



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

NICOLE CRISTINE DE SOUZA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM
UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NO INTERIOR PAULISTA**

**Assis/SP
2020**



Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"

NICOLE CRISTINE DE SOUZA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM
UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NO INTERIOR PAULISTA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientando: Nicole Cristine de Souza

Orientador: Prof. Me. Daniel Augusto da Silva

**Assis/SP
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA

S729p SOUZA, Nicole Cristine de
Perfil epidemiológico dos atendimentos realizados em uma
unidade de pronto atendimento no interior paulista / Nicole
Cristine de Souza. – Assis, 2020.

61p.

Trabalho de conclusão do curso (Enfermagem). – Fundação
Educativa do Município de Assis-FEMA

Orientador: Me. Daniel Augusto da Silva

1.UPA 2.Humanização 3.SUS

CDD 610.736

Nicole Cristine de Souza

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM
UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NO INTERIOR PAULISTA**

Presidente da banca:

Prof. Daniel Augusto da Silva

Banca examinadora:

Prof. Caroline Lourenço de Almeida Pincerati

Agradecimento

Primeiramente agradeço a Deus por sempre me surpreender e nunca me desamparar, onde deposito todos meus medos e aflições, gratidão por mais uma etapa concluída.

Agradeço ao meu pai, Maurício, minha mãe, Ana Leda e ao meu irmão, Gustavo, sem vocês eu não saberia chegar até aqui, sempre depositaram confiança em mim, colaboraram com meus estudos, me apoiaram e me motivaram querendo sempre o melhor para mim. Obrigada pelos ensinamentos, valores e princípios, amo vocês!

Aos meus avôs que tenho um carinho imenso, minha avó Luci, por ser minha base, não mede esforços para me fazer bem e me apoiar, meu avô Hamilton com sua fé inabalável que me mantém em orações, minha avó Augusta por elogiar meu cuidado com o próximo e meu avô José que me faz refletir todos os dias em uma frase dita algum tempo atrás e a frase dizia “se você fizer o tempo passa e se não fizer o tempo continua passando” isso me motiva a lutar todos os dias, eu me sinto privilegiada em ter vocês na minha vida.

Agradeço imensamente ao meu professor orientador Daniel Augusto da Silva pela paciência, dedicação, motivação e contribuição, não poupando esforços para me ajudar quando precisei, tenho maior admiração pela pessoa e pelo profissional que é!

A professora Caroline Lourenço de Almeida Pincerati por aceitar o convite de ser minha banca e pelas orientações, pessoa maravilhosa de coração enorme e que inspira! Obrigada por seus ensinamentos e transmissão de conhecimentos ao longo da minha trajetória na faculdade.

Minhas amigas da faculdade, Ana Livia, Bianca Mirella, Isabela e Mariany pois passamos por momentos bons e ruins juntas durante essa caminhada, todas de alguma forma contribuíram com palavras de carinho, incentivo, motivação e superação. Gratidão em especial para Bianca Mirella que disponibilizou do seu tempo e contribuiu na coleta dos dados desse estudo.

Ao meu amigo e maior orgulho, Vinícius Moro, a primeira pessoa que me acompanhou no início da minha carreira e tive como parceiro no mercado de trabalho, sou muito grata pela paciência, conselhos, ensinamentos tanto pessoal, profissional e espiritual, por sempre me motivar, me transmitir uma paz inexplicável com as suas palavras e pela contribuição com as fórmulas facilitando o processo para o resultado final desse trabalho.

Ao meu amigo e presente que a UPA me deu, João Victor Lopes Maia, por me conduzir, se preocupar e até disponibilizar seu espaço no serviço para realização dessa pesquisa. Obrigada por todo apoio, você é incrível!

A todos os funcionários da UPA pela amizade, conselhos e ensinamentos. Em especial aos enfermeiros Carla Tavares Gomes, José Aparecido Alves de Oliveira e Luciana Almeida, equipe da coordenação da UPA onde foi realizado o estudo, obrigada pela aceitação do meu estudo na unidade e pela oportunidade como estagiária isso me contribuiu muito, me fez ampliar a visão e querer aprofundar no assunto.

A minha chefe Rubia Porto Dias coordenadora da UBS do Maria Izabel de Assis-SP, pela empatia, colaboração, oportunidades e carinho.

A todas as minhas amigadas que construí ao longo da vida, tenho comigo guardado todas as coisas boas que passamos juntas, todas de alguma forma contribuíram quando precisei, sempre estiveram do meu lado dando apoio e incentivo, obrigada por tudo!

Aos professores da fundação educacional do município de Assis – FEMA, do 1º ao 5º ano de enfermagem pelo conhecimento, conselhos, vivências e motivações, todos contribuíram para minha formação e foram inspiração em algum momento. Gratidão pelo trabalho, carinho e esforço!

E por fim a fundação educacional do município de Assis – FEMA, pelas oportunidades que são oferecidas ao longo do curso para o aluno, contribuindo no currículo profissional, orgulho em fazer parte dessa faculdade!

Epígrafe

“Ainda que a figueira não floresça
Ainda que a videira não dê o seu fruto
Mesmo que não haja alimento nos campos
Eu me alegrarei em Ti”
(Fernando Jerônimo dos Santos Júnior).

Resumo

Introdução: A UPA foi criada para atender os principais problemas de saúde na área de urgência e emergência, unidade que funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana e visa atender complexidade intermediária, estabilizando o paciente e iniciando uma investigação diagnóstica para transferência de cada caso conforme as necessidades ou mantê-lo em observação por 24 horas. O atendimento não se dá por ordem de chegada, é seguido o protocolo de Manchester que define o tempo e a prioridade do atendimento por cores, a cor azul, não urgente espera de até 4 horas, cor verde, pouco urgente espera de até 2 horas, cor amarela, urgente espera de até 1 hora, cor laranja, muito urgente espera de até 10 minutos, cor vermelha, emergência de atendimento imediato. A classificação de risco é um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência. A dificuldade de acesso ao tratamento preventivo leva a população buscar atendimento na unidade de pronto atendimento para resolução do problema de forma rápida, gerando sobrecarga de trabalho e ultrapassando a capacidade proposta para o serviço de urgência e emergência. Objetivo: analisar o perfil epidemiológico dos atendimentos realizados em uma Unidade de Pronto Atendimento em cidade do centro-oeste do estado de São Paulo. Método: Trata-se de estudo observacional, transversal, documental, retrospectivo, de abordagem quantitativa. A seleção dos prontuários analisados se deu por meio da técnica da amostra probabilística sistemática, totalizando 383 prontuários dos atendimentos realizados no período de dezembro de 2018 a novembro de 2019. Resultados: observou-se que a maioria dos atendimentos foram de mulheres (56%), conforme a idade dos participantes houve predomínio entre 31 a 59 anos e o mês com maior índice de atendimento foi em abril e maio. Na classificação de risco os classificados como azul totalizam a maior parte do atendimento (52,7%), para realização da triagem 62,7% dos atendimentos tiveram o tempo de espera inferior a 10 minutos, os registros dos sinais vitais realizados na triagem constam, níveis pressóricos normais (32,4%), dos atendimentos (92%) não mensurados os níveis glicêmicos, 329 dos prontuários sem verificação da frequência cardíaca, 327 dos prontuários sem aferição da temperatura axilar, 326 dos prontuários sem aferição da oximetria de pulso. Quanto as queixas, a principal causa do atendimento conforme capítulo do CID-10 foi capítulo XVIII: sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte. A maioria do tempo de espera para atendimento médico conforme a

classificação de risco é adequada, 35% dos atendimentos tiveram encaminhamento para exames complementares, 45% para soroterapia dentro da unidade, porém 84,3% dos atendimentos não continham informações sobre o destino final do paciente. Conclusão: há prevalência dos atendimentos na cor azul, casos que poderiam ser resolvidos em serviço de baixa complexidade, para isso, devem-se estabelecer ações de melhorias na atenção primária consequentemente trazendo assistência de qualidade nos serviços de urgência e emergência.

Palavra-chave: Unidade de Pronto Atendimento; Acolhimento com Classificação de Risco; Serviços de Saúde.

Abstract

Introduction: The UPA was created to meet the main health problems in the area of urgency and emergency, a unit that operates 24 hours a day, 7 days a week and aims to meet intermediate complexity, stabilizing the patient and initiating a diagnostic investigation to transfer each case as needed or keep it under observation for 24 hours. Service is not on a first-come, first-served basis, according to the Manchester protocol, which defines the time and priority of service by color, blue, non-urgent waiting up to 4 hours, green, not urgent waiting up to 2 hours, yellow, urgent waiting for up to 1 hour, orange, very urgent waiting for up to 10 minutes, red, emergency emergency. The risk classification is an instrument to better organize the flow of patients looking for urgent / emergency doors. The difficulty in accessing preventive treatment leads the population to seek care at the emergency care unit to resolve the problem quickly, generating work overload and exceeding the capacity proposed for urgent and emergency services. Objective: to analyze the epidemiological profile of care provided at an Emergency Care Unit in a city in the midwest of the state of São Paulo. Method: This is an observational, cross-sectional, documentary, retrospective study with a quantitative approach. The selection of the analyzed medical records was carried out using the systematic probabilistic sample technique, totaling 383 medical records of the consultations carried out from December 2018 to November 2019. Results: it was observed that the majority of consultations were from women (56%), according to the age of the participants, there was a predominance between 31 to 59 years and the month with the highest attendance rate was in April and May. In the risk classification, those classified as blue make up the majority of the assistance (52.7%), for screening 62.7% of the assistance had a waiting time of less than 10 minutes, the records of vital signs performed in the screening are shown, normal blood pressure levels (32.4%), attendance (92%) glycemic levels not measured, 329 from medical records without checking heart rate, 327 from medical records without measuring axillary temperature, 326 from medical records without measuring pulse oximetry. As for complaints, the main cause of care according to the ICD-10 chapter was Chapter XVIII: symptoms, signs and abnormal findings from clinical and laboratory tests, not classified elsewhere. Most of the waiting time for medical care according to the risk classification is adequate, 35% of the visits were referred for complementary exams, 45% for serotherapy within the unit, however 84.3% of the visits did not contain information about the final destination of the service. patient. Conclusion: there

is a prevalence of consultations in blue, cases that could be solved in low complexity services, for that, actions should be established to improve primary care, consequently bringing quality assistance in urgent and emergency services.

Keyword: Emergency Care Unit; Reception with Risk Classification; Health services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Caracterização dos participantes quanto ao sexo, Assis 2020 (n = 383).	27
Figura 2. Caracterização dos participantes em relação a idade, Assis 2020 (n = 383).	28
Figura 3. Caracterização dos prontuários em relação ao mês com maior número de atendimentos, Assis 2020 (n=383).	29
Figura 4. Caracterização da classificação de risco atribuída pelas cores que foram recebidas para os participantes de acordo com o protocolo de Manchester Assis, 2020 (n=383).	31
Figura 5. Caracterização do tempo de espera entre a confecção da ficha até a triagem, Assis 2020 (n=383).	33
Figura 6. Classificação da pressão arterial aferida no momento da triagem através das 7ª diretrizes brasileiras de hipertensão (PAS), Assis 2020 (n=383).	35
Figura 7. Classificação dos valores conforme batimentos cardíacos por minutos, Assis 2020 (n=383).	37
Figura 8. Classificação da temperatura axilar dos participantes aferida no momento da triagem, Assis 2020 (n=383).	39
Figura 9. Classificação do nível de saturação de oxigênio dos participantes que tiveram a oximetria de pulso verificada no momento da triagem, Assis 2020 (n=383).	40
Figura 10. Classificação do nível glicêmico dos participantes que tiveram aferição da glicemia no momento da triagem, Assis 2020 (n=383).	42
Figura 11. Classificação dos serviços de apoio diagnóstico que foram solicitados para os participantes, Assis 2020 (n=383).	47
Figura 12. Classificação em relação as medicações realizadas dentro da unidade, Assis 2020 (n=383).	49
Figura 13. Destino final dos participantes que tiveram atendimentos na UPA no interior paulista, Assis 2020 (n=383).	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição das atividades desenvolvidas.	23
Tabela 2. Atendimentos em relação as queixas apresentadas no momento da triagem na UPA no interior paulista, Assis, 2020 (n=383).	44
Tabela 3. Caracterização do tempo de espera em relação a cor recebida na triagem até o atendimento médico (n=383).	46

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. PROBLEMATIZAÇÃO	19
3. OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. RELEVÂNCIA OU JUSTIFICATIVA	21
5. METODOLOGIA	22
5.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	22
5.2. LOCAL DO ESTUDO/INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	22
5.3. POPULAÇÃO/AMOSTRA	23
5.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	24
5.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	24
5.6. RISCOS.....	24
5.7. BENEFÍCIOS.....	24
5.8. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS.....	25
5.9. INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS.....	25
5.10. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	26
5.11 FONTE SECUNDÁRIA DE DADOS.....	26
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
7. CONCLUSÃO	52
8. REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE	61
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS.....	61

1. INTRODUÇÃO

Este estudo se dedicou a descrever o atendimento em urgência e emergência no Brasil, no contexto do sistema Único de Saúde (SUS), especificamente em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) situada em cidade do centro-oeste do estado de São Paulo.

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado nas Leis n.º 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, e tem como foco garantir o direito do cidadão “saúde de todos é dever do estado”. Essa legislação dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, tornando obrigatório o atendimento público para qualquer cidadão, financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população (BRASIL, 1990).

As ações e serviços públicos de saúde constituem um sistema único, de acordo com o art. 198 da Constituição Federal itens I, II e III, organizado com as seguintes diretrizes: gestão por 3 esferas, governo federal, estadual e municipal com relação político-administrativa (descentralização), a regionalização que se caracteriza na divisão da base territorial, norteia as ações e serviços de saúde de determinada região, a hierarquização estabelece fluxos necessários para condições de saúde dos usuários, organizando as unidades conforme o grau de complexidade e a participação da comunidade é a elaboração de adesão entre usuário e SUS (BRASÍLIA, 2002).

O SUS, conforme a Lei Orgânica 8080/90, é desenvolvido obedecendo aos princípios de direito legal de acesso à saúde todos os cidadãos em todos os níveis de assistência—universalidade, garantia de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema – integralidade, igualdade de assistência a todos, mas atendimento à saúde aos indivíduos de acordo com suas necessidades – equidade (GIL et al., 2016).

Visando aperfeiçoamento, as normas operacionais de assistência à saúde (NOAS-SUA 01/2002) determina regionalização como estratégia de hierarquização buscando maior equidade. Ampliando responsabilidades dos municípios (BRASÍLIA, 2002).

Os gestores municipais e estaduais verificam quais instrumentos de atendimento possuem (ambulâncias, postos de saúde, hospitais). Desse modo, para atender melhor a população,

os municípios cooperam entre si, traçam um plano regional de serviços. O acerto ou pactuação irá garantir que o cidadão tenha acesso a todos os tipos de procedimentos de saúde. Desde modo uma pessoa que precisa passar por uma cirurgia, mas o seu município não possui atendimento hospitalar, será encaminhada para um hospital de referência em uma cidade vizinha (BRASIL, 2006).

No Brasil, o sistema de saúde é fragmentado e organizado por níveis de atenção, de forma que cada um desses níveis corresponde a uma complexidade. É uma estrutura operacional que proporciona a articulação dos pontos de atenção à saúde (diferentes serviços de saúde que se distribuem nos três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário). Tal articulação deve se fundamentar na comunicação horizontal entre todos os serviços de saúde (MOLL et al., 2017).

A Atenção Primária à saúde é um conjunto de ações tanto individuais, coletivas ou familiares (Estratégia Saúde da Família), que são desenvolvidas através de práticas, de um cuidado integrado, de uma gestão qualificada para promover a proteção, promoção, prevenção e reabilitação a saúde, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. É a principal porta de entrada da rede de atenção à saúde do SUS, coordena e ordena os serviços disponíveis na rede e ofertada gratuitamente e integralmente a todas as pessoas (MOLL et al., 2017).

As UBS são consideradas potenciais espaços de educação, desenvolvimento de recursos humanos, investigação, ensino, inovação e avaliação tecnológica para os estabelecimentos que prestem ações e serviços à saúde (BRASÍLIA, 2017).

A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária (ERDMANN et al., 2013).

Os profissionais e equipamentos são preparados para realizar intervenções e o atendimento médico especializado para apoio terapêutico e diagnóstico de alguns casos de doenças agudas ou crônicas. São encaminhados a atenção secundária pacientes para realização de exames ou para atendimentos de urgência e emergência. Estes, por sua vez, são encaminhados para o terciário, em casos de maior complexidade e/ou internação. (BRASIL, 2006).

A Atenção Terciária prioriza-se a reabilitação, a recuperação e/ou a manutenção da estabilidade funcional de pessoas adoecidas que requerem um monitoramento contínuo (MOLL et al., 2017).

Os hospitais são organizações de cobertura tecnológica específica, de cuidados multiprofissional e interdisciplinar, responsável por atendimentos de condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de debilitação e de complicações de seu estado de saúde, necessitando assistência contínua em regime de internação e intervenções que abrangem a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013).

Na atenção secundária, para o atendimento das situações de urgência e emergência, o Governo Federal criou a UPA, unidade que funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana e visa atender complexidade intermediária, uma rede organizada em consolidação com a atenção básica, atenção domiciliar, atenção hospitalar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 (BRASIL, 2013).

A UPA presta o primeiro atendimento para casos de menor complexidade, casos cirúrgicos, traumas e internações, estabilizando o paciente e iniciando uma investigação diagnóstica para transferência de cada caso conforme as necessidades ou mantê-lo em observação por 24 horas (BRASIL, 2017).

O atendimento não se dá por ordem de chegada, é seguido o protocolo de Manchester que define o tempo e a prioridade do atendimento, o sistema consiste na identificação do paciente por cores conforme a situação clínica, a cor azul, não urgente espera de até 4 horas, cor verde, pouco urgente espera de até 2 horas, cor amarela, urgente espera de até 1 hora, cor laranja, muito urgente espera de até 10 minutos, cor vermelha, emergência de atendimento imediato (SÃO LUÍS, s.d.).

A Classificação de Risco deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado (SÃO LUÍS, s.d.).

A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde destaca como metas indispensáveis, a extensão do acesso e a melhoria da qualidade da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a fundação das Redes Temáticas prioritárias como estratégia essencial para o alcance desses objetivos. Dentre as Redes Temáticas prioritárias, destaca-se a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), tendo em

vista a relevância e a necessidade das situações clínicas envolvidas, além do atual contexto de superlotação dos prontos-socorros (BRASIL, 2013).

A UPA faz parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, que estrutura e organiza a rede de urgência e emergência no país, com o objetivo de integrar a atenção às urgências e assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços em situações de urgência e emergência com resolutividade e em tempo oportuno (BRASIL, 2013).

Os atendimentos que devem ser realizados na UPA são: febre alta, acima de 39°C, fraturas e cortes com pouco sangramento, infarto e derrame, queda com torção e, dor intensa ou suspeita de fratura, cólicas renais, falta de ar intensa, crises convulsivas, dores fortes no peito e vômito constante. Além disso, é a opção de assistência de saúde nos feriados e finais de semana quando a UBS está fechada. (BRASIL, s.d.)

Compõe uma UPA, consultórios de clínica médica, serviços de exames laboratoriais, raio-x, leitos de observação para adultos e pediátricos, salas de medicação, nebulização, ortopedia e uma sala de emergência para estabilizar os pacientes mais graves (BRASIL, s.d.)

Assim, para que a Rede de Atenção às Urgências e Emergências ofereça assistência qualificada aos usuários, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Sendo indispensável a implementação da qualificação profissional, da informação, do processo de acolhimento e da regulação de acesso a todos os componentes que a constitui. Como a promoção, prevenção e vigilância em saúde, atenção básica, SAMU 192, sala de estabilização, força nacional do SUS, UPA 24h, unidades hospitalares e atenção domiciliar (BRASIL, 2013).

2. PROBLEMATIZAÇÃO

A UPA foi criada para atender os principais problemas de saúde na área de urgência e emergência de alta morbimortalidade, segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, inclui as violências e acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e, acima desta faixa etária às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC) (BRASIL, 2013).

A dificuldade de acesso ao tratamento preventivo leva a população buscar atendimento na unidade de pronto atendimento para resolução do problema de forma rápida, gerando sobrecarga de trabalho e ultrapassando a capacidade proposta para o serviço de urgência e emergência (ALVES; GUERRA, s.d.).

Com o intuito de melhorar a assistência aos usuários que procuram a UPA para atendimento imediato, em situações que não se caracterizam como urgência e emergência, além de diminuir a sobrecarga de trabalho dos funcionários do serviço, é necessário um suporte maior à Atenção Básica, garantindo recursos, materiais e profissionais para que o serviço tenha resolutividade (OLIVEIRA et al., 2015).

Desta forma, a hipótese desta pesquisa é que há grande número de atendimentos realizados nesta unidade que poderiam ter sido resolvidos na atenção básica.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil epidemiológico dos atendimentos realizados em uma Unidade de Pronto Atendimento em cidade do centro-oeste do estado de São Paulo

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento em cidade do centro-oeste do estado de São Paulo;
- Identificar as causas principais para busca pelo atendimento de saúde em uma Unidade de Pronto Atendimento em cidade do centro-oeste do estado de São Paulo;
- Investigar a classificação dos atendimentos realizados em sala de Triagem de uma Unidade de Pronto Atendimento em cidade do centro-oeste do estado de São Paulo, conforme diretrizes para Classificação de Risco;
- Descrever informações sobre o destino do paciente ao final do atendimento de saúde em uma Unidade de Pronto Atendimento em cidade do centro-oeste do estado de São Paulo.

4. RELEVÂNCIA OU JUSTIFICATIVA

Unidades de Pronto Atendimento foram criadas no ano de 2003, com objetivo de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país, com o objetivo de integrar a atenção às urgências (MELLO et al., 2015).

Por ser uma unidade de “portas abertas”, gera grande acúmulo de pessoas o que impacta na qualidade de atendimento e assim a superlotação nas unidades de pronto atendimento (O'DWYER et al., 2017).

Desta forma, torna-se essencial o conhecimento acerca do perfil epidemiológico dos atendimentos realizados na UPA, com a compreensão dos dados sociodemográficos dos pacientes atendidos, das principais causas para a busca pelo atendimento na UPA, da análise da gravidade das situações de saúde conforme a Classificação de Risco e dos destinos dos pacientes ao final do atendimento.

Quando consolidados, esses dados apresentam potencial para subsidiar ações concretas em consonância a necessidade real de saúde da população.

5. METODOLOGIA

5.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo observacional, transversal, documental, retrospectivo, de abordagem quantitativa, para analisar o perfil epidemiológico dos atendimentos realizados em uma Unidade de Pronto Atendimento em cidade do centro-oeste do estado de São Paulo.

5.2. LOCAL DO ESTUDO/INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Este estudo foi realizado na Unidade de Pronto Atendimento em Assis/SP, que tem o objetivo de oferecer atendimento 24 horas, a todo usuário do Sistema Único de Saúde, através de classificação de risco, respeitando as referências e contra referências.

Esta Unidade de Saúde é destinada ao atendimento de pacientes em situações de urgência, podendo, se necessário, permanecer em regime de observação por até 24 horas.

A UPA pode ser classificada em três portes de acordo com a população da região a ser coberta, a capacidade (área física, número de leitos, recursos humanos e capacidade diária de atendimentos médicos). A UPA Porte I: tem no mínimo 7 leitos de observação e 2 leitos na sala de urgência. Capacidade de atender até 150 pacientes por dia e a população na área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes. UPA Porte II: tem no mínimo 11 leitos de observação e 3 leitos na sala de urgência. Capacidade de atender até 300 pacientes por dia e a população na área de abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes. UPA Porte III: tem no mínimo 15 leitos de observação e 4 leitos na sala de urgência. Capacidade de atender até 450 pacientes por dia e a população na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes. Desta forma a UPA de Assis-SP é classificada como UPA II.

Na priorização do atendimento de urgência e emergência, foi implantado o sistema de classificação de risco, onde a caracterização da gravidade definida por cores determina a priorização do atendimento por gravidade e não pela ordem de chegada.

5.3. POPULAÇÃO/AMOSTRA

Conforme o delineamento deste estudo, com caráter documental, a fonte dos dados foi a análise dos prontuários de atendimentos de saúde realizados em 12 meses, no período de dezembro de 2018 a novembro de 2019, por considerar a implantação de novo software para prontuário eletrônico em novembro de 2018.

Informações obtidas por meio da direção da unidade, afirmam que são realizados, em média, 10 mil atendimentos por mês, ou 120 mil atendimentos por ano.

Com grau de confiança de 95% e margem de erro de 5%, considerando a população de 120 mil atendimentos anuais, a amostra calculada será de 383 atendimentos.

A seleção dos prontuários analisados se deu por meio da técnica da amostra probabilística sistemática, de forma que a constante será calculada pela equação $C=N/n$, onde C é a constante, N é a população, e n é a amostra.

O primeiro prontuário analisado correspondeu ao número da primeira ficha de atendimento do período selecionado. O próximo prontuário analisado foi obtido pela soma da constante e do número da ficha de atendimento analisada anteriormente, e assim sucessivamente, até alcançar a amostra final calculada.

Caso ocorra exclusão do prontuário selecionado por ausência de informações e/ou preenchimento incompleto, considerou-se o atendimento subsequente para integrar a amostra.

Tabela 1. Descrição das atividades desenvolvidas.

Grupo	Nº de indivíduos	Intervenções a serem realizadas
Prontuários	383	Coleta de dados conforme instrumento elaborado pelos autores

Fonte: Elaborado pelos autores da pesquisa, 2020.

5.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Prontuários de atendimentos realizados no período de 01 de dezembro de 2018 a 30 de novembro de 2019.

5.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Prontuários que apresentem ausência de informações / preenchimento incompleto.

5.6. RISCOS

Considerando que não houve contato direto com os pacientes atendidos, mas o acesso a todas as informações presentes em seu prontuário, os riscos deste estudo se relacionam a exposição de dados e informações de cunho pessoal contidas no prontuário. Todavia, todas as informações coletadas neste estudo são de caráteres estritamente confidenciais, de forma que somente a pesquisadora e seu orientador tem conhecimento da identidade dos pacientes. A divulgação dos resultados desta pesquisa preserva o anonimato dos pacientes.

5.7. BENEFÍCIOS

Este estudo não forneceu benefício direto aos pacientes cujos prontuários foram analisados, entretanto, esperamos que as informações produzidas por meio do mesmo permitam o conhecimento sobre a caracterização do perfil epidemiológico dos atendimentos realizados, de modo a subsidiar ações de promoção e prevenção à saúde e de educação em saúde, além de auxiliar na organização do atendimento em saúde no Município.

5.8. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Em primeiro momento foi solicitada autorização para realização deste estudo à Unidade de Pronto Atendimento.

Após a autorização da mesma, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), devido o envolvimento de seres humanos, e somente após a aprovação do mesmo, os dados foram coletados.

Considerando que esta pesquisa possui caráter retrospectivo e documental, com análise de prontuários, e com amostra calculada de 383 prontuários de atendimento de saúde na referida unidade, houve solicitação de dispensa do TCLE.

A dispensa do TCLE é prevista na Resolução CNS 466/2012, Capítulo IV – DO PROCESSO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, Inciso IV. 8 – *“Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento”*.

A coleta dos dados ocorreu em dias e horários previamente acordados com a direção da unidade, de forma a possibilitar local adequado e privativo para acesso aos prontuários e coleta das informações.

Foi utilizado um instrumento, elaborado pelos autores (Apêndice I), composta por informações que subsidiam o alcance dos objetivos propostos neste estudo.

5.9. INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

O instrumento de coleta dos dados, elaborado pelos autores, é composto por variáveis que auxiliaram atingir os objetivos desta pesquisa, que é analisar o perfil epidemiológico dos atendimentos realizados em uma Unidade de Pronto Atendimento em cidade do centro-oeste do estado de São Paulo.

Desta forma, as variáveis compreenderam informações sobre data de atendimento, horário de confecção da Ficha de Atendimento (FA), horário de atendimento em sala de triagem, e horário de atendimento médico. A estes horários, analisou o tempo de espera para triagem e tempo de espera para atendimento médico, que deveria estar de acordo com o tempo estipulado na Classificação de Risco. Essa informação esteve em consonância com a direção da unidade, que solicitou a avaliação destes itens para controle de qualidade de atendimento.

Outras informações para caracterização dos pacientes atendidos compreendem sexo, idade, valor da Pressão Arterial aferida no momento da triagem, valor Frequência Cardíaca aferida no momento da triagem, valor da Temperatura axilar aferida no momento da triagem, mensuração do peso no momento da triagem.

Sobre o atendimento, e o perfil epidemiológico, informações sobre a classificação de risco, causa principal de atendimento, utilização do serviço de apoio diagnóstico (realização ou não de exames laboratoriais e de imagem), e administração de medicação em decorrência do atendimento.

Este instrumento encontra-se disponível como apêndice a este projeto.

5.10. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados coletados foram analisados utilizando análise estatística descritiva e inferencial por meio de testes estatísticos específicos.

5.11 FONTE SECUNDÁRIA DE DADOS

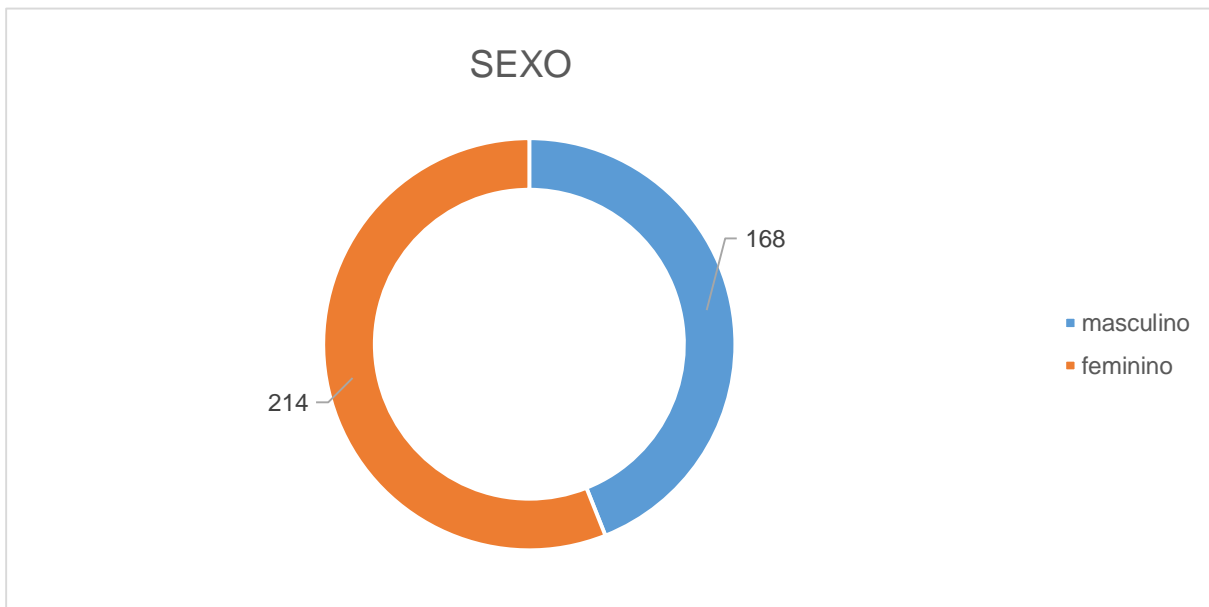
A coleta de dados foi realizada por meio de consulta aos prontuários de atendimento realizados na unidade de saúde selecionada para esta pesquisa.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados, conforme cálculos descritos na metodologia, 383 prontuários, respectivos a um total de 120 mil atendimentos por ano na unidade, no período de dezembro de 2018 a novembro de 2019.

A seguir, apresentaremos as características destes atendimentos.

Quanto ao sexo, o número médio de atendimentos no período de dezembro de 2018 a novembro de 2019 foi de mulheres 214 (56,0%) (Figura 1).



Fonte: Elaborada pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 1. Caracterização dos participantes quanto ao sexo, Assis 2020 (n = 383).

A partir dos dados coletados, observou-se uma pequena predominância do sexo feminino nos atendimentos realizados, o predomínio do sexo feminino pode estar relacionado com o nível de preocupação das mulheres com cuidados, prevenções e medidas preventivas à saúde, pelo fato da população feminina ser significativamente maior que a masculina em todo o país, questões culturais e o conceito de masculinidade visto na sociedade (BRASIL, 2019).

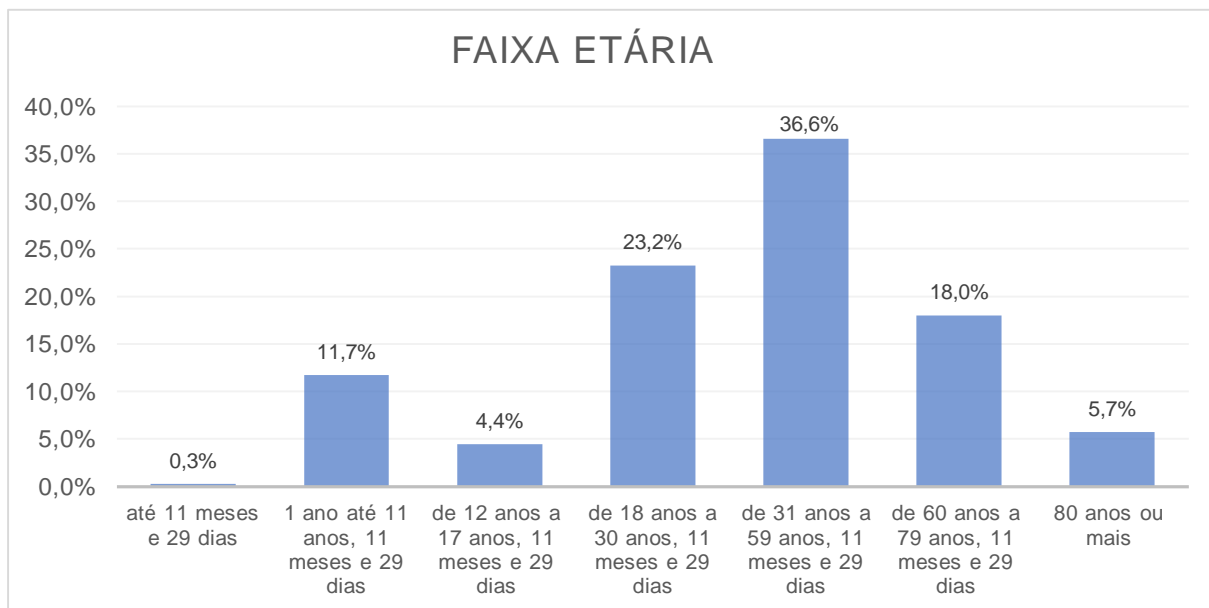
Teixeira e Cruz (2016) afirmam que na região do Nordeste as mulheres buscam pelo serviço de saúde para a prevenção e exames de rotina, já os homens procuram quando percebem

alguma anormalidade, ou agravo a saúde. Isso devido alguns sentimentos, como vergonha, impaciência, medo e/ou descuido com à saúde.

Semelhante a Matos e Breda (2020), através de uma coleta de dados na UPA Jardim Veneza Cascavel-PR no mês de maio de 2019, (53,9%) dos usuários que procuraram a UPA no período estudado eram do sexo feminino e (46,1%) masculino.

Antunes et al (2018) em uma pesquisa de atendimento a idosos na rede de atenção às urgências e emergências de Curitiba-PR (57,8%) eram do sexo feminino. Matoszko et al (2019), durante análise da caracterização da demanda do pronto socorro adulto do hospital escola Luiz Gioseffi Jannuzzi, Valença-RJ notou-se predomínio do sexo feminino, (61%) dos atendimentos.

Foi investigado a idade dos pacientes atendidos. A maioria dos participantes foram classificados na meia idade, tinham entre 31 a 59 anos, seguidos de participantes jovens com idade entre 18 a 30 anos e em terceiro lugar idosos de 60 a 79 anos (Figura 2).



Fonte: Elaborada pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

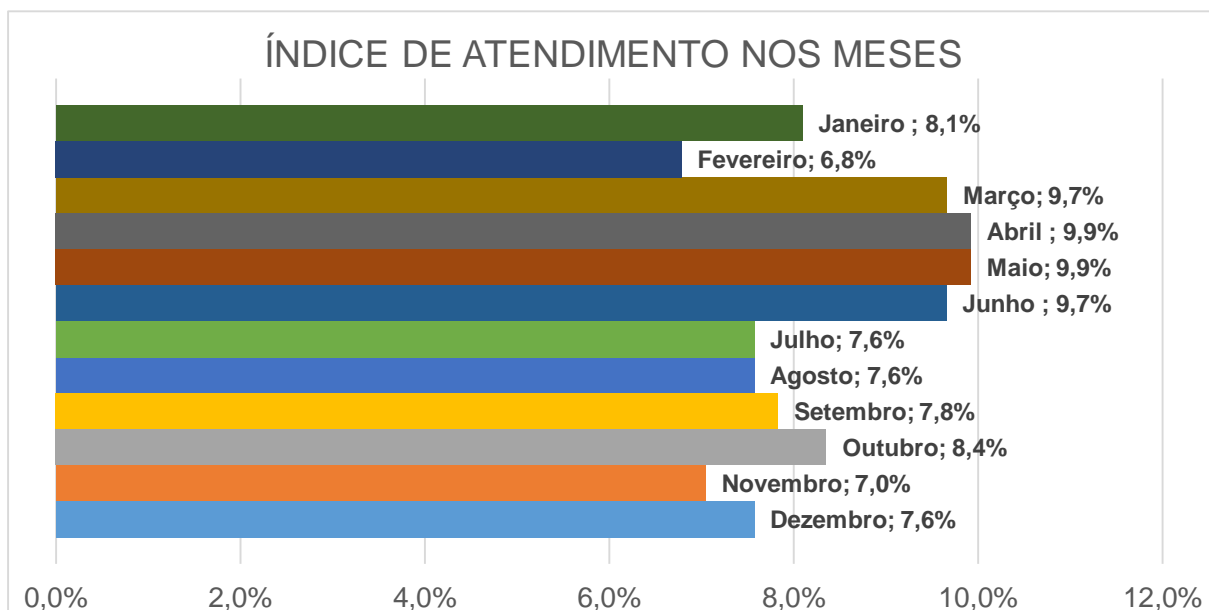
Figura 2. Caracterização dos participantes em relação a idade, Assis 2020 (n = 383).

Outros estudos apresentam dados diferentes, conforme Matoszko et al (2019), a faixa etária predominante da população que buscou o serviço de saúde na cidade de Valença-RJ foi acima de 61 anos seguidos de 51 a 60 anos, a maioria mulheres idosas que procuram por atendimento espontaneamente e obtiveram apenas consulta médica.

Segundo Basseto e Botelho (2019), em relação a faixa etária dos usuários atendidos por uma unidade de urgência e emergência de Marialva-PR, houve maior índice de indivíduos com idade entre 18 e 29 anos, seguido por 30 e 39 anos.

Oliveira (2019) afirma que a demanda de atendimentos realizados pela UPA de Tramandaí-RS é de adultos com idade entre 25 e 59 anos, seguido pelos idosos acima de 60 anos, Hehn e Bueno (2020) ao realizarem uma pesquisa sobre perfil epidemiológico em um pronto atendimento privado no Sul do Brasil houve predomínio da faixa etária entre 20 a 49 anos, com 60,8% dos registros.

Referente ao mês com maior índice de atendimentos a (Figura 3) mostra a distribuição dos mesmos. Observa-se que a maioria dos prontuários analisados se referem aos meses de abril e maio/2019, fato que, proporcionalmente, revela maior número de atendimento nesses meses.



Fonte: Elaborada pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

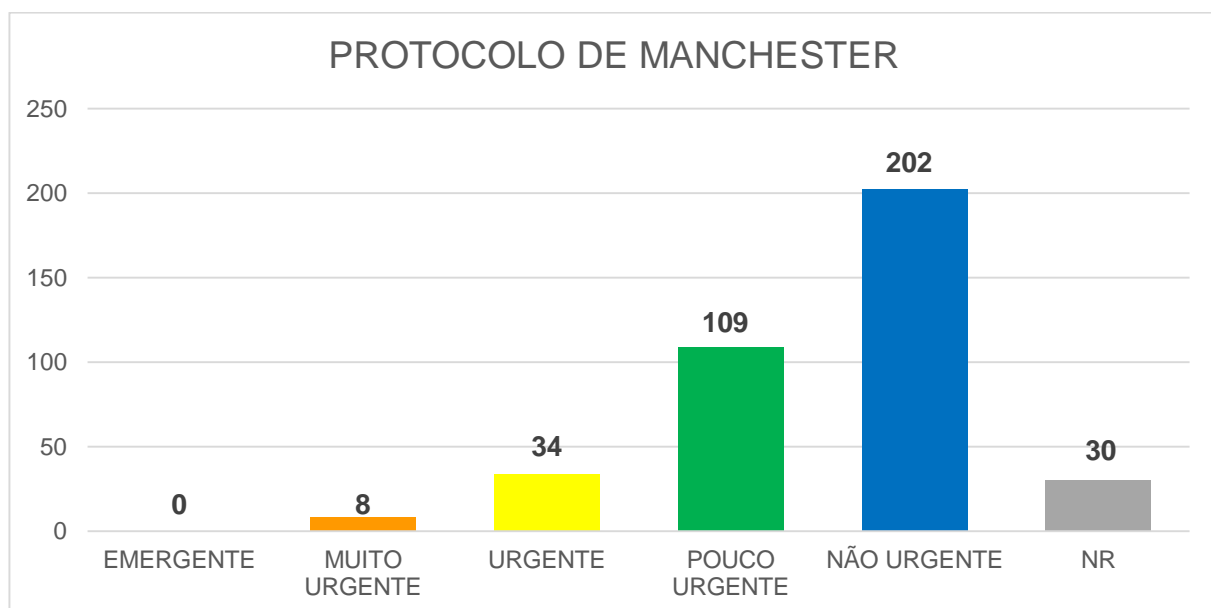
Figura 3. Caracterização dos prontuários em relação ao mês com maior número de atendimentos, Assis 2020 (n=383).

Conforme estudo Lima (2018), em Cajazeiras-PB observa-se que a procura da população dentro do ano de 2014, foram os meses de março, abril e maio os de maiores procuras do serviço, um fato que justifica o aumento dos casos de doenças endêmicas como dengue e viroses. A dengue é um grave problema de saúde pública no Brasil, é a principal doença

transmitida por vetores com alto risco de adoecimento, assim como em as viroses que reaparecem, seu desencadeamento tem influência dos efeitos nas mudanças climáticas. Outras situações de atendimento, conforme Godoi et al (2019), pode estar relacionado com a estação do ano em que o estudo foi realizado, nos meses de maio e junho uma das maiores queixas após lombalgia (54,4%), foi a falta de ar (20,1%), que está relacionada a asma, este justificado pela estação fria do ano, o que contribui para o desencadeamento desta enfermidade.

No entanto, uma diferença foi encontrada no estudo de Matos (2020), no qual, os últimos meses do ano, entre novembro e dezembro, há um aumento na demanda devido as festas comemorativas, maior número de pessoas no município, e início do período de chuvas, espera-se o aparecimento de queixas relacionadas a essas características desse período do ano.

A Figura 4 mostra como foram classificados os casos de entrada para atendimento na UPA através da classificação de risco, seguindo o protocolo de Manchester, que categoriza com a cor azul os casos não urgentes, com tempo de atendimento de até 240 minutos, com a cor verde os casos pouco urgentes, com atendimento em até 120 minutos, com a cor amarela os casos urgentes com atendimento em até 50 minutos, com a cor laranja os casos muito urgentes com atendimento até 10 minutos e com a cor vermelha os casos de atendimento imediato, 0 minutos.



Fonte: Elaborada pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 4. Caracterização da classificação de risco atribuída pelas cores que foram recebidas para os participantes de acordo com o protocolo de Manchester Assis, 2020 (n=383).

Nota-se que em nenhum dos prontuários analisados constou a classificação da cor vermelha que determina atendimento imediato, contudo, destaca-se que, na prática, o paciente classificado como vermelho é encaminhado diretamente para a sala de emergência, não passando pela sala de triagem, contudo, esta ação deveria ser realizada pelo enfermeiro da sala de emergência, que tem acesso ao sistema de classificação e possibilidade de realiza-la, de forma que essa informação conste na documentação do paciente

Em 30 prontuários analisados a triagem não foi realizada. Houve atendimento médico, mas não houve classificação de risco. Esta é uma falha que pode comprometer a filosofia da unidade, no que se refere a classificação de risco e tempo para o atendimento, que colaboram para a qualidade dos serviços prestados.

Os classificados como azul totalizam a maior parte do atendimento, 202 (52,7%) prontuários, casos que poderiam ser resolvidos em serviço de baixa complexidade e assim evitando a ida até a UPA, conseqüentemente trazendo melhoria na qualidade da assistência prestada aos atendimentos que de fato necessitam dos cuidados prestados na unidade.

Casos pouco urgentes foram 109 (28,5%). Os problemas de saúde apresentados por esses pacientes podem esperar até 120 minutos para o atendimento.

Ainda, tivemos 34 (8,9%) casos classificados como urgentes e somente 8 (2,1%) prontuários apresentaram demandas classificadas como muito urgente, requerendo assistência em até 50 e 10 minutos, respectivamente.

O alto número de atendimentos classificados como não urgentes e pouco urgentes decorrem do reconhecimento, pelos usuários, dos serviços de saúde de urgência e emergência como um serviço de portas-abertas, e acreditam que nas UPAs terão uma assistência mais rápida, resolutiva e de capacidade diagnóstica (exames de imagem e laboratoriais), não procurando a UBS onde possibilitaria continuidade da assistência por um cuidado resolutivo e integral, conseqüentemente é necessário que haja uma conscientização à população quanto aos serviços que cada unidade de saúde presta a seus usuários e quais os perfis de atendimentos prioritários de cada serviço (LIMA, 2018).

Conforme Hehn e Bueno (2020), a falta de conscientização dos usuários, em relação à complexidade do serviço está exposta na elevada demanda de classificados como pouco urgente (verde) e no tempo que permanecem dentro da unidade, com aproximadamente 89% dos usuários recebendo alta no mesmo dia. São diversas as justificativas que levam o usuário para o pronto atendimento, a mais evidente, refere-se à alta densidade tecnológica, onde os exames podem ser realizados no momento do atendimento, sendo possível fechar diagnóstico e iniciar tratamento instantâneo.

Por outro lado, as pessoas vão para a UPA porque são atendidas. Ir para a UBS/ESF é ouvir “não tem vaga”, tem experiências negativas e falta de atendimento/resolutividade. Segundo Becker e Silva (2020) em um estudo sobre a perspectiva dos usuários em um pronto-socorro hospitalar pediátrico, alguns dos motivos que levam a procura do pronto-socorro é a insatisfação com os níveis de atenção primária, tendo dificuldade de acesso ao serviço, falta de médicos nas unidades de saúde e o tempo prolongado de espera para uma consulta.

Pimentel et al (2016) ao analisar quais os motivos para uso do serviço de urgência e emergência pelo paciente não grave conclui que não é somente a falta de informação que faz esses pacientes se direcionarem ao PS, mas sim a falta de confiança na capacidade resolutiva da UBS. A maioria relata que o PS tem maior resolutividade, além disso, a alta taxa de encaminhamentos da própria UBS para o PS, sendo assim, observa-se uma falha no fluxo de atendimento dos serviços de saúde.

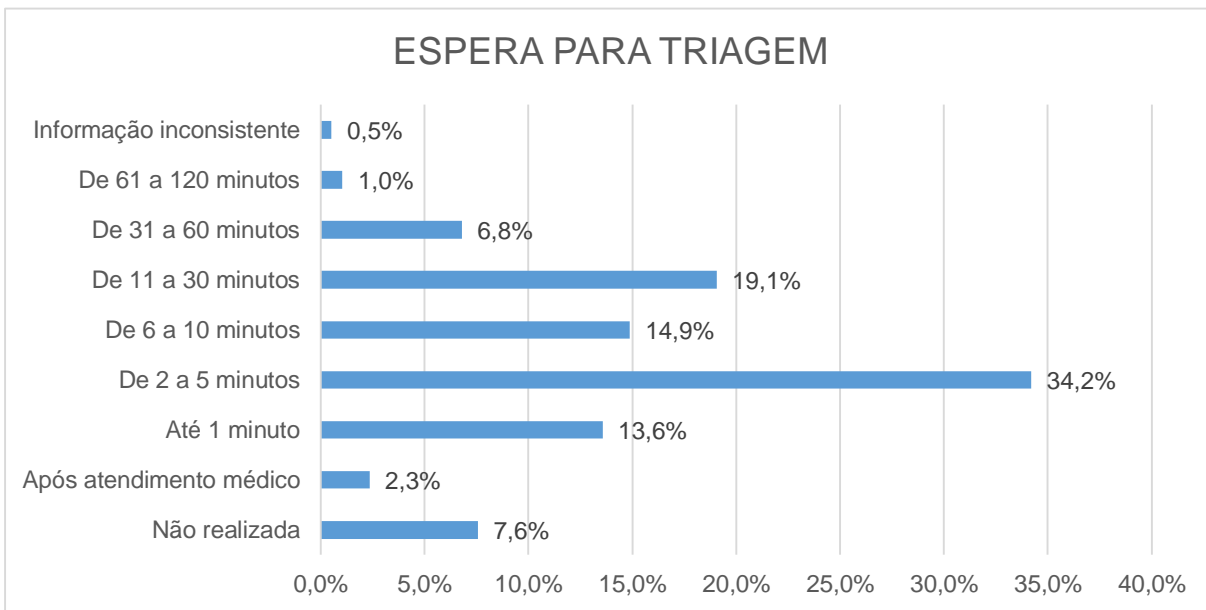
Rabello et al (2018) afirma que no estudo realizado os atendimentos classificados como pouco urgentes correspondem a (41,62%) do total de usuários, sinalizando um número desproporcional entre os níveis de assistência.

Contudo há uma diferença constatada em Minas Gerais no estudo de Chianca et al (2016), onde a maior parte dos atendimentos foram classificados de cor amarelo, destes (48,86%), o que demonstra que a maioria dos atendimentos no hospital em estudo está sendo de urgência e emergência, conforme sua finalidade.

Rinaldi (2019) em uma análise da conformidade dos atendimentos segundo protocolo de Manchester em um serviço de urgência e emergência verifica-se maior percentual de atendimento (42,7%) classificados como urgente (amarelo) seguidos de pouco urgente (verde) e não urgente (azul) correspondendo (42,6%) dos atendimentos nessa unidade.

Em relação a classificação e tempo de espera, investigamos o tempo de espera para o atendimento na sala de triagem e atendimento médico. Essas informações são apresentadas e discutidas a seguir.

A maioria (62,7%) dos prontuários analisados se enquadra no tempo de espera adequado para o atendimento, de até 10 minutos entre confecção da ficha de atendimento na recepção e o início da triagem pelo enfermeiro (Figura 5).



Fonte: Elaborada pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 5. Caracterização do tempo de espera entre a confecção da ficha até a triagem, Assis 2020 (n=383).

A triagem é realizada por ordem de chegada ao serviço de urgência, baseada em sinais vitais e queixas do paciente, com objetivo de organizar o fluxo de atendimento e com isso se faz necessário separar as prioridades e identificar o risco de morte, através da queixa o paciente é classificado com uma das 5 cores citadas na (Figura 4) onde define o tempo máximo para a consulta médica, dando preferência para pacientes mais graves.

Com base na coleta dos dados, 62,7% dos atendimentos tiveram a triagem realizada em tempo inferior a 10 minutos, situação que cumpre a orientação do protocolo de Manchester no qual os pacientes devem ser triados em até 10 minutos após sua chegada.

Neste contexto, 26,9% dos pacientes foram triados com tempo superior a 10 minutos com o tempo máximo de espera para triagem em 120min, uma desconformidade com o protocolo de Manchester.

Ainda, observamos que 7,6% dos atendimentos não foram triados e 2,3% tiveram a triagem realizada após passar por atendimento médico.

A informação inconsistente 0,5% se refere aos prontuários analisados que excedem 2 horas para realização da triagem.

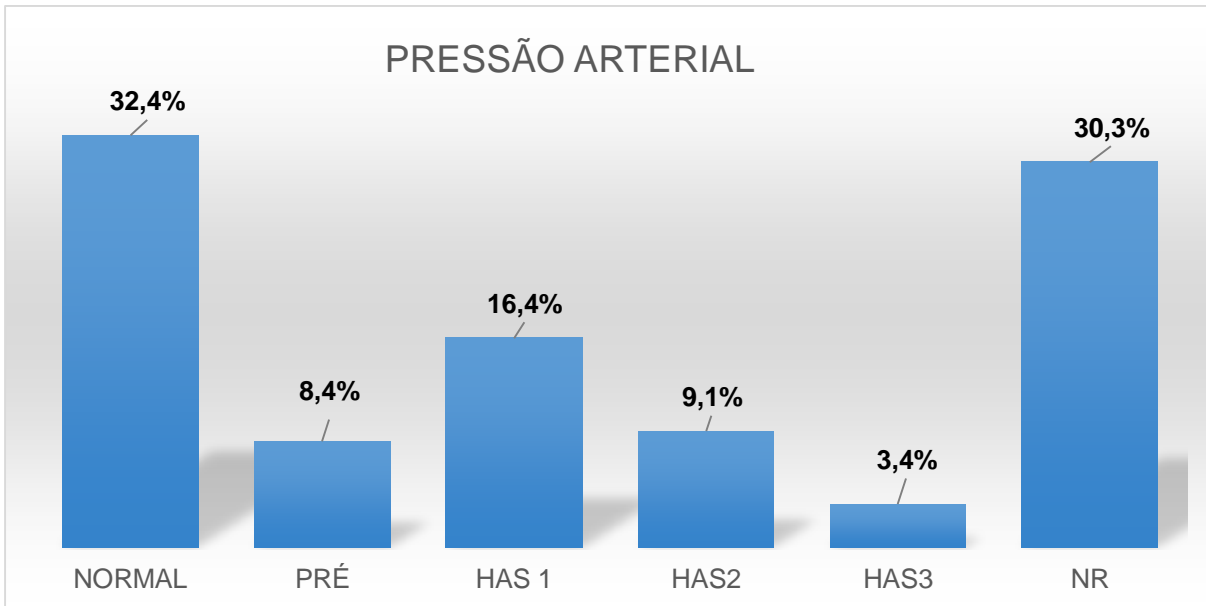
Conforme Chianca et al (2016) na prática clínica, o número de profissionais para classificação de risco é insuficiente para atender à demanda de pacientes que dão entrada nos serviços. O que pode gerar um tempo de espera indesejado entre a chegada e o início do atendimento. Nesse estudo a mediana do tempo de espera entre a chegada ao serviço de urgência e início da triagem foi de 6,36 minutos, semelhante a Silva et al (2019), que o tempo entre o registro e a classificação teve mediana de 6,2 minutos.

Segundo o sistema de triagem de Manchester, o paciente deve ser triado de imediato à sua chegada não excedendo 10 minutos para não causar prejuízo, principalmente aos pacientes classificados com alto nível de gravidade e assim otimizando tempo, melhorando fluxo assistencial e obtendo a resposta necessária para determinada demanda.

Em uma pesquisa, Anziliero et al (2016) nota-se que o tempo mediano entre a chegada dos pacientes ao serviço de emergência e o início da classificação de risco foi de sete minutos. 58% dos pacientes chegaram à classificação em tempo menor ou igual aos dez minutos preconizados pelo protocolo de Manchester.

Rinaldi (2019) em uma análise da conformidade dos atendimentos segundo protocolo de Manchester em um serviço de urgência e emergência apontou que o tempo de espera estavam compatíveis ao protocolo adotado, com exceção no momento da retirada da senha até a entrada para classificação de risco.

Na sequência, é realizado o registro dos sinais vitais, que, se alterados, terão importância no critério da classificação de risco na triagem. Com base na coleta de dados (32,4%) apresentam-se com a pressão arterial normal conforme a (Figura 6).



Fonte: Elaborada pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 6. Classificação da pressão arterial aferida no momento da triagem através das 7ª diretrizes brasileiras de hipertensão (PAS), Assis 2020 (n=383).

Observa-se que, seguidos da classificação mais incidente (normal), está o percentual de pressão arterial que não foi aferida no momento da triagem (30,3%).

É uma falha importante, contudo menos pior a apontada em uma pesquisa de Diniz et al (2014) realizada em um município de Minas Gerais, sobre a demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester, que revelou que somente (0,5%) dos prontuários analisados continham os valores de PA aferidos no momento da classificação de risco, dificultando a definição do diagnóstico e o início das intervenções terapêuticas.

Conforme Cunico e Maziero (2019) em um estudo de implantação do protocolo de classificação de risco no pronto atendimento baseado no modelo sul-africano, afirma que os sinais vitais são essenciais para verificar alteração no estado clínico dos usuários. Para isso, deve ser realizado de forma fidedigna e eficaz, sendo necessário aferição da dor, frequência respiratória, cardíaca, pressão arterial e temperatura sem que os dados sejam negligenciados.

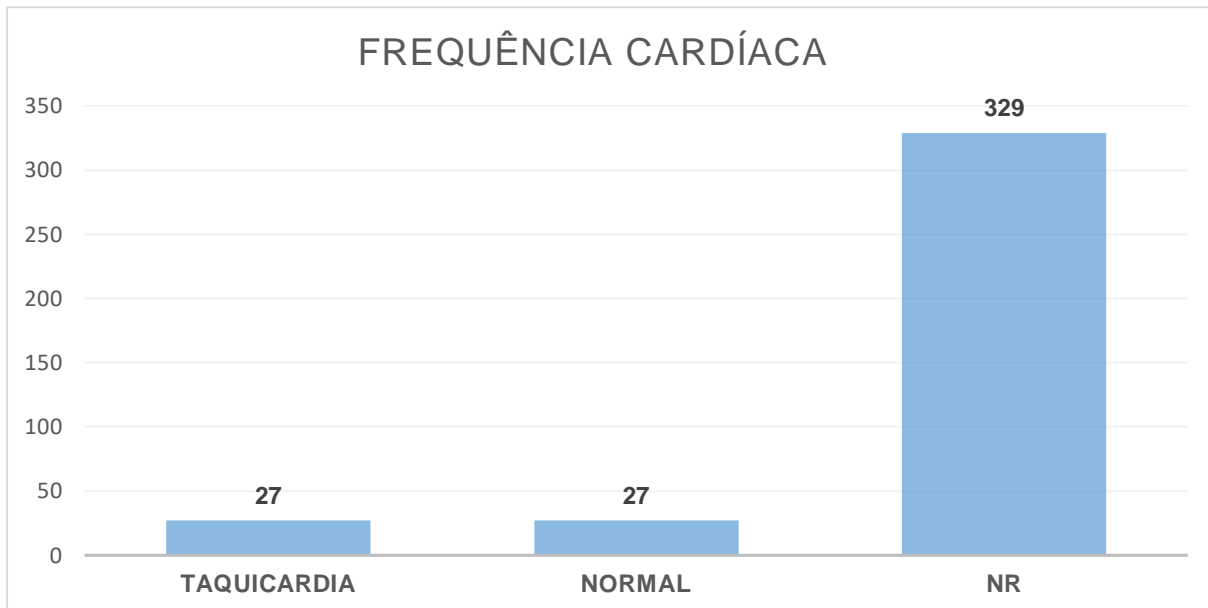
Martins et al (2018) avaliou a aferição dos sinais vitais na chegada ao serviço de emergência e a evolução clínica dos pacientes, onde a PAS < 90 mmHg ou >180 mmHg, antecipa a necessidade de internação em um departamento de emergência, conclui-se que a alteração desse sinal aumenta a chance de hospitalização.

No estudo realizado por Inácio et al (2018) conclui-se que o enfermeiro possui papel determinante na Classificação de Risco nas redes de urgência e emergência, com proposito de promover um atendimento organizado e de qualidade, é indispensável capacitação desses enfermeiros para operacionalização do protocolo, há necessidade de qualificar os registros realizados no acolhimento com classificação de risco.

Conforme Nishida et al (2016) aferição dos sinais vitais possuem importância para detectar o estado clínico dos pacientes, quando não verificado pode trazer consequências, a hipertensão e a hipotensão, são os principais desvios da pressão arterial. Entre as consequências da hipertensão inclui-se o AVC, o edema agudo de pulmão e fatores relacionados as doenças cardiovasculares. A hipotensão é a causa significativa de perda sanguínea ou desidratação, podendo causar desmaios ou tonturas, pois o cérebro não recebe sangue suficiente.

Jesus et al (2016) em uma pesquisa realizada em um município de Minas Gerais cujo serviço de saúde utiliza o protocolo de Manchester revelou que somente 0,5% dos prontuários analisados continham os valores de PA aferidos no momento da classificação de risco. Conclui que a aferição da PA, frequência cardíaca e respiratória, assim como o nível de consciência, são usados para prever a necessidade de atendimento de emergência. Sem o registro desses dados dificulta a definição do diagnóstico e o início das intervenções terapêuticas necessárias.

Nesse contexto de verificação de sinais vitais, 329 usuários (85,9%) passaram pela classificação de risco sem verificar a frequência cardíaca (Figura 7).



Fonte: Elaborada pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 7. Classificação dos valores conforme batimentos cardíacos por minutos, Assis 2020 (n=383).

A aferição dos sinais vitais muitas vezes é utilizada para decisão acerca da prioridade do paciente utilizando o protocolo de Manchester, verifica-se que dentre os 54 usuários que foi realizado a verificação da frequência cardíaca, a metade estava em taquicardia. Os batimentos cardíacos são determinados para o quadro de saúde do paciente, pois o tratamento deve ser imediato à detecção de alteração significativa.

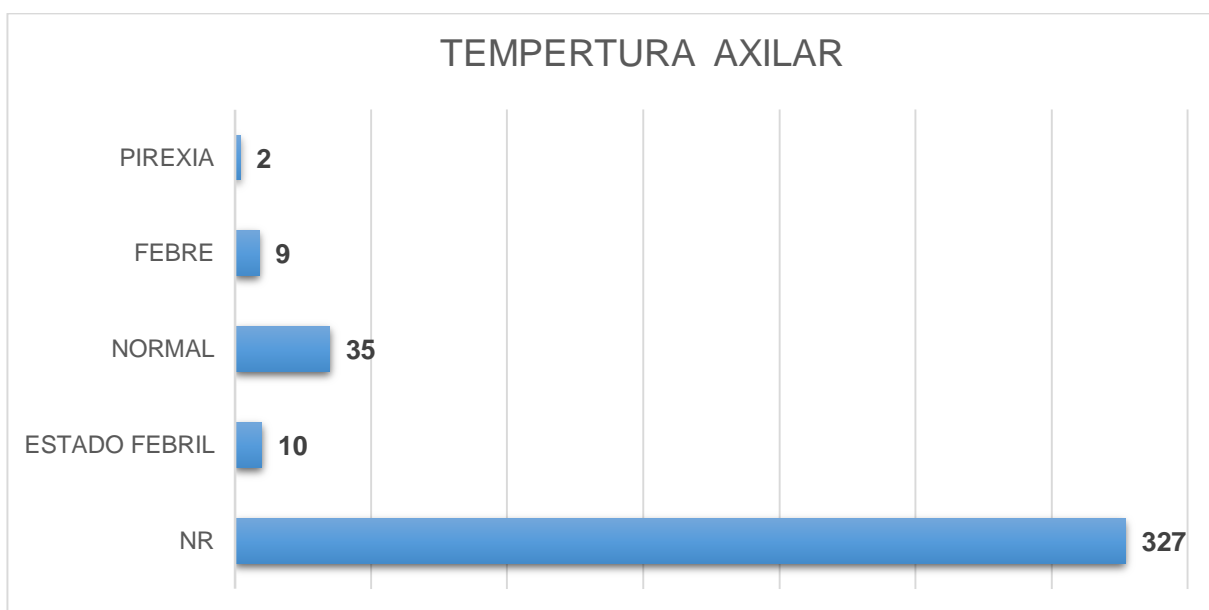
Martins et al (2018) afirma que quanto mais grave o paciente maior variação nos sinais vitais, as alterações na frequência cardíaca dos pacientes para mais ou para menos dos padrões fisiológicos aumentam a prioridade clínica. O estudo mostra que do total (26,2%) de pacientes que foi mensurado a frequência cardíaca na entrada e mantiveram internados, (9,04%) foram a óbito.

Diniz et al (2014) percebeu que houve a mensuração da frequência cardíaca dos casos avaliados pelo enfermeiro classificador em apenas 36,8% dos atendimentos. A frequência cardíaca é um dos sinais vitais usado para prever a necessidade de atendimento de emergência, esse sinal vital foi verificado nos pacientes que apresentavam como queixas principais "indisposição no adulto", "dor torácica", "dispneia" e "problemas nos membros". Destes, (69,0%) apresentavam valores de pulso fisiológicos, (25,5%) taquicardia e (5,5%) taquicardia acentuada.

Já em um estudo de Guedes et al (2017) onde busca avaliar a concordância de especialistas em relação a mensuração dos quatro sinais vitais e dados adicionais, com base nos discriminadores (sinais e sintomas) do sistema de triagem de Manchester, observou conciliação entre avaliadores e o padrão ouro quanto à necessidade de mensuração dos sinais vitais. Em três (75%) dos quatro tipos de sinais vitais foi excelente. Conclui que mesmo que levem uma conduta individualizada, a experiência do (a) enfermeiro (a) no momento da classificação de risco contribui para a segurança do paciente nos serviços de emergência.

Reis (2017) descreve um ponto importante entre a frequência cardíaca e a pulsação, ambas devem ser distintas, pois quando se trata de frequência cardíaca é o número de vezes que o coração contrai em 1 minuto, sendo normal para adultos saudáveis de 60 a 100 bpm, já a pulsação é variação do fluxo de sangue que circula através dos capilares sanguíneos, causado pelos batimentos do coração. A aferição da pulsação é importante no momento da triagem pois não inclui só a frequência cardíaca, mas também o ritmo e a força do impulso. Este sinal vital é afetado por diversos fatores, entre eles, a idade, a condição de saúde, a medicação, atividades e emoções. As alterações na frequência cardíaca podem repercutir diretamente no débito cardíaco, conseqüentemente em alterações hemodinâmicas e metabólicas.

Com base na análise dos prontuários, verifica-se que mais da maioria dos atendimentos (85,4%) não obtiveram verificação da temperatura, conforme mostra na (Figura 8).



Fonte: Elaborada pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 8. Classificação da temperatura axilar dos participantes aferida no momento da triagem, Assis 2020 (n=383).

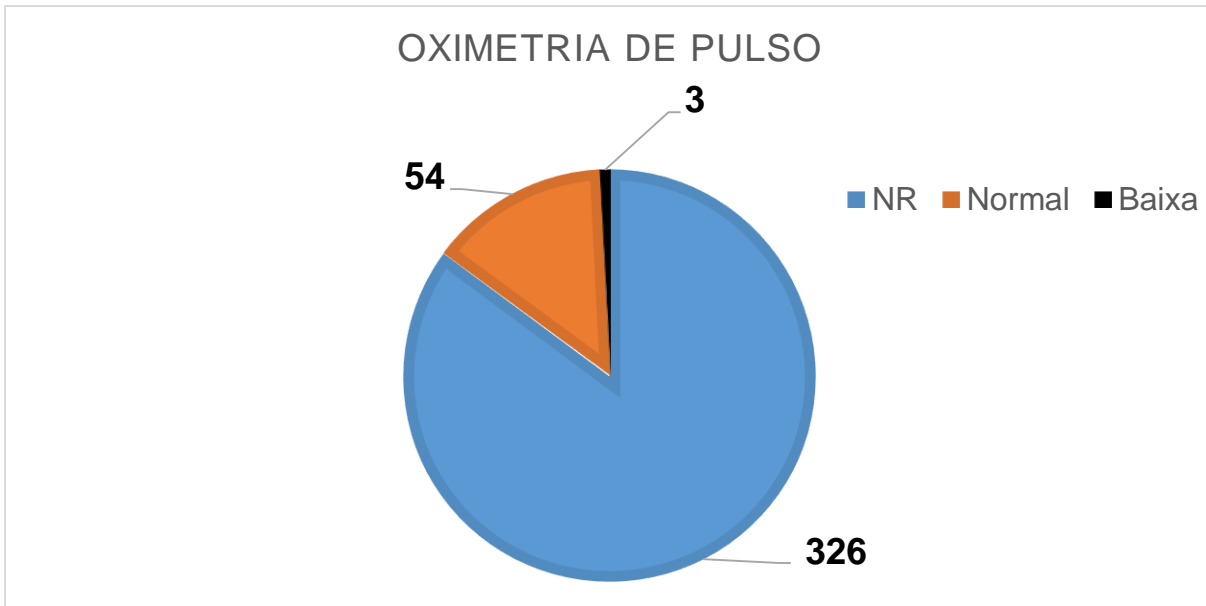
Conforme Cunico e Maziero (2019) observa-se problemas associados aos sinais vitais da parte pediátrica como, por exemplo, a febre. O paciente infantil que chega ao serviço de saúde com febre possui alteração nos sinais vitais e isso promove uma classificação de risco mais crítica, conseqüente apenas do quadro febril. Estes resultados obtidos podem direcionar para uma necessidade de mensuração dos sinais vitais dos pacientes, independente da queixa apresentada no momento da triagem.

Diniz et al (2014) anuncia que a principal queixa dos pacientes foi “indisposição do adulto”, um discriminador do protocolo de Manchester que abrange uma série de problemas de saúde, dentre eles, a temperatura, por isso a importância da verificação desse sinal vital. Nesse estudo foi aferida a temperatura corporal em 158 pacientes, destes, 128 estavam normotérmicos.

Martins et al (2018) os testes estatísticos indicam que temperaturas abaixo ou muito acima da faixa considerada como normal indicam urgência de atendimento. Dos pacientes em que a temperatura corporal foi mensurada (1,04%) constava hipotermia, sendo que, dos pacientes que foram à óbito, a maior gravidade na ocorrência foi naqueles com hipotermia na chegada ao departamento de emergência.

Reis (2017) relata sobre a temperatura corporal, denominada da termorregulação. Os valores elevados indicam febre que podem estar associadas a presença de uma infecção, na hipertermia com 5°C acima da temperatura considerada normal, ou seja, 42°C inicia se o processo de desnaturação de enzimas e ou proteínas. Enquanto os valores baixos podem indicar um choque ou uma alteração no sistema circulatório, podendo haver uma redução do fluxo sanguíneo levando a uma parada cardiorrespiratória. Para detectar o estado de saúde mais degradado e priorizar o atendimento é necessária aferição dos sinais vitais.

Nota-se que de 383 prontuários analisados, 326 corresponde a não verificação da oximetria de pulso durante a triagem.



Fonte: Elaborada pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 9. Classificação do nível de saturação de oxigênio dos participantes que tiveram a oximetria de pulso verificada no momento da triagem, Assis 2020 (n=383).

A oximetria de pulso avalia o nível de oxigênio no sangue arterial adequado para as necessidades dos tecidos, observa-se que, quando realizada aferição da oximetria de pulso, a maioria teve nível da saturação de oxigênio normal, contudo, a não verificação é notável.

Cavalheiro et al (2019) em um estudo realizado sobre diagnóstico pré-hospitalar constatou que em geral os atendimentos da Unidade de Suporte Avançado são encaminhados ao hospital local, (81%). Dentre as ocorrências atendidas, em relação ao sistema respiratório, um dos procedimentos realizados pela equipe da Unidade de Suporte Avançado, destaca-se a oximetria de pulso, realizada em 745 (98,5%) dos pacientes. Explica que a oximetria de pulso é um procedimento não invasivo, prático e de fácil acesso, medindo a saturação de oxigenação da vítima de forma contínua, em consequência disso tem sido considerada como sexto sinal vital.

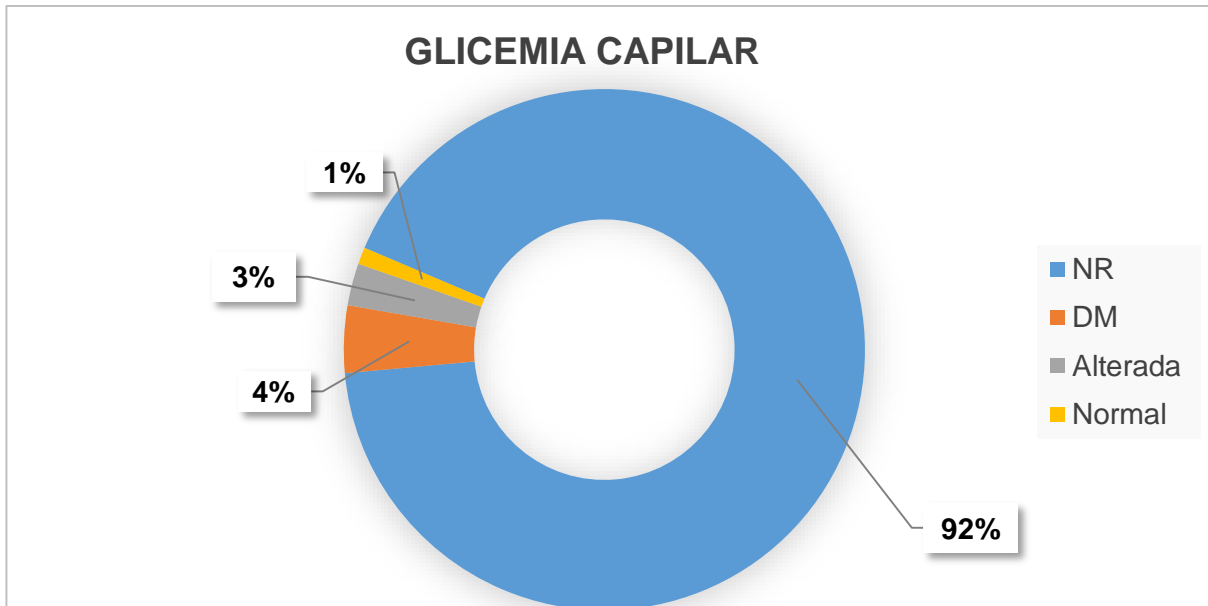
Diniz et al (2014) obteve mensuração da saturação de oxigênio por oximetria de pulso em 148 (40,6%) pacientes, destes, 131 não apresentavam alteração deste indicador. Os pacientes que apresentaram nível de saturação muito baixa chegaram à UPA com queixas de “dispneia” e “asma”. Nesse estudo demonstrou a importância da mensuração da saturação de oxigênio, dos sinais vitais, do nível de consciência e outros fatores como a idade, para prever a mortalidade durante a internação hospitalar.

Guedes et al (2017) avalia a concordância de especialistas quanto à necessidade de mensuração de sinais vitais e dados adicionais, tendo como dados adicionais: saturação de oxigênio, glicemia capilar, escala de dor, pressão de fluxo expiratório (PFE) e escala de coma de Glasgow (ECG), para melhor avaliar os discriminadores, os avaliadores alegaram, para cada discriminador, a necessidade de avaliar um dado adicional, quando houver sinal clínico. Contudo, houve consenso entre os especialistas sobre a necessidade de mensuração da saturação de oxigênio quando a avaliação clínica do discriminador “frases entrecortadas”. Destaca ainda o instrumento de Classificação de Risco em Pediatria (CLARIPED), uso em emergências pediátricas, que entre as etapas do protocolo inclui a mensuração da saturação de oxigênio.

Nishida et al (2016) relata que a aferição da oxigenação sanguínea também chamada de SaO₂ (Saturação de oxigênio da hemoglobina do sangue arterial) é obtida através do equipamento chamado oxímetro de pulso. Designado para detectar eventuais reduções dos valores normais, sendo ideal, mais de 89% das células vermelhas transportando oxigênio, antes que possa haver algum dano ao paciente ou a observação de alguma manifestação física, como cianose, taquicardia ou bradicardia, convulsões ou desmaio, é um dado importante para ser mensurado no momento da classificação de risco.

Desta forma, mesmo entendendo que a saturação de oxigênio não compõe os itens dos sinais vitais, é importante a verificação desta informação, salientando que, quando há oxímetro disponível, a ação de verificação da saturação de oxigênio é simples, rápida e indolor.

Sobre outra importante informação, observa-se que em (92%) dos prontuários avaliados não foi realizada a mensuração da glicemia capilar seguidos de (4%) realizada e constado Diabetes Mellitus e (3%) constado alterada conforme (Figura 10).



Fonte: Elaborada pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 10. Classificação do nível glicêmico dos participantes que tiveram aferição da glicemia no momento da triagem, Assis 2020 (n=383).

Os níveis alterados de glicose no sangue para mais ou para menos que o normal pode resultar complicações.

O objetivo do estudo Caixeta et al (2020) foi avaliar os fatores associados à descompensação da glicemia capilar (superior a 250 mg/dl) em (67,1%) indivíduos que procuram a UPA de um município do interior do estado de MG, sendo responsabilidade da atenção primária o diagnóstico e o acompanhamento de DM. Quando ocorrem falhas neste atendimento ou o paciente não atende às orientações e aos cuidados necessários para manutenção da glicemia, a mesma pode sofrer uma descompensação, onde leva o indivíduo a procurar por uma UPA, destes (22,9%) tiveram diagnóstico de DM na UPA. A menor glicemia aferida na triagem foi de 251 mg/dL e a maior acima de 600 mg/dL, denominada HI. Ao chegarem para atendimento quando a queixa está relacionada a níveis glicêmicos, geralmente já apresentam alguns sinais e sintomas, as vezes até com algumas complicações tardias, podendo prejudicar a assistência a casos mais graves do serviço de urgência por casos que poderiam ser prevenidos.

Ponte et al (2019) apontou que os procedimentos mais frequentes para os pacientes que obtiveram cuidados de enfermagem no serviço de emergência foram punção venosa periférica, coleta de sangue venoso e (86%) medida de glicemia capilar.

Souza e Mafia (2018) em um estudo no pronto socorro Dr. Sebastião Bruno do município de Miracema (RJ) uma das principais hipóteses diagnósticas, em terceiro lugar, foi

hiperglicemia (11%), contribuindo para que a glicemia capilar entre os procedimentos mais realizados, (20%) da população atendida.

Na análise dos prontuários no que se refere à queixa apresentada pelo paciente no momento da classificação de risco notou-se alguns usuários poliqueixosos, em consequência disso para enxergar a maior demanda da UPA, as queixas foram relacionadas a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e apresentadas na Tabela 2.

O processo para classificação é a identificação dos pacientes de acordo com o potencial de risco que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, baseada em protocolo aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro que utiliza informações da escuta qualificada e sinais vitais que integram a coleta de informações para ocorrer a classificação.

Conforme manual a sistematização do acolhimento e classificação de risco deve acontecer em etapas, onde a avaliação inicial tem como objetivo o risco iminente de morte, o primeiro passo é identificar a queixa principal, o que levou o paciente até o serviço de urgência, a partir da queixa principal, identificar o fluxograma e verificar ventilação, circulação, sinais vitais. É indispensável a mensuração dos sinais vitais, o risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade dos mesmos. É uma condição para classificar o risco do paciente. Os sinais vitais de mensuração obrigatória na Classificação de Risco (CR) por público-alvo: Nos adultos e idosos a pressão arterial é obrigatória para, hipertensos, diabéticos, obesos, idosos, queixas de cefaleia, vertigem e desmaios, a glicemia capilar para história de diabetes e queixas de vertigem ou desmaio, a frequência cardíaca para cardiopatas, queixas de dor torácica, intoxicações exógenas e convulsões e a temperatura corporal para todos. Nas crianças e adolescentes é obrigatório a aferição da frequência cardíaca, oximetria de pulso, temperatura corporal e glicemia capilar para história de diabetes e queixas de vertigens ou desmaio.

Tabela 2. Atendimentos em relação as queixas apresentadas no momento da triagem na UPA no interior paulista, Assis, 2020 (n=383).

Capítulo do CID	nº de queixas relacionadas ao CID
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de lab., não classificados em outra parte.	187
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.	58
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.	56
Doenças do sistema nervoso.	51
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.	35
Doenças do aparelho digestivo.	30
Algumas doenças infecciosas e parasitárias.	24
Doenças do aparelho respiratório.	22
Doenças do aparelho geniturinário.	21
Transtornos mentais e comportamentais.	20
Doenças do olho e anexos.	14
Doenças do aparelho circulatório.	12
Doenças da pele e do tecido subcutâneo.	9
Doenças do ouvido e da apófise mastoide.	7
Causas externas de morbidade e de mortalidade.	5
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários.	2
Neoplasmas (tumores).	2
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.	1
Gravidez, parto e puerpério.	1

Fonte: Elaborada pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Como mostra a Tabela 2, a maior demanda foi CID-10 Capítulo XVIII: “sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte”. Com 187 queixas relacionadas a esse CID-10 que aborda os atendimentos de vômito, dor

abdominal, febre, dispneia, tosse, coriza, tremores, palpitações, valor elevado da pressão arterial sem o diagnóstico de hipertensão, tontura, dor de garganta, dor torácica, dor precordial, dor crônica, mal-estar, fadiga, convulsões, edema, elevação da glicemia, hipotensão, disúria, taquicardia, vertigem, ansiedade, exantema, azia, cianose, cólica renal, desmaio, agitação e inquietação.

Seguidos do Capítulo XIII: “doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” e Capítulo XIX: “lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas” que aborda os atendimentos de traumatismos em múltiplas regiões do corpo, intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas, fraturas, escoriações, ferimentos, luxação e corpo estranho através de orifício natural.

Havendo uma semelhança ao Coimbra et al (2018) no RJ, verificou-se a mortalidade de idosos internados em um serviço público de urgência e emergência, segundo CID-10, as principais causas de óbito as pertencentes ao capítulo XVIII de sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (47,54%).

Diferente de Antunes et al (2018), um estudo realizado com idosos, em internamentos, tiveram as doenças diagnosticadas conforme capítulo do CID-10: doenças respiratórias (41,67), seguidos de lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (16,67%).

Rissardo et al (2016) analisou-se idosos atendidos em unidade de pronto-atendimento por condições sensíveis à atenção primária à saúde, das queixas dos que procuraram a UPA conforme capítulo do CID-10, a maioria foi devido a doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (45,9%), seguido das doenças do aparelho respiratório (30,6%).

Godoi et al (2020) em uma pesquisa da demanda de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis em uma unidade de pronto atendimento, durante a triagem nota-se que as queixas foram dor lombar (54,4%) e falta de ar (20,1%).

Silva et al (2020) em análise do perfil clínico de homens em uma unidade de urgência/emergência na Bahia, teve predomínio do diagnóstico do capítulo CID-10: dor em geral (22,6%), doenças do aparelho circulatório (12,7%) e em terceiro lugar, sintomas, sinais e afecções mal definidos (10,8%).

Hehn e Bueno (2020) observaram que as queixas gastrointestinais e musculoesqueléticas totalizaram (55,2%) dos atendimentos. Achados que se distanciam dos padrões de ocorrência encontrados na literatura. Conclui-se que esses fatos podem ser influenciados

pelos costumes e tradições da região onde o serviço está inserido e que novos estudos devem ser realizados.

Tabela 3. Caracterização do tempo de espera em relação a cor recebida na triagem até o atendimento médico (n=383).

Classificação	Adequado	Inadequado	Total
Pacientes que receberam a cor azul	185	1	186
Pacientes que receberam a cor verde	95	5	100
Pacientes que receberam a cor amarelo	26	6	32
Pacientes que receberam a cor laranja	3	5	8
Atendimento sem realização da triagem	–	–	30
Não contém registro no horário do atendimento médico	–	–	27
Número total de atendimentos			383

Fonte: Elaborada pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

A Tabela 3 representa o tempo de espera do paciente desde a saída da triagem até o atendimento médico, com base no protocolo de Manchester o paciente deve ser atendido conforme o tempo indicado na cor que recebe na triagem, nos prontuários analisados a maioria obteve resultado adequado em relação a cor e ao tempo.

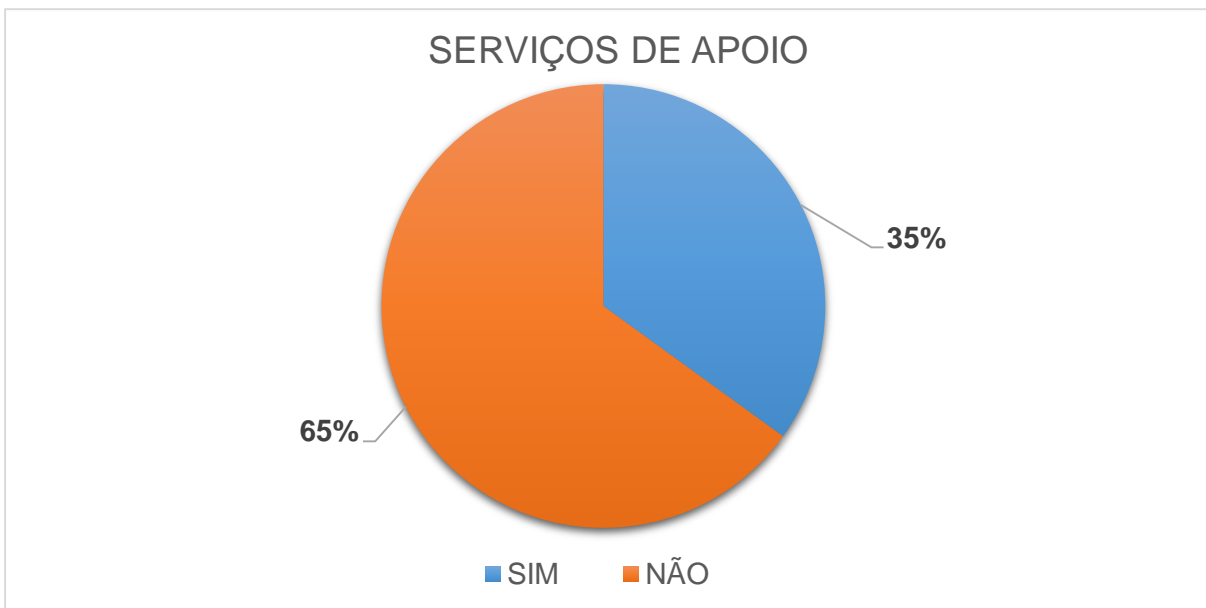
Chianca et al (2016) mostra em estudo que foi calculado apenas para os pacientes classificados como laranja e amarelo o tempo entre o término da classificação e o atendimento médico. Para os pacientes classificados como laranja, (32,3%) dos pacientes foram atendidos pelo médico em até 10 minutos, os pacientes classificados como amarelo, (58,2%) foram atendidos em até 60 minutos, o que é estabelecido conforme protocolo de Manchester.

Oliveira et al (2016) realizou uma pesquisa no serviço de emergência de um hospital público, universitário e de alta complexidade para identificar se o tempo entre a classificação de risco e o atendimento médico aos pacientes de menor gravidade estava de acordo com o protocolo, o tempo médio de espera para a cor azul (69,06 min), verde (53,76

min) e amarela (40,68 min). Conclui que nenhuma das cores da classificação ultrapassou o que é preconizado pelo protocolo do serviço de emergência.

Cunico e Maziero (2019) após um mês da implantação do modelo de classificação Sul Africano na triagem, obtiveram resultados relevantes do tempo de espera como estabelece os protocolos. Observa-se uma redução de (42%) do tempo médio para o atendimento médico, passando de 38 minutos para em média de 22 minutos no pronto atendimento adulto.

O atendimento médico pode ser realizado com exames complementares como um meio facilitador para o diagnóstico, entre eles, exames de laboratório, raio-x, tomografia e eletrocardiograma. Com base nos dados coletados (35%) dos atendimentos tiveram um desses serviços conforme (Figura 11).



Fonte: Elaborada pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 11. Classificação dos serviços de apoio diagnóstico que foram solicitados para os participantes, Assis 2020 (n=383).

Rissardo et al (2016) em estudo, os idosos receberam como tratamento médico (56%) exames laboratoriais tiveram queixas relacionadas ao sistema respiratório, seguidos do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, e (45%) exames de imagem, desses, tinham como queixa principal doenças do aparelho respiratório. Silva et al (2018) afirma que nesse estudo, foi possível perceber que a unidade de pronto-socorro do hospital municipal de

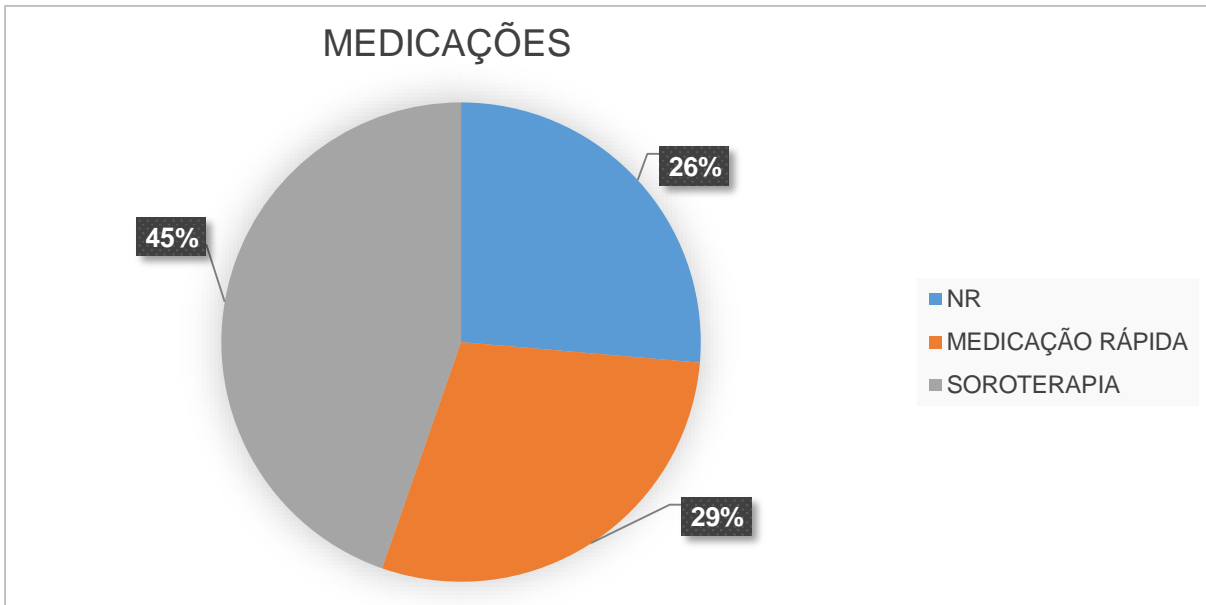
Barra do Garças - MT realiza exames radiográficos principalmente nos casos de traumas e doenças cardiorrespiratórias, sendo os mais realizados, raio-x de tórax, tornozelo e abdome. Conclui-se que, 50% dos pacientes que buscam um setor de urgência e emergência, realizam algum exame radiológico.

Em uma pesquisa Santos et al (2020) observou achados clínicos em pacientes com dor abdominal aguda submetidos a tomografia computadorizada em um serviço de urgência, dentre esses atendimentos foram realizados exames complementares para diferenciação no diagnóstico, para (33,3%) radiografia, (70,7%) USG e (70,7%) exames laboratoriais. O diagnóstico clínico final mais frequente foi dor abdominal inespecífica (32,0%).

Hehn e Bueno (2020) mostra em estudo que referente aos exames solicitados em um Pronto Atendimento privado, do Sul do Brasil, os de laboratório contabilizam (56,7%), raio-x (31,7%) e tomografia computadorizada (4,3%) dos atendimentos. Entende-se que estes exames facilitam o diagnóstico rápido e objetivo, principalmente em casos de trauma e acometimentos cardiorrespiratórios. No entanto, essa prática contribui para gastos desnecessários, visando que há outros meios para um diagnóstico preciso.

Silva et al (2020), afirma que as principais terapêuticas para os homens atendidos em uma unidade de pronto atendimento no Nordeste brasileiro encontram-se relacionadas às queixas apresentadas e aos diagnósticos médicos levantados. Contudo, evidenciou-se número pouco significativo de avaliações mediadas de diagnósticos por imagem, tal como de avaliação eletrocardiográfica.

Como mostra a (Figura 12) os pacientes que passaram por atendimento médico (45%) foram encaminhados para soroterapia, (29%) para medicação rápida e (26%) não realizaram nenhum tipo de medicação dentro da unidade.



Fonte: Elaborada pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 12. Classificação em relação as medicações realizadas dentro da unidade, Assis 2020 (n=383).

Conforme a conduta médica no atendimento, o paciente pode ser encaminhado para medicações dentro da unidade em dois setores, na medicação rápida para as medicações orais, subcutânea, intramuscular e endovenosa em bolus ou soroterapia que inclui as medicações endovenosa no soro ou nebulizações.

Ponte et al (2019) observa-se que em relação aos tipos de medicações administradas, prevaleceram as endovenosas, fornecidas a 100% dos pacientes, as orais foram administradas a (48,11%), as intramusculares a (5,66%) e as subcutâneas a (0,94%).

Rissardo et al (2016) nota que o tratamento médico prescrito para a maioria (93%) dos idosos foi medicação intravenosa ou intramuscular, destes, (50,9%) com tratamento medicamentoso tinham como queixa principal as doenças do sistema osteomuscular e do

tecido conjuntivo e tiveram alta após medicação. Procedimento que possivelmente poderia ser realizado nos serviços de complexidade inferior às UPAs.

Matos e Breda (2020) realizou levantamento de todos os procedimentos realizados na UPA Jardim Veneza, dentre eles, os medicamentos administrados via oral, injetável, intramuscular profunda e endovenosa. O procedimento de maior predomínio na referida unidade foi o de medicamentos administrados via injetável, totalizando (10.898) procedimentos, seguidos da medicação por via oral (4.359). Acredita-se que a demora no agendamento para consultas na UBS, os horários de funcionamento coincidindo com turnos de trabalho e a obtenção de medicações facilitadas na UPA acaba gerando uma maior procura por esse tipo de serviço.

Observa-se que os atendimentos desta UPA em sua maioria 323 (84,3%) não contém informações para o destino final com base na coleta de dados, seguidos de (11,5%) alta com receita/orientações e (3,1%) alta após medicação.



Fonte: Elaborada pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 13. Destino final dos participantes que tiveram atendimentos na UPA no interior paulista, Assis 2020 (n=383).

Hehn e Bueno (2020) afirma que o desfecho dos atendimentos, com (93,6%) dos usuários recebe alta após serem atendidos, semelhante ao estudo de Basseto e Botelho (2019)

quanto aos desfechos dos atendimentos, a grande maioria dos pacientes recebe alta após consulta e medicação (96,16%), (1,72%) é encaminhado para hospital de referência e (1,33) encaminhado para a UBS.

Godoi et al (2019) observa-se que ao final do atendimento, houve uma predominância de alta no serviço, sendo o usuário medicado na unidade (75,6%) ou liberado com receita médica (18,9%), estes dados somam (94%) dos atendimentos.

Anziliero et al (2016) considerando como evolução clínica o destino dos pacientes em 24 horas a partir da admissão no serviço de emergência, demonstra-se maior proporção de altas hospitalares (88,4%). Conclui que esses achados indicam a dificuldade que a atenção básica ainda não conseguiu superar no cenário brasileiro: o atendimento de baixo risco clínico de forma resolutiva e ágil.

Segundo Basseto e Botelho (2019) o estudo realizado sugere a necessidade das informações nos prontuários, o que favorece o banco de dados, além de contribuir de forma positiva com a segurança do paciente.

Neste estudo podemos observar a falta de informação médica no destino final do atendimento e a falta de informação da enfermagem nos sinais vitais do paciente, Couceiro et al (2020) traz importância da verificação e registro das informações, que na ausência destes dados em prontuários implica em consequências legais.

Contudo a Resolução 564/2017 do Código de Ética dos profissionais de enfermagem traz em seu Art. 36 que é responsabilidade e dever dos enfermeiros de registrar de maneira clara, objetiva e completa as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar. No Art. 87 constata-se que é proibido registrar informações parciais e sem exatidão sobre a assistência prestada, sendo considerada infração ética.

A Resolução nº 2.217 do Código de Ética Médica cita no Art. 87 que o prontuário do paciente deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina. Das relações entre médicos Art. 55 é proibido deixar de fornecer informações sobre o quadro clínico do paciente ao substituto no final do turno de trabalho.

7. CONCLUSÃO

Este estudo identificou o perfil dos atendimentos realizados na unidade no período de dezembro de 2018 a novembro de 2019, a seleção dos prontuários se deu por meio de uma técnica de amostra probabilística sistemática, totalizando 383 prontuários. Desta amostra, como perfil sociodemográfico percebeu-se que 56% eram de mulheres e do total de atendimentos 36,6% estavam na faixa etária de 31 a 59 anos.

Para as causas principais do atendimento foram classificadas dentro do capítulo do CID sendo 187 prontuários com a queixa relacionado ao capítulo XVIII: sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, seguidos de 58 prontuários com queixa relacionada ao capítulo XIII: doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e 56 prontuários com queixa relacionada ao capítulo XIX: lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas. Com maior índice de atendimento nos meses de abril e maio.

Para classificação de risco na sala de triagem foi avaliado os sinais vitais, desta forma encontra-se que 32,4% dos atendimentos tiveram os níveis pressóricos normais e 92% não tiveram aferição da glicemia capilar, em 329 prontuários não foi realizado a aferição da frequência cardíaca, semelhante a 327 prontuário sem aferição da temperatura e 326 sem aferição da oximetria de pulso.

Conclui-se que desses atendimentos 35% foram encaminhados para realizar algum tipo de exame complementar, 45% para soroterapia dentro da unidade, porém, com a presença de falhas no preenchimento das informações no destino final. Contudo, esses resultados apresentam uma visão de análise para aplicação em outras realidades, o que representa umas das recomendações para pesquisas futuras, onde investiguem os motivos que levam profissionais a não realizarem registros no prontuário do paciente e a não verificação de todos os sinais vitais.

Este trabalho contribuiu para as ações de enfermagem quando se percebe que a enfermagem é atuante dentro da unidade de pronto atendimento, o que reflete na revisão de prontuários as suas ações, que deve ser melhor empregada quanto ao registro e ações de cuidados propriamente ditas.

8. REFERÊNCIAS

ALVES, C. S.; GUERRA, M. R. **Proposta para reorganização do fluxo de atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Varginha, Minas Gerais.** Disponível em: <http://hermes.cpd.ufjf.br:8080/jspui/bitstream/ufjf/8718/1/cintiascalionalves.pdf>. Acesso em: 16 set. 2019.

ANTUNES, Bárbara Cris Skora et al. Rede de atenção às urgências e emergências: perfil, demanda e itinerário de atendimento de idosos. **Rev. Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 23, n. 2, 2018. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53766>>. doi: 10.5380/ce.v23i2.53766. Acesso em: 18 Jul 2020.

ANZILIERO, Franciele et al. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 4, e64753, 2016. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.04.64753. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000400417&script=sci_arttext. Acesso em: 31 Jul 2020.

BASSETO, E. F; BOTELHO, K. C. P. **Identificação do perfil dos usuários atendidos por uma unidade não hospitalar de urgência.** 2019. Monografia de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – UNICESUMAR - Centro universitário de Maringá-PR.

BRASIL, F. M. S.; SOUSA, M. B.; BRASIL, M. S. Caracterização clínica e epidemiológica dos usuários atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na cidade de Iguatu – Ceará. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** v. 13 n. 46 p. 992-1010, 2019. ISSN 1981-1179. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1949>. DOI: 10.14295/idonline.v13i46.1949. Acesso em: 19 Jul 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>. Acesso em: 20 agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como

Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p. 1988.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 27 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Considerando o contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde. In: **Sistema de Legislação da Saúde**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). In: **Sistema de Legislação da Saúde**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h): o que é, quando usar, diretrizes e competências**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h#footer>. Acesso em: 19 junho de 2019.

BECKER, Tatiana Scheuer; SILVA, Débora Carla Chong e. Procuras não urgentes a um pronto-socorro hospitalar pediátrico: perspectivas dos usuários. **R. Saúde Públ. Paraná.** v.3, n.1, p. 62-74, 2020. DOI 10.32811/25954482-2020v3n1p62. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/349/116>. Acesso em: 10 agosto 2020.

CAIXETA, A. C. M. et al. O paciente com Diabetes Mellitus tipo 2 com glicemia descompensada: onde está a falha?. **Braz. J. Hea. Rev.** v. 3, n. 2, p.2829-2846, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n2-126. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/8526/7337>. Acesso em: 25 Jul 2020.

CAVALHEIRO, K. A. et al. Serviço de atendimento móvel de urgência: diagnóstico pré-hospitalar. In: CONGRESSO INTERNACIONAL EM SAÚDE, 6., 2019, Campus da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Departamento de Ciências da Vida (DCVida), 2019. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/>. Acesso em: 20 Jul 2020.

CHIANCA, T. et al. Tempos de espera para atendimento usando sistema de triagem de Manchester em um hospital de urgência. **Rev Min Enferm.** v. 20 p. 988, 2016. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1124>. DOI: 10.5935/1415-2762.20160058. Acesso em: 20 Jul 2020.

COIMBRA, B. V. et al. Perfil de causa mortis em idosos internados em um serviço público de urgência e emergência: evidências clínicas. **Acad. Rev. Cient. da Saúde.** v. 3, n. 2, p. 29-35., 2018. DOI: 10.24118/reva1806.9495.3.2.2018.438. Disponível em: <http://smsrio.org/revista/index.php/reva/article/view/438/385>. Acesso em: 26 Jul 2020.

COUCEIRO, T. B. S. et al. Promoção de prática educativa: registro de sinais vitais em uma unidade traumató-ortopédica. **Rev. Recien.** v. 10, n. 30, p. 191-197, 2020. Disponível em: https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/375/pdf_1. DOI: 10.24276/rrecien2020.10.30.191-197. Acesso em: 20 Ago 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN – 564/2017, aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 20 Ago 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CREMESP – nº 2.217. Aprova o Código de Ética Médica. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, 2018, n.211, Seção I, p. 179. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48226289. Acesso em: 20 Ago 2020.

CUNICO P.L.; MAZIERO E. C. S. Implantação do sistema de classificação de risco sul-africano no serviço de urgência e emergência de um hospital quartenário e filantrópico da região de Curitiba. **R. Saúde Públ. Paraná.**, 2019. v. 2, n. 1, p. 38-45. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/228/60>. DOI 10.32811/25954482-2019v2supl1p38. Acesso em: 22 Jul 2020.

DE LIMA, J. S. **Caracterização da demanda de uma unidade de pronto atendimento segundo a proposta de acolhimento com classificação de risco**. 2018. Monografia de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Paraíba.

DINIZ, A. S. et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 2 p. 312-320, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/21700/16967>. DOI: 0.5216/ree.v16i2.21700. Acesso em: 23 Jul 2020.

FERREIRA, J; SANTOS, L. E. S.; VILAS BOAS, J. C. B.; HACHEM, H. J. **As atividades gerenciais do Sistema Único de Saúde e os problemas que impedem o desenvolvimento de políticas de educação voltadas à capacitação dos gestores da saúde pública**, 2018. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/63470/gestao-e-saude-publica/1>. Acesso em: 13 abril 2019.

GIL, C. R. R.; CANTÓIA LUIZ, I.; GIL, M. C. R. **Gestão Pública em Saúde** 1 ed. São Luís: Universidade federal do maranhão, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/GP1U1.pdf>. Acesso em: 15 abril 2019.

GODOI, J..; CAMPAGNOLI, M..; MÁRCIA FOSSA, Ângela.; PAULI DA ROCHA, M. C..; MATTEUSSI LINO, C..; MITSUE HORIBE, T. Análise da demanda de pacientes com

Doenças Crônicas Não Transmissíveis em uma Unidade de Pronto Atendimento. **Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 10, n. 52, p. 2148-2155, 2020. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2020v10i52p2148-2155. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/530>. Acesso em: 20 jul. 2020.

GUEDES, H. M. et al. Avaliação de sinais vitais segundo o sistema de triagem de Manchester: concordância de especialistas. **Rev. enferm. UERJ.**, v. 25, p. 7506, 2017. DOI: 10.12957/reuerj.2017.7506. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-947332>. Acesso em: 22 Jul 2020.

HEHN, R.; BUENO, A. L. M. Perfil epidemiológico dos atendimentos de um pronto atendimento privado do Sul do Brasil. **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM.** v. 10 n. 58 p. 1-20, 2020. ISSN 2179-7692. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/37989>. DOI: 10.5902/2179769237989. Acesso em: 13 de Jul 2020.

INÁCIO, A. S.; TOMASI, C. D.; SORATTO, M. T. Demanda de atendimento em urgência e emergência hospitalar. **Rev. Enfermagem Brasil.** v. 17, n. 6, p. 596-605, 2018. Disponível em: <http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/629>. DOI: 10.33233/eb.v17i6.629. Acesso em: 16 Ago 2020.

JESUS, P. B. R. et al. Caracterização e classificação de risco em urgência e emergência hipertensiva. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. 2, p. 01-09, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43590>. DOI: 10.5380/ce.v21i2.43590. Acesso em: 07 Jul 2020.

MARTINS, J. C. A. et al. Associação entre sinais vitais e sistema de triagem de Manchester: um estudo observacional retrospectivo. **Revista Brasileira de Enfermagem Online.**, v. 16, n. 4, p. 379-388, 2018. ISSN 1676-4285. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5876>. DOI: 10.17665/1676-4285.20175876. Acesso em: 24 de julho de 2020.

MATOS, Y. V.; BRENDA, D. Perfil dos pacientes atendidos na unidade pronto atendimento, Jardim Veneza, Cascavel-PR. **Revista FAG Journal of Health.** v.2, n.1, p. 56-66, 2020. ISSN 2674-550X. Disponível em <https://fjh.fag.edu.br/index.php/fjh/article/view/164/150>. Acesso em: 18 Jul 2020.

MATOSZKO, Aléxia Patrício et al. Caracterização da demanda do pronto socorro adulto do hospital escola Luiz Gioseffi Jannuzzi, Valença-RJ. **Saber digital**, v. 12, n. 1, p. 79-88, 2019. ISSN:1982-8373. Disponível em: <<http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/article/view/727>>. Acesso em: 07 de Jul 2020.

MELLO, A.; SANTOS, M. S.; SANTOS, S. S. **A logística do atendimento de urgência e emergência na unidade de pronto atendimento curuzu no município de salvador: aplicação de um modelo** [Relatório de pesquisa]. Bahia: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/405/1/AI%20Mello.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2019.

MOLL, M. F.; GOULART, M. B.; CAPRIO, A. P.; VENTURA, A. A.; OGOSHI, A. A. C. M. O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. **Rev enferm UFPE on line**. v. 11 n. 1 p. 86-93, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/user/Downloads/11881-28495-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/11881-28495-1-PB%20(1).pdf). DOI: 10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201711. Acesso em: 20 ago. 2019.

NISHIDA, J. K. et al. Processo interativo para aferição de sinais vitais de pacientes: proposta de uma pulseira multiparamétrica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO EM DESIGN, 12., 2016, Belo Horizonte. Anais. Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), 2016. p.3991.

O'DWYER, G.; KONDER, M. T.; RECIPUTTI, L. P.; LOPES, M. G. M.; AGOSTINHO, D. F.; ALVES, G. F. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Rev Saude Publica**. v. 125 n. 51, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000072.pdf. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051000072. Acesso em: 20 ago. 2019.

OLIVEIRA, G. N. et al. Avaliação e classificação de risco: tempo de espera dos usuários de baixa gravidade. **Rev Enferm UFSM**. v. 6, n. 1, p. 21-28., 2016. ISSN 2179-7692. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/18911/pdf>. Acesso em: 31 Jul 2020.

OLIVEIRA, M. D. **Perfil da demanda de atendimentos realizados pela unidade de pronto atendimento (UPA) de Tramandaí/RS**. 2019. Monografia de Conclusão de Curso

(Especialização em Gestão em Saúde) – Escola de Administração/ UFRGS – Universidade Aberta do Brasil (UAB).

OLIVEIRA, S. N.; RAMOS, B. J.; PIAZZA, M.; PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S.; SOUZA, A. C. **Unidade de pronto atendimento – upa 24h: percepção da enfermagem.** v. 24 n. 1 p. 238-244, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00238.pdf. DOI: 10.1590/0104-07072015003390011. Acesso em 04 set. 2019.

PIMENTEL, S. K. et al. Análise dos motivos para uso do serviço de urgência e emergência pelo paciente não grave. **Rev. Med. UFPR.** v. 3, n. 3, p.109-113. DOI: 10.5380/rmu.v3i3.47984. ISSN 2447-3308. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/view/47984/pdf>. Acesso em: 12 Ago 2020.

PONTE, K. M. A. et al. Pacientes no serviço de emergência: perfil sociodemográfico e clínico e cuidados de enfermagem. **Rev. SANARE (Sobral, Online).**, v. 18, n. 2, p. 15-25, 2019. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1370>. Acesso em: 25 Jul 2020.

RABELLO, A. E. et al. Acolhimento e a Classificação de Risco: possibilidades e desafios para a acessibilidade em um serviço de urgência. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde.*, v. 20, n. 1, p. 49-58, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/index.php/rbps/article/view/20608>. Acesso em: 20 Jul 2020.

REIS, A. P. M. **Sistema de monitorização para serviço de urgência em ambiente hospitalar - Estágio na Sensing Future.** 2017. Dissertação (Mestrado em Instrumentação Biomédica) - Instituto Superior de Engenharia de Coimbra - ISEC, Portugal.

RINALDI, M. L. **Análise da conformidade dos atendimentos segundo protocolo de Manchester em um serviço de urgência e emergência.** 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RISSARDO, L. K. et al. Idosos atendidos em unidade de pronto-atendimento por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Rev Min Enferm.** v.20, p. 971., 2016. DOI: 10.5935/1415-2762.20160041. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1107>. Acesso em: 27 Jul 2020.

SANTOS, T. L.; REIS, F. P.; DANTAS, A. S. C.; SIRQUEIRA, R. DOS S.; SILVA, H. S. Achados clínicos em pacientes com dor abdominal aguda submetidos a tomografia computadorizada em um serviço de urgência. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 8, p. e3069, 2020. DOI: 10.25248/reac.e3069.2020. Disponível em: <https://www.acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/3069>. Acesso em: 30 Jul 2020.

SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco**. São Luís: Prefeitura Municipal de São Luís, s.d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf. Acesso em: 30 ago. 2019.

SILVA, A. D. C. et al. Caracterização dos atendimentos de um pronto-socorro público segundo o sistema de triagem de Manchester. **Rev Min Enferm.** v. 23, p. 1178. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1321>. DOI: 10.5935/1415-2762.20190026. Acesso em 20 Jul 2020.

SILVA, H. R. et al. Demanda de exames radiográficos em serviço de urgência e emergência em barra do Garças – MT. **Rev. Tekhne e Logos.**, v. 9, n. 1, 2018. ISSN 2176 – 4808. Disponível em: <http://revista.fatecbt.edu.br/index.php/tl/article/view/510>. Acesso em: 29 Jul 2020.

SOUZA, T. O. F.; MAFIA, E. S. D. Perfil clínico-epidemiológico: uma proposta de classificação de risco nos serviços de urgência e emergência do município de Miracema (RJ). **Revista Científica da Faminas.** v. 13, n. 1, p. 70-82., 2018. Disponível em: <http://periodicos.faminas.edu.br/index.php/RCFaminas/article/view/403/358>. Acesso em: 27 Jul 2020.

TEIXEIRA, Danilo Boa Sorte; CRUZ, Silvana Portella Lopes. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. **Revista Cubana de Enfermería.** v. 32, n. 4, 2016. ISSN 1561-2961. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/985/209>>. Acesso em: 20 Jul. 2020.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

Tabela 1. Instrumento para coleta dos dados (Elaborado pelos autores).

Data ¹	Hora FA ²	Sexo ³	Idade ⁴	Hora Triagem ⁵	Triagem: PA ⁶	Triagem: FC ⁷	Triagem: Tax ⁸	Triagem: Peso ⁹	CR ¹⁰	Hora A Médico ¹¹	Causas ¹²	SAD ¹³	Medicação ¹⁴	Destino final ¹⁵

¹ Data do atendimento

² Horário de confecção da Ficha de Atendimento

³ Sexo do paciente

⁴ Idade do paciente

⁵ Horário que foi realizado atendimento em sala de triagem

⁶ Pressão Arterial aferida no momento da triagem

⁷ Frequência cardíaca aferida no momento da triagem

⁸ Temperatura axilar aferida no momento da triagem

⁹ Peso do paciente mensurado em sala de triagem

¹⁰ Classificação de Risco avaliada

¹¹ Horário de atendimento médico

¹² Causa principal do atendimento

¹³ Serviço de Apoio Diagnóstico (não; sim, exames laboratoriais; sim, exames de imagem; ...)

¹⁴ Administração de medicação em decorrência do atendimento (não; sim, medicação rápida; sim, soroterapia)

¹⁵ Destino do paciente ao final do atendimento na unidade (alta, transferência para outra unidade de saúde, óbito)