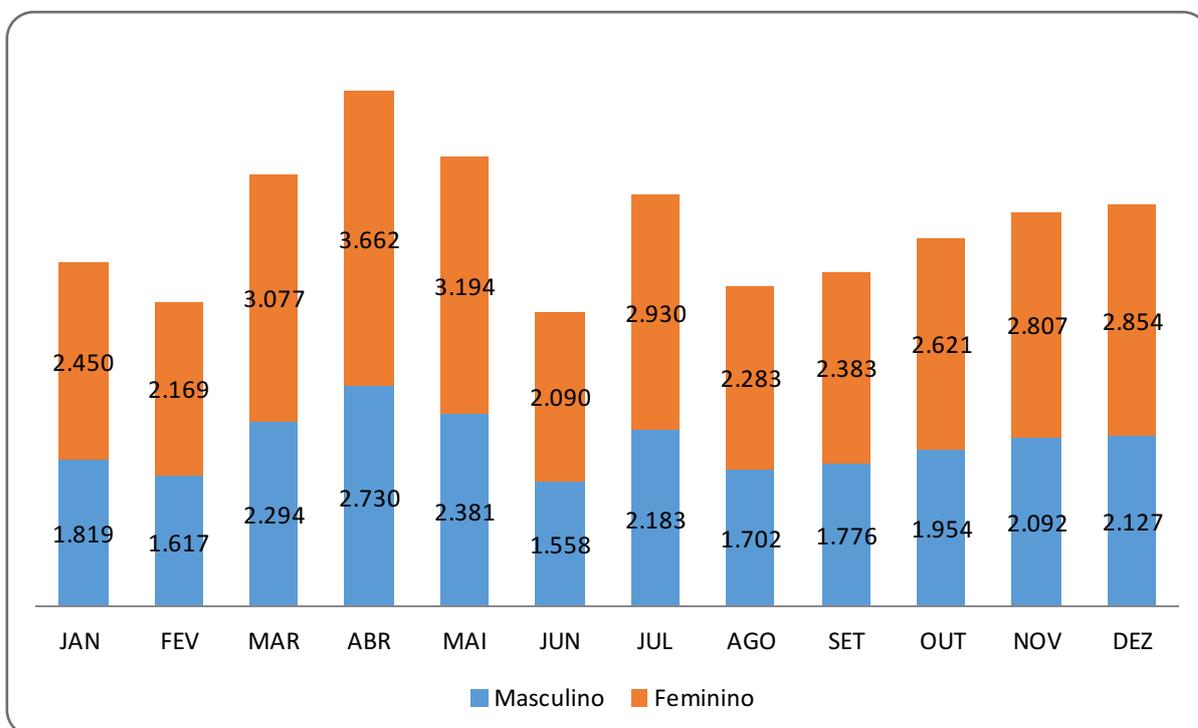
Gráfico 3 – Caracterização dos atendimentos da Unidade de Pronto Atendimento, no primeiro ano de implantação, por sexo. Cajazeiras, 2014



FONTE: Dados da pesquisa(2018)

Como podemos observar os atendimentos ao público feminino foram maiores no ano de 2014 em relação ao sexo masculino, pode ser explicado na literatura onde a Pesquisa Nacional de Saúde feita em 2013 nos mostrou que as mulheres brasileiras vão mais ao médico do que os homens (IBGE, 2015). Neste panorama, em que aspectos como a sensibilidade, o cuidado do outro e de si e a fragilidade são vistas como características femininas, os homens se distanciam de tais características, passando a exprimir comportamentos de risco que os predispõem a doenças, lesões e morte (KORIN, 2001; SCHRAIBER, GOMES e COUTO, 2005).

Gráfico 4 – Caracterização dos atendimentos da Unidade de Pronto Atendimento, no primeiro ano de implantação, por sexo e distribuídos por meses. Cajazeiras, 2014



FONTE: Dados da pesquisa(2018)

No gráfico acima estão à distribuição dos atendimentos ocorridos na UPA durante os 12 meses, nele podemos observar que a distribuição dos atendimentos continua com as mesmas características, mostrando que o os atendimentos ao sexo feminino sempre foram maior em relação aos do sexo masculino, sendo os meses de março, abril, maio, julho, outubro, novembro e dezembro os de maiores procura pelo serviço da unidade. Esses meses do ano já são esperados um aumento nos números de atendimentos, pois estão ligados a épocas e doenças endêmicas dentro dos períodos de chuvas da região ou eventos festivos.

No que se refere as queixas de entrada foram encontradas no livro de registro do acolhimento e classificação de risco da UPA, as seguintes causas de entrada dispostos na tabela 2 abaixo onde serão melhor discutidos.

Tabela 2 – Caracterização dos atendimentos da Unidade de Pronto Atendimento, no primeiro ano de implantação, conforme a queixa principal. Cajazeiras, 2014

QUEIXAS	TOTAL DE ATENDIMENTOS	%
Acidente Domiciliar	1295	2,3
Asma	1942	3,4
Cefaleia + Mialgia+ Febre*	13184	23,2
Crise Renal	2179	3,8
Diarreia + Emese***	7547	13,3
Dispneia	680	1,2
Dor Epigastrica	2449	4,3
Formigamento	1047	1,8
Lombalgia	7146	12,6
Ocorrência Samu	3813	6,7
Outras Causas	1745	3,1
Pa ↑ + Dm ↑**	12094	21,3
Processo Alergico	1583	2,8
Suspeita De Infarto	50	0,1
Total	56.754	100,0

* 1º maior queixa

** 2º maior queixa

*** 3º maior queixa

FONTE: Dados da pesquisa(2018)

Segundo os dados da tabela 2 tiveram 13 causas de queixas registradas no livro da classificação de risco as quais, podemos destacar que as queixas Cefaléia + Mialgia + Febre (23,4%), PA↑ + DM↑ (21,3%), Diarréia + Êmese (13,3%) tiveram respectivamente os maiores registros de causa entrada na Unidade. E as causas Formigamento (1,8 %), Dispneia (1,2%) e Suspeita de Infarto (0,1%) os que tiveram menores registros de entrada.

Os outros dados das ocorrências do SAMU e outras causas, poderiam se enquadrar em inúmeras outras , mas as mesmas estavam registradas como queixa de entrada nos livros por isso entrou como sendo uma variável das queixas.

Tabela 3 – Caracterização dos atendimentos da Unidade de Pronto Atendimento, no primeiro ano de implantação, conforme a queixa principal distribuída por meses. Cajazeiras, 2014

QUEIXAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
ACIDENTE DOMICILIAR	79	49	135	97	45	119	105	119	79	156	156	156
ASMA	178	145	134	123	343	125	134	135	160	168	152	145
CEFALEIA + MIALGIA+ FEBRE	718	831	1381	1789	1398	731	1164	1034	726	918	1248	1246
CRISE RENAL	240	136	210	189	323	156	210	156	140	138	140	141
DIARREIA + EMESE	524	487	787	1034	978	387	587	487	524	524	574	654
DISPNEIA	87	76	54	78	45	43	34	43	87	47	41	45
DOR EPIGASTRICA	198	155	189	178	198	173	198	172	198	260	265	265
FORMIGAMENTO	89	56	98	173	58	61	78	61	71	83	124	95
LOMBALGIA	487	376	594	648	997	376	794	316	587	687	647	637
OCORRENCIA SAMU	478	387	478	450	26	357	378	157	178	287	341	296
OUTRAS CAUSAS	34	78	143	178	142	138	143	128	184	198	198	181
PA ↑ + DM ↑	998	887	987	1289	889	887	1140	1079	1094	978	878	988
PROCESSO ALERGICO	149	124	165	164	132	94	145	94	129	129	129	129
SUSPEITA DE INFARTO	10	0	16	2	1	1	3	4	2	2	6	3

FONTE: registro da UPA (2014)

Na tabela acima, observamos as queixas distribuídas pelos 12 meses do ano de 2014. Nela podemos observar que a queixa Cefaléia + Mialgia + Febre obtiveram a maior frequência dos atendimentos no decorrer do ano, sendo os meses de março, abril, maio, julho, outubro, novembro e dezembro os meses de maior número de queixas relacionadas a esses sinais e sintomas.

Esses meses têm em comum, o aparecimento de doenças endêmicas sazonais esperadas nos períodos das quadras invernosas, como também festas onde movimentam o número de pessoas no Município, proveniente de outras regiões do país.

A queixa PA↑ e DM ↑, também se destaca com uma frequência maior de queixa entrada durante o ano de 2014, tendo registros superiores a 900 em 8 meses do ano, sendo eles janeiro, março, abril, julho, agosto, setembro, outubro e dezembro. Cajazeiras é um município onde existe um grande número de pessoas acometidas de HAS e DM, sendo essas ligadas mais ao envelhecimento da população. Das queixas estudadas, houve maior concentração de hipertensos. O estudo de Jacobs e Matos (2005) verificou que hipertensão está entre as cinco principais causas de atendimento na urgência e emergência. Observou-se que os pacientes Hipertensos e/ou Diabéticos usuários do serviço de urgência e emergência apresentaram uma predominância do sexo feminino, assim como o observado nos estudos de Scochi (2001) e Sanchez et al. (2004). Grande procura pelo serviço se deve talvez pelo fato do serviço de atenção primária não atender 24 horas, limitando o atendimento aos pacientes que necessitem observação por esse período.

O programa da ESF poderia contribuir de modo significativo na diminuição das readmissões destes pacientes no serviço de urgência e emergência, bem como para uma melhor adesão dos pacientes aos programas de Hipertensão e Diabetes da UBS.

As unidades de Ponto de Atendimento acaba sendo uma porta de entrada para resolução de muitos casos que poderiam ser assistidos na atenção básica, o que acaba muitas vezes sobrecarregando o serviço de assistência da unidade, o que nos indica que as atenções necessitam de uma melhor interação, para que o serviço flua sem sobrecarregar a dinâmica de atenção à saúde.

6 CONCLUSÃO

Verificou-se que o perfil da população estudada apresenta como características predominantes: sexo feminino, a Classificação Verde, apesar da classificação Azul ter ficado como segunda maior. Tendo como a principal causa de entrada: Cefaléia + Mialgia + Febre as queixas de maiores registros de atendimentos

Os resultados mostra que houveram algumas falha nos níveis de atenção a saúde o que indica que nesse ano houve de certa forma um erro de gestão no que condiz a cobertura da assistência de saúde da população de Cajazeiras e Região, visto que a maioria dos atendimentos prestados pela UPA no ano de 2014, poderiam ser resolvidos na Atenção Primária de Saúde.

O conhecimento desses dados é de fundamental importância para aperfeiçoar o processo de trabalho e melhorar a qualidade da assistência, possibilitando assim ao enfermeiro e aos profissionais de saúde planejar as ações de cuidado, através da elaboração de instrumentos de avaliação e metodologias para uma assistência da Classificação de Risco qualificada, obtendo ganhos na evolução do quadro clínico do cliente.

A limitação deste estudo se deve ao fato de ser uma pesquisa baseada nos livros de registro do ACCR da unidade, não sendo possível uma observação clínica mais detalhada para possíveis correções, como também alguns registros incompletos foram observados em alguns do mesmo e tiveram que ser descartados do estudo.

Diante destas considerações, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos sobre esta temática, assim com fatores não explorados neste trabalho, com a finalidade de confrontar dados, ampliar o conhecimento acerca dos benefícios proporcionados pelo UPA a saúde da População de Cajazeiras e Região.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FN. DE & ROUQUAYROL, M. Z. (1992) - **Introdução À Epidemiologia Moderna**. Belo Horizonte/Salvador/Rio De Janeiro: Coopmed/Apce/Abrasco(1992)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048 de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. **Diário Oficial da União**. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020 de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo (Unidades de Pronto Atendimento – UPA). **Diário Oficial da União**. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601 de 07 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.– UPA). **Diário Oficial da União**. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. **IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p.

CABRAL, A. P. S.; SOUZA, W. V. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2008, p. 530-540.

CASSETTARI, S. S. R. **Redes de atenção às urgências**: atuação do enfermeiro em unidades de pronto atendimento. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <<http://corensp.org.br/072005>> Acesso em: 21 mar. 2018.

FERNANDES, R. J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria da Saúde do município de Ribeirão Preto-SP**. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 2004.

FERRARI, D. História da ambulância. **Revista Intensiva**. v. 4: 132. 2006.

FERREIRA, C. S. W. **Os serviços de assistência às emergências no município de São Paulo**: implantação de um sistema de atendimento pré-hospitalar. Dissertação (Mestrado em Urgência e Emergência). Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo: São Paulo, 1999.

GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C.; FIGUEIREDO, L. A. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. **Acta. Paul. Enferm.** v. 25 (Número Especial 2). 2012, p. 19-25.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

JACOBS, CP; MATOS, EP. Estudo Exploratório dos Atendimentos em Unidade de Emergência em Salvador – Bahia. **Rev Assoc Med Bras** 2005; 51(6): 348-53.

LOPES, J. B. **Enfermeiro na Classificação de Risco em Serviço de Emergência**: revisão integrativa. Monografia (Graduação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2011.

KIRBY, S. E.; DENNIS, S. M.; JAYASINGHE, U. W.; HARRIS, M. F. Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice. *BMC Health Services Research*, v. 10, pp. 216, 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/216>. Acesso em 10 de maio de 2011.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latinoamericana**, v. 2. n. 2. 2001, p. 67-79.

MACHADO, K. Novidade no SUS – Unidade de Pronto atendimento-UPA. **Rev. RADIS**. n. 83. 2009, p. 12-6.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas. 2006.

_____. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev. Latino-am. Enferm.** v. 15. n. 1. 2007, p. 13-19.

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

MONTEZELLI, J. H.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e de cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 64, n. 2. Brasília: 2011, p. 348-354.

OLIVEIRA, B. F. M.; PAROLIN, M. K. F.; TEIXEIRA JR., E. V. I. **Trauma**: atendimento pré-hospitalar (APH). São Paulo: Atheneu, 2004

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Brasília, 1979.

RANDOW, R. M. V. **Práticas gerenciais em unidades de pronto atendimento no contexto de estruturação da rede de atenção à saúde de Belo Horizonte**. Tese (Mestrado em Saúde e Enfermagem). Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte: Universidade de Minas Gerais, 2012.

PARAIBA. Municípios que compõem a 9 Regional de Saúde. Gov. do Estado. 2017.

PEIXOTO, E.F. Urgência, Emergência e Pressa: A Realidade e os Desafios na Rede de Urgência e Emergência. **Revista de Saúde da UFMG**. Belo Horizonte. 2013.

SANCHEZ, C. G.; PIERIN, A. M. G.; MION JR., D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. **Ver. Esc. Enferm. USP**. v. 38. n. 1. 2004, p. 90-98.

SANTOS, Antonio Raimundo dos. Metodologia científica: a construção do conhecimento. 3ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000

SANTOS, J. S, et.al. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP: adotando como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**. v. 36. n. 2/4. 2003, p. 498-515.

SANTOS, J. L. G. et al. Contexto organizacional e gerência do cuidado pelos enfermeiros em unidades de pronto atendimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 35. n. 4. Florianópolis: 2014, p. 58-64.

SCHMIDT, W. P.; et al. Population Density, Water Supply, and the Risk of Dengue Fever in Vietnam: Cohort Study and Spatial Analysis. **PLoS Medicine**. v. 8. n. 8. Japão: 2011, p. 1-10.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência e saúde coletiva**. v. 10. n. 1. 2005, p. 7-17.

SCOCHI, M. J. Avaliando o cuidado ao hipertenso em serviços de saúde. **Acta Scientiarum**. Maringá, v. 23, n. 3. 2001, p. 739-744.

TACSI, Y. R. C.; VENDRUSCOLO, D. M. S. A Assistência de Enfermagem no Serviço de Emergência Pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 12, n. 3. Ribeirão Preto: 2004, p. 477-484.

TAUIL, P. L. Urbanização e Ecologia do Dengue. **Cad. Saúde Pública**. v. 17. 2001, p. 99-102.

WEHBE, G.; GALVAO, C. M. O enfermeiro de Unidade de Emergência de Hospital Privado: algumas considerações. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 9, n. 2. Ribeirão Preto: 2001, p. 86-90.

WEXLER, R.; et al. Connecting Emergency Department Patients to Primary Care. **J. Am. Board Fam. Med**. v. 28. n. 6. 2015, p. 722-732.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como voluntário (a) no estudo **CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SEGUNDO A PROPOSTA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**, coordenado pelo professor **MARIA BERENICE GOMES N. PINHEIRO** e vinculado a **UNIDADE ACADEMICA DE ENFERMAGEM–UAENF DO CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES–CFP DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE–UFCG**.

Sua participação é voluntária e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Este estudo tem por objetivo caracterizar a demanda atendida em uma Unidade de Pronto Atendimento no interior da Paraíba, com base na diretriz do Acolhimento com Classificação de Risco, a partir da sua implantação e se faz necessário pois espera-se que este trabalho auxilie na compreensão sobre o conjunto de indivíduos que utiliza os recursos desse tipo de setor pré-hospitalar, assim como as principais características da classificação de risco dos usuários. E dessa forma, ajude na necessária adequação do sistema de saúde às necessidades da população e formulação das políticas públicas em saúde por parte dos gestores.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: **Coleta de dados do prontuário**. Os riscos envolvidos com sua participação são: **os riscos serão mínimos e os pesquisadores assinaram um termo de confidencialidades dos dados, o que garante o anonimato dos participantes**. Os benefícios da pesquisa serão: contribuição para avaliação inicial do serviço da UPA no que se refere a assistência à saúde da população de Cajazeiras e Municípios que dependem desse serviço, cabe ainda considerar a escassez de estudos que abordam a atual conjuntura da UPA e sua integração com os demais níveis de atenção à saúde.

Todas as informações obtidas dos participantes, profissionais e instituição serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de maneira que não permita a identificação de nenhum voluntário.

Se você tiver algum gasto decorrente de sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Você ficará com uma via rubricada e assinada deste termo e qualquer dúvida a respeito desta pesquisa, poderá ser requisitada a **MARIA BERENICE GOMES N. PINHEIRO** e **JONAS SIEBRA DE LIMA**, ou ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP/CFP/UFCG cujos dados para contato estão especificados abaixo.

Dados para contato com dos responsáveis pela pesquisa

Nome do professor Pesquisador: Maria Berenice Gomes N. Pinheiro

Email: berenice_pinheiro@hotmail.com

Nome do pesquisador assistente: Jonas Siebra de Lima

Email: jonassiebra.lima@gmail.com

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande/CFP

Dados do CEP

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande- CEP/CFP/UFCG, situado a rua Sergio Moreira de Figueiredo, s/n, Bairro: Casas Populares, Cajazeiras-PB; CEP: 58.900-000.

Email: cep@cfp.ufcg.edu.br

Tel: (83) 3532-2075

Declaro que estou ciente dos objetivos e da importância desta pesquisa, bem como a forma como esta será conduzida, incluindo os riscos e benefícios relacionados com a minha participação, e concordo em participar voluntariamente deste estudo.

LOCAL E DATA

Assinatura ou impressão datiloscópica do voluntário ou responsável legal

Nome e assinatura do responsável pelo estudo

Nome e assinatura do responsável pelo estudo

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (ROTEIRO)
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (ROTEIRO)

CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SEGUNDO A PROPOSTA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
1. SEXO	
1.1 Masculino	
1.2 Feminino	
2. QUEIXAS	
3. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
AZUL	
VERDE	
AMARELA	
VERMELHA	

APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL E PARTICIPANTE

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Título do projeto: **CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SEGUNDO A PROPOSTA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.**

Pesquisador responsável: MARIA BERENICE GOMES N. PINHEIRO

Pesquisador Participante: JONAS SIEBRA DE LIMA

Instituição de origem do pesquisador: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CAMPUS CAJAZEIRAS

Área de Conhecimento: SAÚDE PÚBLICA

Curso: BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Telefone para contato: (83) 96550865

Local da Coleta de dados: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DRA^a VALERIA MACAMBIRA GUEDES

Registro no CEP/UFCG:

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso

- I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos cujos dados (informações e/ou materiais biológicos) serão estudados;
- II. Assegurar que as informações e/ou materiais biológicos serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;

III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Os Pesquisadores declaram ter conhecimento de que as informações pertinentes às técnicas do projeto de 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 que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

Cajazeiras, 23 de março de 2018.

María Berenice Gomes N. Pinheiro
Assinatura Pesquisador Responsável

Jonas Siqueira de Lima
Assinatura Pesquisador Participante

APÊNDICE D – CARTA DE ANUÊNCIA

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SEGUNDO A PROPOSTA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO” a ser desenvolvida pelo pesquisador Jonas Siebra de Lima sob a orientação da professora Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro, está autorizado a ser realizado nesta instituição de saúde.

Outrossim informamos que, para ter acesso a qualquer serviço do Unidade de Pronto de Atendimento fica condicionado a apresentação prévia da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa, devidamente credenciado ao Comitê Nacional de Ensino e Pesquisa- CONEPE, ao serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais

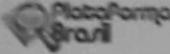
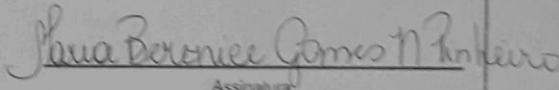
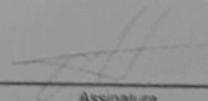
Atenciosamente

Cajazeiras, 23 de março de 2018

Lina Pollyana Brito Mendes
COORDENADORA DE ENFERMAGEM
UPA CAJAZEIRAS
COREN 3.0429
CPF 008 383 914-35

COORDENADOR DA UPA

APÊNDICE E – FOLHA DE ROSTO

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SEGUNDO A PROPOSTA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 100			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO			
6. CPF 685.457.844-49		7. Endereço (Rua, n.º): ALEXANDRE DE CARVALHO BELO HORIZONTE PATOS PARAIBA 58704240	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (63) 3422-1781	10. Outro Telefone:
11. Email: berenice_pinheiro@hotmail.com			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>23</u> / <u>03</u> / <u>2018</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal de Campina Grande		13. CNPJ: 05.055.128/0003-38	14. Unidade/Orgão: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
15. Telefone: (63) 3532-2000		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Antônio Fernandes Filho</u> Diretor do CPPI/UFCC SIAPE: 15145083		CPF: <u>98144898600</u>	
Cargo/Função: _____			
Data: <u>23</u> / <u>03</u> / <u>2018</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

APÊNDICE F – PARECER DO COMITÊ DE ETICA E PESQUISA

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SEGUNDO A PROPOSTA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Pesquisador: MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86902218.9.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.626.459

Apresentação do Projeto:

O Projeto intitulado CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SEGUNDO A PROPOSTA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO trata de um estudo epidemiológico, documental e retrospectivo, feito através de uma pesquisa de campo com caráter quantitativo. O estudo será realizado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) - Cajazeiras- PB.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SEGUNDO A PROPOSTA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO tem por objetivo principal caracterizar a demanda atendida em uma Unidade de Pronto Atendimento no interior da Paraíba, com base na diretriz do Acolhimento com Classificação de Risco, a partir da sua implantação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SEGUNDO A PROPOSTA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO é importante e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

**UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE**



Continuação do Parecer: 2.626.459

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SEGUNDO A PROPOSTA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, número 86902218.9.0000.5575 e sob responsabilidade de MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1100125.pdf	23/04/2018 10:28:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/04/2018 10:28:16	MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_19_04.doc	23/04/2018 10:21:48	MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_ATIVIDADES.docx	23/04/2018 10:21:09	MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Outros	roteiro_de_coleta.docx	04/04/2018 10:37:21	MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	04/04/2018 10:35:29	MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_de_anuencia.pdf	04/04/2018 10:26:01	MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO	Aceito

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 2.626.459

Declaração de Pesquisadores	carta_de_anuencia.pdf	04/04/2018 10:26:01	PINHEIRO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	04/04/2018 10:25:32	MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 27 de Abril de 2018

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br