

**LIBERTAS – FACULDADES INTEGRADAS DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM**

CARLA ANE DA SILVA

DANIEL BARBOSA BATISTA

**PROTOCOLO DE MANCHESTER: DEMANDA DE UMA
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO

2021

CARLA ANE DA SILVA

DANIEL BARBOSA BATISTA

Protocolo de Manchester: demanda de uma unidade de Pronto Atendimento

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Enfermagem da Libertas
Faculdades Integradas para obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Mariana Gondim
Mariutti Zeferino

SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO

2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

CARLA ANE DA SILVA

DANIEL BARBOSA BATISTA

Protocolo de Manchester: demanda de uma unidade de Pronto Atendimento

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Enfermagem da Libertas
– Faculdades Integradas para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof(a).: _____
Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof(a).: _____
Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof(a).: _____
Instituição: _____
Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Eu, Daniel, primeiramente dedico este trabalho a Deus, que foi um verdadeiro guia nessa jornada. Sem a sua infinita sabedoria jamais teria conseguido.

À minha querida família pelo exemplo de simplicidade, honestidade, companheirismo e bons valores que sempre me ensinaram.

À minha filha Isabella e minha amada esposa Simone (*in memorian*), que não pôde vivenciar este momento, mas batalhou ao meu lado até a sua partida e que me guiou pelo caminho correto sendo um exemplo de amor, coragem, determinação e parceria.

A todos os nossos professores da faculdade, que foram essenciais na nossa trajetória acadêmica.

A todos os envolvidos direta e indiretamente na elaboração deste trabalho.

Eu, Carla Ane, dedico este trabalho com muito amor, carinho e gratidão, aos meus queridos filhos, Octávio, Ana Karla, Lavínia e ao meu amado esposo Elton que me deu apoio e força para vencer todas as dificuldades.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus por ter nos confiado à vida e por estar presente em todos os momentos.

A esta Faculdade e seu corpo docente, pela oportunidade concedida de cursar Graduação em Enfermagem.

Aos professores, que com dedicação nos orientaram na elaboração deste Trabalho.

Aos nossos colegas de sala, pelos momentos de descontração, nos tornamos uma família, pois juntos dividimos inesquecíveis vitórias e conquistas.

A todos os mestres e doutores pela afetividade e ensinamentos manifestados a cada dia.

A todos vocês, nossa eterna gratidão!

RESUMO

SILVA, Carla Ane da; BATISTA, Daniel Barbosa. **Protocolo de Manchester: demanda de uma Unidade de Pronto Atendimento**. 2021. 55f. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, Libertas Faculdades Integradas, São Sebastião do Paraíso, 2021.

As Unidades de Pronto Atendimento surgiram em 2002 e são instituições de saúde de média complexidade. Tem por objetivo atender rapidamente os casos graves, estabilizar o quadro, e encaminhá-los a hospitais quando necessário. Porém, nem sempre isso ocorre, pois a maioria dos casos atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento não se enquadra como urgência, o que gera um fluxo de pacientes que excede a capacidade do serviço, o que torna o atendimento mais demorado e estressante. Diante desta realidade, este estudo tem por objetivo identificar: a demanda de pacientes atendidos de uma Unidade de Pronto Atendimento de uma cidade do interior de Minas Gerais, a partir o Protocolo de Manchester; o perfil sociodemográfico; os principais motivos ou queixas para a procura da UPA; o acesso, os dias da semana e horários de maior fluxo de atendimento de paciente; o tempo de espera do atendimento e o tempo de permanência no setor. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e documental, de abordagem quantitativa. Foram analisados 776 prontuários, de 1º de novembro de 2019 a 31 de dezembro 2019, de pacientes de ambos os sexos da Unidade de Pronto Atendimento - UPA-24 horas. Foram coletados os seguintes dados: sexo, idade, local de residência, tipos de patologias ou queixas que levaram o paciente a procurar a UPA, se o paciente veio à unidade com encaminhamento ou por livre demanda, dias e horários de maior fluxo de atendimento e procura dos pacientes, classificação de risco, tempo de espera para o atendimento, tempo de resolução do atendimento e tempo de permanência no setor. As variáveis dependentes analisadas foram: tempo de espera para o atendimento, tempo de resolução do atendimento e tempo de permanência do paciente na UPA. Os dados foram analisados no programa Statistical Package for the Social Science, utilizando estatística descritiva. Com relação à demanda dos usuários da UPA, foi constatado que sua maioria era do sexo feminino, com faixa etária dos 20 aos 50 anos e a maior parte moradora da zona urbana. O horário de maior fluxo foi o período vespertino e os dias das semanas foram sábado, sexta e segunda-feira, sendo admitido em sua maioria por livre demanda e resgate, encaminhado pelo SAMU, UBS e ESF. O tipo de consulta em sua maioria foi eletiva com urgência e emergência, sendo que todos os pacientes passaram pela classificação de Manchester; os principais motivos de procura por atendimento médico na UPA, como patologias ou queixas nesse período estudado, foram cefaleia, febre e vômito e as categorias de prioridade relacionada às cores vermelho, laranja, amarelo, verde, azul e branco. Com relação ao tempo de espera para o atendimento, se constatou que o tempo máximo de espera para o atendimento foi o máximo de 03 horas e 05 minutos e o tempo mínimo foi de 10 minutos. A pesquisa reforçou a importância do papel da Atenção Primária à Saúde como porta de entrada do sistema e da necessidade de efetivar a educação em saúde esclarecendo e orientando a população as atribuições de cada ponte de rede. Conclui-se que é importante a gestão implementar ações para redirecionar os serviços de urgência e ampliar a melhoria e o acesso da referência e contrarreferência para promover o uso adequado destes serviços.

Palavras-chave: Triagem; Enfermagem; Serviço Médico de Emergência

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da demanda da Unidade de Pronto Atendimento em relação ao sexo	27
Gráfico 2 - Distribuição da demanda da Unidade de Pronto Atendimento em relação ao local de residência do usuário	29
Gráfico 3 - Distribuição da demanda da Unidade de Pronto Atendimento em relação aos horários de maior fluxo.....	30
Gráfico 4 - Distribuição da demanda da Unidade de Pronto Atendimento em relação aos dias da semana	32
Gráfico 5 -Distribuição da demanda da Unidade de Pronto Atendimento em relação aos tipos de atendimentos realizados.....	34
Gráfico 6 -Distribuição da demanda da Unidade de Pronto Atendimento em relação às categorias de prioridade de Manchester	38

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1- Distribuição da demanda da Unidade de Pronto Atendimento em relação à idade.	28
Tabela 2- Distribuição da demanda da Unidade de Pronto Atendimento em relação ao modo de acesso	33
Quadro 1 -Apresentação dos sintomas mais frequentes na demanda da Unidade de Pronto Atendimento.....	36
Tabela 3- Distribuição da demanda da Unidade de Pronto Atendimento em relação ao tempo de espera para o atendimento.....	41

LISTA DE SIGLAS

ATS Australasian Triage Scale (Australia)

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CTAS Canadian Triage and Acuity Scale (Canada)

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde

ESF Estratégia de Saúde da Família

ESI Emergency Severity Index (Estados Unidos da América)

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MTS Manchester Triage System (Reino Unido)

MTS Sistema de Triagem de Manchester

PNAU Política Nacional Atenção às Urgências

PNH Política Nacional de Humanização

RAS Redes de Atenção à Saúde

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

RUE Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SHE Serviço Hospitalar de Emergência

SUS Sistema Único de Saúde

SAMU Serviço de Atendimento móvel de Emergência

UPA Unidades de Pronto atendimento

UBS Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral.....	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3. REFERÊNCIAL TEÓRICO	14
3.1 As Políticas de Saúde e o Atendimento de Urgência e Emergência	14
3.2 Redes de atenção à saúde vigentes no Brasil	15
3.3 Redes de Urgência e Emergência	16
3.4 Unidade de Pronto Atendimento.....	18
3.5 O sistema de referência e contrarreferência em saúde.....	20
3.6 Programa Nacional de Humanização Hospitalar – Humaniza SUS	21
3.7 Acolhimento com classificação de risco.....	21
3.8 Protocolo de Manchester e atribuições do(a) enfermeiro (a).....	23
4.METODOLOGIA.....	24
4.1 Caracterização da Pesquisa	24
4.2 Contexto da Pesquisa	24
4.3 Amostra.....	24
4.4 Aspectos éticos da Pesquisa.....	25
4.5 Coleta de Dados	25
4.6 Análise de Dados	26
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
6. CONCLUSÕES.....	43
7. REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE A- FORMULÁRIO.....	50
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	52

1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde pública brasileiro se encontra estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde: a de atenção básica, a de média e a de alta complexidade. Cada um desses níveis da rede assistencial participa da Rede de Atenção às Urgências de acordo com os limites de sua complexidade e capacidade de resolução (DE OLIVEIRA et al., 2015).

Contudo, devido à falta de articulação entre esses três níveis hierárquicos de atenção à saúde, somado ao aumento dos casos de acidentes e violência urbana, nos últimos anos houve uma superlotação das emergências hospitalares e prontos-socorros, deste modo, essa área tornou-se uma das mais problemáticas do sistema de saúde (DE OLIVEIRA et al., 2015).

Apesar da tentativa de descentralização do atendimento às urgências, os serviços hospitalares e as unidades de pronto atendimento continuam sendo os locais de maior demanda por atendimentos emergenciais, o que ocasionou um aumento de usuários destes serviços (DINIZ et al., 2014).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) criadas em 2002, fazem parte do nível intermediário de complexidade entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) atenção básica e a média e alta complexidade, integrando a Rede Pré-Hospitalar Fixa (DE OLIVEIRA et al., 2015; RONCALI et al., 2017).

Por serem de média complexidade têm como propósito de ser um local de atendimento rápido a casos graves em que o objetivo da assistência é a estabilização do quadro, e encaminhamento aos hospitais quando necessário (DINIZ et al., 2014; DE OLIVEIRA et al., 2015). Porém, não é isso o que ocorre. A maioria dos casos atendidos nas UPA não se enquadra como urgência e conseqüentemente gera um fluxo de pacientes que excede a capacidade do serviço. Com isso, o atendimento torna-se demorado e estressante não só para o paciente que aguarda, mas também para a equipe que se depara diariamente com essa situação e tem que explicar repetidamente, para diferentes usuários, a finalidade das UPA (DE OLIVEIRA et al., 2015). Segundo Diniz et. al., (2014, p.3013), as UPA atendem diariamente muitos pacientes com variadas queixas. Tais queixas podem ser de urgência, mas também situações não urgentes, que acabam por chegar às UPA devido à facilidade de acesso ao atendimento.

Segundo Oliveira et al., (2013, p.150), as UPA, na maioria das vezes, dão respostas

rápidas às necessidades dos usuários, principalmente acerca das queixas agudas e graves, além de promoverem o cuidado dos quais eles precisam naquele momento, tais como: acesso a diferentes tecnologias no serviço ou a pactuação com outros níveis de atenção. Porém, situa-se aquém do seu perfil de urgência e emergência ao realizar atendimento a usuários com patologias que necessitam de atenção básica e não de serviços de pronto atendimento.

No momento de necessidade, de dor e sofrimento as pessoas buscam ser atendidas no local mais viável a elas. Sem se importarem com a complexidade do serviço, procuram as UPA e lotam os plantões. A carga de trabalho aumenta significativamente em várias unidades de atendimento às urgências e consequentemente a qualidade do atendimento prestado fica comprometida podendo afetar, principalmente, a equipe que o realiza (RONCALI et al., 2017).

O atendimento da população com queixas, as quais não correspondem a situações clínicas que impliquem em risco de morte ao indivíduo, sobrecarrega os serviços de urgência com o desenvolvimento de ações assistenciais que poderiam ser realizadas em unidades de urgência de menor complexidade ou em serviços de atenção básica e especializada. A qualidade do cuidado prestado aos indivíduos fica, assim, comprometida (DINIZ et. al., 2014).

O estudo de Diniz et. al., (2014), mostrou que a demanda clínica das UPA é composta por pacientes que poderiam procurar atendimento em unidades de menor complexidade, o que aponta para a necessidade de esclarecimento da população sobre a hierarquização e a atribuição de cada unidade que compõe a rede assistencial de urgência e emergência. Esta medida pode contribuir para reduzir custos e aumentar a eficiência dos serviços de urgência de maior complexidade.

O sistema de triagem foi introduzido nos serviços de emergência para superar o problema da superlotação e fornecer atendimento imediato ao paciente mais urgente (HAY et al., 2001).

A classificação de risco é um processo dinâmico, pela qual os pacientes são avaliados assim que chegam ao serviço. Ela garante que os usuários de alto risco recebam atendimento imediato e reduz o tempo de espera para atendimento médico, de acordo com o grau de prioridade atribuído a cada um. Deste modo, evita-se a lotação dos prontos-socorros, determina a área de atendimento primário e encaminha usuários para especialidades, de acordo com o protocolo norteador. A atribuição de graus de risco aos pacientes consiste em um complexo processo de tomada de decisão. Os enfermeiros são os

profissionais mais indicados para a realização dessa tarefa. Os protocolos são utilizados para orientar a priorização do cuidado (GUEDES et al., 2017).

Entre os sistemas de classificação de risco, o Sistema de Triagem de Manchester (MTS) é o mais utilizado no Brasil. O uso do MTS é uma exigência do governo do Estado de Minas Gerais desde 2007, como parte do plano diretor de regionalização do estado, ao qual todos os municípios devem aderir (GUEDES et al., 2017).

Assim, o protocolo de Manchester é de grande valia e fundamental na organização o atendimento das UPA. Porém, se configura como uma porta de fácil acesso de livre demanda para a população que busca atendimento sem se importar com a questão do nível de complexidade e superlota as UPA com casos que muitas vezes não se configuram como urgência sobrecarregando o serviço aumentando o tempo de espera pelo atendimento. Muitos casos são necessitam de triagem e acolhimento para viabilizar o fluxo do atendimento.

Acredita-se que muitos pacientes que buscam o atendimento nas UPA apresentam um perfil que possa ser atendido em unidades de urgência com menor complexidade ou em serviços de atenção básica e especializada; a identificação da demanda possa dar subsídios para melhor assistência nesse setor.

Diante da relevância deste tema, este estudo se justifica pelos benefícios que a Classificação de Manchester pode trazer para a unidade de saúde pública brasileira que se encontra saturada e pode acarretar consequências graves para quem é atendido. O saturamento diminui a qualidade do atendimento e também dificulta o trabalho da equipe de saúde, o que pode acarretar a má qualidade do serviço ((DINIZ et. al., 2014; GUEDES et al., 2017).

Direcionar o fluxo do atendimento com ênfase na gravidade pode valer os segundos que farão a diferença para salvar uma vida. Além do que a classificação de risco pode ainda contribuir no gerenciamento da demanda e dos recursos humanos. Algo tão simples, mas que pode auxiliar no gerenciamento da unidade e configurar-se como uma ferramenta valiosa e aliada da gestão.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar a demanda de pacientes atendidos de uma Unidade de Pronto Atendimento de uma cidade do interior de Minas Gerais, a partir o Protocolo de Manchester.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar:

- Perfil sociodemográfico;
- Principais motivos ou queixas para a procura da UPA;
- Acesso dos usuários;
- Dias da semana maior fluxo de atendimento de paciente.

3. REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 As Políticas de Saúde e o Atendimento de Urgência e Emergência

O Brasil é um país latino-americano populoso, extenso, economicamente relevante e extremamente desigual. As desigualdades socioeconômicas têm suas raízes no passado colonial, e não foram superadas pela modernização capitalista entre 1930 e 1980, caracterizada pela industrialização, em geral sob regimes autoritários, e escassa redistribuição social (MACHADO, LIMA, BAPTISTA, 2017).

A política de saúde desse período 1930 -1980 foi marcada por trajetória de dualidade, representada de um lado pela saúde pública, direcionada para o controle de doenças específicas; e de outro pela assistência médica previdenciária, voltada para os trabalhadores do mercado formal urbano. Até o início dos anos de 1980 do sistema de saúde, este era marcado pela exclusão de parcela expressiva da população, pouca efetividade do modelo de atenção e destaque do setor privado na prestação de serviços, subsidiado pelo Estado (MACHADO, LIMA, BAPTISTA, 2017).

A partir dos anos 1980 com a ocorrência de alguns eventos importantes como a Reforma Sanitária, VIII Conferência Nacional de Saúde, a redemocratização, a crise financeira, a sociedade e movimentos de grupos sociais criticaram a situação de exclusão da população ao direito a saúde fazendo pressão, construíram para uma proposta abrangente, onde a saúde seria um direito de todos, uma vez que, anterior à Constituição Federal de 1988, a saúde pública estava ligada à previdência social e a filantropia, e assim a proposta foi incorporada à Constituição Federal de 1988 (MACHADO, LIMA, BAPTISTA, 2017).

O Brasil foi o único país capitalista da América Latina que instituiu na década de 1980 um sistema de saúde universal. O sistema Único de Saúde (SUS) é o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente dele. O modelo de gestão do SUS é descentralizado, sendo assim, o Governo Federal, Estados e Municípios dividem a responsabilidade de forma integrada e foi regulamentado e regido sob os princípios e diretrizes básicas como universalização, equidade e integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular que são seus pilares básicos (BRASIL, 1988).

3.2 Redes de atenção à saúde vigentes no Brasil

Mesmo com tantos avanços, transformações e evolução conquistadas pelo SUS este seguia fragmentado, com falhas e dificuldades, visando a superação dos desafios e o avanço na qualificação, se propôs soluções para a integração do sistema, uma destas soluções propostas foi estruturar serviço do SUS oferecido a população em Redes de Atenção à Saúde (RASs).

Ao final de 2010 houve um grande acordo tripartite envolvendo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, o qual publicou a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu as diretrizes para organização das RAS, no âmbito do SUS no qual, as RAS foram conceituadas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, sendo uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados permitindo responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (BRASIL, 2010; BRASIL, 2015).

Os cinco membros que compõem a estrutura operacional de RAS são as redes: Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Cuidado à Pessoa com Deficiência e a de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Dentre os cinco membros que compõem a estrutura operacional de RAS está a RUE (BRASIL, 2015).

A RUE no SUS visa articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. O atendimento às Urgências e Emergências, além de estratégico, é um dos pilares do SUS como parte do planejamento de saúde (BRASIL, 2015).

Conhecer a definição correta de urgência e emergência é de suma importância e indiscutível para a área da saúde, visto que em serviços especializados, como hospitais ou até mesmo policlínicas, existem locais destinados ao atendimento de casos de urgência e emergência. A emergência é definida como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Nos casos de emergência o perigo de morte é evidente. Enquanto

que a urgência significa a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

3.3 Redes de Urgência e Emergência

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) foi fruto de grande insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares. A construção da política federal para atenção às urgências no Brasil envolveu três momentos principais: de 1998 até 2003 com o predomínio da regulamentação; entre 2004 e 2008, o qual houve uma expansão do SAMU e a partir de 2009 que predominou a implantação do componente fixo da atenção pré-hospitalar, as UPA (KONDER, O'DWYER, 2015).

Já a Rede de Atenção às Urgências (RAU) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011a). ARAU está entre as redes de atenção prioritárias do Ministério da Saúde e foi constituída considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS (KONDER, O'DWYER, 2015).

Essa rede considera os componentes pré-hospitalares atenção básica, SAMU e UPA, o componente hospitalar e a atenção domiciliar, tendo como interfaces promoção e prevenção, acolhimento, qualificação profissional, informação e regulação (KONDER, O'DWYER, 2015).

De 1998-2002 foram emitidas as normas pontuais para a implantação dos sistemas estaduais para atendimento de urgência e publicação da primeira portaria voltada para o atendimento pré-hospitalar móvel. Neste momento, ainda não existia uma política nacional de urgência e emergência estruturada para a área, existia apenas a experiência do Corpo de Bombeiros no atendimento às urgências no País.

Assim, se instituiu no país através de várias portarias as seguintes medidas: programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência; mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências; aprovação da normatização de atendimento pré-hospitalar que estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências e estabelece a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes; regulamenta o atendimento dos Sistemas

Estaduais de Urgência e Emergência; estabelece seus princípios e diretrizes; define normas, critérios de funcionamento e classificação e cadastramento.

No entanto, somente em 2003, que ocorre o grande marco com a criação da PNAU pela Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003 para garantir uma interface entre a atenção básica e a média e alta complexidade (BRASIL, 2003).

A PNAU foi criada de forma regionalizada sendo uma política baseada em serviços descentralizados, em regime de gestão pactuada, ou seja, regime de cogestão entre as três esferas de governo, como união, governo estadual e municipal tendo os municípios autonomia relativa visando atender a implantação dos sistemas de regulação, organização e estruturação de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de atendimento às urgências e emergências, garantindo o atendimento integral, desde atenção básica até serviços de maior complexidade e meios adicionais de atenção, como o atendimento domiciliar (CAMERRO et al., 2015).

A partir da PNAU, a diferenciação entre urgência/emergência é superada e substituída pelo termo “urgência” em níveis crescentes de gravidade (BRASIL, 2003a).

Foi a partir PNAU que se estruturou a rede de atenção de urgência e emergência como conhecemos hoje com níveis de atenção e hierarquia da seguinte forma:

Hospitais: instituições complexas com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas oferecendo um atendimento em clínicas médicas especializadas, além de qualquer tratamento ou assistência de média ou alta complexidade, com cirurgias eletivas, tratamentos clínicos de acordo com cada especialidade. Para adentrar ao hospital, o usuário é encaminhado depois de ser atendido por uma UBS ou UPA, dependendo de cada caso (CAMERRO et al., 2015).

Pronto atendimento: Unidade prestadora de atendimento dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde (Hospitais e Santas Casas).

Unidade de Atendimento de Emergência: Unidade prestadora de atendimento 24 horas por dia, realizando o primeiro atendimento, e, após, encaminhados para os centros de especialidades.

Pronto Socorro: atendimento 24 horas do dia dispondo apenas de leitos de observação.

Unidade de Pronto Atendimento – UPA: principal componente fixo de urgência pré-hospitalar e importante ponto de acesso ao sistema, instituindo-se enquanto unidades intermediárias entre a atenção básica e as emergências hospitalares. São classificadas em três

diferentes portes, de acordo com a população do município-sede, a área física, número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de atendimentos médicos.

Unidade Básica de Saúde (UBS): porta de entrada do usuário no SUS é na, popularmente conhecida como Posto de Saúde que fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde em 2003 estruturou e organizou a rede de urgência e emergência no país, para integrar a atenção às urgências

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): componente pré-hospitalar móvel e o primeiro componente da política a ser implementada no Brasil sendo um serviço de socorro, no qual o usuário, através do acesso telefônico gratuito pelo número 192, solicita atendimento em casos de urgências. O SAMU organiza o acesso aos serviços de emergência hospitalar, aos leitos hospitalares e fazer a regulação o acesso à rede de forma mais ampla se constituindo em uma nova porta de entrada no sistema, a partir das chamadas telefônicas e através de ambulância, conforme critérios de gravidade (KONDER, O'DWYER, 2015).

3.4 Unidade de Pronto Atendimento

As UPA são estruturas de complexidade intermediária entre as UBS e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências e ajudam a diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais.

A UPA 24 horas oferece estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Porém, a UPA estrutura mais complexas com consultórios de clínica médica, pediatria e odontologia, serviços de laboratório de exames, raio-x, eletrocardiografia, leitos de observação para adultos e crianças, salas de medicação, nebulização, ortopedia e uma "sala de emergência" para estabilizar o quadro clínico dos pacientes mais graves que, após o atendimento necessário possa ser removido para um hospital, sendo também a opção de assistência de saúde nos feriados e finais de semana quando a UBS está fechada, e onde o usuário pode ser encaminhado da UBS para a UPA, dependendo da gravidade ou da necessidade de um pronto atendimento ou qualquer situação de emergência.

As UPA devem ser instaladas de forma estratégica e necessária coexistência com um SAMU e também a obrigatoriedade de expandir a cobertura de atenção primária são condicionalidades que procuram fortalecer a visão de rede e impelir os gestores a desenvolverem e investirem em outros componentes da rede de urgências, sendo que nas

localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade (KONDER, O'DWYER, 2015).

A UPA é responsável pelos atendimentos de urgência e emergência, 24 horas por dia, sete dias na semana. Neste local são atendidos casos, como, cortes, fraturas, traumas, infartos e derrames. A UPA é dividida da seguinte maneira:

- UPA Porte I: tem de 5 a 8 leitos de observação. Possui capacidade de atender até 150 pacientes por dia e abrange uma população na área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes;
- UPA Porte II: 9 a 12 leitos de observação. Possui capacidade de atender até 300 pacientes por dia abrangendo uma população na área de abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes;
- UPA Porte III: 13 a 20 leitos de observação com capacidade de atender até 450 pacientes por dia abrangendo uma população na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes.

As principais competências das UPA na rede de atenção às urgências são: acolher sempre as demandas por atendimento; articular-se com a rede em fluxos de referência e contrarreferência; prestar atendimento qualificado e resolutivo a quadros clínicos agudos ou crônicos agudizados; prestar primeiro atendimento aos quadros cirúrgicos e de trauma; funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU; realizar consulta médica em regime de pronto-atendimento aos casos de menor gravidade; realizar procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade; prestar apoio diagnóstico e terapêutico 24h por dia, 7 dias por semana; manter em observação clínica por até 24h para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica; encaminhar para internação em hospitais, pacientes com quadros não resolvidos após 24h e referenciar e contra referenciar adequadamente para rede (KONDER, O'DWYER, 2015).

As exigências para recebimento de recursos federais para Unidades de Pronto-Atendimento na rede de atenção às urgências (KONDER, O'DWYER, 2015): gestor local responsável deve prover a UPA 24h com equipe horizontal de gestão do cuidado na unidade; quantitativo populacional a ser coberto pela UPA 24h, compatível com os respectivos portes de UPA 24h; SAMU 192 habilitado na área de cobertura da UPA 24h, ou, na ausência deste, compromisso de implantação de SAMU dentro do prazo de implantação da UPA 24h; cobertura da Atenção Básica em Saúde de, no mínimo, 50% da população do município sede da UPA 24h ou compromisso de implantação dessa cobertura; implantação da classificação de risco no acolhimento dos usuários na UPA 24 horas; grades de referência e

contrarreferência pactuadas em nível local e regional com todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências e compromisso subscrito pelo responsável legal de pelo menos 1 (um) dos hospitais da grade de referência de garantia de retaguarda hospitalar para a UPA 24horas.

3.5 O sistema de referência e contrarreferência em saúde

Como as UPA são estruturas intermediárias entre as UBS, ESF e os hospitais, o atendimento na UPA está previsto por meio de pactos e fluxos previamente definidos, em que os usuários sejam contrarreferenciados para os pontos de atenção de menor densidade tecnológica, incluindo a Atenção Básica ou especializada, a fim de assegurar a continuidade do cuidado e se utiliza para isso os instrumentos de contrarreferência (HERMIDA et al., 2019).

A contrarreferência, ou seja, a transferência das informações sobre os usuários entre os serviços varia de acordo com a realidade dos municípios ou regiões de saúde, utilizando vários instrumentos tradicionais, como as fichas/formulários manuais de encaminhamento, relatórios médicos impressos, contato telefônico ou por meios de informação e comunicação mais atuais, a exemplo do sistema eletrônico (E-saúde) que interliga serviços e permite o acesso aos prontuários eletrônicos (HERMIDA et al., 2019).

Quando realizada de modo efetivo e coerente, a contrarreferência favorece a integração dos serviços da rede, sendo a comunicação um fator indispensável, uma vez que permite o elo entre os pontos de atenção. Por outro lado, quando ocorre de maneira inadequada, a contrarreferência se torna importante barreira à continuidade do cuidado entre os diferentes níveis de atenção. Nesse sentido, os serviços de saúde sinalizam o mau funcionamento da contrarreferência na RUE, com prejuízos à população não garantindo o seu direito a uma saúde integral (HERMIDA et al., 2019).

Para que ocorra a contrarreferência de modo favorável é necessário boas relações interpessoais entre os profissionais dos diferentes pontos da RUE, como estratégia para o encaminhamento do usuário de um serviço para o outros serviços, o que também facilita acessar serviços de outros níveis. Na integração das UPA com a rede assistencial, o contato pessoal é a prática que prevalece e, nas Centrais de Regulação, apesar do processo normativo, algumas situações podem ocorrer pela rede de relações pessoais, como fluxos paralelos, criados para a efetivação da ação profissional (HERMIDA et al., 2019).

3.6 Programa Nacional de Humanização Hospitalar – Humaniza SUS

O Humaniza SUS é a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde que visa à humanização em todos os serviços de saúde, o qual o objetivo da Política é colocar em prática os princípios do SUS, que devem fazer partes de todos os programas e políticas de saúde.

O PNH exige a humanização no atendimento no qual os profissionais da saúde devem interagir com os usuários conduzindo as ações com resoluções dos problemas dentro da prerrogativa do Acolhimento com Classificação de Risco, um dispositivo pelo qual o Ministério da Saúde, por meio da PNH, visa à agilidade no atendimento sob a óptica do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade, e não na ordem de chegada. Dessa maneira, exerce-se uma avaliação e uma classificação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos que facilitem o trabalho em saúde, buscando sempre melhorias para o usuário.

3.7 Acolhimento com classificação de risco

A triagem classificatória de risco é a primeira etapa do atendimento dos serviços de emergência, a qual visa otimizar o tempo de espera dos pacientes de acordo com a gravidade de sua condição clínica e reduzir o impacto negativo do atraso nos cuidados, mediante a designação de recursos adequados à resolução do problema, priorizando-se aqueles que não podem aguardar pela intervenção terapêutica em segurança

Até 1980, os serviços de emergência internacionais realizam a triagem de pacientes de modo informal sem um critério específico. Somente no final da década de 80 e início da década de 90 se inicia em Israel triagem formal, mas parcial nos serviços de emergência. É na década de 90 que a triagem de forma sistematizada começa de fato nos principais hospitais internacionais (HAY et al.,2001).

No início da década de 1990, várias escalas foram desenvolvidas e implementadas nos serviços de emergência de diversos países para subsidiar o complexo processo de tomada de decisão inerente à triagem classificatória de risco. Dentre estas constam: Australasian Triage Scale (ATS, Australásia), Manchester Triage System (MTS, Reino Unido), Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS, Canadá) e Emergency Severity Index (ESI, Estados Unidos da América) (ACOSTA, DURO, LIMA, 2012; GODOY et al., 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde preconizou a partir de 2004, o Acolhimento com Classificação de Risco como diretriz para reorganização do processo assistencial e redução das longas filas de espera em UPA e Serviço Hospitalar de Emergência SHE, sendo uma alternativa à superação do paradigma de atenção excludente atribuído ao termo triagem que era utilizado pelo modelo de atenção anteriormente vigente (GODOY et al., 2016).

O acolhimento é um espaço para a humanização dos serviços de saúde, mediante a escuta qualificada do usuário, identificação das suas necessidades e um trabalho realizado em equipe para a resolução do seu problema. O acolhimento é, portanto, uma ferramenta inerente não só ao trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), mas também orienta e facilita a organização do trabalho nas UPA (HERMIDA, 2019).

O acolhimento é uma tecnologia relacional, que visa promover a humanização do atendimento prestado junto aos usuários, sendo uma das propostas do Ministério da Saúde a fim de enfrentar a deficiência de resolutividade e qualidade dos serviços de saúde. Embora não mencionado diretamente dentre os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde, é visto como uma ferramenta que possibilita melhorias na assistência prestada como também a reorganização do sistema de saúde brasileiro (WEYKAMP et al., 2015).

Essa tecnologia encontra-se ancorada à Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS, que, propõe nos serviços de urgência e emergência, o qual tenha acolhimento dos os usuários embasado na avaliação com classificação de risco (WEYKAMP et al., 2015).

O Acolhimento foi implantado em 2003 pela Política Nacional de Humanização (PNH), que trata de uma proposta de reorganização da lógica e funcionamento dos serviços de saúde, onde o serviço garante o acesso assumindo a função de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. E dentre as propostas de acolhimento, esta a avaliação e classificação de risco para os Serviços de Urgência e Emergência (CAMERRO et al., 2015). Acolher o usuário ou recebê-lo de forma atenciosa e integral é promover saúde de forma humana. O acolhimento com classificação de risco no Sistema Único de Saúde objetiva reorganizar o fluxo dos usuários e oferecer conforto e escuta em uma situação de vulnerabilidade além de substituir a tradicional triagem. Diferencia-se da triagem por que visa atender a todos, utilizando como base o grau de prioridade de cada usuário, com critérios organizados (WEYKAMP et al., 2015).

No acolhimento, o grau de prioridade é definido por meio de protocolo padrão elaborado pela instituição, fundamentado no protocolo do Ministério da Saúde (WEYKAMP et al., 2015). Ao se implementar o acolhimento com classificação de risco em uma instituição de saúde requer mudanças na relação profissional/usuário reconhecendo esse como sujeito

ativo na produção de saúde e implica ainda em organizar processos de trabalho de maneira a assistir, com qualidade, todos os que buscam o serviço (WEYKAMP et al., 2015).

3.8 Protocolo de Manchester e atribuições do(a) enfermeiro (a)

O sistema de triagem de Manchester originou-se em 1994 na cidade de Manchester, na Inglaterra, berço da enfermagem, ante a necessidade do aprimoramento na qualidade da assistência nos serviços de urgência e emergência, a partir da priorização dos pacientes em virtude ao risco apresentado, reorganizando o fluxo nesses atendimentos (TEIXEIRA, OSELAME, NEVES, 2014; GUEDES et al., 2017). No entanto, a implantação do sistema de triagem de Manchester só ocorreu a partir de 1997 progressivamente em todos os hospitais do Reino Unido, e em diversos países da Europa e também nos Estados Unidos (TEIXEIRA, OSELAME, NEVES, 2014).

No Brasil, os sistemas de triagem de pacientes surgiram em 2002. Em 2003 foi lançado pelo Ministério da Saúde a PNH, que incluiu o acolhimento com avaliação e classificação de risco (BRASIL, 2010).

O protocolo de Manchester é uma ferramenta sensível na identificação de prioridades em setores de emergência que se baseia em um sistema de algoritmos composto por cinco níveis de urgência associados a cores, determinando tempo estimado e prioridade para o atendimento (TEIXEIRA, OSELAME, NEVES, 2014).

Este protocolo inclui níveis de prioridade, cores a serem atribuído e uma estimativa do tempo de espera para cuidados médicos. Com base na identificação da principal queixa do usuário pela enfermeira, um específico fluxograma guiado pelos discriminadores apresentados na forma de perguntas é selecionado. Tem 55 fluxogramas diferentes e uma escala de risco que, dependendo dos sinais e sintomas, classifica a situação dos pacientes em: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), não urgente (verde) cuidados a serem prestados entre 0 e 240 minutos (GUEDES et al., 2017).

Em 2011, foram estabelecidas, no país, Redes de Atenção à Saúde prioritárias dentro das RASs, dentre as quais está a Rede de Atenção às Urgências, instituída pela Portaria GM/MS no 1600/2011. A AB, como componente dessa rede, objetiva garantir o primeiro cuidado às urgências e emergências em ambiente adequado até que seja realizada a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, se necessário (HERMIDA et al., 2016).

3. METODOLOGIA

4.1 Caracterização da Pesquisa

Estudo quantitativo, descritivo e documental que tem por objetivo identificar a demanda de pacientes atendidos por enfermeiros na classificação de risco de uma Unidade de Pronto Atendimento de uma cidade do interior de Minas Gerais, a partir do Protocolo de Manchester.

Na pesquisa documental são investigados documentos, no caso prontuários, a fim de descrever e identificar o perfil do usuário, dentre outras características (GIL, 2018).

Os métodos de pesquisa quantitativa, de modo geral, são utilizados quando se quer medir opiniões, reações, sensações, hábitos, atitudes etc. de um universo (público-alvo) por meio de uma amostra que o represente de forma estatisticamente comprovada. Isso não quer dizer que não possa apresentar indicadores qualitativos. De forma análoga a que fazemos na pesquisa qualitativa, aqui também inicialmente um rol de alternativas deve ser avaliado, por meio de um formulário (GIL, 2018).

4.2 Contexto da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 horas de uma cidade do interior de Minas Gerais. A cidade em questão possui 71.445 habitantes em 2020 segundo o IBGE. A Unidade foi fundada em 2015 e conta com um número total de 82 profissionais que atuam na recepção, enfermagem, limpeza e administração. Esta unidade se localiza na região noroeste da cidade em um bairro periférico com adensamento populacional e população com perfil econômico classe C de acordo com os dados do IBGE.

4.3 Amostra

A UPA recebe cerca de 2000 atendimentos mensais. Quanto à amostragem, foi realizado cálculo estatístico para o tamanho amostral, considerando a recomendada amostra com n de 776 prontuários. A coleta de dados foi realizada pelo acesso aos prontuários físicos localizados no setor de arquivo, no período de 1º de setembro a 31 de outubro de 2020, referentes aos pacientes atendidos de 1º de novembro de 2019 a 31 de dezembro de 2019.

Para o cálculo do tamanho amostral aplicou-se a fórmula usual proposta por Silva (2001).

$$N = Z^2 \cdot p \cdot q / E^2 \quad (1)$$

Onde Z é o valor da curva normal correspondente ao nível de confiança; p é a prevalência; q = 1 – p; (Proporção populacional de indivíduos que NÃO pertence à categoria que estamos interessados em estudar). E é o erro máximo que se está disposto a cometer. Assim, o tamanho da amostra foi calculado para detectar uma prevalência prevista de 50% com 95% de confiança e erro máximo de 5%. Isto é, o tamanho da amostra deve garantir esta precisão ao detectar uma prevalência no intervalo de 45% a 55% com 95% de probabilidade. Valores da prevalência mais afastados de 50% resultarão em menor erro ou maior poder da estimativa. Substituindo os valores Z = 1,96, p = 0,50 e E = 0,05 obtém-se n(inicial) = 385.

A correção para a população finita foi realizada por meio da expressão:

$$n = n(\text{inicial}) / \{1 + n(\text{inicial}) / \text{População}\} \quad (2)$$

Onde n(inicial) = 385 e população = 2.000, leva ao valor de n(intermediário) = 323. Assim, admitindo-se recusas e respostas parciais em torno de 20%, o valor final ficou sendo: n(final) = 388 prontuários mensais, totalizando ao final de dois meses de coleta, um n de 776 prontuários.

4.4 Aspectos éticos da Pesquisa

A pesquisa foi aprovada Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado de Minas Gerais – Campus de Passos, com parecer nº 4.245.552 (ANEXO A) atendendo à resolução 466/2012 do Ministério da Saúde com vistas à preservação dos aspectos éticos relacionados à pesquisa que envolve seres humanos. O pesquisador compromete-se a manter sigilo sobre as informações contidas nos prontuários.

4.5 Coleta de Dados

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário. Os critérios de inclusão adotados compreenderam prontuários completos de pacientes, de ambos os sexos, atendidos na UPA a partir de 1º novembro de 2019 a 31 de dezembro de 2019, foram coletados dados sociodemográficos e dados específicos com relação ao atendimento médico conforme formulário (APÊNCIDE A).

O Formulário é um documento previamente impresso, no qual foram preenchidos os dados e informações que permitem a formalização das comunicações, o registro e o controle das atividades das organizações, como empresas ou instituições estatais (GIL, 2018).

Foram coletados os seguintes dados: sexo; idade; local de residência (zona urbana ou rural); tipos de patologias ou queixas que levaram o paciente a procurar a UPA; se o paciente veio à unidade pelo SAMU, por encaminhamento ou por livre demanda; dias da semana e horários de maior fluxo de atendimento e da procura dos pacientes; classificação de risco; tempo de espera para o atendimento; tempo de resolução do atendimento e tempo de permanência no setor.

Fizeram parte da amostra os prontuários que apresentaram: letra legível, número de registro do prontuário, queixa principal apresentada pelo paciente no momento da classificação de risco e classificação do enfermeiro na triagem.

As variáveis dependentes que foram analisadas são: tempo de espera para o atendimento, tempo de resolução do atendimento e tempo de permanência do paciente na UPA.

4.6 Análise de Dados

O registro e a organização dos dados coletados durante a pesquisa foram armazenados em um banco de dados e será usado o programa Microsoft Excel 2010. As variáveis de estudo foram codificadas, transcritas em um banco de dados e demonstradas na forma de gráficos e tabelas. Para avaliar os dados foi utilizada a estatística descritiva simples no programa Excel 2010. Os dados foram analisados no programa Statistical Package for the Social Science.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A UPA onde foi realizado o estudo está localizada em uma cidade com 71.445 habitantes segundo os dados do IBGE (2020). De acordo com a Portaria GM-MS de 2002 a referida UPA é enquadrada como porte 1 para população de cobertura entre 50.000 a 75.000 mil habitantes; de um número de atendimento médio de 150 pacientes dia, tendo um número de médicos por plantão, um pediatra e um clínico geral; com a unidade dispondo de seis leitos para observação com um percentual de 3% de encaminhamentos (BRASIL, 2002).

No ano de 2019, a UPA realizou no total 93.539 atendimentos clínicos de janeiro a dezembro somente de adultos, e 17.276 atendimentos pediátricos no mesmo período. Dentre esses, estão consulta médica, atendimento odontológico, procedimento de enfermagem e consulta com outros profissionais de nível superior.

Neste estudo, foram analisados 776 prontuários do ano de 2019 na UPA, sendo o número amostral 776 (100%) desse estudo.

Em relação aos dados socioeconômicos, constatou-se 403 (52 %) eram pacientes do sexo feminino e 372 (48%) eram pacientes do sexo masculino em um total de 776 resultados conforme pode ser visualizado no gráfico 1 abaixo:



Gráfico 1 - Distribuição da demanda da Unidade de Pronto Atendimento em relação ao sexo

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A presença do gênero feminino em maior grau está de acordo com a literatura, uma vez que as mulheres tendem a buscar mais por tratamento do que os homens. O estudo de De Matos e Breda (2020) realizado em uma UPA converge com este estudo, pois constatou a presença majoritária do sexo feminino, como 54% e 46% do sexo masculino, jovens, entre 21 a 30 anos foram os que mais procuraram o serviço de pronto atendimento, sendo 1.760

correspondendo a 32% dos atendimentos. Oliveira et al. (2011) também obtiveram dados semelhantes, nos quais, 54% dos usuários de seu estudo pertenciam ao sexo feminino e 46% do masculino.

Em relação á idade, a média de idade dos atendimentos na UPA foi de 47 anos, sendo a máxima 94 anos e a idade mínima 0, com um desvio padrão de idade 66.47 conforme a tabela 1 a abaixo:

Tabela 1- Distribuição da demanda da Unidade de Pronto Atendimento em relação à idade

IDADE	ANO
Idade Média	47
Idade Máxima	94
Idade Mínima	0
Idade Desvio Padrão	66,47

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Para Marconato e Monteiro (2017) esses valores de idade se aproximaram do atual perfil da população brasileira, cuja predominância está entre os adultos, com aumento acelerado e exponencial de idosos, especialmente dos nonagenários devido ao aumento da expectativa de vida requer um olhar diferenciado para a atenção à saúde da pessoa que envelhece, inclusive nos serviços de emergência. A parcela da população acima de 60 anos necessita de uma atenção especial quanto à classificação de risco, pois apresenta uma maior complexidade e risco de complicações (MARCONATO, MONTEIRO, 2017).

Em um estudo multicêntrico que avaliou serviços de emergência da Holanda e Portugal com o objetivo de verificar a validade do Sistema de Manchester para Classificação de Risco evidenciou a importância de uma avaliação mais apurada e atenta das populações vulneráveis, como crianças e idosos (ZACHARIASSE et al., 2017).

A UPA é a única unidade da cidade aberta 24 horas pelo fato do município apresentar um número de população suficiente para o uso apenas com uma unidade.

Em relação ao local de residência na grande maioria dos prontuários se constatou que 718 (92.5%) dos indivíduos residiam na área urbana e apenas 57 (7%) residiam na zona rural num total 776 resultados encontrados, conforme pode ser visualizado no gráfico 2 abaixo:

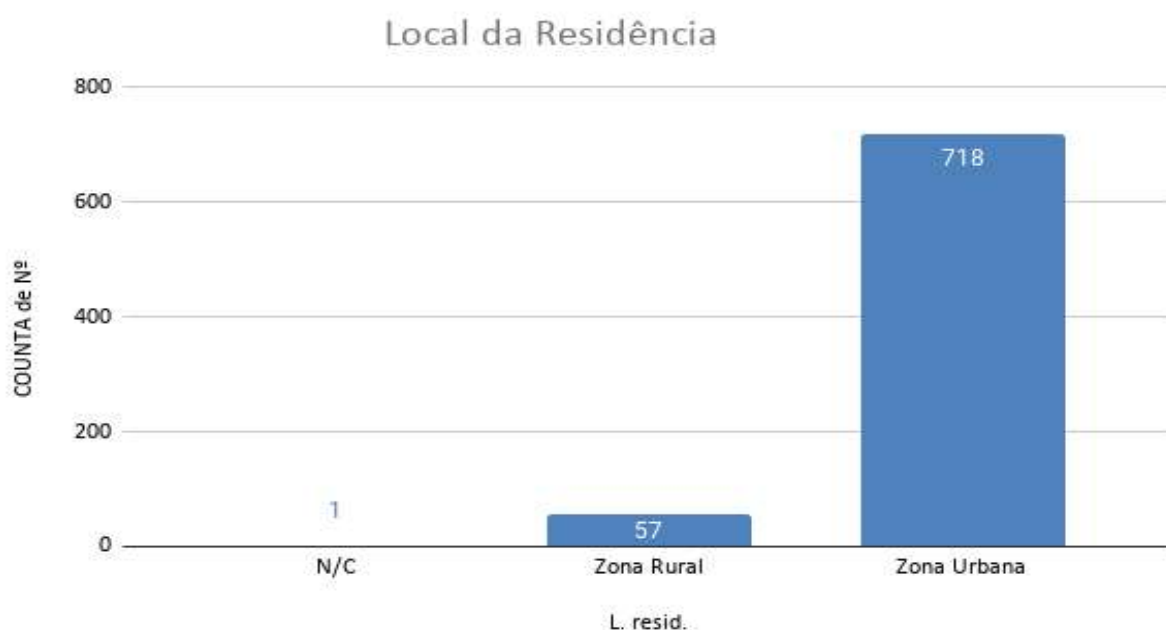


Gráfico 2 - Distribuição da demanda da Unidade de Pronto Atendimento em relação ao local de residência do usuário

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

As UPA são estruturas de complexidade intermediárias entre os hospitais e a atenção primária UBS e ESF de modo a dar suporte 24 horas por dia durante 07 dias da semana e ao único hospital da cidade - Santa Casa de Misericórdia e as 17 UBS do município em seu entorno, portanto devem estar alocadas de modo estratégico em bairros condensados populacionalmente como é o caso da referida UPA.

A UPA está em um bairro periférico e atende a outros bairros ao entorno, sendo uma unidade para atendimento exclusivamente urbana, mas devido à falta de mais locais de atendimento 24 horas, principalmente em bairros distantes como na área rural, em casos de urgência e emergência, a única alternativa é a UPA, pois o ESF e ACS fazem parte da atenção primária que dão suporte aos serviços de urgência e emergência, mas não se configuram como um destes.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2020 a maior parte da população brasileira, 85%, vive em áreas urbanas e 15% dos brasileiros vivem em áreas rurais, sendo a população rural menor que a urbana, devido à falta de emprego no campo e melhorias, as pessoas que moram na zona rural, na maioria das vezes, se deslocam para os centros urbanos, em busca de melhores opções de emprego nas indústrias, fazendo com que a zona rural, fique menos populosa em comparação a urbana, além do que, a

população rural procura menos os atendimentos por conta da dificuldade de acesso e por uma questão cultural também (OLIVEIRA et al., 2019; SOARES et al., 2020).

O estudo de O'Dwyer (2017), afirma que houve uma regionalização com concentração das UPA no interior e em municípios muito populosos, mas que muitas vezes as UPA nestes municípios suprem as deficiências da atenção primária.

Apesar de haver os ACS que atendem as comunidades rurais e enfermeiros da ESF que atuam em áreas rurais, em casos de emergências, a população rural necessita do atendimento da UPA principalmente fora dos horários de atendimento regulares das ESF e do trabalho do ACS.

1. Horário de maior fluxo de pacientes na UPA

Em relação aos horários de maior fluxo de pacientes na UPA, foi possível se constatar que o horário vespertino de atendimento da UPA é o mais procurado com 272 (35%) dos atendimentos, seguido do horário matutino com 266 (34.2%) atendimentos e o período noturno com 238 (30.6%) em um total de 776 atendimentos conforme pode ser visualizado no gráfico 3:

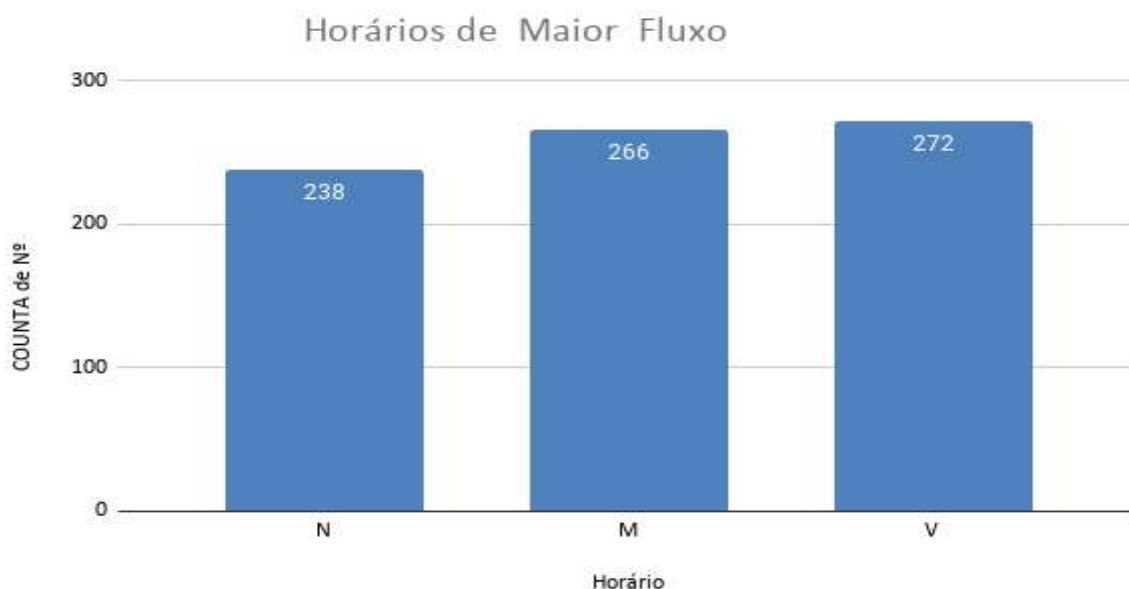


Gráfico 3- Distribuição da demanda da Unidade de Pronto Atendimento em relação aos horários de maior fluxo

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Tais horários coincidem com o horário de atendimento das UBS. No estudo de Marconato e Monteiro (2017) a maioria das fichas foi aberta no turno da manhã, apesar de ser um horário diferente deste estudo também coincide com o período de atendimento das UBS. Confirmando que as pessoas preferem ir diretamente a UPA ao invés de ir às UBS.

Porém, o estudo de De Oliveira (2019) na UPA de Tramandaí no Rio Grande do Sul contou que o horário de maior fluxo foi o turno da tarde, ou seja, vespertino, com um percentual de 42% dos atendimentos, seguido pelo turno da manhã com 30,8% e o da noite com 27% corroborando com os dados deste estudo.

Em contrapartida, segundo o estudo de Oliveira et al., (2011) o horário em que há mais procura por atendimento é no período diurno, horários estes em que as unidades de saúde da rede municipal estão abertas e que a princípio deveriam absorver esta demanda. Porém, mesmo que as unidades de saúde fiquem abertas, o modelo de saúde predominante do Brasil é o hospitalocêntrico, ou seja, atende as demandas de forma mais rápida e eficaz apesar das mudanças atuais ocorridas no campo da saúde, que tenta modificar o perfil imediatista, através da implementação dos modelos de atenção à saúde como as Estratégias de Saúde da Família (ESFs).

Ou seja, mesmo com o EFS e a implementação do discurso de medicina preventiva que tenta fazer com que a população procure o serviço de atenção primária antes de ficar doente com o intuito de fazer “*um check-up*” preventivo, a população não quer seguir os trâmites de marcar consulta, ir ao médico, posteriormente fazer exames, pegar resultados e levar ao médico, pois todo processo é considerado demorado e burocrático, e atualmente o que a população deseja é imediatismo e a rapidez. A população quer soluções rápidas, práticas e fáceis, isto é, querem ser atendidos prontamente, realizar os exames para terem os resultados e a conduta em mãos em um único local, algo que só é possível em UPA dependendo do porte que dispõe de vários serviços prontamente.

2. Dias de maior fluxo de pacientes na UPA

Sobre os dias da semana de maior fluxo de pacientes na UPA, foi constatado que a quarta-feira foi o dia de maior procura, com 122 (16%) dos atendimentos, porém houve também uma alta procura nos dias úteis como a sexta-feira com 119 (15%) dos atendimentos, nos sábados com 116 (15%) de atendimentos, conforme ilustra o gráfico 4 abaixo.

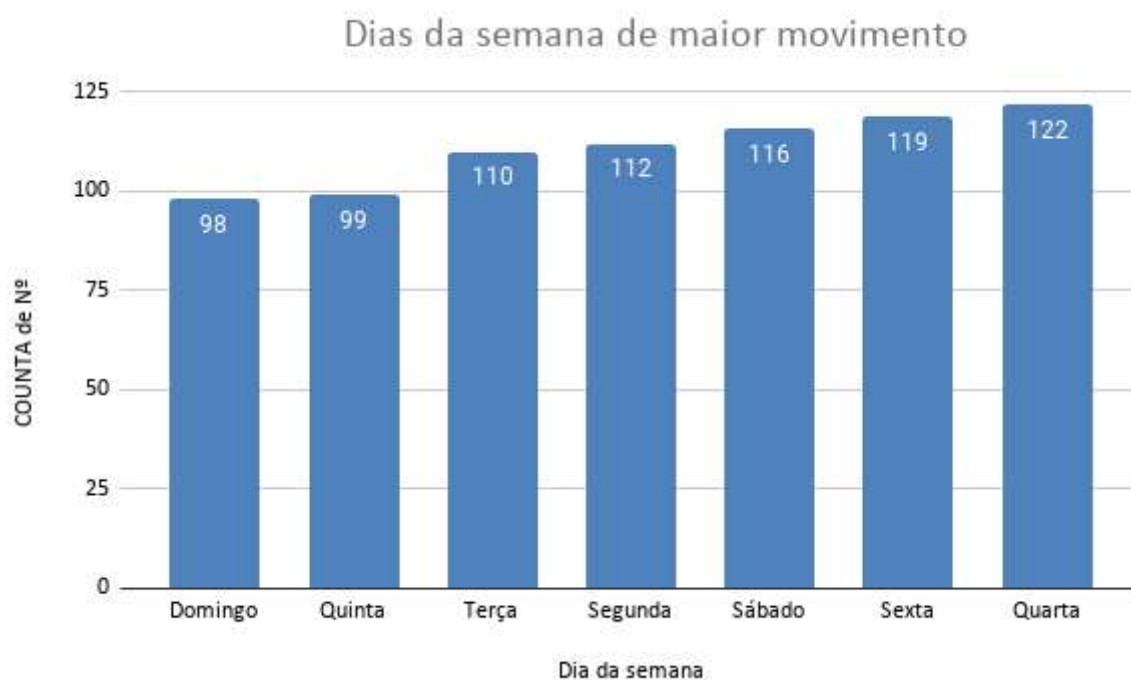


Gráfico 4- Distribuição da demanda da Unidade de Pronto Atendimento em relação aos dias da semana

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Estes dados estão de acordo com os dados encontrados na pesquisa de Marconato e Monteiro (2017) na qual muitos usuários buscam o serviço sem estar apresentando uma situação de emergência, pois a condição de saúde permite que aguardem o dia da semana para buscar auxílio profissional.

Neste estudo, se percebe que os pacientes procuraram atendimento na UPA nos dias úteis da semana, e em horário em que as UBSs ou a USF estão funcionando e que, a priori, deveriam absorver essa demanda.

Mesmo ocorrendo à ampliação da oferta de serviços de atenção Básica desde 1990, no Brasil, grande parte da população procura consultas médicas em prontos socorros de hospitais e UPA (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011), o que mostra que a população deve ser orientada e conscientizada do papel da APS como porta de entrada do sistema e da necessidade de efetivar a educação em saúde esclarecendo e orientando a população as atribuições de cada ponte de rede, sendo importante a gestão implementar ações para redirecionar os serviços de urgência e ampliar a melhoria e o acesso da referência e contrarreferência para promover o uso adequado destes serviços.

3. Modo de acesso dos pacientes à UPA

O modo de acesso dos pacientes a UPA em sua grande maioria, 735 (95%) ocorreu por livre demanda, 21 (3%) são encaminhados pelo SAMU, 09 (1%) bombeiro e 09 (1%) ESF, 01 (0.12%) foram encaminhados de ambulância em um total de 776 registros encontrados conforme pode ser visualizado na Tabela 3:

Tabela 2-Distribuição da demanda da Unidade de Pronto Atendimento em relação ao modo de acesso

MODO DE ACESSO	QUANTIDADE	Nº
Livre Demanda		735
SAMU		21
Encaminhamento/ESF		9
Bombeiro		9
Samu/ Encaminhamento/ESF		1
Ambulância		1

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Assim como ocorreu neste estudo em que a livre demanda foi a imensa maioria dos atendimentos, em outro estudo realizado em uma emergência hospitalar de uma cidade do extremo Sul Catarinense, a grande parte dos atendimentos não eram casos agudos, mas sim crônicos, ou seja, atendimentos eletivos, o que descaracteriza os serviços de emergência. Além do predomínio de pacientes classificados à necessidade de cuidados mínimos, pressupondo a inadequação do fluxo de atenção dos serviços de saúde e consequentemente a utilização equivocada da atenção hospitalar, gerando número expressivo de atendimentos que, possivelmente, poderiam ser sanados em serviços de menor densidade tecnológica (INÁCIO, TOMASI, SORATTO, 2018).

Em outro estudo, o paciente foi acolhido no pronto socorro independentemente da queixa garantindo assim o acesso e tratamento deste para o que o afligia e, independentemente da gravidade, a porta de entrada para o sistema foi obtida, apesar de muitos casos poderem ser resolvidos na Unidade Básica de Saúde. Entretanto, a garantia de encaminhamento nos casos graves, como internação e referência, deve ser prioridade para a consolidação das diretrizes do SUS (OLIVATI et al., 2010). Para verificar se o paciente é realmente um caso emergencial ou não há a Classificação de Risco que quando implementada de modo eficiente e eficaz é capaz de dar prioridade de atendimento a quem realmente necessita.

Neste estudo todos os pacientes que deram entrada, passaram por classificação de risco, não havendo nenhum caso de subnotificação, demonstrando que o protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco no serviço da UPA estudada foi completa. Contudo, no estudo de Inácio et al. (2018), 26% dos pacientes que deram entrada não foram notificados na classificação de risco, o que denota subnotificação e 39% dos atendimentos não foram classificados quanto ao risco, demonstrando a implantação incompleta do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco no serviço.

4. Tipos de consultas

Neste estudo se constatou que o tipo de consulta em sua maioria foi eletivo com 571 (73.5%), urgência 152 (19.5%), e emergência apenas 47 (6%) conforme o total de 4776 registros encontrados como mostra o gráfico 5:



Gráfico 5-Distribuição da demanda da Unidade de Pronto Atendimento em relação aos tipos de atendimentos realizados

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

No estudo de Lima et al., (2017) realizado em uma UPA se constatou alto número de atendimentos “Ambulatorial e Urgência relativa” que poderiam ser realizados nas UBS, no entanto, os pacientes acabam recorrendo a UPA durante a semana, pois não encontram ou não buscam o serviço na atenção básica, constatou-se que os serviços propriamente destinado a UPA (Urgência relativa e Emergência) equivalem a apenas 25% de todo atendimento realizado pela instituição no período analisado corroborando com os dados desta pesquisa e evidenciando que a população não sabe utilizar corretamente os serviços de urgência, o acesso da referência e contrarreferência e o uso adequado destes serviços.

Em outro estudo com um montante de 11.006 prontuários de uma UPA se constatou que os casos classificados como verde e azul totalizaram 8.690 (85%), ou seja, a maior parte dos atendimentos que poderiam ser resolvidos em serviços de baixa complexidade, enquanto os casos de urgência foram compostos pela minoria dos atendimentos, sendo 1.488 pacientes, apenas 12,65% (DE SOUSA, BRASIL, 2019). Estes resultados corroboram os dados encontrados neste estudo que também tiveram alto índice de consultas eletivas Ambulatorial e Urgência relativa e apenas 6% de emergências, sendo que as pessoas procuram a UPA porque relatam um serviço mais completo e rápido, em sua maioria das vezes.

Em outro estudo, se constatou que os pacientes se deslocam a procura por atendimento em unidades de emergência em municípios distantes de sua residência, por não haver uma rede de atenção à saúde bem distribuída que contemple todos os municípios, havendo falta de local e de profissionais, não somente em números, mas em qualificação, buscando assim um atendimento no qual exista a possibilidade de conseguir o mesmo, não se importando com a complexidade do serviço, no intuito apenas de sanar suas queixas (CELESTINO et al., 2017). O que leva a uma super lotação nos locais que estão em funcionamento, pois absorvem os usuários que seriam de outros municípios (OLIVEIRA et al, 2015).

Roncali et al. (2017, p.2) acrescenta que a realidade dos serviços de urgência é marcada pela inversão de fluxo de usuários entre a rede básica e estes serviços. Isso resulta na superlotação e na sobrecarga de trabalho da equipe que atua em UPA. A superlotação é o retrato do desequilíbrio entre a oferta e a procura, que pode ser agravada por problemas organizacionais, como por exemplo, o atendimento sem estabelecimento de critérios clínicos, o que pode acarretar graves prejuízos aos pacientes. O excesso de triagem não só desperdiça recursos como causa atraso de tratamento para os casos mais graves.

Segundo Brasil, De Sousa, Brasil (2019), o alto número de usuários que procuram as UPA pode estar relacionado à forma como estão organizados os serviços de atenção básica, nos quais o atendimento é feito de forma agendada, sendo dividido por especialidades e o atendimento de demanda livre acaba sendo apenas uma vez por semana, sendo que a prioridade é dada ao que está agendado, fazendo com que muitos usuários que necessitem de uma avaliação médica sejam encaminhados ou procurem espontaneamente, de forma informal, os serviços de emergência quando a demanda excede ao programado.

5. Patologias ou queixas

Dos 776 prontuários consultados, os principais motivos de procura por atendimento médico na UPA foram dor precordial, dor torácica, dispneia, tontura, queda, crise convulsiva,

febre, síncope, mal estar, diarreia, vômito, dor abdominal, febre, entre outros durante o período de novembro a dezembro de 2019, como pode ser visualizado no quadro 1 abaixo, sendo que em sua maioria relatavam estas queixas há dias, semanas e até um mês antes da procura pela UPA:

TIPO DE QUEIXAS MAIS PREVALENTE	QUANTIDADE
Cefaleia	18
Cefaleia com outros sintomas (febre, tosse, vômito, tontura, mal estar, dor torácica)	70
Crise Convulsiva	08
Diarreia	06
Diarreia com outros sintomas (febre, tosse, vômito, tontura, mal estar, dor torácica, cólica, dor nas costas)	15
Dor abdominal	22
Dor abdominal com outros sintomas (febre, tosse, vômito, tontura, mal estar, dor torácica, cólica, dor nas costas)	39
Dor lombar	11
Dor de garganta/febre	07
Dor de garganta	08
Dor de garganta com outros sintomas (tosse, febre, cefaleia, dor no corpo, dispneia, vômito)	20
Dor torácica	09
Dor em MMSS ou MMIIS	52
Febre	19
Tosse	8
Tosse com outros sintomas (tosse, febre, cefaleia, sangramento, dor no corpo, dispneia, vômito)	26
Tentativa de auto extermínio	3
Tontura	03
Tontura com outros sintomas (tosse, febre, cefaleia, dor no corpo, falta de ar)	14
Vômito/diarreia	22
Vômito	13
Vômito/febre	6
Vômito com outros sintomas (tosse, febre, cefaleia, dor no corpo, dispneia)	23

Quadro 1- Apresentação dos sintomas mais frequentes na demanda da Unidade de Pronto Atendimento. Fonte: Dados da pesquisa, 2020

No estudo de De Sousa, Brasil, (2019) as queixas mais frequentes com maior prevalência conforme registrados no prontuário foram lombalgia (17%), 68 pacientes apresentaram cefaleia (13%) e 64 pacientes apresentaram amigdalite (12%).

Neste estudo, a cefaleia ocorre acompanhada de outros sintomas como febre, tosse, vômito, tontura, mal estar, dor torácica sendo uma das maiores prevalências de queixas registradas, além de dores em membro superiores e inferiores. Segundo De Sousa, Brasil, (2019), a cefaleia é uma queixa prevalente nas UPA, dados que estão de acordo com este estudo.

No estudo de De Oliveira (2019), a queixa mais prevalente na UPA de Tramandaí no RS foi a precordialgia (dor no peito) e cefaleia. Neste estudo também se constatou diferenças entre profissionais, ou seja, alguns profissionais classificavam de cores diferentes as mesmas queixas, identificando desta maneira falhas no protocolo.

No estudo de Guez (2015), as fichas que receberam a maioria da classificação amarela foram as que continham queixas de dor aguda (666 casos), para Guez (2015), a dor aguda é considerada um agravo com dor intensa há menos de 24 horas ou dor crônica com processo agudo, sendo a cefaleia como as mais comuns, o que está de acordo com os resultados deste estudo.

6. Categorias de prioridade

O estudo constatou que dos 776 prontuários consultados, 501 (64.5%) atendimentos foram classificados como prioridade (verde), 154 (20%) das consultas foram classificadas como prioridade (amarela), 60 (8%) atendimentos foram classificados como prioridade (azul), 43 (6%) eram consultas laranja, 12 (1.5%) da consulta eram prioridade (branca e somente 5 (0.64%) consultas eram prioridade e (vermelha) como é demonstrado no gráfico 6 abaixo:



Gráfico 6-Distribuição da demanda da Unidade de Pronto Atendimento em relação às categorias de prioridade de Manchester

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Estes dados estão de acordo com a literatura, pois no estudo de Marconato e Monteiro (2017), os dados refletiram a realidade da utilização dos serviços de emergências pela população de maneira equivocada, uma vez que procuram a unidade não em situações de emergência, mas como única porta de acesso ao serviço de saúde, desconsiderando a atenção primária, que deveria absorver em grande parte esta demanda de baixa complexidade.

Já o estudo realizado por Guez (2015), apresenta uma discordância com este estudo, pois mostra que a maioria, cerca de 40% dos atendimentos foi classificada como amarelos e apenas 35,5% foram classificados como verde.

Cassetari e Melo (2017), apontam em seu estudo que os principais motivos de busca por atendimentos nas UPA estudadas não são devidamente caracterizados como urgência e emergência. Já o estudo de Celestino et al., (2019), evidenciou que os usuários do serviço de saúde detêm um conhecimento superficial e errôneo sobre o acolhimento e a classificação de risco demonstrando a falta de conhecimento sobre a importância dos mesmos, pois grande percentual de pessoas pesquisada responderam não saber o que seria o acolhimento e a classificação de risco. Quando a UPA se configura como uma das principais portas de entrada ao sistema de saúde está revelando entre outras características, distribuição desigual da oferta de serviços, não apenas do ponto de vista quantitativo, mas também qualitativo na atenção básica, especializada e também na hospitalar (DE MATOS, BREDAS, 2020).

Neste estudo foi possível se constatar que atendimentos de risco (vermelho) foram menos de 1% e laranja eram 43 consultas, enquanto que os atendimentos de menor risco (verde e amarelo) foram encontrados em maior número, estes resultados estão de acordo com os encontrados na literatura e em outros estudos como o de Bioni et al (2019) que em sua pesquisa realizada em unidades de pronto atendimento em um município do oeste do Paraná também encontrou os atendimentos de risco classificados como vermelho apenas 1% e 90% das consultas realizadas eram classificadas como amarelas ou verdes de menor risco.

A triagem classificatória de risco nos serviços de Urgência e Emergência foi implementada pelo Ministério da Saúde pela Portaria 2048, sendo o Acolhimento com classificação de risco (ACCR), um instrumento reorganizador dos processos de trabalho que visa melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) (CASTELO et al., 2002). Conforme a portaria nº 10, a classificação de risco é uma ferramenta utilizada por profissionais qualificados (médicos e enfermeiros) com objetivo de identificar a gravidade do doente e permitir o rápido atendimento, resolutivo e humanizado (BRASIL, 2017).

O acolhimento com Classificação de Risco é considerado como um serviço de referência em unidades de pronto atendimento, pois além de organizar o atendimento, este garante que quem precise tenha o atendimento mais rápido (DE OLIVEIRA, 2019).

No Brasil, de acordo com a Política Municipal de Humanização (PMH), a classificação de risco é subdividida em prioridade 0 (vermelho), prioridade 1 (amarelo/alaranjado), prioridade 2 (verde) e prioridade 2 (azul).

Assim, como o estudo de Bioni et al. (2019), evidenciaram que a maioria dos pacientes atendidos pelas UPA do Município de Cascavel-PR não necessitavam do serviço prestado pelas Unidades e, sim dos serviços das Unidades Básicas de Saúde, bem como das Unidades de Saúde e Família neste estudo pode se constatar a mesma evidência devido a grande quantidade de atendimentos classificados como verdes e amarelos e pouquíssimos vermelhos e laranjas.

O estudo De Matos e Breda (2020) teve 70 % dos atendimentos classificados com a cor verde comprovando o uso inadequado de serviços de pronto atendimento. A alta prevalência do uso errôneo dos serviços de urgência é um dado alarmante, uma vez que eleva as despesas do sistema de saúde, aumenta a demanda dos serviços de urgência com atendimentos que poderiam ter resolutividade em outros níveis de atenção que, competem com casos realmente urgentes. As consultas, nas unidades de pronto atendimento, visam alívio rápido dos sintomas dos pacientes, não havendo vínculo com profissionais de saúde, sem garantia de prevenção de complicações e novas doenças (AMARANTE, 2014).

A demanda excessiva nos serviços de urgência/emergência é devido à maioria dos atendimentos serem decorrente de problemas de baixa complexidade que poderiam ser resolvidos em serviços de atenção básica ou especializados (DE MATOS, BREDA 2020).

Segundo Biono, et al., (2019) a Política Nacional Humanizada, as Unidades de Pronto Atendimento oferecem os serviços para que foram criadas, porém enfrentam problemas de superlotação, falta de investimento, bem como uma desestruturação de outros atendimentos, como as Unidades Básicas, que consequentemente levam a um desequilíbrio no sistema pré-hospitalar de Urgência e Emergência.

A falta de cobertura e de acesso as consultas nas equipes de saúde da família em atenção primária que fazem parte do complexo de atenção primária são responsáveis unânimes pela superlotação dos serviços de urgência, especialmente das UPA e dos grandes hospitais (IBANEZ, 2013).

A superlotação das UPA e dos Serviços de Urgência é um fenômeno mundial e caracterizam-se por todos os leitos do serviço ocupados, pacientes acamados nos corredores,

tempo de espera para atendimento acima de uma hora, alta tensão na equipe assistencial e grande pressão para novos atendimentos. E indica, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde como um todo e do hospital em particular, e induz à baixa qualidade assistência (IBANEZ, 2013).

Um estudo americano procurou as razões pelas quais os usuários procuravam os serviços de emergência e as principais justificativas foram: dificuldade em conseguir ou desconhecimento sobre como obter uma consulta ambulatorial, crença de que seu problema de saúde não poderia esperar e, por acreditarem que os serviços de emergência prestavam serviço com melhor qualidade (DORAN et al., 2014).

Segundo De Oliveira (2019), existe uma cultura na sociedade que precisa ser modificada, a população precisa entender a hierarquia dos serviços de saúde, necessita compreender a importância do trabalho em rede, a importância de se ter um acompanhamento contínuo, acompanhamento este que ela terá apenas nas unidades básicas de saúde, sendo necessário vincular os usuários com os serviços de atenção básica de saúde, para que quando precisem de atendimento tenham confiança em utilizá-los.

8. Tempo de espera para o atendimento

Com relação ao tempo de espera para o atendimento, o tempo máximo encontrado na pesquisa foi de 03 horas e 05 minutos e o tempo mínimo para atendimento foi de 10 minutos como pode ser visto na tabela 3 abaixo:

Tabela3-Distribuição da demanda da Unidade de Pronto Atendimento em relação ao tempo de espera para o atendimento

TEMPO DE ESPERA PARA O ATENDIMENTO	HORAS/MINUTOS
Tempo máximo de espera	03:05:00
Tempo mínimo de espera	00:10:00
Desvio padrão	0,155

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Com relação ao tempo de atendimento neste estudo apresentou um tempo máximo e mínimo menor do que os tempos encontrados em outros estudos, como o de Bioniet al., (2019), o tempo mínimo de espera para atendimento foi de 15 minutos e o tempo máximo

foi de 4 a 8 horas. O tempo de espera encontrado neste estudo está dentro do tempo preconizado pelo Protocolo de Manchester.

No estudo de Oliveira et al., (2013) que após a implementação da classificação de risco houve uma melhor organização da fila de espera, os profissionais acreditam que a Classificação de Risco (ACCR) pode melhorar, seja com relação à estrutura física da UPA, para melhor acomodar os usuários, seja por meio das condições de trabalho pertinentes a um tratamento adequado para o usuário. A Classificação de Risco (ACCR) funciona como um dispositivo de humanização que, além de tornar humano o atendimento, seleciona os casos mais graves para serem imediatamente atendidos e, com isso, estabelece tempo de espera para os casos menos graves.

No estudo de Feitosa et al., (2017) se constatou que a prática da classificação de risco e o acolhimento proporciona agilidade no atendimento, priorizando os usuários que necessitam de atenção imediata, organizando os serviços, o fluxo do usuário permitindo distinguir os casos urgentes dos não urgentes, agilizando o serviço, diminuindo o tempo de espera para a consulta médica, permitindo, assim visualizar a carência de informações dos usuários frente à classificação

Um dos objetivos do Protocolo é priorizar o paciente mais grave classificando por cores e consequentemente este receberá um atendimento em menor tempo. O protocolo é a base para um atendimento humanizado que garanta o melhor desfecho clínico para o paciente mais grave (BIONI et al., 2019).

O tempo alvo segundo o protocolo de Manchester é:

Vermelho: Emergência, 0 minuto de espera para atendimento, ou seja, atendimento imediato;

Laranja: Muito urgente, até 10 minutos de espera para atendimento;

Amarelo: Urgente, até 50 minutos de espera para atendimento;

Verde: Pouco urgente, até 120 minutos de espera para o atendimento;

Azul: Não urgente, até 240 minutos de espera para o atendimento.

Limitações deste estudo

Este estudo apresentou limitações pelo fato de ser um estudo retrospectivo realizado em banco de dados com prontuários e a partir de dados secundários. Algumas Informações de interesse deste estudo como etnia, tempo de resolução do atendimento, tempo de permanência do paciente na UPA e se o usuário após a classificação de risco foi encaminhado para

atendimento clínico, cirúrgico, odontológico, ginecológico ou hospitalar não constavam nos prontuários examinados. Os prontuários continham informações mínimas sobre os atendimentos, sendo assim essas informações presentes no formulário e que não tinha nos prontuários não foi possível obter no resultado deste estudo.

6. CONCLUSÕES

O presente estudo possibilitou caracterizar a demanda de usuários e o tipo de atendimento de uma UPA de um município no interior de Minas Gerais. Com relação à demanda dos usuários da UPA, foi constatado que sua maioria era do sexo feminino, na faixa etária dos 20 aos 50 anos. Sendo que o horário de maior fluxo foi o período vespertino e os dias das semanas com maior fluxo foram sábado, sexta e segunda-feira, sendo admitido em sua maioria por livre demanda e resgate, sendo encaminhado pelo SAMU, pela UBS e ESF.

Este estudo evidenciou que a cultura da população continua focada no modelo hospitalocêntrico, ou seja, locais que atendam as demandas de forma mais rápida e eficaz, porque a cultura da prevenção ainda é incipiente no país, e a população ainda não entendeu ou não foi suficientemente informada e educada sobre a hierarquia dos serviços de saúde, sobre o trabalho em rede e a importância de se ter um acompanhamento contínuo apenas nas unidades básicas de saúde.

O tipo de consulta em sua maioria foi eletivo com Ambulatorial e Urgência relativa, sendo que todos que adentraram na UPA passaram pela classificação de Manchester. Os principais motivos de procura por atendimento médico na UPA, como patologias ou queixas nesse período estudado, foram cefaleia, febre e vômito, e as categorias de prioridade relacionada às cores vermelho, laranja, amarelo, verde, azul e branco. O tempo de espera para o atendimento foi o tempo máximo de 03 horas e 05 minutos e o tempo mínimo foi de 10 minutos, os quais estão dentro dos tempos preconizados pelo Protocolo de Manchester.

A pesquisa reforçou a importância do papel da APS como porta de entrada do sistema e da necessidade de efetivar a educação em saúde esclarecendo e orientando a população as atribuições de cada ponte de rede.

Conclui-se que é importante a gestão implementar ações para redirecionar uso não urgência dos serviços de urgência e ampliar a melhoria e o acesso da referência e contrarreferência para promover o uso adequado destes serviços, além de se educar a população para compreender melhor o serviço da UPA.

Este estudo contribuiu explicitando que quando a Classificação de Risco é bem implementada, os pacientes são atendidos dentro do horário pré estabelecido não havendo subnotificação, ou seja, todos os pacientes que adentram a UPA passam pela Classificação de Risco e Acolhimento independentemente do modo de entrada.

7. REFERÊNCIAS

ACOSTA, Aline Marques; DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. *Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa*. Revista gaúcha de enfermagem, v. 33, n. 4, p. 181-190, 2012.

ARMSTRONG, Priscila Maite Lopes Debas; DE MAZZAROTTO, Angelo Augusto Valles. *A demanda por atendimento em unidade de pronto atendimento (UPA) na cidade de Curitiba-PR. Curso de Especialização em Urgência, Emergência e UTI*, da Faculdade Anchieta, 2016.

BIONI, Hugo Ogassawara et al. *Perfil de atendimento em unidades de pronto atendimento em um município do oeste do Paraná*. Revista Thêma et Scientia, v. 9, n. 2, p. 242-252, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização. O que é como implementar*. Brasília, Novembro, 2010.

_____. Portaria nº 1.600 de 7 de julho de 2011. *Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 8 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. *Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. *Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 out. 2003a. p. 56.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)*. Brasília: CONASS, 2015. 400 p. –

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL, Francisco Matheusde Sousa; DE SOUSA, Milena Brasil; BRASIL, Michele de Souza. *Caracterização clínica e epidemiológica dos usuários atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na cidade de Iguatu–Ceará*. ID online REVISTA DE PSICOLOGIA, v. 13, n. 46, p. 992-1010, 2019.

CAMERRO, Aline et al. *Perfil do atendimento de serviços de urgência e emergência*. Revista Fafibe On-Line, Bebedouro, São Paulo, p. 515-524, 2015.

CASSETTARI, Sonia da Silva Reis; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. *Demanda e tipo de atendimento realizado em Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis, Brasil*. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 26, n. 1, 2017.

CELESTINO, Camila Soares Motta et al. *Acolhimento e classificação de risco em unidade de pronto atendimento (UPA): Uma abordagem educativa*. Revista Rede de Cuidados em Saúde, v. 10, n. 1, 2017.

COUTINHO, Ana Augusta Pires; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MOTA, Joaquim Antônio César. *Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester*. Rev. Med Minas Gerais, v. 22, n. 2, p. 188-98, 2012.

DE MATOS, Yohana Vitoria; BREDÁ, Daiane. *Perfil dos pacientes atendidos na unidade pronto atendimento, Jardim Veneza, Cascavel-PR*. FAG JOURNAL OF HEALTH (FJH), v. 2, n. 1, p. 56-66, 2020.

DE OLIVEIRA, Saionara Nunes et al. *Unidade de pronto atendimento–UPA 24h: percepção da enfermagem*. Texto & Contexto Enfermagem, v. 24, n. 1, p. 238-344, 2015.

DE OLIVEIRA, Mariana Dariva de. *Perfil da demanda de atendimentos realizados pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Tramandai/RS*. 42 fls. 2019. Monografia

(Especialização em Gestão em Saúde)- Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRS, Porto Alegre, 2019.

DINIZ, Aline Santos et al. *Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester*. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 16, n. 2, p. 312-20, 2014.

DORAN, Kelly M. et al. *Reasons for emergency department use: do frequent users differ*. Am J Manag Care, v. 20, n. 11, p. 506-514, 2014.

FREIRE, Ariane Bôlla et al. *Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos?* Saúde (Santa Maria), v. 41, n. 1, p. 195-200, 2015.

FEITOSA, Maria Mônica et al. *Acolhimento com classificação de risco na unidade de pronto atendimento: um relato de experiência*. Rev. enferm. UFSM, p. 1-8, 2017.

GIL, Antônio Carlos. *Introdução à Metodologia do Trabalho Científico: elaboração de trabalhos na graduação*. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOI, Vanessa Carolina Grigini et al. *Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento*. Cogitareenferm, v. 21, n. 3, p. 1-8, 2016.

GUEZ, Viviane Maisa de Ávila. *O perfil da demanda de pacientes do serviço de emergência da Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio*. 34 fls. 2015. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde)- Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRS, Novo Hamburgo, 2015.

GUEDES, Helisamara et al. *Outcome assessment of patients classified through the Manchester Triage System in emergency units in Brazil and Portugal*. Investigacion y educacion en enfermeria, v. 35, n. 2, p. 174-181, 2017.

HAY, Emile et al. *Quality assurance of nurse triage: consistency of results over three years*. The American journal of emergency medicine, v. 19, n. 2, p. 113-117, 2001.

HERMIDA, Patrícia MadalenaVieira et al. *Percepção de equipes de saúde da família sobre a atenção básica na rede de urgência*. JournalofNursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE, v. 10, n. 4, 2016.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira et al. *Contrarreferência em Unidade de Pronto Atendimento: discurso do sujeito coletivo*.Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, p. 143-150, 2019.

IBANEZ, N. *Os hospitais e a rede de atenção às urgências e emergências: desafios*. Consensus RevConsNacSecretSaude, v. 3, n. 7, p. 36-43, 2013.

INÁCIO, Alinedos Santos; TOMASI, CristianeDamiani; SORATTO, Maria Tereza. *Demanda de atendimento em urgência e emergência hospitalar*. Enfermagem Brasil, v. 17, n. 6, 2018.

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. *As unidades de pronto-atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências*.Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 25, p. 525-545, 2015.

LIMA, Fernanda Santos et al. *Avaliação de Funcionamento da UPA 24 H de Capim Grosso*. ID online. REVISTA DE PSICOLOGIA, v. 11, n. 37, p. 103-109, 2017.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. *Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal*.Cadernos de Saúde Pública, v. 33, p. e00129616, 2017.

MARCONATO, Rafael Silva;MONTEIRO, Maria Ines. *Prioridades da classificação de risco em uma unidade de emergência e desfecho do atendimento*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.25, nº2974, 2017.p:1-8.

MOURA, Andressa; DE CARVALHO, João Paulo Garcia; SILVA, Marcos Auréliode Barros. *Urgência e emergência: conceitos e atualidades*.Saúde & Conhecimento-Jornal de Medicina Univag, v. 1, 2018.

NUNES, Bruna Xavier et al. *Atuação do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco: Caracterização do atendimento mediante protocolos: Uma revisão da literatura*. Revista Científica FacMais, v.. X, nº3. Setembro. Ano 2º Semestre, 2017.

OLIVATI, Fabrício Narciso et al. *Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo*. Revista da Faculdade de Odontologia-UPF, v. 15, n. 3, 2010.

O'DWYER, Gisele et al. *O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil*. Revista de Saúde Pública, v. 51, p. 125, 2017.

OLIVEIRA, Kalyane Kelly Duarte de et al. *Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento*. Revista Mineira de Enfermagem, v. 17, n. 1, p. 149-165, 2013.

OLIVEIRA, Gabriella Novelli et al. *Perfil de la población atendida en una unidad de emergencia de referencia*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 19, n. 3, p. 548-556, 2011.

OLIVEIRA, Arleusson Ricarte de et al. *O cotidiano de enfermeiros em áreas rurais na estratégia saúde da família*. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, p. 918-925, 2019.

RONCALLI, Aline Alves et al. *Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro*. Revista Baiana de Enfermagem, v. 31, n. 2, 2017.

SACOMAN, Thiago Marchi et al. *Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência*. Saúde em Debate, v. 43, p. 354-367, 2019.

SCHAFIROWITZ, Gisele De César; SOUZA, Aline Corrêa de. *Usuários adultos classificados como pouco urgentes em Unidade de Pronto Atendimento*. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, p. e190630, 2020.

SILVA, Greciane Soares da et al. *Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) em uma região metropolitana do Brasil*. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 12, n. 4, p. 445-458, 2012.

SOARES, Amanda Nathale et al. *Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 30, 2020.

TEIXEIRA, Valdecide Assis; OSELAME, Gleidson Brandão; NEVES, Eduardo Borba. *O Protocolo de Manchester no sistema único de saúde e a atuação do enfermeiro*. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v. 12, n. 2, p. 905-920, 2014.

WEYKAMP, Juliana Marques et al. *Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 16, n. 3, p. 327-336, 2015.

ZACHARIASSE, Joany M. et al. *Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study*. PloS one, v. 12, n. 2, p. e0170811, 2017.

APÊNDICE A- FORMULÁRIO
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Dados Socioeconômicos

Nome: (somente as iniciais):

Gênero: Masculino (M) Feminino (F)

Idade:

Etnia: Caucasiano () Preto () Pardo () Amarelo () Indígena ()

Local de residência: Zona urbana () Zona Rural ()

1) Horários de maior fluxo de pacientes na UPA:

Período matutino ()

Período vespertino ()

Período noturno ()

2) Dias da semana de maior fluxo de pacientes na UPA:

Segunda-feira ()

Terça-feira ()

Quarta-feira ()

Quinta-feira ()

Sexta-feira ()

Sábados ()

Domingo ()

3) Modo de acesso dos pacientes a UPA:

Encaminhado Resgate ()

Encaminhado SAMU ()

Encaminhado da UBS ()

Encaminhado do ESF ()

Livre Demanda ()

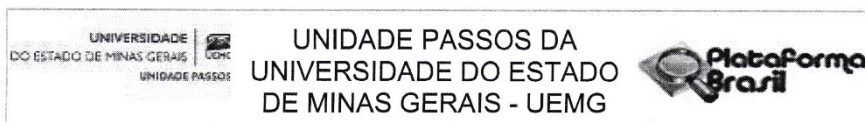
4) Tipo de ConsultaEletiva ☐Urgência ☐Emergência ☐**5) Classificação de risco do paciente:**Classificação de Manchester ☐Sem Classificação de Manchester ☐**6) Patologias ou queixas que levaram o paciente a procurar a UPA por livre demanda:****7) Categorias de prioridade:**Vermelho ☐Laranja ☐Amarelo ☐Verde ☐Azul ☐Branco ☐**8) Tempo de espera para o atendimento:****9) Tempo de resolução do atendimento:****10) Tempo de permanência do paciente na UPA:**

O usuário após classificação de risco foi encaminhado para:

☐ atendimento clínico☐ atendimento cirúrgico☐ atendimento odontológico☐ atendimento ginecológico☐ hospitalização☐ outros _____

ANEXO A

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DE PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Protocolo de Manchester: demanda de uma unidade de pronto atendimento

Pesquisador: Mariana Gondim Mariutti Zeferino

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36827320.8.0000.5112

Instituição Proponente: FUNDACAO EDUCACIONAL COMUNITARIA DE S S PARAISO MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.245.552

Apresentação do Projeto:

O presente estudo tem por objetivo identificar: a demanda de pacientes atendidos por enfermeiros na classificação de risco de uma Unidade de Pronto Atendimento de uma cidade do interior de Minas Gerais, a partir do Protocolo de Manchester; o perfil Socio demográfico; os principais motivos ou queixas para a procura da UPA; o acesso dos usuários a Unidade de Pronto Atendimento, pelo Serviço de Atendimento Móvel de Emergência

(SAMU), encaminhamento ou livre demanda; os dias da semana e horários de maior fluxo de atendimento de paciente; tempo de espera do atendimento e tempo de permanência no setor

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar a demanda de pacientes atendidos por enfermeiros na classificação de risco de uma Unidade de Pronto Atendimento de uma cidade do interior de Minas Gerais, a partir o Protocolo de Manchester.

Objetivo Secundário: Identificar: o perfil sociodemográfico; os principais motivos ou queixas para a procura da UPA; o acesso dos usuários a Unidade de Pronto

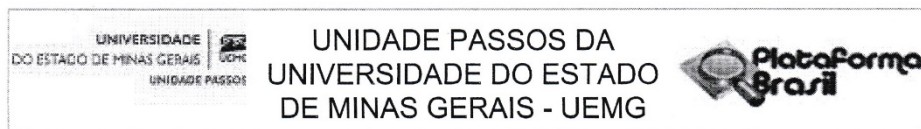
Atendimento, pelo Serviço de Atendimento Móvel de Emergência (SAMU), encaminhamento ou livre demanda; os dias da semana e horários de maior fluxo de atendimento de paciente; tempo de espera do atendimento e tempo de permanência no setor.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Esta pesquisa oferece riscos mínimos, pois a coleta de dados será realizada a partir de

Endereço: Rua Dr Carvalho 235, Bloco I, entrada B, 2º piso, sala 213
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 37.900-106
UF: MG **Município:** PASSOS
Telefone: (35)3529-6056

E-mail: cep.passos@uemg.br



Continuação do Parecer: 4.245.552

informações contidas em prontuário, não colocará os pacientes como experimento direto, não haverá contato pessoal com os pacientes já que se trata de um estudo documental, além disso, não haverá nenhum custo direto com os pacientes ou suas famílias, não será retirado ou alterado nenhum documento de nenhum prontuário e os dados ou

informações colhidas permanecerão sob sigilo.

Benefícios: Devido ao grande número de pessoas que procuram o atendimento nas UPAs e pelo fato de não haver uma conscientização da população acerca da procura adequada em relação ao setor, a superlotação das unidades pode acarretar problemas tanto para os usuários, como para a equipe de assistência de saúde.

O benefício deste estudo consiste em identificar a demanda de pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento- UPA, a partir do Protocolo de Manchester, no intuito de poder colaborar para uma melhora no atendimento, com mais qualidade na assistência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto se atém a análise quantitativa dos atendimentos do Serviço de pronto atendimento

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi solicitado a dispensa do TCLE e relata que os dados já foram coletados e portanto trata-se de dados secundários

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

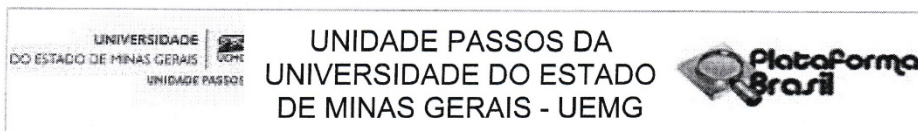
Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1614890.pdf	20/08/2020 22:33:48		Aceito
Declaração de concordância	Carta_aceite.pdf	20/08/2020 22:32:41	Mariana Gondim Mariutti Zeferino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_dispenza.pdf	20/08/2020 12:14:05	Mariana Gondim Mariutti Zeferino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_trab.pdf	20/08/2020 12:11:41	Mariana Gondim Mariutti Zeferino	Aceito

Endereço: Rua Dr Carvalho 235, Bloco I, entrada B, 2º piso, sala 213
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 37.900-106
UF: MG **Município:** PASSOS
Telefone: (35)3529-6056

E-mail: cep.passos@uemg.br



Continuação do Parecer: 4.245.552

Outros	Instrumento_coleta.pdf	20/08/2020 12:07:10	Mariana Gondim Mariutti Zeferino	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	20/08/2020 12:06:08	Mariana Gondim Mariutti Zeferino	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	20/08/2020 11:51:25	Mariana Gondim Mariutti Zeferino	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PASSOS, 28 de Agosto de 2020

Assinado por:
Walisete de Almeida Godinho Rosa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Dr Carvalho 235, Bloco I, entrada B, 2º piso, sala 213
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 37.900-106
UF: MG **Município:** PASSOS
Telefone: (35)3529-6056 **E-mail:** cep.passos@uemg.br