



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ/SC
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MAYARA CRISTINA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DAS CAUSAS DE ACESSO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA COMO
ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE CHAPECÓ/SC**

**CHAPECÓ
2019**

MAYARA CRISTINA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DAS CAUSAS DE ACESSO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA COMO
ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE CHAPECÓ/SC**

Trabalho de conclusão do curso de graduação apresentado
como requisito para obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul.

ORIENTADORA: Prof. Dra. Daniela Savi Geremia

**CHAPECÓ
2019**

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Oliveira, Mayara Cristina de
AVALIAÇÃO DAS CAUSAS DE ACESSO À URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DOS CUIDADOS
PRIMÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ/SC / Mayara
Cristina de Oliveira. -- 2019.
89 f.:il.

Orientadora: Doutora Daniela Savi Geremia.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Enfermagem, Chapecó, SC , 2019.

1. Emergências. 2. Enfermagem. 3. Acolhimento. 4.
Atenção Primária à Saúde. I. Geremia, Daniela Savi,
orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III.
Título.

MAYARA CRISTINA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DAS CAUSAS DE ACESSO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA COMO
ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE CHAPECÓ**

Trabalho de conclusão do curso de graduação apresentado
como requisito para obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul.

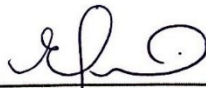
Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado em:

09 / 12 / 2019

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dra. Daniela Savi Geremia
Orientadora



Prbfa. Dra. Eleine Maestri



Enf. Especialista Leandra de Oliveira Porto

Dedico esta pesquisa primeiramente à Professora Daniela Savi Geremia, pela paciência e incentivo durante todo o período de produção. A minha mãe Vera Lucia Sabadini que acreditou em mim e lutou para que este sonho se tornasse realidade e Médica Kerlli Cristina A. Afonso minha irmã que me ajudou a ter força e coragem para chegar ao final dessa trajetória.

AGRADECIMENTOS

A trajetória até o fim da graduação foi árdua e em diversos momentos surgiu vontade de desistir, mas o desejo de chegar ao fim dessa caminhada sempre foi maior. Por isso, quero agradecer a Deus que me provou que nenhuma batalha é vencida sozinha e que através da fé e dedicação podemos alcançar nossos sonhos.

Agradeço a minha família pelo incentivo e apoio durante esses anos de graduação, suas palavras de encorajamento e as orações em dias de provas tiveram grande significado neste período de luta. Agradeço a minha mãe Vera Lucia Sabadini e a minha irmã Kerlli C. Alves Afonso pelo apoio durante esses 5 anos, sem vocês não seria possível chegar no fim da graduação.

Quero agradecer em especial a minha amiga Mari Dallazem que foi a primeira pessoa a acreditar em mim e a grande incentivadora desse sonho, me mostrou um pouquinho da enfermagem através das nossas conversas exteriorizando todo amor e dedicação que tem a essa profissão.

Agradeço a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e a todos os docentes do curso de graduação em enfermagem que me proporcionaram vivências incríveis e que levarei para a vida toda. Agradeço principalmente a Professora Daniela Savi Geremia pelas palavras de apoio, a paciência e a confiança que depositou em mim.

RESUMO

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) se caracteriza como porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e é organizada através de pontos de atenção, para melhor organizar o fluxo de atendimento a rede conta como diretriz a classificação de risco para oferecer ao usuário um acolhimento de qualidade através da prioridade clínica. O objetivo foi analisar as principais causas de acesso a unidade de pronto-socorro do Hospital Regional do Oeste no município de Chapecó estado de Santa Catarina (SC). Trata-se de uma pesquisa de caráter quantitativo descritivo. Nas coletas de dados foram abordados usuários classificados na cor verde pouco urgente e azul não urgente conforme protocolo de Manchester, sendo 92 pouco urgente e 31 na não urgente, nível de significância de 10% e 15%. O principal motivo de procura pelo pronto socorro é de atendimento imediatista e de usuários que buscam realizar a consulta e os exames no mesmo dia. Identificou-se como motivos a alta demanda por consultas médicas na APS, insuficiência de oferta de exames laboratoriais e imagem, acesso restrito pela demora de agendamentos e falta de protocolos para classificação de risco. Este estudo demonstra que a maioria dos usuários que estão sendo atendidos no PS poderiam ser atendidos na UBS. Evidencia-se a necessidade de buscar estratégias de orientação para a população de quando é necessário buscar o PS ou outros serviços da RAS com a perspectiva de garantir o acesso universal. Contudo, se destaca a função estratégica que exerce o profissional enfermeiro no acolhimento com escuta qualificada e na classificação de risco, tomada de decisão e organização dos fluxos na rede de serviços de saúde.

Palavras-chave: Emergências. Enfermagem. Acolhimento. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The Urgency and Emergency Network (RUE) is characterized as a gateway to the Unified Health System (SUS) and is organized through points of attention, to better organize the flow of care the network counts as risk guideline to offer quality reception to the user through clinical priority. The objective was to analyze the main causes of access to the emergency room unit of the Western Regional Hospital in the municipality of Chapecó state of Santa Catarina (SC). This is a descriptive quantitative research. In the data collections, users classified in the non-urgent green and non-urgent blue according to the Manchester protocol were approached, being 92 non-urgent and 31 non-urgent, a level of significance of 10% and 15%. The main reason for looking for the emergency room is immediate care and users who seek to perform the consultation and exams on the same day. The reasons identified were the high demand for medical appointments in PHC, insufficient availability of laboratory tests and imaging, restricted access due to delayed appointments and lack of protocols for risk classification. This study demonstrates that most users being served at PS could be served at UBS. There is a need to seek guidance strategies for the population when it is necessary to seek the PS or other services of the SAN with the perspective of ensuring universal access. However, the strategic role that the professional nurse plays in the reception with qualified listening and in the risk classification, decision making and organization of the flows in the health services network stands out.

Keywords: Emergencies. Nursing. Welcome. Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CETHH	Centro Especializado em Tuberculose, Hanseníase e Hepatites
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
CRESM	Central de Referência em Saúde Municipal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HRO	Hospital Regional do Oeste
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
PA	Pronto Atendimento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PS	Pronto Socorro
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAN	Serviço de Alimentação à Nutrição
SARA	Serviço de Atendimento e Resgate Aeromédico
SAST	Serviço de Atenção à Saúde e Terapias
SC	Santa Catarina
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Fluxograma geral do protocolo de Manchester.	26
Ilustração 2 – Fluxo de atendimento conforme protocolo de Manchester.....	26

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Redes de Atenção Secundária à Saúde no município de Chapecó/SC.	29
Quadro 2. Motivos de procura ao PS referido pelos usuários.	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise referente a procedência (acesso à RAS) e referência de outro serviço da rede.	38
Tabela - 2 Desfecho final dos usuários atendidos no PS por classificação e total em relação ao número de entrevistados.	39
Tabela 3 - Principais motivos que levam os usuários a procurar o PS.	40

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Faixa etária dos usuários atendidos no PS.	35
Gráfico 2 - Percentual de atendimento por sexo dos usuários atendidos.	35
Gráfico 3 - Nível de escolaridade dos usuários classificados como pouco urgente e não urgente no PS.	36
Gráfico 4- Percentual de usuários que buscaram a unidade de saúde.	37
Gráfico 5 - Percentual de CSF do qual o usuário está adscrito.	37

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	16
1.1	OBJETIVOS	18
1.1.1	Objetivo geral	18
1.1.2	Objetivo específico	18
2.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1	O SUS E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	19
2.2	ACESSO E ATENDIMENTO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	20
2.3	ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	22
2.4	REGULAÇÃO DA DEMANDA ASSISTENCIAL: ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE GRAU DE RISCO	24
3.	METODOLOGIA.....	27
3.1	TIPO DE ESTUDO:.....	27
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA:.....	27
3.3	LOCAL DE ESTUDO:.....	29
3.4	COLETA DE DADOS:.....	30
3.5	ASPECTOS ÉTICOS:.....	30
3.6	CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS:.....	32
4.	RESULTADOS	33
4.1	DESCRIÇÃO DO HOSPITAL E UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 33	
4.2	FUNCIONAMENTO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO HRO	34
4.3	DESCRIÇÃO: PERFIL GERAL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO PS	34
4.4	DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL POR UBS/CSF DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO PS	36
4.5	PRINCIPAIS CAUSAS E MOTIVOS DE PROCURA DE ACESSO DOS USUÁRIOS AO PS POR CLASSIFICAÇÃO E TOTAL EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE ENTREVISTADOS	38
4.6	PROCEDÊNCIA E DESFECHOS DOS ATENDIMENTOS DOS USUÁRIOS CLASSIFICADOS EM POUCO URGENTE E NÃO URGENTE PARA ATENDIMENTO NO PS	42
5.	DISCUSSÃO	45
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
	REFERÊNCIAS	49

APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDA.....	54
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	55
APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIO.....	57
APÊNDICE D- QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO	59
APÊNDICE E - QUADRO DE MOTIVOS REFERIDOS E DIAGNÓSTICOS	60
ANEXO A- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	75
ANEXO B – LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	87

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado através de um modelo hierarquizado, que previu a organização dos serviços de saúde em níveis de atenção, divididos como a atenção primária, secundária e terciária. Estas por sua vez, determinadas pela base estrutural da Atenção Primária à Saúde (APS) que é determinada como a porta de entrada preferencial de acesso ao sistema e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e visa diminuir os custos com os outros níveis de atenção; atendimento do usuário de forma integral e equânime; melhoria dos índices das condições de saúde e qualidade de vida e redução da medicalização e uso excessivo de procedimentos diagnósticos e terapêuticos (NUNES, 2010).

A organização em redes é uma forma recente de articulação dos serviços de saúde, com estruturas policêntricas estão vinculadas por meio de objetivos comuns para organizar o cuidado e a gerência dos serviços de saúde. Desta maneira, esta organização busca soluções para a articulação entre as políticas públicas onde existe poucos recursos humanos, técnicos e financeiros e dificuldades de acesso, estabelecendo a comunicação e fluxos dos usuários nos serviços e um cuidado integral aos cidadãos (FLEURY; OUVÉRY, 2007). A RAS é um modelo que visa construir e incorporar práticas conforme as necessidades de cada indivíduo e de suas coletividades, os serviços atuam de maneira articulada mantendo o cidadão como o foco do cuidado.

Com o intuito de tornar o SUS mais resolutivo, em 1994 surgiu o Programa Saúde da Família (PSF) que buscava organizar a assistência a população a partir da APS e com objetivo de atender o indivíduo e a família de forma contínua através de intervenções para promoção, proteção e recuperação da saúde. No ano 2000, o Ministério da Saúde definiu que o PSF, seria denominado como Estratégia de Saúde da Família (ESF) e deveria ser capaz de resolver até 85% das demandas em saúde na sua comunidade, através de um atendimento de qualidade, prevenindo agravos e evitando internações desnecessárias. Essa mudança de programa para estratégia foi fundamental para se instituir e consolidar a saúde da família como foco central da APS no Brasil (BRASIL, 1997; 2000).

Assim a ESF surgiu com a intenção de mudar o modelo biomédico que é voltado a tratar às condições agudas do processo saúde e doença, especialmente por meio de consultas médicas e exames especializados para um modelo de prevenção e promoção de saúde. Mas, estudos de Fernandes et al. (2009), Souza et al. (2014), Silva et al. (2017), tem destacado as demoras nos agendamentos de consultas gerais, especializadas, realização de exames e dificuldades de acesso encontradas pelos usuários para atendimento de saúde resolutivo nas UBS. Deste modo,

os usuários estão procurando, cada vez mais, os serviços de urgência e emergência para atendimento imediato, dificultando o cuidado contínuo e integral, que deveria ser realizado pela APS, o que sobrecarrega os serviços de pronto socorro e diminui a qualidade do atendimento prestado.

No decorrer das atividades teórico práticas na graduação em enfermagem, especialmente do componente curricular de “O cuidado de enfermagem ao adulto e idoso em condições críticas de saúde” que foram desenvolvidas na unidade de pronto socorro do Hospital Regional do Oeste (HRO), percebeu-se a necessidade de buscar meios para diminuir a demanda de usuários com causas de saúde sensíveis ao atendimento na APS, que utilizam o setor de urgência e emergência sobrecarregando o setor e observou-se que muitas situações poderiam ser resolvidas através de outros tipos de intervenção e acompanhamento.

Conforme apontam Oliveira, Mattos e Souza (2009) e Campos et al (2014), a partir da implantação da ESF nos anos 90 e 2000, esperava-se que a demanda na busca pelo atendimento à saúde se modificaria sendo que a APS poderia resolver os problemas da comunidade, contribuindo para diminuir as filas de atendimento nos serviços de urgência e emergência. A APS apresenta excelentes resultados de melhorias nos indicadores de morbidade e mortalidade, bem como de qualidade de vida em todo o país.

Porém, existem enormes desafios que ainda precisam ser enfrentados face a resolutividade das ações na própria ESF e agilidade nos encaminhamentos, estes relacionados à falhas no processo de trabalho de toda a equipe assistencial e de gestão para ordenamento dos fluxos, definições de protocolos, empoderamento da sociedade sobre as diferentes formas de atendimento e organização das agendas (demanda espontânea x demanda programada). Nesse contexto, esta pesquisa buscou discutir a temática a partir da questão norteadora: “Quais são as principais causas que levam a população a buscar atendimento nas unidades de urgência e emergência?”.

A partir desta inquietação, o objetivo deste estudo é analisar as principais causas que estão sendo atendidas na unidade de pronto-socorro do Hospital Regional do Oeste no município de Chapecó estado de Santa Catarina (SC). Desta maneira, espera-se compreender os fluxos e funções de cada nível de atenção à saúde e contribuir com estratégias para diminuir as filas de espera para o atendimento nas unidades de urgência e emergência e melhorar a qualidade e resolutividade da APS. Assim, esta pesquisa se justifica devido sua importância para o debate da organização e funcionamento das RAS, melhoria do acesso, qualidade do atendimento e melhores definições dos processos de trabalho da equipe de saúde. Ainda, pode

subsidiar maiores informações sobre a atuação do profissional enfermeiro e contribuir para avanços no uso de ferramentas para qualificar o processo de ordenação dos fluxos assistenciais.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar as principais causas de acesso a urgência e emergência do Hospital Regional do Oeste no município de Chapecó/SC classificados como pouco urgente e não urgente.

1.1.2 Objetivo específico

- 1) Verificar o funcionamento do acolhimento e classificação de risco realizadas no pronto socorro do Hospital Regional do Oeste;
- 2) Relacionar territorialmente os usuários atendidos no pronto socorro com a distribuição na área de abrangência do centro de saúde da família em que está adscrito.
- 3) Identificar as principais causas e motivos de procura de acesso dos usuários ao pronto atendimento do Hospital Regional do Oeste do município de Chapecó;
- 4) Avalia os desfechos dos atendimentos classificados como pouco urgente e não urgente;

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O SUS E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O SUS é constituído de um conjunto de serviços de saúde que são oferecidos para toda a população brasileira, sua criação partiu de uma luta popular, para garantir o direito à saúde como responsabilidade do Estado (governo federal, estadual e municipal). É um sistema de saúde organizado a partir de princípios e diretrizes que estão nos artigos nº196 ao nº200 da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e garante o acesso universal a saúde através de políticas públicas integrais e equânimes. O sistema de saúde, começou a ser implantado a partir do ano de 1990 após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde a n. 8080/90 que trata da organização dos serviços, promoção e proteção da saúde e da Lei Complementar n.8142/90 que dispõe sobre o financiamento do SUS e a participação social (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A implantação do SUS foi proposta através de uma lógica de hierarquização, onde os serviços de saúde são organizados por níveis de atenção que formam uma pirâmide, são divididos por nível primário sendo a base dessa pirâmide, nível secundário e nível terciário sendo o meio e o topo da pirâmide. A APS é o primeiro nível de atenção à saúde, que se configura como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. O primeiro contato com o usuário, deve ser de fácil acesso e buscar resolver grande parte dos problemas de saúde da população e ofertar um cuidado longitudinal. Os sistemas de saúde que são organizados a partir da APS têm: “[...]menores custos, maior satisfação da população, melhores níveis de saúde e menor uso de medicamentos[...]”. Desta maneira, entende-se que a APS deve ser resolutiva e atender a população de maneira integral (NUNES, 2010, p. 17).

Ao buscar a resolutividade da APS e o atendimento integral a população de forma igualitária e com garantias de acesso, conforme a CF/1988 determina, em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) que depois foi denominado como Estratégia da Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reorganizar o sistema e atender as famílias pensando em ações que contemplem o ambiente físico e social que o indivíduo está inserido (REZENDE, 2010). Contudo, mesmo com a ampliação da APS pode-se afirmar que está longe de alcançar os seus objetivos. De acordo com Rosa, Pelegrini e Lima (2011), devido à grande demanda obtida, baixa resolutividade clínica, pouca qualificação dos funcionários e dificuldades para criar um vínculo com o usuário, são alguns motivos para que a APS não alcance todos objetivos almejados. De acordo com o estudo, na percepção dos usuários do SUS, eles destacam que há

falta exames, demora para agendamento de consultas com especialistas e falta de medicamentos.

Para o melhorar a organização dos níveis de atenção, compõe-se, as RAS, que são formas de organização policêntrica do sistema de saúde, que se propõe a oferecer atenção à saúde de acordo com as necessidades da população. Assim, se organiza a partir da divisão dos territórios com base nas particularidades locais, perfil epidemiológico e vulnerabilidade da população, com o objetivo de prestar um cuidado integral e de forma articulada planejando o cuidado oferecido ao usuário (NUNES, 2010).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) é a estratégia prioritária para o crescimento da AB ou APS, esta é orientada pelos princípios e diretrizes do SUS. A portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 define que a organização em redes deve ser utilizada para orientar e organizar o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde dos usuários. A APS constitui-se como a porta de entrada preferencial para as RAS, e a partir dela, o fluxo e a organização entre os setores deve acontecer através da referência e contra referência para a atenção secundária e terciária que estão divididos pelos territórios (regiões e macrorregiões) prestando um serviço integral ao usuário (BRASIL, 2017).

A gestão da APS vem buscando, ao longo dos mais de 30 anos de SUS, estratégias para melhoria do atendimento e acesso da população, em alguns momentos com maiores avanços e outros com retrocesso. Atualmente, foi lançado pelo governo federal a portaria de nº 930 de 15 de maio de 2019, que visa melhorar o acesso dos usuários as Unidades de Saúde da Família (USF) através de maior flexibilidade nos horários de atendimento. Os municípios que aderirem ao programa “Saúde na Hora”, conforme portaria, receberão incentivos financeiros para melhorias na unidade e para ampliação do quadro de funcionários. Sendo assim, prevê que as USF permaneçam abertas por 12h ou 15h com ESF disponíveis para atender os usuários. O principal objetivo dessa portaria é melhorar o acesso da população à APS e assim diminuir as superlotações na unidade de urgência e emergência. Considerando a atualidade da portaria, ainda não é possível afirmar se essas medidas poderão contribuir efetivamente com o acesso, resolutividade e continuidade do cuidado (BRASIL, 2019).

2.2 ACESSO E ATENDIMENTO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O Índice de Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAP) consiste em indicadores que são utilizados para avaliar a resolutividade da APS, esse método já é utilizado em diversos lugares do mundo. Conforme Caminal (2004) e (ALFRADIQUE et al., 2009) a lista de

condições sensíveis deve ser adaptada para cada país, por se tratar de diferentes situações de saúde que acomete a população, os indicadores devem ser escolhidos através de estudos que demonstrem evidências científicas para a realidade do local com o intuito de garantir a confiabilidade dos dados.

A APS resolutiva que presta boa assistência ao usuário diminuiria os índices de internações hospitalares que são considerados evitáveis. Os indicadores demonstram que as altas taxas de internações sensíveis à atenção básica estão relacionadas a deficiências nesse serviço (LEMES et al., 2015). Para avaliar a resolutividade da APS no Brasil, em 17 de abril de 2008, foi criada a Portaria n.º 221, com ICSAP, que segundo a portaria, são as condições sensíveis à atenção básica, elencadas por diagnósticos conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (BRASIL, 2008).

A criação da lista de internações sensíveis à atenção básica brasileira foi realizada através de consulta a banco de dados e as listas estrangeiras já existentes, instigou o ministério da saúde, gestores, pesquisadores da área da saúde coletiva, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e também os cidadãos por meio da consulta pública. Através dos estudos, Alfradique et al (2009) afirma que podem se considerar internações que podem ser evitadas aquelas oriundas de doenças que são possível prevenir com vacinas, as que podem ser tratadas por diagnóstico precoce como as gastroenterites e as complicações agudas de doenças crônicas como a descompensação de doenças do sistema respiratório, diabetes, hipertensão arterial sistêmica entre outras.

Para Starfield (2002) as Condições ou Causas Sensíveis à Atenção Primária em Saúde são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade pode ser diminuída através de uma APS que resolva de 75 a 85% das necessidades de saúde da população. Embora outros fatores, inclusive os culturais, possam interferir nos indicadores de internação hospitalar, a capacidade dos serviços de APS na prevenção de hospitalizações desnecessárias, tem sido tomada como indicador de qualidade da assistência à saúde.

Para além disso, a APS deve estar minimamente preparada para o atendimento e/ou encaminhamento de situações de urgência e emergência que podem ter o acesso à rede pela própria APS e diante disso, a equipe deve realizar o suporte básico de vida, assim, deve estar preparada para reconhecer o usuário gravemente enfermo ou em risco, reconhecer e fazer o primeiro atendimento de parada cardiorrespiratória, conhecer e manusear os dispositivos de oferta de oxigênio - acesso de vias aéreas. Essas ações são imprescindíveis para garantir atendimento precoce, sobrevida e bom prognóstico do caso.

De modo geral, as ESF precisam estar capacitadas para diagnosticar sinais e sintomas de gravidade nos usuários, apesar de muitas unidades não oferecem estrutura física para atendimento, o conhecimento profissional para intervenção imediata, quando for o caso, pode ser o elo entre a vida e a morte de uma pessoa. Deste modo, Melo e Silva (2011) destacam que o ideal é que a organização dos serviços e os processos de trabalho de toda equipe de saúde estejam alinhadas com a RAS, com garantia de acesso 24 horas e transporte, protocolos de acolhimento específicos para os casos de urgência e emergência.

2.3 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O conceito de urgência pode ser definido como um atendimento que deve ser realizado imediatamente, onde a vítima tem um risco potencial que poderá levar a algum agravo à saúde, porém, não há risco de morte imediato. O termo emergência é utilizado quando necessita de intervenção médica imediata, onde há risco de morte ou sofrimento intenso (ROMANI et al. 2009, CFM 1995).

Quanto ao atendimento inicial às urgências, o pronto socorro é a unidade que se configura como uma das portas de entrada do SUS, ele deve ser utilizado por usuários que apresentem risco de morte ou que necessitam de atendimento imediato como em casos agudos, crônicos agudizados e traumas (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012). Segundo o Ministério da Saúde (2013) às linhas de cuidado prioritárias da RUE são as de origem cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.

O Ministério da Saúde (2013) destaca as principais situações de emergência que são priorizadas na linha de cuidado cardiovascular é com foco na atenção ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e nas síndromes coronarianas agudas, na linha de cuidado cerebrovascular tem foco na atenção ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) e na traumatológica o eixo de prioridade é o politrauma (lesões decorrentes principalmente por acidentes e violência - as causas externas).

Melo e Silva (2011) em pesquisa, sinalizam que os principais motivos de procura das unidades de pronto atendimento tem sido insuficiência respiratória, choque, intoxicações e acidentes com animais peçonhentos. Não obstante, as unidades de Pronto Socorro (PS) não estão atendendo apenas urgência e emergência, com a sobrecarga de demanda da APS muitos usuários estão buscando atendimento imediato no PS. Conforme Gomide, Pinto e Figueiredo (2012), a justificativa para a busca dos setores de urgência e emergência em situações não

urgente é devido aos recursos que essas unidades têm a oferecer como a realização de exames de imagem, exames laboratoriais, consulta e retorno no mesmo dia, os medicamentos disponíveis e os procedimentos que podem ser realizados pela enfermagem. Os serviços de urgência e emergência brasileiros encontram-se lotados, as demandas sensíveis, àquelas que poderiam ser atendidas na APS, têm se misturado com usuários em real situação de risco de morte e sofrimento, causando assim a superlotação e sobrecarga dos serviços de Pronto Atendimento (PA) diminuindo a qualidade da assistência.

De acordo com Poll, Lunardi e Lunardi Filho (2011), quando as unidades de saúde atendem suas demandas, chegando ao limite de sua capacidade diária de atendimento, às UBS encaminham seus usuários aos serviços de urgência e emergência, mesmo quando não há necessidade de ser atendido por este setor. Essa des(informação) pode causar uma falsa resolutividade, e interrompe os princípios da longitudinalidade do cuidado em saúde. Entre as consequências desses encaminhamentos, muitas vezes desnecessários, está a superlotação do setor como a falta de leitos de observação, sobrecarga dos profissionais e o desperdício de recurso público.

Para organizar o serviço de forma que os usuários sejam atendidos de acordo com a sua gravidade é feita um acolhimento com triagem, definido conforme a prioridade clínica do usuário e se utiliza de ferramentas, como os protocolos de classificação de risco, que objetivam sistematizar a avaliação primária do usuário e organizar os fluxos de atendimento (BRASIL 2009).

A partir da necessidade de intervir sobre doenças e agravos de forma mais organizada foi criada a portaria N° 1.600 de 07 de julho de 2011 que institui as Redes de Urgência e Emergência (RUE) que tem por prioridade atender as demandas cardiovascular, cerebrovascular e traumatológicas de forma ágil. A RUE é constituída por hospitais, atenção domiciliar, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sala de estabilização, promoção, prevenção e vigilância em saúde.

A RUE é uma rede de porta de entrada que atende às altas complexidades e é composta por diferentes pontos de atenção por isso seus fluxos devem estar articulados para atender os usuários com quadros agudos proporcionando atendimento integral e quando necessário referenciar para um serviço especializado por meio de um sistema de regulação e hierarquizado (BRASIL, 2011).

2.4 REGULAÇÃO DA DEMANDA ASSISTENCIAL: ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE GRAU DE RISCO

O acolhimento com classificação de risco é essencial em uma unidade de urgência e emergência, através dele que se organiza as filas de espera, não mais por ordem de chegada e sim pelo grau de risco que o usuário apresenta. Desta maneira, pode se organizar os fluxos de circulação dos usuários, sejam internos ou externos ao setor, e, a reorganização dos processos de trabalho, dando prioridade a quem apresenta situação clínica mais grave e garantindo um atendimento de acordo com as necessidades de cada pessoa (BRASIL, 2009).

A classificação de risco na unidade de urgência e emergência é o momento de acolhimento ao usuário, através dela o enfermeiro ou o médico ouve a queixa do usuário para dar início a classificação de risco, este é um momento essencial para uma boa triagem e uma tomada de decisão adequada para aquele usuário, com equidade na atenção prestada. Conforme sinaliza a Política Nacional de Humanização (2013) é este o momento ideal para estabelecer vínculo com o usuário, através de uma escuta qualificada que busca resolutividade mediante a necessidade que levou este usuário ao serviço de saúde. Para se oferecer um atendimento de qualidade e resolutivo para o usuário que busca atendimento em uma unidade de urgência e emergência essa deve ter uma estrutura organizada e equipe capacitada para receber esse usuário conforme a sua situação de saúde.

É preconizado a organização dos espaços físicos dentro das unidades de urgência, que consiste em dividir esses locais por eixos sendo vermelhos e azuis conforme o grau de risco do usuário, com o objetivo de melhorar acolhimento do usuário e organizar os fluxos de trabalho (Brasil, 2009). No eixo vermelho, ficam os usuários que apresentam maior gravidade este eixo é subdividido por área vermelha, amarela e verde. Na área vermelha fica a sala de emergência e a de procedimentos invasivos, nesses locais são atendidos usuários com risco de morte eminente, na área amarela ficam os usuários que já estão estabilizados, mas que ainda necessitam de cuidados contínuos e na área verde ficam as salas de observação com usuários estáveis. O eixo azul é para os usuários não graves, nesse local ficam os espaços para acolhimento, administrativo, recepção, sala de espera, consultório médico, área de procedimentos como curativos, suturas, medicação e nebulização.

Para melhor organizar os atendimentos as unidades de PS recorrem a protocolos para a classificação de risco com o objetivo de padronizar o acolhimento e diminuir o tempo de espera do usuário para atendimento, desde 2007, o protocolo de Manchester é o que vem sendo utilizado no Brasil e é recomendado pelo Ministério da Saúde (JONES; MARSDEN; WINDLE,

2010). Outros sistemas de classificação de risco muito utilizados são: Emergency Severity Index (ESI) – Utilizado nos Estados Unidos desde 1999; Australasian Triage Scale (ATS) – Utilizado na Austrália em meados dos anos 1970; Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) - Foi implantada no Canadá em 1999; e o Sistema de Triage de Manchester (STM) - Utilizado nos serviços de emergência do Reino Unido a partir de 1996 e no Brasil a partir de 2008.

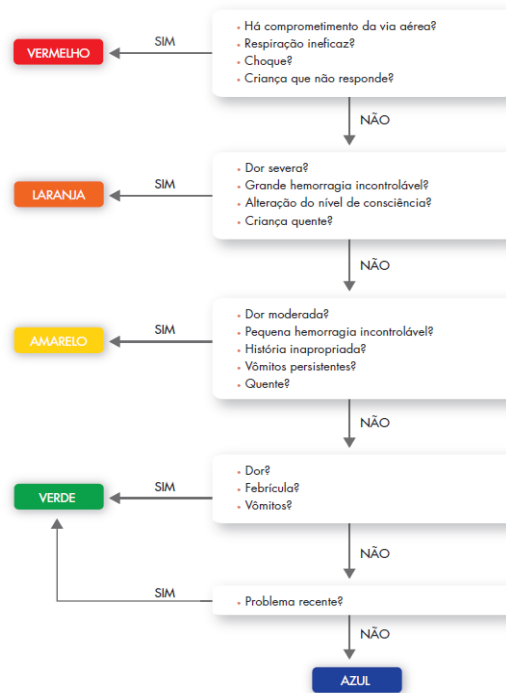
A Classificação de risco pelo protocolo de Manchester no Brasil é realizada por profissional enfermeiro (a) e médico que possui experiência em serviço de urgência e que tenha a capacitação para utilização desta ferramenta, que pode ser realizada por meio de um curso online ou presencial a carga horária pode variar de acordo com a escola que oferece a capacitação. O enfermeiro ou médico deve estar preparado tecnicamente para avaliar, classificar, decidir e agir, em alguns momentos todas essas etapas acontecem juntas ou em condições de estresse e pressão por agilidade no atendimento.

O protocolo de Manchester é um método de Classificação de risco que permite identificar qual usuário tem prioridade clínica para atendimento, não tem como objetivo estabelecer diagnóstico, possui 53 fluxogramas que foram selecionados a partir da queixa principal, estes fluxogramas são organizados por discriminadores chaves em formato de pergunta que determina através de cores os cinco níveis de prioridade do atendimento, conforme Ilustração 1, e o tempo que o usuário pode aguardar, sendo: Vermelho- emergência, laranja- muito urgente, amarelo- urgente, verde- pouco urgente e azul- não urgente, conforme observa-se na Ilustração 2 (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Dentre as vantagens do protocolo de Manchester pode-se destacar organização dos fluxo de atendimento oferecendo prioridade às urgências, permitindo o nivelamento entre os profissionais de saúde que atuam na triagem, ele traz um consenso no atendimento para as diferentes equipes, fazendo que a triagem tenha fundamentação científica, através deste protocolo a classificação de risco é realizada de forma ágil e pode ser auditado (MENDES, 2011).

O Enfermeiro que atua na classificação de risco deve ter uma tomada de decisão rápida durante a avaliação do risco do usuário, o atendimento com o usuário deve ser ágil e a evolução objetiva. O enfermeiro é o profissional que realiza o acolhimento de todos os usuários que utilizam da unidade de urgência e emergência e também quem realiza a gestão dos fluxos e disposição dos usuários conforme sua situação de saúde e a organização da sala de espera, é quem presta as informações necessárias como a do tempo de espera sobre o atendimento aos usuários e sobre sua situação de saúde (JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Ilustração 1 – Fluxograma geral do Protocolo de Manchester.



Fonte: JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010

Ilustração 2- Fluxo de atendimento conforme protocolo de Manchester



Fonte: Elaboração própria (2019).

Neste âmbito de atuação, visando a maior eficiência e qualidade do atendimento prestado pelo profissional enfermeiro, o mais adequado é que as queixas ou motivos de procura pelos serviços de saúde sejam classificados em todos os pontos da RAS para que se tenha uma forma única de comunicação em toda a rede.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO:

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo. A pesquisa quantitativa é aquela que pode se quantificada, que possui dados brutos e sólidos através de amostras de alvo da pesquisa, ela utiliza da matemática para descrever as causas de um fenômeno. A pesquisa descritiva requer muita informação sobre o assunto pesquisado para posteriormente o pesquisador descrever os fenômenos e fatos do assunto pesquisado (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA:

Esse estudo abordou a população atendida na Unidade de Pronto Socorro do Hospital Regional do Oeste (HRO), que no momento da classificação de risco que foi classificada como pouco urgente e não urgente conforme o protocolo de Manchester.

Foi realizado um cálculo amostral de 90% de confiabilidade para os usuários pouco urgente e 85% para os usuários não urgente. Foram utilizados os seguintes **critério de inclusão** no estudo: possuir 18 anos completos, usuários do município de Chapecó que buscam tratamento médico na unidade de pronto socorro do Hospital Regional do Oeste em Chapecó, de ambos os sexos (feminino e masculino) e que na classificação de risco foram classificados como pouco urgente ou não urgente. **Critério de Exclusão:** Não residir no município de Chapecó e os prontuários que apresentarem evolução de enfermagem e médica sem o devido preenchimento, foram desconsiderados da amostra.

A amostra estratificada foi definida com base na classificação de risco de Manchester utilizando como N a média de atendimentos realizados no pronto atendimento do HRO nos meses de dezembro de 2018, janeiro e fevereiro 2019. Utilizou-se o cálculo de Barbetta (2010) com erro amostral de 10% para usuários pouco urgente e 15% para usuários não urgente.

Para os usuários classificados como POUCO URGENTE a média foi de 1.153 usuários.

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} \quad n_0 = \frac{1}{0,10_0^2} \quad n_0 = \frac{1}{0,10_0^2} = 100$$

$$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0} \quad n = \frac{1153 \times 100}{1153 + 100} = 92$$

Onde:

n_0 = Primeira aproximação do tamanho da amostra

E = Erro amostral tolerável

N = Tamanho da população

n = Tamanho da amostra

Para os usuários classificados como NÃO URGENTE a média foi de 126 usuários.

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} \quad n_0 = \frac{1}{0,15_0^2} \quad n_0 = \frac{1}{0,15_0^2} = 42$$

$$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0} \quad n = \frac{126 \times 42}{126 + 42} = 31$$

Onde:

n_0 = Primeira aproximação do tamanho da amostra

E = Erro amostral tolerável

N = Tamanho da população

n = Tamanho da amostra

Durante a coleta de dados um dos desafios foi atingir a meta estabelecida para 90% de confiabilidade de usuários classificados como não urgente segundo o protocolo de Manchester, essa dificuldade justifica-se devido alguns usuários estarem sendo classificados de maneira errônea em alguns momentos singulares para agilizar o atendimento. Outro fator que identificamos como limitação foi a baixa procura de usuários ao PS do HRO devido às estratégias de *marketing* da administração hospitalar, para conscientização da população da superlotação do hospital e procura de outros serviços da rede de atenção à saúde o número de atendimento teve uma boa redução. Portanto, foi necessária aumentar o erro amostral para 15% e assim foram realizadas 31 coletas de usuários classificados como não urgente. Apesar dessa limitação, não foi prejudicada a análise dos dados e os objetivos do estudo foram alcançados, principalmente por identificar que grande parte dos usuários pouco urgente poderiam ter sido classificados como não urgente, considerando as diretrizes do protocolo de Manchester.

3.3 LOCAL DE ESTUDO:

A coleta de dados foi realizada na Unidade de Pronto Socorro do Hospital Regional do Oeste (HRO) que é administrado pela Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira, foi utilizado a sala de classificação de risco para aplicação da entrevista com os usuários e para coleta no prontuário através do sistema será utilizado o computador que fica na unidade de internados por possuir um fluxo menor de funcionários.

O estudo foi realizado no município de Chapecó, localizado na região Oeste do estado de Santa Catarina, o município possui uma população estimada de 216.654 pessoas conforme censo do IBGE (2018), possui uma cobertura da AB de 93,17%, com 53 ESF em 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os serviços da atenção secundária, como parte das RAS (Quadro 1) é referência para o município e alguns para a região.

Quadro 1. Redes de Atenção Secundária à Saúde no município de Chapecó/SC

Rede de Atenção Psicossocial	Rede de Urgência e Emergência	Rede de Especialidades, Apoio Diagnóstico Terapêutico
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)	Pronto Atendimento Efapi 24h (PA Efapi)	Serviço de Atenção Saúde e Terapias (SAST)
Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS)	Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA)	Clínica da Mulher
Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS Infantil)	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Unidade de Suporte Básico (SAMU – USB)	Centro de Referência Em Saúde Municipal (CRESM)
Unidade de Acolhimento	Serviço de Atendimento e Resgate Aeromédico (SARA)	Serviço de Alimentação e Nutrição (SAN)
	Saúde em Casa	Ambulatório de Lesões de Pele
		Serviço de Atendimento Especializado - HIV/AIDS

		Centro Especializado em Tuberculose, Hanseníase e Hepatites (CETHH)
--	--	---

Fonte: Elaborada pelo autor (2019).

3.4 COLETA DE DADOS:

Foi realizado contato com a gerência do Hospital Regional do Oeste para autorização da pesquisa através da Declaração de Ciência e Concordância das instituições envolvidas (APÊNDICE A). Após a autorização foi feito contato com o coordenador do local de estudo para apresentar o projeto e forma como seriam realizadas as coletas. A coletas foi realizada durante os meses de julho e agosto de 2019, na sala de classificação de risco **uma vez por semana e a cada semana foi realizado em um período diferenciado por quatro horas**, abordou somente os usuários classificados como pouco urgente e não urgente segundo protocolo de Manchester, sendo 92 usuários classificados como pouco urgente e 56 usuários classificados como não urgente. Foi utilizado um formulário de entrevista impresso (APÊNDICE B), que foram preenchidos a punho no local pelo usuário. Após o atendimento do usuário, foi utilizado um segundo formulário impresso (APÊNDICE C) para a coleta de dados do prontuário do usuário (respectivo prontuário do usuário entrevistado), que foi preenchido pela pesquisadora. A coleta de dados no prontuário foi realizada pelo sistema do Hospital Regional do Oeste no computador que fica disponível no posto de enfermagem do setor de internados do pronto socorro, neste setor há um fluxo menor de profissionais assim a coleta de dados não vai prejudicar o andamento das atividades diárias do setor. Para o acesso ao sistema foi solicitado a coordenadora do pronto socorro uma permissão temporária (login/senha) ao sistema para a coleta de dados.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS:

Os participantes da entrevista foram informados sobre os procedimentos de coleta e garantia de sigilo das informações fornecidas sem que eles fossem identificados na divulgação dos resultados.

Salienta-se que este projeto foi submetido ao Comitê de Ética após aprovação e concordância do Hospital Regional do Oeste do município de Chapecó/SC. Além disso, é válido ressaltar que os participantes poderão desistir a qualquer momento da pesquisa sem ônus ou

bônus de qualquer espécie. Tendo em vista que esta pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, número 3.365.002 de 03 de junho de 2019, e terá seus custos arcados pelas pesquisadoras. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será impresso em duas vias (APÊNDICE D), que deverá ser assinadas no momento da pesquisa, uma via ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa, conforme preconizações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram assegurados os princípios da Bioética: Beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Compreendendo que houve uma avaliação do risco benefício para cada participante ou para o grupo, sempre no intuito de redução de danos e o máximo de benefícios possíveis, considerando concordâncias e discordâncias dentro do que cada pensa sem ferir o princípio da autonomia de nenhum participante, ou seja, o pensar diferente e o agir diferente devem ser respeitados nesta pesquisa. Considerando ainda o da não-maleficência, não causar danos tampouco colocar qualquer participante em risco principalmente os que são possíveis de prevenir, ou se há a possibilidade de uma abordagem que ofereça menos riscos (KOERICHET al, 2005).

Compreendemos que haviam riscos relacionados à desconfortos pessoais e constrangimentos em relatar as causas de acesso a unidade de urgência e emergências. Portanto, os participantes foram orientados que poderiam deixar de participar do estudo a qualquer momento. Entretanto, aceitamos os desafios e riscos da realização desta pesquisa porque entendemos que há benefícios e contribuições esperadas ao se tratar de um estudo que pode ser utilizado por profissionais e estudantes de saúde para reflexão sobre as práticas gerenciais, auxiliando no planejamento e desenvolvimento da rede de serviços de saúde.

Esta pesquisa será disponibilizada para a equipe através de documento impresso que detalhe os dados obtidos e todos os envolvidos serão convidados à participar da banca de defesa pública deste trabalho de conclusão de curso. Pretende-se divulgar o estudo através de eventos, periódicos científicos e de um banner que poderá ser fixado em local visível da sala de espera do Hospital Regional do Oeste para que os usuários tenham acesso aos resultados da pesquisa.

Os usuários foram informados sobre os objetivos do estudo, benefícios e riscos, bem como a possibilidade de deixar o estudo hora que desejar. O sigilo será mantido e as informações obtidas utilizadas para fins científicos. Com o término da pesquisa, os formulários ficarão arquivados pela pesquisadora somente terão acesso às acadêmicas e sua orientadora e todo o material impresso será incinerado após cinco anos.

3.6 CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS:

Inicialmente foi realizada uma entrevista com os usuários que no momento da classificação de risco for classificado como pouco urgente e não urgente de acordo com o protocolo de Manchester. Os dados foram comparados com a Portaria SAS n.º 221 de 2008 que dispõe de uma lista de diagnóstico de condições sensíveis à atenção primária conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), definido pelo indicador de ICSPA (ANEXO A) e outro questionário foi utilizado pela pesquisadora para coleta de dados do prontuário.

Em seguida, a partir do endereço dos usuários disponível nos prontuários, estes foram distribuídos de acordo com as respectivas áreas de abrangência dos territórios das equipes de ESF do município, buscando vincular usuário e sua unidade básica de saúde de referência, no intuito de identificar de quais unidades são estes usuários e analisar de onde são as maiores demandas que chegam ao PS no HRO.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha, usando o programa *Excel* e após classificadas as variáveis em medidas de posição (moda, média e mediana) e medidas de dispersão (variância e desvio padrão), os resultados foram expressos pela estatística descritiva, sendo apresentados por meio de tabelas, gráficos e figuras. Os dados foram analisados através de estatística descritiva por permitir de forma sistemática, organizar, descrever, analisar e interpretar dados (BARBETTA, 2010).

4. RESULTADOS

A pesquisa foi realizada no período de julho a setembro de 2019 no Hospital Regional do Oeste e abordou um total de 128 usuários durante a classificação de risco, sendo 97 classificados no grau de risco pouco urgente e 31 no não urgente conforme preconizado no protocolo de Manchester. Os percentuais apresentados nas tabelas de resultados foram calculados da seguinte forma: a) para os percentuais de pouco urgente e não urgente os totais de respostas de cada classificação foram calculados sobre o total de respostas da categoria analisada; b) os percentuais de “total” foram calculados sob o total de entrevistados em todas as categorias.

4.1 DESCRIÇÃO DO HOSPITAL E UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O HRO foi inaugurado no ano de 1986, está localizado no município de Chapecó-SC, é referência para a região Oeste e Meio Oeste do estado de Santa Catarina, Noroeste do Rio Grande do Sul e Sudoeste do Paraná, dispõe de 276 leitos de internação, sendo que mais de 80% é destinado ao SUS, abrangendo uma população superior a 1 milhão de habitantes e atendendo principalmente a média e a alta complexidade (HOSPITAL REGIONAL DO OESTE, 2018).

O PS foi construído juntamente com as demais dependências do hospital, até o momento houve apenas uma pequena reforma há aproximadamente quinze anos. Está em andamento a construção de uma nova ala do hospital, prevista para inaugurar em 2019 e conjuntamente será realizada a ampliação e adequação estrutural da unidade do PS. Atualmente, a estrutura da unidade é dividida da seguinte forma: balcão de atendimento, recepção e banheiro para os usuários na parte externa; sala de espera; sala de triagem onde é realizada a classificação de risco segundo protocolo de Manchester; sala para eletrocardiograma; três consultórios médicos que são ocupados pelos clínicos; um consultório para o ortopedista; sala de drenagem e ginecologia; sala de nebulização; expurgo; posto de enfermagem; banheiros para os funcionários; conforto para os médicos; sala de sutura; sala de emergências; sala de procedimentos; rouparia; observação 1 e 2. O setor de internação conta com um posto de enfermagem, 02 enfermarias com 04 leitos e 1 banheiro cada, e 03 enfermarias com 2 leitos e 1 banheiro cada.

A unidade de PS funciona todos os dias por 24h, atende usuários de ambos os sexos a partir dos 12 anos 11 meses e 29 dias de idade com agravos clínicos e traumas. São acolhidos

usuários do SUS e de convênios como: SC Saúde, Sadia, Unimed e Agemed. São atendidos aproximadamente 5.378 usuários por mês, conforme indicadores de saúde do mês 03/2019 fornecidos pelo HRO. O PS possui 4 equipes de enfermagem que prestam atendimento, sendo uma no período matutino por 6 horas, uma no período vespertino por 6 hora e duas equipe a noite por 12h que revezam o plantão de 12/36h, no total possui 32 colaboradores, sendo 2 enfermeiros por plantão que são divididos da seguinte maneira: Um no atendimento a demanda eletiva e internados e outro na classificação de risco, no momento de uma emergência ou urgência o enfermeiro da classificação de risco auxilia a equipe com a demanda eletiva.

4.2 FUNCIONAMENTO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO HRO

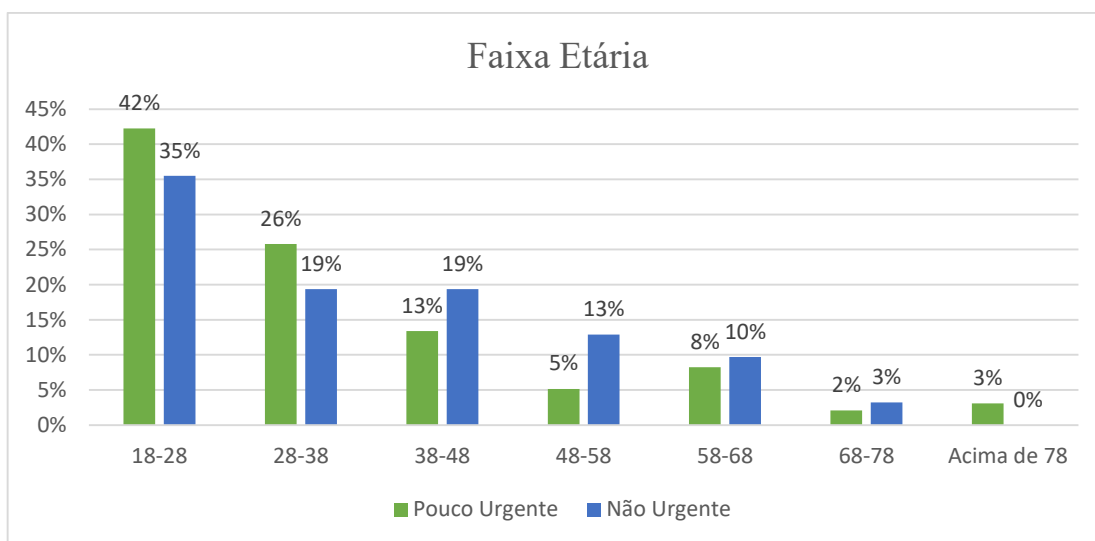
O acolhimento ao usuário que chega ao PS é realizado pelo profissional Enfermeiro durante a classificação de risco com o protocolo de Manchester, todos os usuários que dão entrada são triados, realizado escuta qualificada e classificados por grau de risco. O protocolo de Manchester foi adquirido no ano de 2015 pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), desde então, os enfermeiros estão se aperfeiçoando para operar o protocolo. Em relação a estrutura física, observa-se que o PS apresenta vários desafios para acomodar os usuários conforme a sua classificação.

A partir das vivências durante a coleta de dados da pesquisa (entrevista e análise de prontuários), tanto com os usuários quanto nos prontuários, foi possível perceber que, em muitos momentos, a classificação de risco no PS ocorre de forma diferenciada do que é preconizado no protocolo de Manchester. A maioria dos usuários não são triados de acordo com o preconizado e são classificados em cores que privilegiam o atendimento mais rápido. Conforme se observou na análise das entrevistas e os dados dos prontuários analisados, os usuários classificados na cor amarelo, por exemplo, são atendidos mais rápido pela equipe médica, assim o enfermeiro no intuito de dar maior agilidade no atendimento não cumpre o protocolo de acordo com as reais causas/motivos de procura relatados pelos usuários. Essa situação, inclusive, se apresenta como uma limitação do estudo, pois, não foi possível atingir o número total de usuários classificados como não urgente, e muitos usuários na pouco urgente poderiam ter sido classificados na como não urgente, de acordo com as normas do protocolo de Manchester.

4.3 DESCRIÇÃO: PERFIL GERAL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO PS

Dentre os usuários entrevistados foi delimitado um perfil dos usuários que buscaram a unidade de PS. Através do Gráfico 1 podemos observar uma prevalência de usuários jovens com idade entre 18 - 28 anos que foram atendidos no PS, sendo 42% pouco urgente e 35% não urgente, já os usuários que menos utilizam o serviço são os idosos com idade entre 68-78 e > 78 anos, sendo 2% pouco urgente e 3% não urgente.

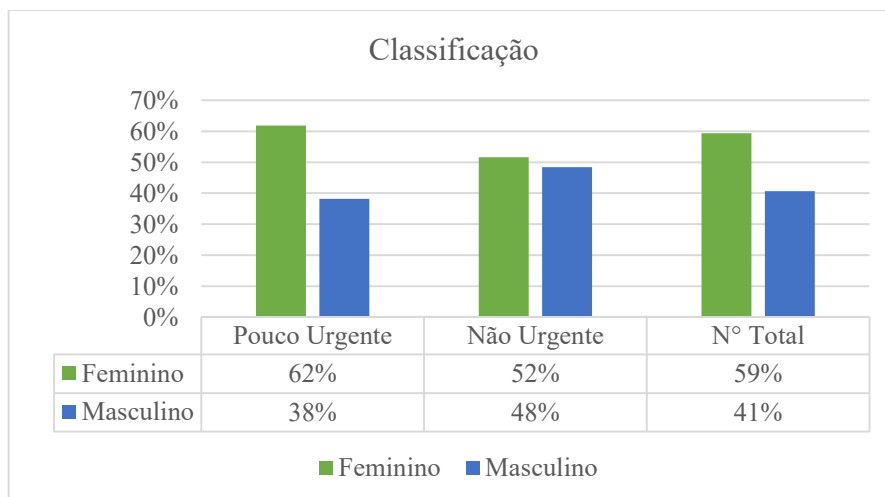
Gráfico 1- Faixa etária dos usuários atendidos no PS



Fonte: Elaboração própria (2019).

O Gráfico 2 demonstra que usuários do sexo feminino foram os que mais procuraram o PS, sendo que 62% foram classificadas como pouco urgente e 52% como não urgente, com um total de 59% de usuáries femininas. Já o público masculino atendido foi de 38% classificado no pouco urgente e 48% classificado no não urgente com um total de 41%.

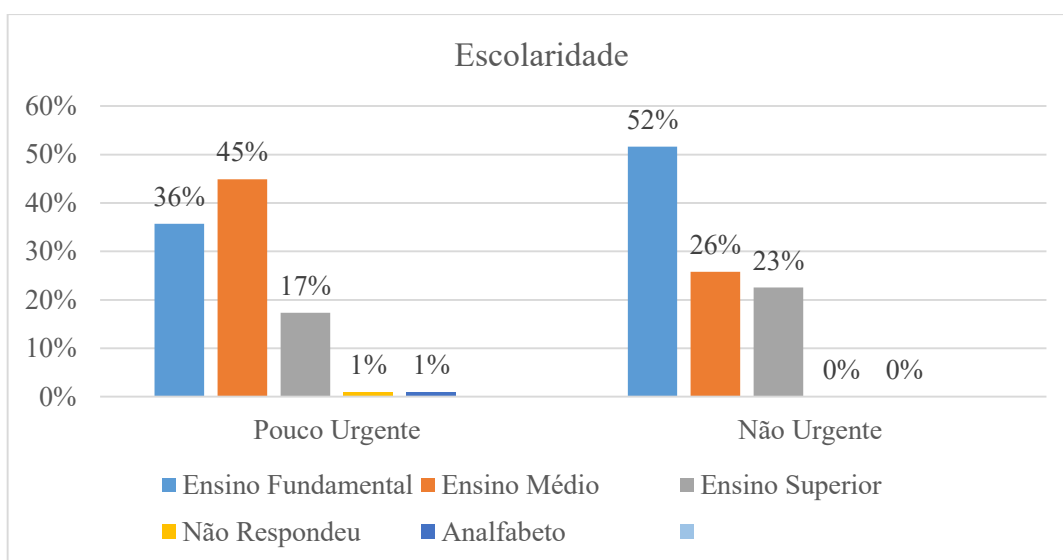
Gráfico 2 - Percentual de atendimento por sexo dos usuários atendidos.



Fonte: Elaboração própria (2019).

No gráfico 3 a prevalência de usuários classificados como pouco urgente em sua maioria tem nível médio e para os não urgente a maioria com nível fundamental de escolaridade. Em relação aos usuários alfabetizados que procuram o setor de urgência e emergência, apenas 1% dos usuários classificados no pouco urgente não são alfabetizados. Estes dados de forma isolados não apresentam uma relação de nível de escolaridade com o quantitativo de procura por esse tipo de atendimento.

Gráfico 3 - Nível de escolaridade dos usuários classificados como pouco urgente e não urgente no PS.



Fonte: Elaboração própria (2019).

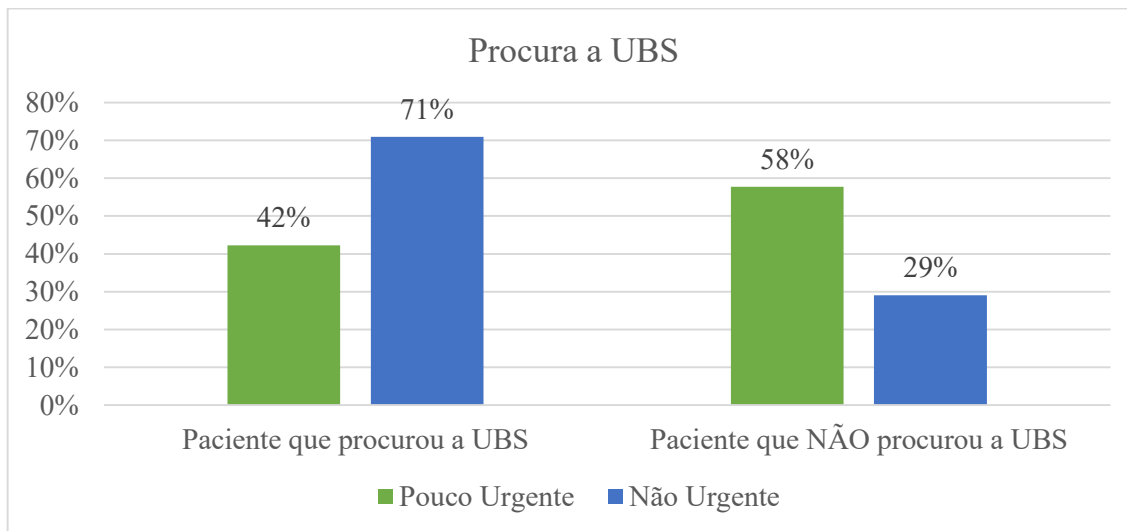
Entre os entrevistados podemos observar que os usuários com doenças crônicas não transmissíveis diagnosticada é de 24% e de 76% de usuários que não possui nenhuma doença crônica.

4.4 DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL POR UBS/CSF DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO PS

Através desta pesquisa, pode-se observar a baixa procura pelas UBS daqueles usuários que utilizaram o PS. Esses usuários estão buscando a rede de urgência e emergência para resolver seus problemas de saúde, antes mesmo de buscar atendimento na APS. No Gráfico 4 percebe-se que 58% dos usuários classificados como pouco urgente e 29% dos não urgente não procuraram a UBS para atendimento antes de procurar o PS. Já, 71% dos usuários não urgente

e 42% dos pouco urgente buscaram a UBS para atendimento e não conseguiram resolver seus problemas nesse ponto de atenção da rede.

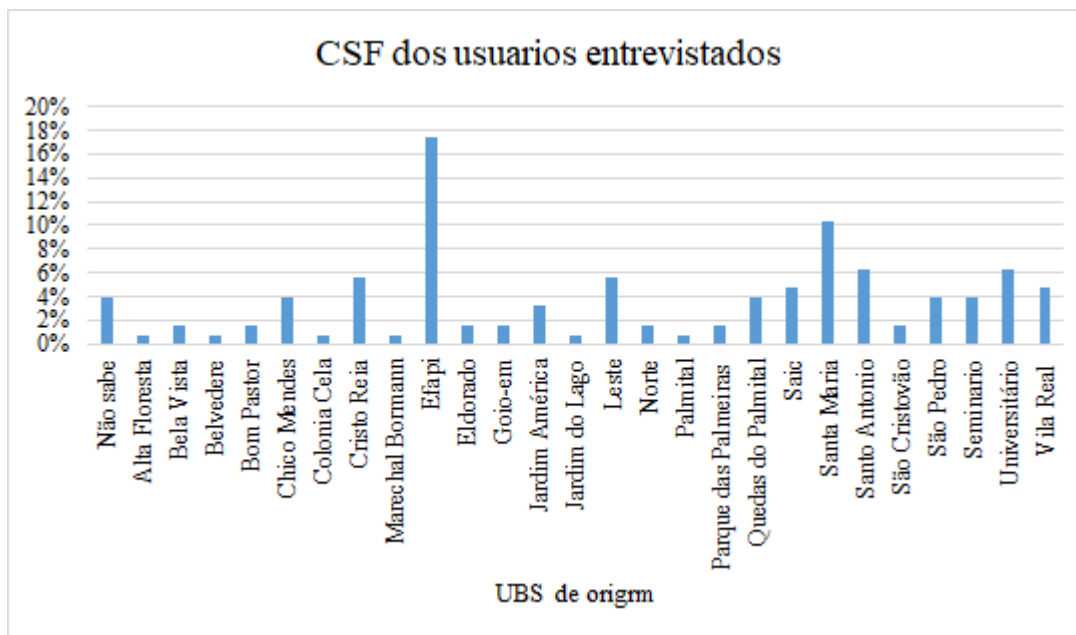
Gráfico 4- Percentual de usuários que buscaram a unidade de saúde



Fonte: Elaboração própria (2019).

No gráfico 5 é possível perceber que os usuários cadastrados nas unidade de saúde dos bairros Efapi e Santa Maria são os que mais procuram o PS do HRO, sendo que 17% dos usuários entrevistados são do Bairro Efapi e 10% do Santa Maria.

Gráfico 5 - Percentual de CSF do qual o usuário está adscrito.



Fonte: Elaboração própria (2019).

4.5 PRINCIPAIS CAUSAS E MOTIVOS DE PROCURA DE ACESSO DOS USUÁRIOS AO PS POR CLASSIFICAÇÃO E TOTAL EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE ENTREVISTADOS

Na Tabela 3 temos os resultados dos principais motivos que levam os usuários a buscar o PS como primeira opção para atendimento. Entre os motivos podemos destacar: a) agilidade na realização dos exames, sendo que 62% usuários relatam que os exames são realizados no mesmo dia; b) Apesar de avaliarem como boa a infraestrutura do PS, os usuários não acreditam na resolutividade do atendimento sendo que apenas 38% dos usuários acreditam que vão sair com seu problema resolvido; c) E, 58% acredita que não vai ser resolvido o problema; d) 61% dos usuários entrevistados acreditam que seu problema se trata de uma urgência ou emergência e 31% relataram saber que não se trata de uma urgência ou emergência; e) Quando questionado sobre a agilidade do atendimento do PS, 58% responderam que o atendimento não é rápido e 38% dos usuários afirmam que é rápido; f) 66% dos usuários relatam que o PS não fica próximo de sua residência e 33% relataram que moram próximo; g) 73% dos usuários relatam que a unidade de urgência e emergência não fica próximo do trabalho e 19% que fica próximo ao seu local de trabalho. h) Os dados de usuários que durante o atendimento realizaram exames de laboratório é 21% e dos que não realizaram é de 76%, com relação aos exames de imagem 26% realizaram no PS e 74% não realizaram nenhum exame de imagem. i) Durante a classificação de risco os percentuais de usuários que possui algum sinal ou sintoma alterado são de: 15% dos usuários estavam com febre e 85% não, 33% tinha náuseas e 67% não, 31 estavam com tontura e 69% não, 88% dos usuários estavam com dor e 12% não estavam com dor.

Tabela 3 - Principais motivos que levam os usuários a procurar o PS

Atendimento efetivo e resolutivo	Pouco Urgente	Não Urgente	Total
Sim	75%	25%	38%
Não	77%	23%	58%
Não Respondeu	67%	33%	5%
Infraestrutura adequada	Pouco Urgente	Não Urgente	Total
Sim	76%	24%	84%

Não	64%	36%	11%
Não Respondeu	100%	0%	5%
Agilidade na realização de Exame	Pouco Urgente	Não Urgente	Total
Sim	72%	28%	62%
Não	79%	21%	23%
Não Respondeu	85%	15%	16%
Circunstância de Urgência e Emergência	Pouco Urgente	Não Urgente	Total
Sim	62%	16%	61%
Não	32%	13%	35%
Não Respondeu	3%	2%	4%
Atendimento realizado com agilidade	Pouco Urgente	Não Urgente	Total
Sim	36%	12%	38%
Não	57%	17%	58%
Não Respondeu	4%	2%	5%
Localização próxima da residência do usuário	Pouco Urgente	Não Urgente	Total
Sim	32%	10%	33%
Não	63%	21%	66%
Não Respondeu	2%	0%	2%

Localização próxima do local trabalho	Pouco Urgente	Não Urgente	Total
Sim	19%	5%	19%
Não	71%	23%	73%
Não Respondeu	7%	3%	8%

Fonte: Elaboração própria (2019).

O Quadro 2 foi elaborado a partir dos 15 motivos que mais chamaram atenção dos pesquisadores no momento da coleta seja, pela queixa do usuário ou pelo CID atendimento que não está de acordo com o motivo da procura ao PS. Neste quadro podemos perceber os casos que poderiam ser atendidos a APS como: solicitação de receita para medicamento controlado, esclarecimento sobre sífilis, queixa de depressão e encaminhamentos para especialidades e exames. Outras situações que podemos destacar é pelo fato dos usuários relatarem que não tem outro lugar para atendimento e também a cultura do atestado para justificar a falta no trabalho. Outrossim, destaca-se o Apêndice E deste estudo que apresenta o quadro completo dos entrevistados.

Quadro 2. Motivos de procura ao PS referido pelos usuários.

	Motivo de procura	CID/ Diagnóstico médico	Classificação de Risco	Desfecho
1	Pegar receita de remédio para Parkinson.	-	Não Urgente	Evasão
2	Por causa da diabetes, pressão e dores de cabeça.	A09- Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	Pouco Urgente	Domicílio

3	Facilita mais para encaminhar um especialista, foi na UBS a 1 semana fui atendida pelo enfermeiro e encaminhada para exames, ao mostrar os exames foi solicitado que retorna-se daqui dois meses.	A539- Sífilis não especificada	Pouco Urgente	Domicílio
4	Porque sempre foi atendida, supriu as necessidades e conseguiu uma receita de medicação para 6 meses. O HRO está suprindo as necessidades dos pacientes mais rápido que os postos.	M79- Outros transtornos tecidos moles Ncop	Pouco Urgente	Domicílio
5	Sente pouca vontade de viver, dor de cabeça e sente depressão.	D322- Dor Abdominal e pélvica	Pouco Urgente	Domicílio
6	Porque é mais fácil conseguir consulta.	F41- Outr. Transt. Ansiosos	Pouco Urgente	Domicílio
7	Pela rapidez.	G44- Outras síndromes Algia Cefálica	Não Urgente	Domicílio
8	Por causa dos problemas veio para fazer uma tomografia e aproveitou para consulta.	I82- Outr. Embolia e Trombose venosa	Pouco Urgente	Domicílio
9	Porque a filha veio se consultar e quis aproveitar a viagem.	M545- Dor lombar baixa	Pouco Urgente	Domicílio
10	Coceira no corpo.	L29- Prurido	Pouco Urgente	Domicílio
11	Não tem outro lugar, aqui demora mais atende.	M544- Lumbago com ciática	Não Urgente	Domicílio

12	Melhor aqui pois, tem exames e RX.	M544- Lumbago com ciática	Não Urgente	Domicílio
13	Porque quer trabalhar e tem que apresentar atestado pra firma e ficar com dor não vai resolver, procurou de manhã atendimento na UBS porém conseguiu agendamento somente para a semana que vem.	M545- Dor lombar baixa	Pouco Urgente	Domicílio
14	Para Fazer uma ressonância.	M79- Outros transtornos tecidos moles Ncop	Pouco Urgente	Domicílio
15	Porque continua com dor e não pode faltar ao trabalho sem atestado.	N39- Outr. Transt. Do trat. Urinarío	Pouco Urgente	Domicílio

Fonte: Elaboração Própria (2019)

4.6 PROCEDÊNCIA E DESFECHOS DOS ATENDIMENTOS DOS USUÁRIOS CLASSIFICADOS EM POUCO URGENTE E NÃO URGENTE PARA ATENDIMENTO NO PS

Na Tabela 1 estão os resultados da análise da procedência dos usuários, buscou-se identificar a procedência deles, verificando se foram referenciados de outro serviço da RAS para o PS. Foi identificado que 44% usuários entrevistados não procuraram outro serviço de saúde, foram direto ao PS. Dentre os que procuraram atendimento em outro serviço da rede podemos destacar que 30% buscaram a APS, 8% o UPA e 6% buscaram outros tipos de atendimento.

Tabela 1 - Análise referente a procedência (acesso à RAS) e referência de outro serviço da rede.

Procedência - formas de acesso a RAS	Pouco Urgente	Não Urgente	Total
---	----------------------	--------------------	--------------

Demanda Espontânea	73%	27%	73%
APS	81%	30%	13%
UPA	80%	20%	8%
Outros (Empresa, Clínica renal, consultório médico)	88%	13%	6%
Usuário que foi referenciado para o PS	Pouco Urgente	Não Urgente	Total
Sim	72%	28%	30%
Não	73%	27%	26%
Não Procurou outro Serviço	80%	20%	44%

Fonte: Elaboração própria (2019).

Na Tabela 2 discorre sobre o desfecho final do atendimento realizado na urgência e emergência é possível perceber que apenas 5% usuários foram encaminhados para internação hospitalar, 11% usuário evadiram-se antes mesmo de ser atendido pelo profissional médico e 84% receberam alta com referência para seguir acompanhamento pela APS.

Tabela - 2 Desfecho final dos usuários atendidos no PS por classificação e total em relação ao número de entrevistados

Desfecho	Pouco Urgente	Não Urgente	Total
Domicílio	79%	21%	84%
Internação Hospitalar	71%	29%	5%

Evasão	57%	43%	11%
Tempo de permanência no PS	Pouco Urgente	Não Urgente	Total
<1H	73%	27%	12%
1-12H	79%	21%	75%
12-24H	50%	50%	3%
24-48H	100%	0%	1%
Não aguardaram finalizar o atendimento	58%	42%	9%

Fonte: Elaboração própria (2019).

5. DISCUSSÃO

O enfermeiro na classificação de risco é quem tem o primeiro contato com o usuário, este profissional deve estar preparado para prestar o um bom acolhimento e escuta ativa com empatia. A partir da triagem é que o enfermeiro cria vínculo com os usuários, organiza os fluxos e orienta os usuários quanto ao atendimento. A classificação de risco através do protocolo de Manchester oferece mais segurança para o profissional e melhora o acesso do usuário a unidade de urgência e emergência conforme a sua prioridade clínica.

Os resultados apontam que os usuários que buscam o PS são usuários jovens com idade entre 18-28 anos, durante a entrevista através do instrumento de pesquisa muitos desses usuários relatam que não procuram a APS devido à demora do atendimento, que quando vão a emergência consegue ser atendido pelo médico, realizar os exames, ser medicado, fazer o retorno no mesmo dia, e já na UBS esse processo demoraria vários dias ou até mesmo meses. De acordo com Oliveira et al. (2011) a busca ao PS está condicionada a cultura do atendimento imediato, fácil, rápido e sobre a qualidade e resolutividade do atendimento com acesso à medicação e exames. Nesta pesquisa, demonstrou que os usuários que buscam atendimento no HRO não acreditam na resolutividade, mas responderam que um dos motivos da busca é que a estrutura física é mais agradável e equipada e que busca o PS por acreditar que sua situação de saúde se trata de uma urgência ou emergência.

Conforme Oliveira et al. (2011) o uso das unidades de urgência e emergência é maior por parte de usuários que residem próximo a esse setor, de acordo com o perfil da população abordada por esse estudo, a distância da moradia ou do trabalho do usuário não está relacionado a procura desse serviço.

A não adesão e falta de conhecimento sobre a ESF/CSF pelos usuários foi percebido durante as entrevistas, pois a maioria dos usuários entrevistados tiveram dificuldades de responder qual a sua unidade de referência para atendimento e acompanhamento, ou seja, demonstram não ter vínculo efetivo com a ESF. A oferta de um serviço na rede não é garantia de acesso, não garante que a população fará uso do serviço, é necessário que o sentimento de pertencimento ao território adscrito e o vínculo de confiança sejam estabelecidos, o que na prática ainda é um desafio para ESF.

Por outro lado, em relação aos usuários que buscaram à UBS estes encontraram dificuldade no acesso, devido aos agendamentos terem períodos muito distantes para marcação de consultas e exames, assim, procuram o PS para resolver seu problema de forma imediata. Identificou-se que os usuários que mais frequentam o PS são de bairros em que tem a maior

demanda da população que utiliza a UBS, o que conseqüentemente, encontram as maiores dificuldades de tempo de espera para os agendamentos de atendimento médico, possivelmente ocasionados pela sobrecarga de atendimentos desses serviços.

O percentual de usuários femininas é maior que o de masculinos que procuram o PS, reforçando a hipótese que mulheres cuidam mais da saúde que os homens, estes só buscam os serviços de saúde em condições agudas ou críticas. Conforme Gomes, Nascimento e Araújo (2007) e Couto et al. (2010), homens morrem mais por situações graves de saúde devido buscar menos os serviços de saúde que as mulheres, justifica-se que a mulher se cuidam e o homem não foi criado para cuidar, enfatizando os papéis de gênero que estão sustentados pela cultura de que o homem tem que ser forte, reforçando a ideia da masculinidade. Os dados de escolaridade demonstraram que grande parte dos usuários estudou pelo menos até o ensino fundamental e que o número de usuários analfabetos é pequeno, essa é uma realidade que tem mudado bastante no país.

Durante a realização da coleta de dados no prontuário foi observado que as queixas apresentadas pelos usuários no momento da triagem são diferentes aos CID que é preenchido no prontuário. Assim como Jacobs e Matos (2005, p.351) reproduzimos o questionamento: “Estaria a codificação condicionada à postura dos médicos plantonistas em utilizar os códigos "genéricos", mais fáceis de lembrar? Quais os critérios que estes médicos utilizam para codificar o que atendem neste ou naquele código?”.

Em relação ao desfecho dos atendimentos os dados demonstram que 84% dos usuários foram referenciados para acompanhamento na unidade de saúde, apenas 5% de internação dentre os motivos foi neoplasia, cálculo renal e traumatismo superficial de membro superior, e 11% de evasão. Ao analisarmos o desfecho dos atendimentos de urgência e emergência no PS, pode-se comparar com outros estudos que também analisaram estas variáveis em PS de hospitais que utilizam o protocolo de Manchester, encontraram em Salvador-BA proporções de internamentos com relação ao total de atendimentos de 10,67%; semelhante ao estudo de Quick (12,2% e 10,7%), mas nada comparado aos 1,5% do estudo de Lateef et al., apesar deste estudo, apresentar apenas 5% de internamentos relativo ao número de atendimentos. A estimativa dessa proporção, pelo Ministério da Saúde, nas diversas portarias que regulamentam a urgência e emergência, definem parâmetros, porém, para estes tipo de atendimentos em unidades hospitalares são inexistentes.

Portanto, essa pesquisa demonstrou que grande parte da demanda poderia ser acolhida pela UBS/CSF de referência do usuário. Conforme sinaliza Souza et al (2014) existem muitas falhas na comunicação entre os serviços e/ou profissionais que compõem a APS e a atenção

especializada do município, o que já é uma fragilidade no acesso decorrente do processo de conformação das RAS.

Uma das estratégias para diminuir a sobrecarga e diminuir o mau uso das unidades de urgência e emergência é investir em educação e formação em saúde para os usuários na própria UBS/CSF, com o apoio dos conselhos locais, lideranças, dispositivos sociais como igrejas, escolas e o fortalecimento do vínculo entre equipes e a população, de modo que estes conheçam a finalidade e funcionamentos dos diferentes tipos de serviços de saúde na RAS e busquem o serviço correto de acordo com seu problema de saúde. A APS tem papel fundamental em assumir a função de nível assistencial como ordenadora da rede.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha do tema desta pesquisa demonstrou a importância de conhecer com base em evidências científicas a organização, funcionamento e demandas de uma unidade de urgência e emergência de um hospital regional no oeste de Santa Catarina, bem como compreender se os principais motivos de procura poderiam ter sido resolvidos na APS no município. Assim, este estudo, de caráter descritivo, buscou contribuir com análises que estabeleçam estratégias locais como subsídios para o planejamento e tomada de decisão, com o intuito de definir formas de diminuir as filas de espera, a superlotação do serviço e sobrecarga dos profissionais das unidades de urgência e emergência. Além disso, buscou-se identificar fatores que podem ser qualificados para melhorias no acesso, atendimento e resolutividade da APS, ou seja, esta pesquisa traz benefícios para a gestão de toda a rede de serviços de saúde.

Constatou-se que o principal motivo de procura pelo pronto socorro é com a finalidade de resolver seus problemas no dia, atendimento imediatista, agudo, buscando realizar a consulta e os exames em um único momento. Os usuários enfrentam diversos obstáculos para o atendimento do SUS, de modo que a partir dos dados identificou-se alta demanda por consultas médicas na APS, insuficiência de oferta de exames laboratoriais e imagem considerando as demandas, acesso restrito pela demora de agendamentos e falta de protocolos para classificação de risco e definição de pactuação de fluxos e condutas para encaminhamento da RAS.

Fica evidente que a maioria dos usuários que estão sendo atendidos no PS poderiam ser atendidos na UBS de referência do seu bairro, pois, os diferentes motivos de procura não apresentam agravos clínicos que se caracterizam como urgência e emergência. Evidencia-se a necessidade de buscar estratégias de orientação para a população de quando é necessário buscar o PS ou outros serviços da RAS com a perspectiva de garantir o acesso universal. Contudo, também deve-se propor estratégias para que os profissionais estejam mais qualificados para tomar decisões de referência e contrarreferência.

Destaca-se sobretudo a função estratégica que exerce o profissional enfermeiro no acolhimento com escuta qualificada e na classificação de risco, tomada de decisão e organização dos fluxos da unidade de urgência e emergência que certamente influencia em a rede de serviços de saúde. O enfermeiro precisa de competência e qualificação adequada para a realização dessa etapa do processo de trabalho que contribuirá em melhorias na gestão e mais qualidade na assistência prestada aos usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M.E; et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 25, n. 6, p.1337-1349, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009000600016>.

BARBETTA, P. A.: **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. Editora UFSC, 7ª Edição, 3ª Reimpressão, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Org.). **Saúde da Família: Uma estratégia para a reorganização do modelo de assistência**. Brasília, 1997. 36 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 22 set. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Org.). **Caderno da Atenção Básica: Programa saúde da família: A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, 2000. 44 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf>. Acesso em: 22 set. 2018.

BRASIL. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Brasília, DF, 17 abr. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html>. Acesso em: 07 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 1600, de 07 de julho de 2011**. Brasília, DF, Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 19 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). **Política nacional de humanização: PNH**. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 19 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 21 nov. 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 07 dez. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019**. Brasília, 15 maio 2019. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0930_17_05_2019.html>. Acesso em: 20 nov. 2019.

CAMINAL, J. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **The European Journal Of Public Health**, [s.l.], v. 14, n. 3, p.246-251, 1 set. 2004. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/14.3.246>.

CAMPOS, R.T.O; et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 38, n. , p.252-264, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014s019>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

CFM - Conselho Federal de Medicina. **Resolução 1.451 de 10 de março de 1995**.

COUTO, M.T; et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface**, [s.l.], v. 14, n. 33, p.257-270, jun. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2010.v14n33/257-270/pt>>. Acesso em: 22/11/2019.

FERNANDES, V.B.L; et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, Montes Claros, v. 43, n. 6, p.929-936, 02 jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/03.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2018.

FERNANDES, I.A. Protocolos no serviço de Urgência. **Revista Nursing**. Portugal. p. 31-34, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/maya-/Downloads/ecitydoc.com_protocolos-no-servio-de-urgencia-12-26-2013.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2018.

FLEURY, S.; OUVRENEY, A.M. **Gestão de Redes: A estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007. 204 p.

GARLET, E.R.; et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p.266-272, mai 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09>>. Acesso em: 07 dez. 2018.

GERHARDT, T.E; SILVEIRA, D.T. Métodos de pesquisa. Plageder, 2009.

GOMES, R; NASCIMENTO, E.F; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos da Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.565-574, mar. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2007.v23n3/565-574/pt>>. Acesso em: 22 nov. 2019.

GOMIDE, M.F.S; PINTO, I.C.; FIGUEIREDO, L.A. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.19-25, jul. 2012. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3070/307026829008.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2019

HOSPITAL REGIONAL DO OESTE (HRO)- (Santa Catarina). Associação Hospitalar Lenoir de Vargas Ferreira (Org.). **Relatório de atividades**. Chapecó, 2018. 40 p. Disponível em: <<https://alvf.org.br/wp-content/uploads/2019/07/relato%CC%81rio-de-atividades-2018.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Portal do Governo Brasileiro. Brasil /Santa Catarina / Chapecó. 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/chapeco/panorama>> Acesso em: 07 dez. 2018

JACOBS, P.C; MATOS, E.P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador-Bahia. **Rev Assoc Med Bras** 2005; 51(6): 348-53.

JONES, K.M.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. Sistema Manchester de Classificação de Risco: Classificação de Risco na Urgência e Emergência. Brasil: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010. 249 p.

KOERICH, M.S.; MACHADO, R.R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.106-110, mar. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072005000100014>.

LEMES, R.A; et al. Atendimentos sensíveis à Atenção Básica em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 9, n. 11, p.9777-9783, nov. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10768/11903>>. Acesso em: 07 dez. 2018.

MELO, M.C.B; SILVA, N.L.C. **Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2011.

MENDES, E.V. **AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**. 2. ed. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011. 554 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2019.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D; MACHADO, CV. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. (Rio de Janeiro) (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap. 12, p. 365-393.

NUNES, L.A. Atenção Básica ou Primária de Saúde. In: LUIZ ANTONIO NUNES (São Paulo) (Org.). **Por Dentro do SUS**. São Paulo: Atheneu, 2010. Cap. 1. p. 17-18.

OLIVEIRA, G.N; et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.509-514, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14>. Acesso em: 22 nov. 2011.

OLIVEIRA, L.H.; MATTOS, R.A.; SOUZA, A.I.S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Juiz de Fora, v. 14, n. 5, p.1929-1938, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/35.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2018.

POLL, M.A; LUNARDI, V.L; LUNARDI FILHO, W.D. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. **Acta Paul Enferm**, Cruz Alta-RS, v. 21, n. 3, p.509-514, 26 maio 2011.

REZENDE, V.A. **A Resolutividade da Atenção Básica: Uma Revisão de Literatura**. 2010. 45 f. Monografia - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000005549>>. Acesso em: 11 dez. 2018.

ROMANI, H.M; et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, São Paulo, v. 17, n. 1, p.41-53, jan. 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/78>. Acesso em: 11 dez. 2018.

ROSA, R.B; PELEGRINI, A.H.W; LIMA, M.A.D.S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p.345-351, jun. 2011. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18574>>. Acesso em: 11 dez. 2018.

SILVA, C.R; et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.1109-1120, abr. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n4/1109-1120/>>. Acesso em: 22 nov. 2019.

SOUSA, F.O.S; et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.1283-1293, abr. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401283>. Acesso em: 22 nov. 2019

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a


Cultura; Ministério da Saúde; 2002 [citado 2018 nov 7]. 726 p. Disponível em: Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_pl.pdf

APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDA

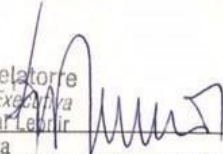


DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender as exigências para obtenção do parecer do Comitê de Ética e pesquisa envolvendo Seres Humanos, Rogério Getúlio Delatorre, o representante legal da instituição Hospital Regional do Oeste – Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira envolvida no projeto de pesquisa intitulado “AVALIAÇÃO DAS CAUSAS DE ACESSO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ” declara estar ciente e de acordo com os desenvolvimento nos termos proposto, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes.


Profª Drª Daniela Savi Geremia
Sisape nº 2115053 - COL/EN/SC 226.223
Coord. Adj. Curso de Graduação em Enfermagem
Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS

Daniela Savi Geremia
Pesquisador Responsável


Rogério Getúlio Delatorre
Presidente Diretoria Executiva
Associação Hospitalar Lenoir
Vargas Ferreira

Nome e carimbo do Responsável
Hospital Regional do Oeste



APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Projeto de Pesquisa “Avaliação Das Causas De Acesso À Urgência E Emergência Como
Estratégia Para Melhoria Dos Cuidados Primários De Saúde No Município De
Chapecó”

Prezado (a) colaborador (a),

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada **“Avaliação Das Causas De Acesso À Urgência E Emergência Como Estratégia Para Melhoria Dos Cuidados Primários De Saúde No Município De Chapecó”**, desenvolvida por Mayara Cristina Oliveira discentes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) Campus Chapecó/SC, com coordenação da profa. Dra. Daniela Savi Geremia. O objetivo geral desta pesquisa é avaliar as causas de acesso a urgência e emergência que são sensíveis à atenção primária no município de Chapecó. Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Sua participação nesta pesquisa consistirá no preenchimento de um formulário. O tempo para o preenchimento do formulário é de aproximadamente quinze minutos. Os formulários serão organizados e registrados no banco de dados da pesquisa, e após sua utilização, os formulários serão armazenados durante cinco anos e após serão incinerados. Terão acesso às informações, apenas as pesquisadoras deste estudo. A pesquisa considera que há riscos relacionados à desconfortos pessoais e constrangimentos em avaliar as causas de acesso a unidade de urgência e emergências. Embora com todas as precauções descritas, se os riscos se concretizarem, o preenchimento do formulário será interrompido proporcionado a opção de finalização da participação no estudo. Os benefícios diretos da realização do estudo para os participantes visam contribuir com estudos e propor estratégias para diminuir as filas de espera, a superlotação do serviço e sobrecarga dos profissionais das unidades de urgência e emergência e melhorar a qualidade e resolutividade da atenção primária, ou seja, benefícios para a gestão de toda a rede de serviços de saúde. Outrossim, as pesquisadoras comprometem-se a devolver aos participantes os resultados do estudo através de envio do trabalho final redigido. Os resultados serão divulgados em eventos, publicações científicas e através de um banner que poderá ser fixado em local visível da sala de espera do Hospital Regional do Oeste para que os usuários tenham acesso aos resultados da pesquisa. Vai ser mantendo o sigilo dos dados pessoais, somente terão acesso as acadêmicas e a orientadora. Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos sua participação!

Declaro que li e entendi o documento de consentimento e o objetivo do estudo, como a importância deste estudo, seus possíveis riscos e benefícios, e esclareci minhas dúvidas em relação ao estudo. Entendo as condições de minha participação no estudo e que estou livre para

decidir não participar. Assim, aceito a participação no estudo e autorizo a utilização dos resultados pelo pesquisador e instituição de ensino.

Chapecó, _____, _____, 2019.

Daniela Savi Geremia

Contato profissional com o(a) pesquisador(a) responsável:

Tel.: (055) 98468-9915

E-mail: daniela.savi.geremia@gmail.com

Endereço para correspondência: Edifício Pôr do Sol, Apto. 401. Rua Mato Grosso 545 E – CEP: 89814080 – Jardim Itália – Chapecó – Santa Catarina – Brasil

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS”:

Tel. e Fax - (0XX) (49) 2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar. Chapecó/SC, Área Rural.

Nome completo do (a) participante: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIO
Projeto de Pesquisa “Avaliação Das Causas De Acesso À Urgência E Emergência
Como Estratégia Para Melhoria Dos Cuidados Primários De Saúde No Município De
Chapecó”

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

- 1) Nome: _____
- 2) Idade: _____
- 3) Sexo: () Feminino () Masculino
- 4) Nível de Escolaridade: _____
- 5) Classificação de Risco: () Verde () Azul
- 6) Data: __/__/__ Hora: _____ Período: () manhã () tarde () Noite
- 7) UBS de Origem: _____
- 8) Possui doença crônica diagnosticada: () HAS () DM () ICC () IR () DPOC
- 9) Tabagista () Sim () Não
- 10) Etilista: () Sim () Não
- 11) Gestante: () Sim () Não
- 12) Já procurou a UBS para tratar esse problema: () Sim () Não
- 13) Se sim há quantos dias: _____
- 14) Procedência: () Demanda espontânea:
() Pré-hospitalar móvel
() Atenção primária
() UPA
() Outros
- 15) Foi atendido por qual profissional: () Médico () Enfermeiro
- 16) Recebeu tratamento medicamentoso: () Sim () Não
- 17) Foi encaminhado para alguma especialidade/ Exame: () Sim () Não
- a. Se sim qual: _____
- 18) Foi orientado a buscar o pronto socorro: () Sim () Não
- b. Se sim quem orientou: () Médico
() Enfermeiro
() Outro, quem: _____

Sinais e Sintomas no momento da Classificação de Risco:

- 19) Febre: () sim () não

20) Dor:() sim () não **Se sim o local:** _____

21) Náuseas: () sim () não

22) Tontura: () Sim () Não

23) Reação Alérgica: () Sim () Não **Qual motivo:** _____

24) Sangramento ativo: () Sim () Não **Se sim o local:** _____

Motivo da Procura do Pronto Socorro:

25) Porque você procurou o Pronto Socorro: _____

26) Situação de urgência e emergência: () Sim () Não **Qual:** _____

27) Localização mais próxima da residência: () Sim () Não

28) Localização mais próxima do local de trabalho: () Sim () Não

29) Horário de atendimento mais acessível: () Sim () Não

30) Atendimento efetivo e resolutivo: () Sim () Não

31) Na UBS não havia médico para atendimento: () Sim () Não () Não sabe responder

32) Na UBS não havia ficha para atendimento: () Sim () Não () Não sabe responder

33) Atendimento rápido: () Sim () Não

34) Instalação mais agradável e equipada: () Sim () Não

35) Exames realizados com agilidade: () Sim () Não

36) Outro motivo, qual: _____

APÊNDICE D- QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO

Projeto de Pesquisa “Avaliação Das Causas De Acesso À Urgência E Emergência Como Estratégia Para Melhoria Dos Cuidados Primários De Saúde No Município De Chapecó”

- 1) **Nome:** _____
- 2) **Diagnóstico médico:** _____
- 3) **Realizou Exames:** Sim Não
 Exames Laboratoriais,
Quais: _____

 Exames de Imagem,
Quais: _____

- 4) **Tempo de permanência:** < 1h,
 1- 12h
 12-24
 24-48
 >48
- 5) **Desfecho:** Domicílio
 Óbito
 Internação hospitalar
 Evasão

APÊNDICE E - QUADRO DE MOTIVOS REFERIDOS E DIAGNÓSTICOS

Diagnóstico Médico/CID	Classificação de Risco	Por que você procurou o PS?	Causa Sensível à atenção básica conforme portaria 221
	Não Urgente	Relata que a um mês tem sintomas de cefaleia, trabalha e é mais fácil vir ao PS. Agendou consulta na unidade, foi até lá mais não aguardou o atendimento.	Não Possui CID o atendimento
-	Não Urgente	A consulta particular é R\$ 300,00 e mais os exames, antes consultava pelo plano.	Não Possui CID o atendimento
-	Não Urgente	Para ver o que tem, fazer um exame de RX.	Não Possui CID o atendimento
-	Não Urgente	Pegar receita de remédio para Parkinson.	Não Possui CID o atendimento
-	Não Urgente	No Posto demora muito, mais de 30 dias.	Não Possui CID o atendimento
B34- Doença P/Virus de Localiz. Ne	Não Urgente	Porque a UPA encaminhou.	Não

C169- Neoplasia Maligna do estômago não especificado	Não Urgente	Estava muito fraco.	Não
F41- Outr. Transt. Ansiosos	Não Urgente	Sente pouca vontade de viver, dor de cabeça e se sente com depressão.	Não
G44- Outras síndromes Algia Cefálica	Não Urgente	Pela rapidez.	Não
I84- Hemorroidas	Não Urgente	Porque a UBS encaminhou para o PS.	Não
J069- Infecção aguda vias aéreas superiores não especificada	Não Urgente	Tosse.	Sim
J069- Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificadas	Não Urgente	Mais adequado para ser atendido, na UPA o atendimento é muito precário.	Sim
M544- Lumbago com ciática	Não Urgente	Não tem outro lugar, aqui demora mais atende.	Não
M544- Lumbago com ciática	Não Urgente	Melhor aqui pois, tem exames e RX.	Não

M79- Outros transtornos tecidos moles Ncop	Não Urgente	Porque precisa de atestado para levar na empresa pois, fez apendicectomia.	Não
M79- Outros transtornos tecidos moles Ncop	Não Urgente	Tenho osteoporose e dores em várias regiões do corpo.	Não
M79- Outros transtornos tecidos moles Ncop	Não Urgente	Há 04 dias perdeu a audição do ouvido esquerdo.	Não
N23- Cólica nefrética não especificada	Não Urgente	Mostrar os exames para o médico	Não
R060- Dispneia	Não Urgente	Mandaram vir da empresa.	Não
R10- Dor abdominal e pélvica	Não Urgente	Por causa da dor.	Não
R10- Dor abdominal e pélvica	Não Urgente	Sente muita dor abdominal, procurou o médico para receitar antibiótico.	Não
R104- Dor abdominal e pélvica	Não Urgente	Mais rápido de resolver.	Não
R11- Náuseas e vômito	Não Urgente	Dor no corpo inteiro, UBS não resolve	Não

R160- Hepatomegalia não classificada em outra parte	Não Urgente	Tem ferritina.	Não
R51- Cefaleia	Não Urgente	Porque sentiu a pressão alta e tontura.	Não
R51- Cefaleia	Não Urgente	Aproveitar já que estava acompanhando a mãe.	Não
R55- Sincope e Colapso	Não Urgente	Muita dor de cabeça, formigamento na mão, dor no peito e falta de ar.	Não
S609- Traumatismo superficial não especificado do punho e da mão	Não Urgente	Problema pós-cirúrgico precisa de exames/ortopedia.	Não
S909- Traumatismo superficial do tornozelo e do pé não especificado	Não Urgente	Dor no pé.	Não
T784- Alergia Não especificada	Não Urgente	Corpo inteiro com alergia	Não

Z769- Pessoa em contato com o serviço de saúde em circunstância não especificada	Não Urgente	Muita dor	Não
--	-------------	-----------	-----

Diagnóstico Médico/CID	Classificação de Risco	Por que você procurou o PS?	Causa Sensível à atenção básica conforme portaria 221
-	Pouco Urgente	Por aborto retido.	Não Possui CID o atendimento
-	Pouco Urgente	Porque o médico solicitou que viesse ao PS.	Não Possui CID o atendimento
-	Pouco Urgente	Hemorroida.	Não Possui CID o atendimento
-	Pouco Urgente	Náuseas e Vômito.	Não Possui CID o atendimento
-	Pouco Urgente	Porque não aguento de dor e a UBS não faz nada e como não tinha febre era para procurar o PS.	Não Possui CID o atendimento
-	Pouco Urgente	Encaminhado pela UPA.	Não Possui CID o atendimento
-	Pouco Urgente	Dores no joelho, coluna e braço.	Não Possui CID o atendimento

A09- Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	Pouco Urgente	Único lugar que iria lhe atender pois, não tem cadastro relata que chora e tem náuseas.	Sim
A09- Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	Pouco Urgente	Por causa da diabete, pressão e dores de cabeça.	Sim
A499- Infecção bacteriana não esp.	Pouco Urgente	Porque é emergência também.	Não
A539- Sífilis não especificada	Pouco Urgente	Facilita mais para encaminhar um especialista, fui na UBS a uma semana e fui atendida pelo enfermeiro e encaminhada para exames, ao mostrar os exames foi solicitado que retorna-se daqui dois meses.	Sim
D142- Neoplasia Benigna da Traqueia	Pouco Urgente	Por causa da dor na coluna as medicação fazem mais efeito aqui, os remédios da UBS são fraquinhos.	Não
D322- Dor Abdominal e pélvica	Pouco Urgente	Porque está com muita dor e o sistema da UBS não estava funcionando então foi encaminhada para o PS.	Não
F41- Outr. Transt. Ansiosos	Pouco Urgente	Porque é mais fácil conseguir consulta.	Não
G44- Outras síndromes Algia Cefálica	Pouco Urgente	Porque sente "fisgadas" na cabeça e o lado direito está amortecido.	Não

G44- Outras síndromes Algia Cefálica	Pouco Urgente	Se sentiu mal.	Não
H102- Outras conjuntivas agudas	Pouco Urgente	Dor intensa no olho esquerdo.	Não
H102- Outras conjuntivas agudas	Pouco Urgente	Acordou com o olho fechado, relata que na UBS não tem médico todos os dias.	Não
H19- Transt. Da Esclerótica e da Córnea	Pouco Urgente	Porque sempre venho aqui quando fico doente.	Não
H447- Corpo estranho retido (antigo) intra ocular de natureza não magnética	Pouco Urgente	Porquê seu médico está viajando.	Não
H571- Dor Ocular	Pouco Urgente	Está com dor na região dos olhos.	Não
H811- Vertigem paroxística benigna	Pouco Urgente	Porque tenho medo de ter um AVC, penso que aqui é mais rápido.	Não
Flebite e Tromboflebite	Pouco Urgente	Foi encaminhada mais não foi chamada.	Não
I82- Outr. Embolia e Trombose venosa	Pouco Urgente	Por causa dos problemas, veio para fazer uma tomografia e aproveitou para fazer consulta.	Não
J039- Amigdalite aguda não especificada	Pouco Urgente	Para se tratar.	Sim

J039- Amigdalite aguda não especificada	Pouco Urgente	Pra tentar acalmar a dor.	Sim
J039- Amigdalite aguda não especificada	Pouco Urgente	Para pegar remédio e aliviar a dor.	Sim
J069- Infecção aguda vias aéreas superiores loc mult	Pouco Urgente	Dor intensa na cabeça.	Sim
J069- Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada	Pouco Urgente	Porque é mais rápido.	Sim
J069- Infecção aguda vias aéreas superiores loc mult	Pouco Urgente	-	Sim
J069- Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada	Pouco Urgente	Porque o médico da UBS solicitou.	Sim
J069- Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificadas	Pouco Urgente	Porque está com mal estar, dores e tosse.	Sim
K010- Dentes Inclusos + K047- Abscesso periapical sem fistula	Pouco Urgente	Por causa da dor.	Não
K40- Hernia Inguinal	Pouco Urgente	Por sentir dores abdominais.	Não

K52- Outras gastroenterites e colites não infecciosas	Pouco Urgente	Está a 3 dias com enxaqueca e sente muita dor.	Não
K528- Outras gastroenterites e colites especificadas, não infecciosas	Pouco Urgente	Porque está mais próximo.	Não
K529-Gastroenterite e colite não infecciosa, não especificada	Pouco Urgente	Porque aqui tem mais recurso que a UPA e a UBS.	Não
L08- Outr. Infecç. Localiza. Pele e Tec Subcutânea	Pouco Urgente	Pela gravidade do problema.	Sim
L29- Prurido	Pouco Urgente	Cocceira no corpo.	Não
M255- Dor articular	Pouco Urgente	Dor no braço direito.	Não
M542- Cervicalgia/ Dorsalgia	Pouco Urgente	Dor nas Costas.	Não
M542- Cervicalgia/ Dorsalgia	Pouco Urgente	Por causa da dor e secreção com sangue quando tosse.	Não
M544- Lumbago com ciática	Pouco Urgente	Procurou o PS por dores na cabeça.	Não

M545- Dor lombar baixa	Pouco Urgente	Porque quer trabalhar e tem que apresentar atestado pra firma e ficar com dor não vai resolver, procurou de manhã atendimento na UBS porém consegui agendamento somente para a semana que vem.	Não
M545- Dor lombar baixa	Pouco Urgente	Porque na UBS é só por agendamento e o PS é mais próximo.	Não
M545- Dor lombar baixa	Pouco Urgente	Por causa da dor no peito.	Não
M545- Dor lombar baixa	Pouco Urgente	Porque na UBS iria demorar.	Não
M545- Dor lombar baixa	Pouco Urgente	Por que a filha veio se consultar e quis aproveitar a viagem.	Não
M79- Outros transtornos tecidos moles Ncop	Pouco Urgente	Saiu bolinha na região anal (sente dor muito forte).	Não
M79- Outros transtornos tecidos moles Ncop	Pouco Urgente	Dores na perna (alergia).	Não
M79- Outros transtornos tecidos moles Ncop	Pouco Urgente	Porque sempre foi atendida, supriu as necessidades e conseguiu uma receita de medicação para 6 meses. O HRO está suprimindo as necessidades dos pacientes mais rápido que os postos.	não

M79- Outros transtornos tecidos moles Ncop	Pouco Urgente	Dor no braço e mão com formigamento.	Não
M79- Outros transtornos tecidos moles Ncop	Pouco Urgente	Porque está com dor e para fazer os exames.	Não
M79- Outros transtornos tecidos moles Ncop	Pouco Urgente	Por causa da perna pra não deixar agravar.	Não
M79- Outros transtornos tecidos moles Ncop	Pouco Urgente	Para Fazer uma ressonância.	Não
N210- Cálculo na bexiga	Pouco Urgente	Veio direto aqui para resolver seus problemas.	Não
N23- Cólica nefrética não especificada	Pouco Urgente	Fui orientado no PA da Efapi que se caso continuasse com dor era pra vir buscar o PS.	Não
N30- Cistite	Pouco Urgente	Porque na UBS tem que agendar e demora muito, por isso vim aqui.	Sim
N39- Outr. Transt. Do trat. Urinário	Pouco Urgente	Porque continua com dor e não pode faltar ao trabalho sem atestado.	Sim
N390- Infecção do trato urinário de localização não específica	Pouco Urgente	Por causa da dor na UBS demora muito em torno de 2 meses, acredito que o postinho deveria estar à disposição do usuário quando ele chegar.	Sim

N92- Menstruação excessiva frequente e irregular	Pouco Urgente	Para ver se para.	Não
R074- Dor torácica, não especificada	Pouco Urgente	Fui encaminhada pelo médico. Gostaria que o atendimento fosse voltado para o ser humano, com mais atenção e agilidade. O atendimento ruim, sobrecarga de pessoas e poucos médicos implica no estado de saúde das pessoas.	Não
R074- Dor torácica, não especificada	Pouco Urgente	Porque vindo aqui eu consigo atestado.	Não
R10- Dor abdominal e pélvica	Pouco Urgente	Não tinha outro lugar de fácil acesso.	Não
R10- Dor abdominal e pélvica	Pouco Urgente	Dor Abdominal.	Não
R100- Abdômen agudo	Pouco Urgente	Porque não sabia mais o que fazer tenho dor a 03 dias.	Não
R100- Abdômen agudo	Pouco Urgente	Porquê a enfermeira solicitou, pois havia suspeita de apendicite.	Não
R104- Dor abdominal e pélvica	Pouco Urgente	Não estava bem em casa.	Não
R104- Dor abdominal e pélvica	Pouco Urgente	Não aguentava mais a dor, se não parasse de doer o médico me orientou a buscar o PS.	Não
R104- Dor abdominal e pélvica	Pouco Urgente	Dor supra púbica.	Não

R104- Dor abdominal e pélvica	Pouco Urgente	Sempre vim aqui passa a dor com a medicação.	Não
R104- Dor abdominal e pélvica	Pouco Urgente	Sentiu dores no estômago devido ao tratamento de dor de garganta.	Não
R104- Dor abdominal e pélvica	Pouco Urgente	Porque quando senti os primeiros sintomas estava fechado o posto e também por que aqui faz tudo de uma vez, é mais rápido.	Não
R104- Dor abdominal e pélvica	Pouco Urgente	Porque acredita estar com intoxicação alimentar e não pensou em ir na UBS.	Não
R13- Disfagia	Pouco Urgente	Dor em região esofágica	Não
R51- Cefaleia	Pouco Urgente	Porque sai com mais informação, com exames, medicação e possui mais recurso, vai no posto eles mandam pra cá.	Não
R51- Cefaleia	Pouco Urgente	Aqui é um pouco demorado mais é melhor.	Não
R53- Mal estar fadiga	Pouco Urgente	O médico indicou quando sentir alguns sintomas.	Não
R568- Outr. Convulsões e as não especificada	Pouco Urgente	Porque no postinho não teve retorno.	Não
S05 - Trauma do olho e da orbita ocular	Pouco Urgente	Encaminhado SASME.	Não

S39- Outro Trauma e os Ne Do Abdômen dorso e pele	Pouco Urgente	Estava se Sentindo mal.	Não
S409- Traumatismo não especificado de ombro e braço	Pouco Urgente	Machucou o ombro e o postinho não resolveria não tem RX.	Não
S43- Luxação Entorse distensão artic. Lig. Cint. E	Pouco Urgente	Mais rápido, no bairro está demorando o atendimento.	Não
S52- Frat do Antebraço	Pouco Urgente	Sai daqui com o problema resolvido.	Não
S609- Traumatismo superficial não especificado do punho e da mão	Pouco Urgente	Por que precisa de um raio X.	Não
S609- Traumatismo superficial não especificado do punho e da mão	Pouco Urgente	Fratura no dedo anelar.	Não
S609- Traumatismo superficial não especificado do punho e da mão	Pouco Urgente	Porque bateu o dedo na porta, vim acompanhar um familiar e quis aproveitar a viagem.	Não
S609- Traumatismo superficial não especificado do punho e da mão	Pouco Urgente	Fratura na mão esquerda.	Não
S609- Traumatismo superficial não	Pouco Urgente	Dor no dedo indicador.	Não

especificado do punho e da mão			
S83- Luxação Entorse Distensão Art. Lig. Joelho	Pouco Urgente	Acho que quebrei o joelho.	Não
S83- Luxação Entorse Distensão Art. Lig. Joelho	Pouco Urgente	Dor no joelho esquerdo.	Não
S83- Luxação Entorse Distensão Art. Lig. Joelho	Pouco Urgente	Dor em perna esquerda devido à queda.	Não
S89- Outro Trauma e os Ne	Pouco Urgente	Pela dor na perna.	Não
T07: Traumatismo múltiplo não especificado	Pouco Urgente	Porque era o único lugar que conseguia vir.	Não
T159- Corpo estranho em parte não especificada da região externa do olho	Pouco Urgente	Para resolver o problema.	Não
W59- Mordedura ou gosse provocado por cão	Pouco Urgente	Mordida de animal (gato) há 1 dia.	Não
Z769- Pessoa em contato com o serviço de saúde em circunstância não especificada	Pouco Urgente	Achou melhor vir aqui.	Não

ANEXO A- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS CAUSAS DE ACESSO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ/SC

Pesquisador: Daniela Savi Geremia

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13196019.7.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.466.593

Apresentação do Projeto:

TRANSCRIÇÃO – RESUMO

"Resumo:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado a partir de 3 níveis de hierarquização que são: atenção primária, secundária e terciária, a primeira se configura como a porta de entrada do SUS e deve resolver até 85% dos problemas de saúde da população, oferecendo um cuidado contínuo de qualidade e consequentemente evitando internações desnecessárias. A partir de dificuldades encontradas pelos usuários para agendamentos de consultas e realização de exames nas unidades de saúde, estes estão buscando os serviços de urgência e emergência sobrecarregando esses setores e prejudicando a resolutividade da atenção primária. Diante do exposto, esse estudo trata-se de uma pesquisa de caráter quantitativo descritivo que tem por objetivo analisar as causas sensíveis à atenção primária que são atendidas na unidade de pronto-socorro do Hospital Regional do Oeste no município de Chapecó/SC. As coletas serão realizadas a partir da triagem, serão abordados usuários que foram classificados na cor verde e azul conforme protocolo de Manchester, sendo 92 usuários classificados na cor verde e 56 usuários classificados na cor azul. Desta maneira espera-se contribuir com estudos e propor estratégias para diminuir as filas de espera, a superlotação do serviço e sobrecarga dos profissionais das unidades de urgência e

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.466.593

emergencia e melhorar a qualidade e resolutividade da atencao primaria, ou seja, beneficios para a gestao de toda a rede de servicos de saude. ”

COMENTÁRIOS:

Adequado ao formato de um resumo científico.

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – HIPÓTESES:

“1) Acredita-se que a atencao primaria a saude pode resolver aproximadamente 80% das causas que sao acolhidas no pronto socorro do Hospital Regional do Oeste;2) Supoe-se que a atencao primaria a saude do municipio de Chapeco pode ampliar o atendimento clinico dos usuarios que buscam a estrategia saude da familia;3) Considera-se que o servico de acolhimento do Hospital Regional do Oeste pode ser qualificado na medida em que a atencao primaria seja mais resolutiva e encaminhe menos usuarios para o pronto socorro.”

HIPÓTESES – COMENTÁRIOS:

Adequadas.

TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS:

Objetivo Primario:

Analisar os causas sensiveis a atencao primaria que sao atendidos na unidade de pronto-socorro do Hospital Regional do Oeste no municipio de Chapeco/SC.

Objetivo Secundario:

1) Identificar as principais causas e motivos de procura de acesso dos usuarios ao pronto atendimento do Hospital Regional do Oeste;2) Verificar as formas de acolhimento e classificacao de risco realizadas no pronto socorro do Hospital Regional do Oeste; 3) Analisar os desfechos dos atendimentos classificados nas cores verde e azul;4) Relacionar os usuarios atendidos no pronto

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.466.593

socorro com a distribuição na área de abrangência do centro de saúde da família em que está adscrito."

OBJETIVO PRIMÁRIO – COMENTÁRIOS:

Adequado.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS – COMENTÁRIOS:

Adequados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO – RISCOS:

"Riscos:

Considerando ainda o princípio da não-maleficência, não causar danos tampouco colocar qualquer participante em risco principalmente os que são possíveis de prevenir, ou se há a possibilidade de uma abordagem que ofereça menos riscos (Koeirich et al, 2005). Compreendemos que há riscos relacionados a desconfortos pessoais e constrangimentos em avaliar seus métodos utilizados para realizar a gestão do serviço de saúde e em posicionar-se em relação ao processo de trabalho desenvolvido, ou não desenvolvido. Portanto, se os participantes serão orientados que podem deixar de participar do estudo a qualquer momento. Porém, se os riscos se concretizarem será realizado encaminhamento para acompanhamento psicológico na rede de serviços de saúde do município de Chapeco. Esta pesquisa será realizada após a aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, e terá seus custos arcados pelas pesquisadoras. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será impresso em duas vias, que deverão ser assinadas no momento da pesquisa, uma via ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa. Os profissionais serão informados sobre os objetivos do estudo, benefícios e riscos, bem como a possibilidade de deixar o estudo a qualquer hora que desejar. O sigilo será mantido e as informações obtidas utilizadas para fins científicos."

RISCOS – COMENTÁRIOS:

Adequados.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** oep.uffs@uffs.edu.br



TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:

"Benefícios:

Os participantes da pesquisa/entrevista serão informados sobre os procedimentos de coleta e garantia de sigilo das informações fornecidas sem que os mesmos sejam identificados na divulgação dos resultados. Cada participante será identificado através de nomes fictícios para os registros das falas e a preservação da identidade dos mesmos. As entrevistas serão digitais, mas somente terão acesso as mesmas, a acadêmica e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo digital, por um período de cinco anos, sob a guarda das pesquisadoras, após o tempo de 05 anos este material será incinerado. Tendo em vista que esta pesquisa só será realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e todos os entrevistados deverão estar de acordo, formalizado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como o Termo de Concordância da Instituição, conforme preconizações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Salienta-se que este projeto será submetido ao Comitê de Ética após aprovação e concordância e a gerência de especialidades do município de Chapecó/SC. Além disso, é válido ressaltar que os participantes poderão desistir a qualquer momento da pesquisa sem ônus ou bonus de qualquer espécie. Serão assegurados os princípios da Bioética: Beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Compreendendo que haverá uma avaliação do risco benefício para cada participante ou para o grupo, sempre no intuito de redução de danos e o máximo de benefícios possíveis, considerando concordâncias e discordâncias dentro do que cada pensa sem ferir o princípio da autonomia de nenhum participante, ou seja, o pensar diferente e o agir diferente devem ser respeitados nesta pesquisa (KOERICHET al, 2005). Aceitamos os desafios e riscos da realização desta pesquisa porque entendemos que há benefícios e contribuições esperadas ao se tratar de um estudo que pode ser utilizado por profissionais e estudantes de saúde para reflexão sobre as práticas gerenciais, auxiliando no planejamento e desenvolvimento da rede de serviços de saúde. Após conclusão da pesquisa, a mesma será disponibilizada para a equipe e todos os envolvidos serão convidados a participar da banca de defesa pública deste trabalho de conclusão de curso. Pretende-se divulgar o estudo através de eventos e periódicos científicos."

BENEFÍCIOS – COMENTÁRIOS:

Adequados.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – DESENHO:

"Desenho:

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, que tem como objetivo identificar quais os casos sensíveis a atenção primária que estão sendo atendidos na unidade de Pronto Socorro no Hospital Regional do Oeste no município de Chapeco/SC. População e Amostra: Esse estudo abordará a população atendida na Unidade de Pronto Socorro do Hospital Regional do Oeste, que no momento da classificação de risco for classificada na

cor verde e azul conforme o protocolo de Manchester. O protocolo de Manchester e o instrumento utilizado no momento da triagem das unidades de pronto atendimento, ele deve ser operado por enfermeiro, o objetivo e padronizar os atendimentos e oferecer um tempo de espera adequado conforme a necessidade do usuário. O protocolo oferece um fluxo que a partir da queixa principal do usuário deve ser seguido e ao final o paciente é classificado em uma das 5 categorias que são divididas por cores: Vermelho emergência, laranja muito urgente, amarelo urgente, verde pouco urgente e azul não urgente. (FERNANDES, 2010) Será realizado um cálculo amostral de 90% de confiabilidade para definir a população a ser estudada. Vai ser utilizado os seguintes critérios de inclusão no estudo: possuir 18 anos completos, usuários do município de Chapeco que buscam tratamento médico na unidade de pronto socorro do hospital regional do oeste em Chapeco, de ambos os sexos (feminino e masculino) e que na classificação de risco foram classificados como verde ou azul. Critério de Exclusão: Ser menor de 18 anos ou de outro município e os prontuários que apresentarem campos fundamentais sem o devido preenchimento, serão desconsiderados da amostra. A amostra estratificada foi definida com base na classificação de risco de Manchester utilizando como N a média de atendimentos realizados no pronto atendimento do HRO nos meses de dezembro de 2018, janeiro e fevereiro 2019. Utilizou-se o cálculo de Barbetta (2010) com erro amostral de 10%. Para os pacientes classificados na cor VERDE a média foi de 1.153 pacientes. $n_0 = 1 / (E_0^2)$ $n_0 = 1 / (0,10_0^2)$ $n_0 = 1 / (0,10_0^2) = 100$ $n = (N \cdot n_0) / (N + n_0)$ $n = (1153 \times 100) / (1153 + 100) = 92$ onde: n_0 = Primeira aproximação do tamanho da amostra E = Erro amostral tolerável N = Tamanho da população = Tamanho da amostra Para os pacientes classificados na cor AZUL a média foi de 126 pacientes. $n_0 = 1 / (E_0^2)$ $n_0 = 1 / (0,10_0^2)$ $n_0 = 1 / (0,10_0^2) = 100$ $n = (N \cdot n_0) / (N + n_0)$ $n = (126 \times 100) / (126 + 100) = 56$ onde: n_0 = Primeira aproximação do tamanho da amostra E = Erro amostral tolerável N = Tamanho da população = Tamanho da amostra Local de estudo: O estudo vai ser realizado no município de Chapeco, localizado na região

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Oeste do estado de Santa Catarina, o município possui uma população estimada de 216.654 pessoas conforme censo do IBGE (2018), a coleta de dados vai ser realizada na Unidade de Pronto Socorro do Hospital Regional do Oeste (HRO) que é administrado pela Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira. O município possui uma cobertura da AB de 93,17%, com 53 ESF em 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS) situada uma em cada bairro (BRASIL, 2018). Será realizado contato com a gerência do Hospital Regional do Oeste para autorização da pesquisa. Após a autorização será feito contato com o coordenador do local de estudo para apresentar o projeto e forma como serão realizadas as coletas. Na sequência será realizado as coletas que vão acontecer durante os meses de junho e julho de 2019, essa coleta será feita na sala de triagem uma vez por semana e a cada semana será realizado em um período diferenciado por quatro horas, abordará somente os usuários classificados com a cor verde e azul segundo protocolo de Manchester, sendo 92 pacientes classificados como verde e 56 pacientes classificados na cor azul, será utilizado um questionário impresso que deverão ser preenchidos a pino no local e outro formulário impresso para a coleta de dados do prontuário do paciente. "

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA:

"Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, que tem como objetivo identificar quais os casos sensíveis a atenção primária que estão sendo atendidos na unidade de Pronto Socorro no Hospital Regional do Oeste no município de Chapeco/SC. População e Amostra: Esse estudo abordará a população atendida na Unidade de Pronto Socorro do Hospital Regional do Oeste, que no momento da classificação de risco for classificada na cor verde e azul conforme o protocolo de Manchester. O protocolo de Manchester e o instrumento utilizado no momento da triagem das unidades de pronto atendimento, ele deve ser operado por enfermeiro, o objetivo é padronizar os atendimentos e oferecer um tempo de espera adequado conforme a necessidade do usuário. O protocolo oferece um fluxo que a partir da queixa principal do usuário deve ser seguido e ao final o paciente é classificado em uma das 5 categorias que são divididas por cores: Vermelho emergência, laranja muito urgente, amarelo urgente, verde pouco urgente e azul não urgente. (FERNANDES, 2010) Será realizado um cálculo amostral de 90% de confiabilidade para definir a população a ser estudada. Vai ser utilizado os seguintes critérios de inclusão no estudo: possuir 18 anos completos, usuários do município de Chapeco que buscam tratamento médico na unidade de pronto socorro do hospital regional do oeste em Chapeco, de ambos os sexos (feminino e

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.466.593

masculino) e que na classificação de risco foram classificados como verde ou azul. Critério de Exclusão: Ser menor de 18 anos ou de outro município e os prontuários que apresentarem campos fundamentais sem o devido preenchimento, serão desconsiderados da amostra. A amostra estratificada foi definida com base na classificação de risco de Manchester utilizando como N a média de atendimentos realizados no pronto atendimento do HRO nos meses de dezembro de 2018, janeiro e fevereiro 2019. Utilizou-se o cálculo de Barbetta (2010) com erro amostral de 10%. Para os pacientes classificados na cor VERDE a média foi de 1.153 pacientes. $n_0 = 1/(E_0^2)$ $n_0 = 1/(0,10_0^2)$ $n_0 = 1/(0,10_0^2) = 100$ $n = (N \cdot n_0)/(N + n_0)$ $n = (1153 \times 100)/(1153 + 100) = 92$ onde: n_0 = Primeira aproximação do tamanho da amostra E = Erro amostral tolerável N = Tamanho da população = Tamanho da amostra Para os pacientes classificados na cor AZUL a média foi de 126 pacientes. $n_0 = 1/(E_0^2)$ $n_0 = 1/(0,10_0^2)$ $n_0 = 1/(0,10_0^2) = 100$ $n = (N \cdot n_0)/(N + n_0)$ $n = (126 \times 100)/(126 + 100) = 56$ onde: n_0 = Primeira aproximação do tamanho da amostra E = Erro amostral tolerável N = Tamanho da população = Tamanho da amostra Local de estudo: O estudo vai ser realizado no município de Chapeco, localizado na região Oeste do estado de Santa Catarina, o município possui uma população estimada de 216.654 pessoas conforme censo do IBGE (2018), a coleta de dados vai ser realizada na Unidade de Pronto Socorro do Hospital Regional do Oeste (HRO) que é administrado pela Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira. O município possui uma cobertura da AB de 93,17%, com 53 ESF em 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS) situada uma em cada bairro (BRASIL, 2018). Será realizado contato com a gerência do Hospital Regional do Oeste para autorização da pesquisa. Após a autorização será feito contato com o coordenador do local de estudo para apresentar o projeto e forma como serão realizadas as coletas. Na sequência será realizado as coletas que vão acontecer durante os meses de junho e julho de 2019, essa coleta será feita na sala de triagem uma vez por semana e a cada semana será realizado em um período diferenciado por quatro horas, abordará somente os usuários classificados com a cor verde e azul segundo protocolo de Manchester, sendo 92 pacientes classificados como verde e 56 pacientes classificados na cor azul, será utilizado um questionário impresso que deverão ser preenchidos a punho no local e outro formulário impresso para a coleta de dados do prontuário do paciente."

DESENHO e METODOLOGIA PROPOSTA – COMENTÁRIOS:

Adequados.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar	
Bairro: Área Rural	CEP: 89.815-899
UF: SC	Município: CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745	E-mail: oep.uffs@uffs.edu.br



TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

"Critério de Inclusão:

Vai ser utilizado os seguintes critério de inclusão no estudo: possuir 18 anos completos, usuários do município de Chapeco que buscam tratamento médico na unidade de pronto socorro do hospital regional do oeste em Chapeco, de ambos os sexos (feminino e masculino) e que na classificação de risco foram classificados como verde ou azul."

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO – COMENTÁRIOS:

Adequados.

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

"Critério de Exclusão:

Critério de Exclusão: Não residir no município de Chapeco e os prontuários que apresentarem campos fundamentais sem o devido preenchimento, serão desconsiderados da amostra."

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO – COMENTÁRIOS:

Adequados.

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

"Metodologia de Análise de Dados:

Categorização e Análise dos Dados: Inicialmente será realizada uma entrevista através de questionário com os usuários que no momento da classificação de risco foram classificados com a cor

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.466.593

verde ou azul de acordo com o protocolo de Manchester e com diagnóstico de condições sensíveis a atenção básica e outro grupo de diagnósticos não sensíveis a atenção básica conforme CID 10 definido pelo indicador de ICSPA e outro questionário será utilizado pela pesquisadora para coleta de dados do prontuário. Em seguida, a partir do endereço dos usuários disponível nos prontuários, estes serão distribuídos de acordo com as respectivas áreas de abrangência dos territórios das equipes de ESF do município, buscando vincular paciente e sua unidade básica de saúde de referência, no intuito de identificar de quais unidades são estes usuários e analisar de onde são as maiores demandas que chegam ao pronto socorro no HRO. Os dados coletados serão organizados em uma planilha, usando o programa Excel e após classificadas as variáveis em medidas de posição (moda, média e mediana) e medidas de dispersão (variância e desvio padrão), os resultados serão expressos pela estatística descritiva, sendo apresentados por meio de tabelas, gráficos e figuras. Os dados serão analisados através de estatística descritiva por permitir de forma sistemática, organizar, descrever, analisar e interpretar dados (BARBETTA, 2010)."

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS – COMENTÁRIOS:

Adequada.

TRANSCRIÇÃO – DESFECHOS

"Desfecho Primário:

Não se aplica.

Desfecho Secundário:

Não se aplica."

DESFECHOS – COMENTÁRIOS:

Adequados.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: oep.uffs@uffs.edu.br



Período previsto para coleta de dados – “30/05/2019 a 28/06/2019”

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO – COMENTÁRIOS:

Considerado neste caso específico adequado, pela compatibilidade da data de re-submissão do protocolo em relação ao que diz o atual Regimento do CEP/UFFS. Contudo, sugere-se nos próximos protocolos de pesquisa, atentar para postergar mais a data de início da coleta de dados em relação à data da submissão, independente da etapa em que esteja o projeto no CEP, pois o prazo concedido pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 é de até 30 dias para qualquer retomo do CEP, inclusive para este caso de re-submissão após emissão de pendências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados, após o/a Pesquisador/a atender integralmente às pendências apontadas no Parecer consubstanciado de número 3.365.002, de 03 de Junho de 2019:

PROJETO DETALHADO: presente e adequado;

FOLHA DE ROSTO: presente e adequada;

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA COLETA DE DADOS: presente e adequada;

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: presente e adequado;

TCLE: presente e adequado.

Recomendações:

Considera-se o atual Período previsto para coleta de dados, neste caso específico, adequado, pela compatibilidade da data de re-submissão do protocolo em relação ao que diz o atual Regimento do CEP/UFFS. Contudo, SUGERE-SE (logo, opcional) nos próximos protocolos de pesquisa, atentar para postergar mais a data de início da coleta de dados em relação à data da submissão, independente da etapa em que esteja o projeto no CEP, pois o prazo concedido pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 é de até 30 dias para qualquer retomo do CEP, inclusive para este caso de

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.466.593

re-submissão após emissão de pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O/a Pesquisador/a atendeu integralmente às pendências apontadas no Parecer consubstanciado de número 3.365.002, de 03 de Junho de 2019. Logo, no momento, o protocolo não possui pendências éticas e/ou legais, de acordo com as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, ficando autorizado a partir desta data a iniciar a etapa de coleta de dados. O/a Pesquisador/a é obrigado a informar ao CEP/UFFS sobre todo e qualquer evento importante no desenvolvimento deste protocolo de pesquisa, bem como apresentar os Relatórios parciais e final conforme previstos nestas legislações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.466.593

Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1339711.pdf	26/06/2019 00:41:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mayaraa.pdf	26/06/2019 00:39:52	MAYARA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Parecer Anterior	Formulario_de_respostas_as_pendencias_do_CEP.pdf	26/06/2019 00:26:56	MAYARA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_no_prontuario.pdf	20/06/2019 14:13:29	MAYARA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Instrumento_de_entrevista.pdf	20/06/2019 14:12:57	MAYARA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Declaracao_de_ciencia_concordancia.pdf	20/06/2019 14:10:44	MAYARA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEnovo.pdf	20/06/2019 14:09:46	MAYARA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	25/04/2019 00:26:33	MAYARA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 23 de Julho de 2019

Assinado por:

Cláudio Claudino da Silva Filho
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC **Município:** CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

ANEXO B – LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	

8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70

17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: Brasil,2008.