UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

VALDINÉIA DO CARMO SANTANA

**Avaliação do grau de complexidade assistencial da clientela das
enfermarias de um pronto-socorro adulto**

RIBEIRÃO PRETO
2021

VALDINÉIA DO CARMO SANTANA

**Avaliação do grau de complexidade assistencial da clientela das
enfermarias de um pronto-socorro adulto**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-
Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e
Inovação em Enfermagem.

Área de concentração: Tecnologia e Inovação no Cuidado
em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Angelita Maria Stabile

RIBEIRÃO PRETO

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Santana, Valdinéia do Carmo

Avaliação do grau de complexidade assistencial da clientela das enfermarias de um pronto-socorro adulto. Ribeirão Preto, 2021.

68 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Angelita Maria Stabile

1. Avaliação em enfermagem. 2. Cuidado em enfermagem. 3. Dimensionamento de pessoal. 4. Complexidade assistencial.

SANTANA, Valdinéia do Carmo

Avaliação do grau de complexidade assistencial da clientela das enfermarias de um pronto-socorro adulto

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e
Inovação em Enfermagem.

Aprovado em/...../.....

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, em especial ao meu marido, pelo incentivo, companheirismo e apoio. À minha filha por ser a razão maior na minha jornada e luz no meu caminho. Aos meus pais por serem meu exemplo de vida. Todos vocês fazem parte dessa conquista.

AGRADECIMENTOS

À Deus por sua infinita misericórdia dando-me forças para superar os desafios e prosseguir até o fim.

*À minha orientadora **Profa. Dra. Angelita Maria Stabile** pela competência, sabedoria, paciência e compreensão com as minhas dificuldades, por me acolher e me acompanhar nesta trajetória. Meus sinceros agradecimentos pela amizade e confiança.*

Ao Hospital de Clínicas UFTM pela chance de concretizar o curso de mestrado.

*Aos meus pais, **Conceição e Irineu**, por construir meus princípios morais e ensinamentos de um modelo de vida distinta com honestidade e dignidade que são a base para todas as minhas vitórias.*

*Ao meu marido **Bruno**, por seu carinho, amor, presença, incansável apoio e sempre acreditar no meu potencial que foram incentivo por todo o percurso de produção desta pesquisa.*

*À minha filha **Júlia** que tolerou meus períodos de ausências que foram base para realização desta conquista.*

*Aos **Professores do mestrado profissional**, pela partilha de conhecimento que nos mostra que é possível conciliar o aprendizado científico ao exercício profissional.*

*Aos **colegas do Mestrado profissional** pela ótima convivência e partilha de conhecimento.*

*Aos **funcionários do SAME** em especial a **Luciana**, por gentilmente ceder seu tempo na procura dos prontuários para coleta de dados.*

*À **equipe do Pronto-Socorro Adulto** que me inspirou e que mostrou é fundamental sempre estar em busca de novos conhecimentos.*

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES) - Código de financiamento 001.

**"A mente que se abre a uma nova ideia
jamais voltará ao seu tamanho original".**

Albert Einstein

SANTANA, Valdinéia do Carmo. **Avaliação do grau de complexidade assistencial da clientela das enfermarias de um pronto-socorro adulto**. 2021. 70 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

RESUMO

O pronto-socorro têm se mostrado um ambiente onde os pacientes ficam internados por longo tempo, desta forma os serviços de emergências sofrem descaracterização dos atendimentos. Uma grande problemática é quantitativo insuficiente de trabalhadores da saúde relacionado ao cuidado exigido e a crescente procura de atendimento dos pacientes de maior complexidade. Para prover o quantitativo e qualitativo dos profissionais de enfermagem é indispensável o atendimento individualizado, integral e sistematizado, almejando assistência adequada dos usuários, a enfermagem precisa categorizar o nível de dependência dos pacientes. Desta forma, tornou-se relevante avaliar a clientela quanto a necessidade de assistência de enfermagem, a fim de colaborar para proteção do paciente e um cuidado de excelência no pronto socorro, fornecendo dados para gerir as demandas dos profissionais de enfermagem da unidade e auxiliando a alocação mais eficaz da equipe. Este estudo objetivou avaliar o grau de complexidade assistencial dos pacientes internados nas enfermarias do pronto socorro adulto de um hospital de grande porte utilizando um Sistema de Classificação do Paciente. Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza exploratória, executado no pronto socorro adulto (PSA) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro em Minas Gerais (HC-UFTM) no qual foram averiguados os prontuários dos pacientes internados no PSA entre os meses de janeiro a dezembro de 2018. Para análise da complexidade assistencial foi utilizado o Sistema de Classificação de Paciente Fugulin e para coleta das variáveis sociodemográficas e clínicas foi utilizado um formulário desenvolvido pela autora. Foram incluídos 308 prontuários de pacientes. Os resultados mostraram que independente da variável analisada, a maioria dos pacientes foram classificados como Cuidados de alta dependência ou Cuidados intermediários. Não foi observada associação entre as variáveis sociodemográficas, comorbidades e hábitos de vida com a complexidade assistencial de acordo com a classificação de Fugulin. Houve predominância por pacientes do sexo masculino (53,9%), idade superior a 60 anos (62,3%). Em relação à regulação, observa-se predominância da Vaga Zero (42,9%), o tipo de regulação foi estatisticamente associado à complexidade assistencial. Notou-se grande frequência de comorbidades na amostra estudada, sendo que apenas 18 pacientes não apresentavam comorbidades. As comorbidades mais prevalentes na população deste estudo foram a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (58,1%), cardiopatia (26,9%) e diabetes Mellitus (DM) (22,1%). Houve associação estatisticamente significativa entre a necessidade de suporte ventilatório, sedação e uso de drogas vasoativas com a complexidade assistencial avaliada pela Classificação de Fugulin, destacando-se os pacientes classificados como Cuidados de alta dependência e Cuidados intermediários. O tempo médio de internação hospitalar foi de 7 dias, estando associado à complexidade assistencial. Em relação à classificação de risco, houve predominância das cores laranja (50,6 %) e amarelo (47,4%), sendo essas associadas à complexidade assistencial. Este estudo mostrou uma elevada dependência da assistência de enfermagem exigido pelos pacientes internados nas enfermarias do Pronto Socorro.

Palavras-chave: Avaliação em enfermagem. Cuidado em enfermagem. Dimensionamento de pessoal. Complexidade assistencial.

SANTANA, Valdinéia do Carmo. **Assessment of the degree of care complexity of the clientele of the wards of an adult emergency room.** 2021. 70 f. Dissertation (Master of Science)- Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

ABSTRACT

The emergency room has been shown to be an environment where patients are hospitalized for a long time, thus the emergency services suffer from mischaracterization of care. A major problem is the insufficient number of health workers related to the required care and the growing demand for care of more complex patients. To provide the quantitative and qualitative of nursing professionals, individualized, comprehensive and systematized care is essential, aiming at adequate assistance from users, nursing needs to categorize the level of patients' dependence. In this way, it became relevant to evaluate the clientele regarding the need for nursing assistance, in order to collaborate for patient protection and excellent care in the emergency room, providing data to manage the demands of the unit's nursing professionals and helping to more effective team allocation. This study aimed to evaluate the degree of care complexity of patients admitted to the adult emergency room wards of a large hospital using a Patient Classification System. This is a quantitative, exploratory study carried out in the adult emergency room (PSA) of the Hospital de Clínicas of the Federal University of Triângulo Mineiro in Minas Gerais (HC-UFTM) in which the medical records of patients admitted to the PSA between the months of January to December 2018. For the analysis of care complexity, the Fugulin Patient Classification System was used and a form developed by the author was used to collect sociodemographic and clinical variables. 308 patient records were included. The results showed that regardless of the variable analyzed, most patients were classified as High dependency care or Intermediate care. There was no association between sociodemographic variables, comorbidities and lifestyle habits with care complexity according to the Fugulin classification. There was a predominance of male patients (53.9%), aged over 60 years (62.3%). Regarding regulation, there is a predominance of Vaga Zero (42.9%), the type of regulation was statistically associated with complexity of care. A high frequency of comorbidities was noted in the sample studied, with only 18 patients not having comorbidities. The most prevalent comorbidities in the population of this study were systemic arterial hypertension (SAH) (58.1%), heart disease (26.9%) and diabetes Mellitus (DM) (22.1%). There was a statistically significant association between the need for ventilatory support, sedation and the use of vasoactive drugs with the care complexity assessed by the Fugulin Classification, with emphasis on patients classified as Highly Dependent Care and Intermediate Care. The average hospital stay was 7 days, being associated with care complexity. Regarding the risk classification, there was a predominance of orange (50.6%) and yellow (47.4%), which are associated with care complexity. This study showed a high dependence on the nursing care required by patients admitted to the emergency room wards.

Keywords: Nursing assessment. Nursing care. Staff sizing. Assistance complexity.

SANTANA, Valdinéia do Carmo. **Evaluación del grado de complejidad asistencial de la clientela de las salas de urgencias de adultos**. 2021. 70 f. disertación (Maestro de la ciencia)- Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

RESUMEN

Se ha demostrado que la sala de emergencias es un entorno en el que los pacientes están hospitalizados durante mucho tiempo, por lo que los servicios de emergencia sufren una caracterización errónea de la atención. Un problema importante es el número insuficiente de trabajadores de la salud relacionados con la atención requerida y la creciente demanda de atención de pacientes más complejos. Para brindar la atención cuantitativa y cualitativa de los profesionales de enfermería, es fundamental una atención individualizada, integral y sistematizada, con el objetivo de una adecuada asistencia de los usuarios, las necesidades de enfermería para categorizar el nivel de dependencia de los pacientes. De esta manera, cobró relevancia evaluar a la clientela en cuanto a la necesidad de asistencia de enfermería, con el fin de colaborar en la protección del paciente y la excelente atención en urgencias, aportando datos para gestionar las demandas de los profesionales de enfermería de la unidad y ayudando a asignación de equipo más eficaz. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el grado de complejidad asistencial de los pacientes ingresados en las salas de urgencias de adultos de un gran hospital mediante un Sistema de Clasificación de Pacientes. Se trata de un estudio cuantitativo, exploratorio realizado en el servicio de urgencias de adultos (PSA) del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Triângulo Mineiro en Minas Gerais (HC-UFTM) en el que se recogen las historias clínicas de los pacientes ingresados en el PSA entre los meses de enero a diciembre de 2018. Para el análisis de la complejidad asistencial se utilizó el Sistema de Clasificación de Pacientes de Fugulin y se utilizó un formulario desarrollado por el autor para recolectar variables sociodemográficas y clínicas. Se incluyeron 308 registros de pacientes. Los resultados mostraron que, independientemente de la variable analizada, la mayoría de los pacientes se clasificaron como Atención de alta dependencia o Atención intermedia. No hubo asociación entre variables sociodemográficas, comorbilidades y hábitos de vida con la complejidad del cuidado según la clasificación de Fugulin. Predominó el sexo masculino (53,9%), mayor de 60 años (62,3%). En cuanto a la regulación, hay un predominio de Vaga Zero (42,9%), el tipo de regulación se asoció estadísticamente con la complejidad de la atención. Se observó una alta frecuencia de comorbilidades en la muestra estudiada, con solo 18 pacientes sin comorbilidades. Las comorbilidades más prevalentes en la población de este estudio fueron hipertensión arterial sistémica (HSA) (58,1%), cardiopatía (26,9%) y diabetes mellitus (DM) (22,1%). Hubo asociación estadísticamente significativa entre la necesidad de soporte ventilatorio, sedación y uso de fármacos vasoactivos con la complejidad asistencial evaluada por la Clasificación de Fugulin, con énfasis en pacientes clasificados como Cuidados Altamente Dependientes y Cuidados Intermedios. La estancia hospitalaria media fue de 7 días, asociada a la complejidad asistencial. En cuanto a la clasificación de riesgo, predominó el naranja (50,6%) y el amarillo (47,4%), que se asocian a la complejidad asistencial. Este estudio mostró una alta dependencia de los cuidados de enfermería que requieren los pacientes ingresados en urgencias.

Palabras clave: Evaluación de enfermería. Cuidado de enfermera. Dimensionamiento del personal. Complejidad asistencial.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados sociodemográficos, comorbidades e hábitos de vida de pacientes internados nas enfermarias do Pronto Socorro Adulto do HC-UFTM, de acordo com a classificação de Fugulin, Uberaba/MG, 2018.....	33
Tabela 2 - Descrição das principais comorbidades de pacientes internados nas enfermarias do Pronto Socorro Adulto do HC-UFTM. Uberaba/MG, 2018.....	34
Tabela 3 - Características da internação de pacientes internados nas enfermarias do Pronto Socorro Adulto do HC-UFTM, de acordo com a classificação de Fugulin, Uberaba/MG, 2018.	35
Tabela 4 - Características clínicas de pacientes internados nas enfermarias do Pronto Socorro Adulto do HC-UFTM, de acordo com a classificação de Fugulin, Uberaba/MG, 2018.	37
Tabela 5 - Frequência dos tipos de dispositivos ventilatórios usados em pacientes internados nas enfermarias do Pronto Socorro Adulto do HC-UFTM, Uberaba/MG, 2018.	38
Tabela 6 - Frequência de dispositivos invasivos em pacientes internados nas enfermarias do Pronto Socorro Adulto do HC-UFTM, Uberaba/MG, 2018.....	38
Tabela 7 - Classificação de Manchester de pacientes internados nas enfermarias do Pronto Socorro Adulto do HC-UFTM, de acordo com a classificação de Fugulin, Uberaba/MG, 2018.	39

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AE - Atenção Especializada

AVC - acidente vascular encefálico

CAD- Cuidados de Alta Dependência;

CAIS - Centro de Atenção Integral à Saúde

CAISM - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-AD - Centro de Atenção Psicossocial ao Dependente Químico

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CI- Cuidados Intensivos;

CIn - Cuidados Intermediários; CM – Cuidados Mínimos

CSI -Cuidados Semi-intensivos;

DCV - doenças cardiovasculares

DM - diabetes Mellitus

DPOC - doença pulmonar crônica

EMAD - Equipes Multiprofissionais de Atendimento Domiciliar

EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio

FUNEPU - Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HC- Hospital de Clínicas

KM - constante de Marinho

MG - Minas Gerais

NASF - Núcleos Ampliado de Saúde da Família

PAVM - pneumonia associada à ventilação mecânica

PCAD - pacientes de Cuidado de alta dependência

PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências

PSA - Pronto Socorro Adulto

QP - Quantitativo de Pessoal

RAS - Redes de Atenção em Saúde

RG - Registro Geral

SAD - Serviço de Atendimento Domiciliar

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCP - Sistema de Classificação de Paciente
SDRA - síndrome do desconforto respiratório agudo
SisReg - Sistema de Regulação Hospitalar e Ambulatorial
SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*
SRT - Serviços de Residência Terapêutica
SUS - Sistema Único de Saúde
TET - tubo endotraqueal
THE - Total de horas de enfermagem
UBS - Unidade Básica de Saúde
UER - Unidade Especializada em Reabilitação
UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UMS - Unidades Matriciais de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
URS - Unidade Regional de Saúde
USF - Unidades de Saúde da Família
UTI - Unidades de Terapia Intensiva
VMI - Ventilação mecânica invasiva

LISTA DE SIMBOLOS

& Análise de variância

% porcentagem

π_1 valor de pi

* Teste qui-quadrado de Pearson

Teste exato de Fisher

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 Organização do sistema de saúde do Brasil	16
2.2 Cenário das unidades de atendimento de urgência e emergência	17
2.3 Organização dos serviços de atenção à saúde em Uberaba.....	20
2.4 Cenário e atuação da equipe de enfermagem em setores de urgência e emergência	23
3 OBJETIVO	26
3.1 Objetivo geral:.....	26
3.2 Objetivos específicos:	26
4 MATERIAL E MÉTODO.....	27
4.1 Natureza do Estudo	27
4.2 Local de Estudo.....	27
4.3 Amostra.....	28
4.4 Coleta de Dados	29
4.5 Análise dos Dados.....	30
4.6 Aspectos Éticos.....	31
5 RESULTADOS.....	32
6 DISCUSSÃO.....	40
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
8 CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE A.....	57
APÊNDICE B	59
APÊNDICE C	60
ANEXO A	61
ANEXO B.....	63

1 INTRODUÇÃO

Os conceitos de urgência e emergência giram em torno da ocorrência de um evento não previsto, que causam danos à saúde podendo gerar ou não risco à vida (FREIRE et al., 2015). Porém, mesmo que os termos se refiram a situações semelhantes, podemos diferenciá-los. Urgência é quando a situação exige ações com rapidez, de forma indispensável, imprescindível, iminente; sendo assim é necessário ser realizado sem demora; já emergência é uma situação crítica, um acontecimento perigoso (ROMANI, et al., 2009).

Os setores de emergência possuem como característica serem locais que demandam respostas rápidas. Nesse contexto, os recursos humanos devem compor uma equipe qualificada, integrada que possua facilidade de comunicação para a tomada de decisões assertivas em prol dos pacientes graves que ali se encontram.

Ainda sobre as conceituações pode-se inferir que os serviços de urgência e emergência são tidos como ambientes de muita tensão e estresse para os pacientes, seus familiares e sem dúvida para os profissionais de saúde. São fatores de estresse nestes setores: grande número de atendimento, pacientes em estado grave, não existência de capacitações para os trabalhadores assistenciais e falta de estrutura física do sistema de saúde em geral. Todas estas situações colaboram com que os profissionais assistenciais conduzam os casos de forma impessoal dificultando exponencialmente as intervenções humanizadas (VIDAL; GONTIJO, 2013).

A equipe de enfermagem possui uma parte essencial no cuidado e, por isso, representa a maior categoria profissional de uma instituição hospitalar. O quantitativo de pessoal de enfermagem nas unidades hospitalares é salientado para que exista a preservação da qualidade e segurança do atendimento ao paciente (BARBOSA, et al., 2014; JACOB, MICKENNA, AMORE, 2013). Nesse contexto, uma das grandes dificuldades encontradas no cotidiano assistencial dos profissionais de enfermagem das instituições hospitalares é o quantitativo insuficiente desses trabalhadores relacionado ao cuidado adequado e a crescente demanda dos pacientes com maior complexidade, exigindo agilidade, conhecimento e destreza no processo deliberativo para desempenho de suas funções em um ambiente incerto e imprevisível (GVOZD et al., 2012; ROSSETTI, GAIDZINSKI, FUGULIN, 2013).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Organização do sistema de saúde do Brasil

Para alcançar os objetivos essenciais da assistência o Sistema Único de Saúde (SUS) em seus princípios e diretrizes organizou os serviços numa rede de serviços que foi estritamente necessária para promover uma continuidade do cuidado à saúde dos usuários frente as demandas, principalmente pelas dimensões complexas da saúde da população e, assim, com esta reorganização, certifica a qualidade do serviço ofertado (FERREIRA et al., 2017).

Observa-se neste cenário que as orientações para implementar as Redes de Atenção em Saúde (RAS) são novas, e possuem origem nas reais situações vivenciadas nas experimentações de sistemas integrados de saúde iniciadas na primeira metade da década de 90 nos Estados Unidos. Estas experiências foram levadas para a Europa Ocidental e Canadá, e logo após para um pequeno número de nações em desenvolvimento, dentre estes o Brasil. Shortell, em 1993, recomendou que nos Estados Unidos houvesse uma superação da fragmentação dos serviços de saúde ocorrendo rapidamente a implementação de sistemas integrados de serviços de saúde, já o Canadá seguiu à risca este novo conceito (EVANGELISTA et al., 2019).

É notório que a efetivação das RAS necessita de uma articulação e deve estar equilibrada ao processo de contribuição de todos os serviços e instituições de saúde, pois somente assim existirá a garantia do direito do usuário, tudo isso seguindo fortemente a associação dos princípios doutrinários, filosóficos e a forma de planejamento das organizações de todo o SUS (WEYKAMP et al., 2019).

O SUS, como parte importante e adicional da Constituição Federal, traz que as ações e os serviços públicos de saúde devem ser integrados como uma rede regionalizada, respeitando a hierarquia, portanto é um sistema único, que deve ser descentralizado e financiado pelas três esferas governamentais, perpassando de maneira equânime pelo município, estado e União. As estratégias de financiamento, descentralização e regionalização são essenciais, pois caso contrário não há competência para superar as barreiras das desigualdades que são tão incrustadas no território brasileiro (MOREIRA; FERRÉ; ANDRADE, 2017).

Segundo Casanova et al. (2017) a regionalização da saúde no Brasil tem acontecido para atendimento a predileções de caráter político-partidário, econômico, municipalista e privatista e não necessariamente convergentes. Este é um desafio a ser superado; de acordo com Campos (2014), é necessário experimentar arranjos institucionais que integrem aquilo que foi historicamente fracionado.

2.2 Cenário das unidades de atendimento de urgência e emergência

Em 2010 o Ministério da Saúde, instaurou-se a Portaria nº 4.279 a qual tratava da implementação das RAS. Nesta mesma portaria estavam dispostas as diretrizes para organização das RAS no complexo SUS, descrevendo as redes 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” (BRASIL, 2010).

Destarte, a dinâmica das RAS é fundamental estar articulada e avançada mantendo a colaboração entre todos os serviços e estabelecimento de saúde, a fim de garantir o direito do usuário estabelecendo assim, a conexão e inserção dos princípios filosóficos, doutrinários, e organizacionais do SUS (WEYKAMP et al, 2019).

Contudo, o cenário brasileiro é marcado por profundas desigualdades territoriais e pela atuação independente das esferas governamentais, dificultando a instituição de uma soberania sanitária única nas regiões de saúde. A regionalização tem sido ligada a vinculação do poder político, a diversos agentes: públicos, privados, governamentais e não governamentais, que possibilitam o uso dos serviços de melhor complexidade tecnológica (PADILHA et al., 2019).

A RAS voltada para circunstâncias de urgência e emergência, baseou-se no modelo instituído na década de 1970 nos Estados Unidos. Essa regionalização se caracteriza por ser um sistema de saúde, instituições e profissionais especializados, sendo comandado por uma gerência regional. Assim a regionalização do serviço de emergência é algo estimulado por gestores como uma tática necessária pois, além de permitir o acesso a um cuidado de qualidade a agravos de maior complexidade, possibilita o alcance a assistência especializada para outras regiões que não disponha destes serviços (IOM, 2010).

No Brasil, a rede de atenção em urgência e emergência foi instaurada pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 2048/2002, que determinou diretrizes e princípios dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, e os preceitos para a classificação, funcionamento e cadastro de serviços (BRASIL, 2002).

A partir da implantação da Rede de Atenção às Urgências, foi engrandecido a definição de saúde que exige a atuação multiprofissional na assistência ao usuário. A urgência é conceituada como agravo a saúde que cause ou não risco de vida, assim os protagonistas precisam de intervenção imediata. A definição de emergência corresponde a uma constatação de risco iminente de vida ou sofrimento intenso (BRASIL, 2011).

O pronto-socorro é a unidade hospitalar destinada à atendimento de clientes com ou sem risco de morte, nos quais os agravos à saúde precisam de assistência imediata. Nas últimas décadas, as unidades de pronto-socorro deparam-se com a crescente busca por esses serviços, consequente do aumento de acidentes, do crescimento da violência urbana e da carência estrutural da atenção básica. Além de desempenhar a assistência a pacientes em condições de agravamento à saúde, com risco de morte e de grande complexidade, essas unidades têm se mostrado um ambiente onde os pacientes ficam alocados por grandes períodos (ZIMMERMANN et al., 2011; OHARA; MELO; LAUS, 2010).

Em consequência da superlotação, os serviços de emergências apresentam atendimentos descaracterizado ao setor, pois, por carência de leitos para internação, são internados pacientes críticos na emergência, ocasionando a sobrecarga dos profissionais de enfermagem e trazendo as características das unidades de terapia intensiva (UTI) às salas de emergência (PAIXÃO et al., 2015).

Na literatura científica é descrito que a demanda pelos serviços de urgência e emergência para situações que potencialmente poderiam ser solucionados em estabelecimento de menor complexidade tecnológica, não depende do grau de desenvolvimento social e econômico dos países estudados (FREIRE et al., 2015). Nota-se que, mesmo com implantação do Programa Saúde da Família e o aumento da rede básica, a procura pelos serviços de urgência e emergência continuam em ascensão. É permitido expor que nesta conjuntura, exista um modo de pensar discordante dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários desta assistência. É encontrado nos mais diversos cantos do Brasil a acessibilidade a portas de entrada no serviço de saúde de maneira hierárquica, porém a população ainda procura os serviços de urgência, mesmo com situações menos graves (FREIRE et al., 2015).

Os profissionais de enfermagem devem primar pela segurança do paciente. Cabe ao enfermeiro estar atento aos fatores determinantes do prognóstico do paciente, incluindo dados vitais, balanço hídrico, necessidade quanto ao uso de drogas vasopressoras, administração rigorosa de antibioticoterapia prescrita, coleta e acompanhamento de materiais biológicos para análise laboratoriais, avaliação minuciosa do nível de consciência, entre outros. Todos esses dados podem ajudar a planejar as ações de enfermagem a serem implementadas com pacientes em estado crítico com instrumentos de avaliação de indicadores de assistência e de avaliação da carga de trabalho da enfermagem (BARBOZA, SILVA, 2016; GARCIA, FUGULIN, 2012; FAVARIN, CAMPONOGARA; 2012).

A escassez de recursos monetários nos estabelecimentos de assistência à saúde associada a fragilidade das políticas para quadro de pessoal de enfermagem repercuti na redução

de gastos com esses profissionais, influenciando no processo assistencial e no funcionamento dos serviços de saúde. Com a necessidade de reduzir gastos e ampliar o fornecimento de serviços, coloca em questão os recursos humanos em saúde, implicando a grande despesa da saúde aos gastos com profissionais. Assim sendo, a diminuição dos custos volta-se sobre os profissionais de enfermagem, motivando a redução do quadro de pessoal, o que reflete na qualidade da assistência exercida (POSSARI et al., 2015).

Estudos evidenciam a carga de trabalho do pessoal da enfermagem como fator de risco para segurança do paciente, existindo maior satisfação do cliente e diminuição da mortalidade quando há conformidade entre o número de enfermeiros e pacientes. Mundialmente não é um acontecimento novo o desafio de melhora da segurança e a qualidade do cuidado dedicado aos pacientes nos serviços de saúde (NOVARETTI et al., 2014; GARCIA, FUGULIN, 2012; VRIES, et al., 2008).

O SUS em sua legislação não estabelece especificamente a atenção às urgências, mas estabeleceu aptidões a cada esfera de governo, concedendo poderes aos governantes, federal, estadual, municipal e aos correspondentes conselhos de saúde, formados também pelos usuários com liberdade na execução de normas técnicas e estratégias garantido a universalidade, igualdade de acesso, integralidade de assistência relacionadas aos atendimentos em urgência e emergência (BRASIL, 1990).

A portaria número 2048/GM, de 2002 instaurada pelo Ministério da Saúde, que institui a normatização técnica dos sistemas estaduais de urgência e emergência, especifica a necessidade de quantitativo adequado de profissionais para a assistência em 24 horas nos serviços de emergência, porém não esclarece como deve ser calculado o dimensionamento do quadro apropriado de recursos humanos em enfermagem nesses locais (PAIXÃO et. al., 2015).

Desta forma torna-se relevante avaliar a clientela quanto a complexidade assistencial de enfermagem, a fim de favorecer uma assistência de qualidade e auxiliar na segurança do paciente do pronto-socorro, fornecendo informações para gerenciar as necessidades de profissionais de enfermagem da unidade e permitir a alocação mais eficaz do quadro de pessoal (ARAÚJO, PERROCA, JERICÓ, 2009; DUFFIELD et al., 2011).

2.3 Organização dos serviços de atenção à saúde em Uberaba

A organização de saúde no município de Uberaba é composta por uma rede de atenção básica, disposta em três distritos sanitários de saúde que possui como meta o atendimento de baixa complexidade. Também compõem esta organização uma rede de atenção especializada, responsável pelos atendimentos de média e alta complexidade (SMS, 2017).

A rede de Atenção Básica (AB) de Uberaba é composta por 28 Unidades de Saúde e 07 pontos de apoio de atendimento para a zona rural (SMS, 2017). Na área urbana se estabelecem 18 Unidades de Saúde da Família (USF), nove Unidades Matriciais de Saúde (UMS), um Unidade Básica de Saúde (UBS) e sete apoios (em área rural) que prestam atendimento de baixa densidade tecnológica nas seguintes especialidades: clínica geral, odontologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, enfermagem. O objetivo primordial da AB é a promoção e recuperação de saúde e prevenção de agravos de seus usuários (SMS, 2017).

Uberaba possui ainda 51 equipes de saúde da família, compostas por médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde (ACS), dentista, técnico de enfermagem e auxiliar de saúde bucal (SMS, 2017).

Em relação aos procedimentos que são realizados nestas unidades de saúde, pode-se dizer que são considerados tecnologia leve, por exemplo: o acompanhamento dos programas do governo, nebulizações, entrega de medicamentos básicos, triagem neonatal, administração de medicamentos, vacinas, curativos limpos, pré-natal, coleta de material para exame cito patológico e ações de educação em saúde (SMS, 2017).

Para apoio às USF, o município possui seis Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) que são equipes compostas por clínico geral, fisioterapeuta, ginecologista, pediatra, assistente social, nutricionista e psicólogo (SMS, 2017).

A Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) contribui com a saúde de Uberaba através de parceria com o município que corresponde a criação e desenvolvimento do Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS), que presta serviços de baixa complexidade a população (SMS, 2017).

O município de Uberaba respondeu ao preconizado na Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), e instituiu o Consultório na Rua. Ele é composto por um enfermeiro, um assistente social, um técnico de enfermagem e um motorista para atendimento aos usuários em situação de vulnerabilidade, neste caso específico, situação de rua (BRASIL, 2012).

O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) também faz parte da rede básica de serviços. Este atendimento se constitui por duas equipes, sendo uma Equipe Multiprofissional

de apoio (EMAP), constituída por um nutricionista, um farmacêutico e um assistente social, além de duas Equipes Multiprofissionais de Atendimento Domiciliar (EMAD), composta por enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de enfermagem e médico. Em Uberaba este atendimento foi nomeado de “Melhor em casa” (SMS, 2017).

A AB pode ser considerada como porta de atendimento inicial em saúde para os cidadãos, onde, com exceção das urgências, a assistência deve ser ofertada primeiramente para posteriormente, se necessário, serem encaminhados para um serviço de complexidade superior.

Todas as informações relacionadas aos atendimentos e pela assistência oferecida na AB são inseridas no sistema e-SUS com o objetivo de centralizar os dados para que haja o acompanhamento e monitoramento dos indicadores de saúde, esta foi uma adequação para atender portaria nº 1.976 do Ministério da Saúde de 12 de setembro de 2014 (BRASIL, 2014).

O nível secundário e terciário é estabelecido pela Atenção Especializada (AE) e abarca as ações de assistência em saúde em média e alta complexidade. Desenvolve a assistência à saúde compreendendo os atendimentos com especialistas, procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico, dispensação de medicamentos, atendimento hospitalar e de urgência e emergência (SMS, 2017).

Especificamente em Uberaba algumas unidades especializadas são do próprio município estabelecidas em prédios próprios e/ou locados, com servidores municipais, são elas: Unidade Regional de Saúde (URS) Terezinha da Graça Girão de Carvalho; Unidade Regional de Saúde Dr. Lineu José Miziara, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), estas primeiras prestam serviços de atendimento especializado tanto médico quanto odontológico, além de exames laboratoriais e de imagem, como radiografias e ultrassonografias e Unidade Especializada em Reabilitação (UER) que atende e presta assistência de média complexidade em fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e apoio psicológico aos pacientes em reabilitação física (SMS, 2017).

Os pacientes para serem atendidos nas unidades citadas dependem da inserção em um sistema de agendamento eletrônico, assim é preciso que o usuário tenha sido atendido na AB para que esta, como ordenadora do cuidado assistencial, o encaminhe via fila eletrônica para a continuidade do seu atendimento na AE (SMS, 2017).

A saúde mental em Uberaba está contemplada com unidades municipais especializadas para uma assistência integral e são: Centro de Atenção Psicossocial “Inácio Ferreira” (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial ao Dependente Químico (CAPS-AD), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e Serviços de Residência Terapêutica (SRT). Nestas unidades o usuário tem a possibilidade de receber inúmeros serviços prestados para a assistência

psicossocial que incluem consultas em psiquiatria, atendimentos individuais e grupais em psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, cuidados de enfermagem, farmácia com dispensação de medicamentos e fornecimento de refeições (SMS, 2017). Para atendimento nestas unidades específicas relacionadas a saúde mental o acesso se inicia atenção básica, mas não é necessário o agendamento eletrônico, basta o paciente se dirigir ao centro de atenção psicossocial com o encaminhamento que será acolhido e iniciado o tratamento.

Para atendimento às situações de urgência e emergência os usuários possuem duas unidades municipais para atendimento de adultos, a Unidade de Pronto Atendimento Rafa Scaff Cecílio e Unidade de Pronto Atendimento Dr. Humberto Ferreira, conhecidas culturalmente como UPA São Benedito e UPA do Mirante, estas realizam atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia e apesar de serem unidades municipais possuem gestão compartilhada com a Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba (FUNEPU), entidade contratada para o gerenciamento das UPA's. O atendimento emergencial para crianças até 13 anos ocorre no Hospital da Criança (SMS, 2017).

A atenção especializada conta com o atendimento hospitalar e fazem parte desta organização as seguintes instituições: o Hospital Universitário Mário Palmério, Hospital Dr. Hélio Angotti, Hospital Regional José Alencar, Hospital de Clínicas da UFTM (HC- UFTM), Hospital da Criança, Hospital Beneficência Portuguesa e Serviço Integrado de Saúde Dona Maria Modesto Cravo - antigo Sanatório Espírita de Uberaba. A entrada para estes serviços é realizada mediante regulação do município (SMS, 2017).

O Pronto-Socorro do HC-UFTM onde foi realizado o presente estudo faz parte da atenção especializada, responsável pelo atendimento hospitalar de urgência emergência dos pacientes da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, a qual faz parte 27 municípios do Estado de Minas Gerais (MG). O corpo clínico desempenha atividade no campo acadêmico e assistencial do Pronto-Socorro, sendo formado por médicos de diferentes especializações. Reconhecido como Hospital de Ensino, permitindo a realização de estágio para graduação e cursos técnicos da UFTM, além de oferecer a formação profissional a cursos de pós-graduação *Lato Sensu* e *Stricto Sensu* e residência médica (UFTM 2017).

Uma Central de Ambulâncias também está incluída nesta rede de atendimentos em Uberaba, com o propósito de deslocar usuários, com agendamento prévio, que precisam realizar tratamento fora do domicílio, procedimentos diversos em Unidades de Pronto Atendimento e Unidades de Saúde Básicas e Especializadas da rede SUS municipal, hospitais, universidades, laboratórios de análises clínicas e instituições e entidades de saúde conveniadas e contratadas, perícias médicas, além de serem apoio a eventos culturais que possuem aglomerações de

pessoas (SMS, 2017), além do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que é responsável pelo atendimento pré- hospitalar.

2.4 Cenário e atuação da equipe de enfermagem em setores de urgência e emergência

Além dos serviços de Urgência e Emergência serem locais que necessitam de respostas rápidas da equipe e de apresentarem superlotação, observa-se ainda absenteísmos, afastamentos não previstos e sobrecarga de trabalho que dificultam a atividade da enfermagem, ocasionando declínio na produtividade, prejuízo na qualidade da assistência e adoecimento dos profissionais. O aumento da complexidade assistencial e as mudanças nas demandas dos processos de cuidados dos pacientes têm requerido reorganização no sistema de saúde e nos padrões de gestão (SILVA, ECHER, MAGALHÃES, 2016; HOLDEN et al., 2011).

No que diz respeito à função da enfermagem no processo assistencial, é terminante a equipe cuidar do paciente, com quantitativo de pessoal adequado para melhora da qualidade do atendimento de acordo com a sua demanda de cuidado, gerando satisfação à unidade de saúde, aos usuários e aos próprios profissionais. Sendo assim, é extremamente necessária a organização da assistência utilizando ferramenta científica como suporte. A caracterização dos pacientes assistidos quanto ao nível de complexidade assistencial de enfermagem proporciona informações para a tomada de decisão referente ao provimento de recursos humanos, ao controle do rendimento, às despesas da assistência, ao delineamento dos serviços e à programação da assistência de enfermagem (BARBOZA, SILVA, 2016; ZIMMERMANN et al., 2011; GVOZD et al., 2012)

Sendo assim, para gerenciar não basta focar os esforços em estratégias de contenção de custos, mas sim, no esclarecimento da formação dos diferentes processos assistenciais, a fim de melhorar a distribuição de recursos e serviços, sem perder a qualidade e aumentando a acessibilidade dos usuários (CASTILHO et al., 2014).

Na prática, o planejamento quantitativo de trabalhadores de enfermagem tem sido executado empiricamente, fundamentado na vivência e no entendimento dos enfermeiros, que encontram incontáveis adversidades para organizar e explicar a necessidade de ajuste no número de recursos humanos (GELBCKE et al., 2012).

Os serviços de emergência, devido as suas particularidades como a variação da demanda e do percentual de ocupação, apresentam dificuldade para definir uma ferramenta para dimensionar os trabalhadores de enfermagem necessários nos setores de urgência.

O pronto-socorro deve ser visto como unidade sítio funcional, não podendo ser associado ao leito-dia, tendo uma visão tridimensional para o cuidado da enfermagem considerando os serviços desempenhados, o espaço operante e o período de trabalho, requerendo, para o dimensionamento de recursos humanos, mais do que a utilização de cálculos matemáticos (PAIXÃO et al., 2015; GELBCKE et al., 2012).

Desde o surgimento da enfermagem moderna, já havia inquietação em categorizar o nível de cuidado dos pacientes. Florence Nigthingale, precursora em planejar os recursos humanos de saúde e mentora da enfermagem moderna, promovia o cuidado nas enfermarias organizando os pacientes conforme a necessidade de assistência em enfermagem. Tradicionalmente, os primeiros métodos para dimensionar os recursos humanos eram feitos intuitivamente e embasava-se na distribuição de pacientes pela quantia de profissionais, processo que ocorre ainda hoje em algumas instituições de saúde (SILVA, ECHER, MAGALHÃES, 2016; PERROCA, GAIDZINSKI, 1998). A partir da década de 60 o progresso tecnológico de informação possibilitou ascensão no que diz respeito a categorização de pacientes. As manifestações relacionadas ao paciente e ao ambiente produzem interferências na prática assistencial, portanto, o nível de dependência do paciente não decorre apenas do sistema fisiopatológico, mas também condições sociais, ambientais e familiares que afetam a função assistencial (QUELUCI, FIGUEIREDO, 2010).

A classificação de pacientes, segundo o nível de complexidade assistencial de enfermagem estabelece uma etapa relevante para o dimensionamento de pessoal, tendo se tornado tema de permanente inquietude. A enfermagem sente a necessidade de classificar o grau de dependência dos pacientes, gerando discussão e investigação entre o quadro de enfermagem com o interesse em produzir assistência individualizada, integral e sistematizada, almejando o atendimento das necessidades da clientela e prevendo o qualitativo e quantitativo dos recursos humanos da enfermagem (RUFINO et al., 2015; SANTOS et al., 2007).

Instrumentos e ferramentas que classificam a exigência de cuidados relacionados ao processo assistencial da enfermagem, assim como o tempo gasto para a assistência de certas categorias de pacientes tem sido estudado por muitos autores. No Brasil, estão disponíveis vários instrumentos de classificação do grau de complexidade assistencial dos pacientes, os quais têm como propósito classificar os pacientes de acordo a dependência assistencial (SILVA, ECHER, MAGALHÃES, 2016; GVOZD et al., 2012).

O Sistema de Classificação de Paciente (SCP) é um instrumento que facilita a avaliação do grau de complexidade assistencial da clientela, o paciente é categorizado de acordo com o nível de dependência de cuidado em relação a equipe de enfermagem.

Uma boa avaliação leva ao planejamento adequado da assistência em enfermagem (BRITO, GUIRARDELLO, 2012).

O SCP para avaliação assistencial da clientela, além de aprimorar a qualidade da dinâmica assistencial prestada aos pacientes, embasa o planejamento e justifica a exigência de ajuste na quantia de profissionais de enfermagem para o dimensionamento de recursos humanos mais adequado e eficaz, servindo como fonte de gerenciamento do cuidado (GELBCKE et al, 2012). Ele consiste em uma ferramenta fundamental para a prática administrativa, avaliando o nível de complexidade dos pacientes correlacionado às necessidades de cuidados. As informações levantadas no instrumento de classificação contribuem para destinação adequada dos profissionais de enfermagem, organização dos gastos com a assistência, conservação de qualidade do cuidado e reorienta a dinâmica assistencial, propiciando maior contentamento, produtividade e eficácia na prática profissional (MENEGUETI et al., 2013).

Diante do cenário exposto, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de se avaliar os clientes internados no setor de Pronto Socorro Adulto de um hospital de grande porte do interior de Minas Gerais, de acordo com o grau de complexidade assistencial em relação à equipe de enfermagem. Outra motivação para a realização desta pesquisa foram os relatos dos colaboradores da equipe de enfermagem do hospital sobre a ausência de estudos científicos para planejamento da assistência de acordo com o grau de complexidade assistencial requerido pela clientela.

Ao ser estabelecido o tipo de complexidade assistencial predominante será possível a elaboração de uma estratégia para um atendimento eficiente, planejando intervenções voltadas a esta clientela com finalidade de ofertar uma assistência de qualidade e segura (GVOZD et al., 2012).

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral:

- Avaliar o grau de complexidade assistencial dos pacientes internados nas enfermarias do Pronto Socorro Adulto de um hospital de grande porte utilizando Sistema de Classificação do Paciente.

3.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos clientes internados e analisar a relação desse perfil com o grau de complexidade assistencial de enfermagem;
- Caracterizar a internação e analisar a relação desse perfil com o grau de complexidade assistencial de enfermagem;
- Identificar as necessidades clínicas dos pacientes internados no pronto socorro e analisar a relação dessas com o grau de complexidade assistencial de enfermagem;
- Identificar o tempo de internação e o desfecho da internação dos pacientes internados no pronto socorro e analisar a relação desses com o grau de complexidade assistencial de enfermagem;
- Identificar a classificação de Manchester recebida pelos pacientes no momento da admissão no pronto socorro e analisar a relação dessa com o grau de complexidade assistencial de enfermagem;

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Natureza do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e de natureza exploratória.

4.2 Local de Estudo

O estudo foi desenvolvido a partir dos dados dos prontuários dos pacientes que foram admitidos no Pronto Socorro Adulto do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM). O HC-UFTM possui 302 leitos ativos, oferece assistência multidisciplinar, é referência para 27 municípios que constitui a macrorregião Triângulo Sul do estado de MG sendo na região o único hospital 100% pelo SUS que oferta assistência de alta complexidade. Atende, ainda, paciente de outras regiões de MG e demais estados brasileiros. Responsável por 73% de atendimento de média complexidade da macrorregião Triângulo Sul e por 100% da alta complexidade na mesma região, exceto o tratamento de neoplasia (UFTM, 2017).

A macrorregião atendida pelo município é constituída pelas respectivas cidades: Água Comprida, Araxá, Campo Florido, Campos Altos, Carneirinho, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Pirajuba, Planura, Pratinha, Sacramento, Santa Juliana, São Francisco de Sales, Tapira, Uberaba, União de Minas e Veríssimo (UFTM, 2017).

O Pronto Socorro Adulto que é foco deste estudo dispõe de 22 leitos, sendo estes divididos em 4 enfermarias e dois de isolamentos. Possui ainda uma sala de emergência capaz de atender concomitantemente quatro pacientes, nos quais alocam pacientes cirúrgicos e clínicos adultos de ambos os sexos e uma unidade de internação provisória em um corredor onde ficam macas com paciente aguardando leitos. (UFTM, 2017).

Os pacientes são recebidos na instituição via Sistema de Regulação Hospitalar e Ambulatorial (SisReg) exceto em casos que configuram porta aberta como os seguintes agravos: urgências ginecológicas, urgências oftalmológicas, portadores de HIV, pacientes referenciados dos Ambulatório e Hemocentro do HC-UFTM, com relatório médico e aviso prévio com as equipes responsáveis, pacientes em tratamento continuado, mediante encaminhamento por escrito de médicos da UFTM, tais como doenças hematológicas em tratamento de quimioterapia, pós-cirúrgicos com até 30 dias, acidente por animais peçonhentos, trauma ou vítima de violência,

vítima ou suspeita de abuso sexual sendo adultos ou crianças em até 72 horas, intoxicação exógena, pós-transplantes e envenenamento (UFTM, 2017).

A instituição tem flutuação da demanda e alta taxa de ocupação relacionada à sua capacidade que ocorre devido à demanda espontânea, vagas zeros e falta de leitos em outros setores do hospital (UFTM, 2017). Adicionalmente, o HC-UFTM apresenta problemas típicos dos serviços de urgência e emergência com superlotação, macas com pacientes em corredores e tempo de internação maior que o recomendado. Mesmo com todos os obstáculos para atendimento que garanta a segurança do paciente o dimensionamento de pessoal não é baseado na complexidade assistencial do paciente.

4.3 Amostra

Foram incluídos prontuários de pacientes internados por pelo menos 24 horas em um dos 22 leitos das enfermarias do Pronto Socorro Adulto, com idade superior a 18 anos e de ambos os sexos, que foram admitidos de janeiro a dezembro de 2018 e que apresentassem prontuário disponível no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital. Foram excluídos do estudo os prontuários de pacientes internados provisoriamente no corredor e sala de urgência, pois não são feitas as classificações de Fugulin destes pacientes.

A determinação do número de prontuários incluídos no estudo foi estabelecido com o auxílio de um estatístico. Para a realização do cálculo amostral foi utilizada a medida de complexidade assistencial, mensurada através da Classificação de Fugulin. Esta apresenta como resultado a mensuração de complexidade avaliada em 5 níveis de Cuidado: Mínimo, Intermediário, Alta Dependência, Semi-Intensivo e Intensivo.

Foi assumido que esta escala segue uma distribuição Multinomial $(\pi_1, \pi_2, \pi_3, \pi_4, \pi_5)$ onde π_1 é a probabilidade de ocorrência de cuidado mínimo, π_2 é a probabilidade de ocorrência de cuidado Intermediário, π_3 é a probabilidade de ocorrência de cuidado de alta dependência, π_4 é a probabilidade de ocorrência de Cuidado semi-intensivo e π_5 é a probabilidade de ocorrência de Cuidado intensivo. E tem-se que $\pi_1 + \pi_2 + \pi_3 + \pi_4 + \pi_5 = 1$.

A fórmula mais geral para o cálculo amostral é dada por

$$Pr$$

Onde π_i é a probabilidade desconhecida da i -ésima categoria da população, p_i é a probabilidade respectiva observada e d_i é a diferença entre as categorias. O valor de k representa o número de categorias da variável. O contexto mais geral do cálculo amostral envolvendo a distribuição Multinomial é discutido por Thompson (1987).

Um importante caso particular ocorre quando $d_i = d$ para todo $i = 1, \dots, k$ e não existe conhecimento a priori sobre os parâmetros e considerando-se o pior cenário, quando $\pi_i = 1/k$ (as probabilidades das categorias todas iguais, demonstrado em Thompson) tem-se que o tamanho amostral é dado por:

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha}}{d} \right)^2 p_i (1 - p_i)$$

O procedimento de correções finitas pela população total (N) é dado por

$$nc = \frac{n}{(1+n/N)}$$

Onde n é o tamanho amostral calculado em 1.

Considerando-se a presença de 5 categorias (níveis de cuidado) com $p = 1/5$ de ocorrência cada, diferença de 3% ($d = 0.03$), população total de 1266 prontuários e nível de significância de 5% ($z = 1.96$) tem-se que o tamanho amostral necessário era de $n = 308$ prontuários. Assim, sequencialmente, foi selecionado para a análise 1 de cada 4 prontuários de pacientes internados nas enfermarias do Pronto Socorro Adulto; caso o prontuário selecionado não atendesse os critérios de inclusão, o prontuário seguinte era avaliado. O Cálculo foi realizado pelo programa R (R Core Team) versão 3.6.1.

4.4 Coleta de Dados

Para coleta de dados sociodemográficos e clínicos, foi utilizado um formulário elaborado pela pesquisadora contendo informações relativas às características pessoais e clínicas (APÊNDICE A) que foram coletadas do prontuário do paciente.

A Classificação de Fugulin é realizada a cada 24 horas pelo enfermeiro do setor, previamente capacitado pelo serviço de educação permanente do hospital, no turno responsável pelo banho do paciente até o desfecho da internação (alta, óbito ou transferência). Para identificação da complexidade, foi selecionado o nível de cuidado predominante do paciente durante todos os dias de internação, quando dois ou mais níveis de cuidado apresentaram frequência equivalente, utilizou-se o maior grau de complexidade. A Classificação de Fugulin classifica o grau de complexidade assistencial de enfermagem em cinco níveis: cuidados intensivos, cuidados semi-intensivos, cuidados de alta dependência, cuidados intermediários e cuidados mínimos. O estado mental, oxigenação, sinais vitais, mobilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação, terapêutica, integridade cutâneo-mucosa/comprometimento tecidual, curativo e tempo utilizado na realização do curativo são variáveis de saúde aplicadas por esse sistema de classificação. Cada variável ganha o escore de

1 a 4, sendo que a soma da pontuação determina à classificação condizente. Sendo assim o tipo de cuidado é determinado conforme o valor do somatório: entre 12 a 17 pontos classifica-se o cuidado como mínimo, de 18 a 22 pontos como cuidado intermediário, de 23 a 28, como alta dependência, 29 a 34 como semi-intensivo e como cuidados intensivos acima de 34 pontos (ANEXO A). (SANTOS et. al. 2007).

O setor utiliza para classificação de risco o protocolo de Manchester. A classificação de risco tem sido implantada nos serviços de urgência e emergência como um instrumento rápido e efetivo para gerenciar o ordenamento dos acessos dos pacientes de acordo com sua gravidade e evolução clínica. O protocolo de Manchester apresenta níveis de urgência com o objetivo de reconhecer os parâmetros de gravidade peculiares a queixa do paciente através de fluxogramas que determinam sua prioridade. A diminuição do prazo de espera do usuário que apresenta casos clínicos graves possibilita a redução da letalidade no serviço. A cor indica o nível de urgência e o período de espera máximo para assistência médica; o protocolo de Manchester possui cinco categorias de triagem (cores): vermelho requer atendimento imediatos do médico e de enfermagem; laranja prevê que o paciente seja atendido em 10 minutos; amarelo é previsto atendimento em 60 minutos; verde atendimento em duas horas e azul previsão de atendimento em quatro horas (DURO, 2014).

4.5 Análise dos Dados

Os dados foram digitados com a técnica de dupla digitação no Microsoft Excel para Windows 2010. Após a validação da planilha, os dados foram importados para o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Foram realizadas análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas, e análise de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão) para as variáveis contínuas. A diferenças entre as médias das variáveis contínuas foi avaliada pelo teste de Mann-Whitney. A associação entre as variáveis com as categorias da Classificação de Fugulin foi analisada pelos testes qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, quando aplicáveis. Foi adotado o valor de $p < 0,05$ para avaliar o nível significância estatística entre as análises.

4.6 Aspectos Éticos

Este projeto foi elaborado de acordo com os preceitos da Resolução 466/2012 MS/ CNS, e aprovado pela instituição proponente sob parecer número 3.634.148 (ANEXO B).

Foi solicitada autorização HC-UFTM para o desenvolvimento da pesquisa (APÊNDICE B). Foi ainda solicitada a dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Esta solicitação justifica-se pela dificuldade que provavelmente de entrar em contatos com os pacientes, devido ao grande número de atendimento e ao risco de muitos terem falecidos.

Informo que no projeto não está previsto o uso de grupos vulneráveis. Os formulários de coleta de dados ficarão guardados por cinco anos, na sala da professora orientadora, em armário com chave, a fim de garantir o sigilo da identidade dos participantes. Os resultados do estudo serão publicados em eventos e artigos científicos.

5 RESULTADOS

No ano de 2018 foram internados 1266 pacientes nas enfermarias do Pronto Socorro Adulto do HC-UFTM, destes, 308 foram incluídos na amostra deste estudo. A maioria dos pacientes era do sexo masculino, com idade média de 63,8 ($\pm$ 16,5) anos. Nota-se a grande frequência de comorbidades na amostra estudada, sendo que apenas 18 pacientes não apresentavam comorbidades. Não foi observada associação entre as variáveis sociodemográficas, comorbidades e hábitos de vida com a complexidade assistencial de acordo com a classificação de Fugulin (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos, comorbidades e hábitos de vida de pacientes internados nas enfermarias do Pronto Socorro Adulto do HC-UFTM, de acordo com a classificação de Fugulin, Uberaba/MG, 2018.

Variáveis	CI N (%)	CSI N (%)	CAD N (%)	CIn N (%)	CM N (%)	Valor de <i>p</i>
Sexo						
Masculino	10 (40)	18(66,7)	62(51,7)	58(54,2)	18(62,1)	0,315*
Feminino	15 (60)	9(33,3)	58(48,3)	49(45,8)	11(37,9)	
Idade						
18 a 59 anos	5 (20,0)	12 (44,4)	44 (36,7)	44 (41,1)	11 (37,9)	0,349*
60 anos ou mais	20 (80,0)	15 (55,6)	76 (63,3)	63 (58,9)	18 (62,1)	
Comorbidades						
Nenhuma	1 (4,0)	4 (14,8)	6 (5,0)	5 (4,7)	2 (6,9)	0,079 [#]
Uma	5 (20,0)	6 (22,2)	29 (24,4)	44 (41,1)	13 (44,8)	
Duas	8 (32,0)	12 (44,4)	38 (31,7)	27 (25,2)	10 (34,5)	
Três	5 (20,0)	4 (14,8)	25 (20,8)	19 (17,8)	3 (10,3)	
Quatro	4 (16,0)	0 (0,0)	14 (11,7)	10 (9,3)	1 (3,4)	
Cinco	2 (8,0)	0 (0,0)	7 (5,8)	2 (1,9)	0 (0,0)	
Seis	0 (0,0)	1 (3,7)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Tabagista						
Não	7(63,6)	8(66,7)	29(58,0)	29(61,7)	6(60,0)	0,927 [#]
Sim	4(36,4)	4(33,3)	21(42,0)	18(38,3)	4(40,0)	
Etilista						
Não	10(90,9)	7(58,4)	41(82,0)	42(89,4)	9(90,0)	0,169 [#]
Sim	1(9,1)	5(41,6)	9(18,0)	5(10,6)	1(10,0)	
Usuário drogas ilícitas						
Não	9(36)	11(91,6)	49(98,0)	46(97,9)	9(90,0)	0,664 [#]
Sim	0(0)	1(8,4)	1(2,0)	1(2,1)	1(10,0)	
Total	25 (100)	27 (100)	120 (100)	107 (100)	29 (100)	

Legenda: CI – Cuidados Intensivos; CSI – Cuidados Semi-intensivos; CAD – Cuidados de Alta Dependência; CIn – Cuidados Intermediários; CM – Cuidados Mínimos.

* Teste qui-quadrado de Pearson

[#] Teste exato de Fisher

Fonte: Banco de dados da autora.

Os pacientes incluídos neste estudo, apresentavam 42 comorbidades diferentes. Vale ressaltar que o mesmo paciente tinha um ou mais comorbidades, sendo as mais frequente a hipertensão arterial sistêmica (HAS), seguida de cardiopatias e diabetes Mellitus (DM). (Tabela 2).

Tabela 2- Descrição das principais comorbidades de pacientes internados nas enfermarias do Pronto Socorro Adulto do HC-UFTM. Uberaba/MG, 2018.

Variáveis	Todos os Pacientes
Comorbidades	N (%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	179 (58,1)
Cardiopatias	83 (26,9)
Diabetes Mellitus	68 (22,1)
Acidente vascular encefálico prévio	39 (12,7)
Neoplasia	32(10,4)
Outras*	270 (87,7)

* doença hepática; insuficiência renal aguda; hipotireoidismo; infarto agudo do miocárdio prévio; Alzheimer; obesidade e dislipidemia

Fonte: Banco de dados da autora.

A maioria dos pacientes foi admitida no serviço encaminhada pelas UPAs do município e buscavam a especialidade clínica. A origem do paciente foi associada à complexidade assistencial. Em relação à regulação, observa-se predominância da Vaga Zero, além disso, a maioria dos pacientes apresentavam internação prévia à admissão na instituição onde o estudo foi realizado; o tipo de regulação foi estatisticamente associado à complexidade assistencial (Tabela 3).

Tabela 3 - Características da internação de pacientes internados nas enfermarias do Pronto Socorro Adulto do HC-UFTM, de acordo com a classificação de Fugulin, Uberaba/MG, 2018.

Variáveis	CI	CSI	CAD	CIn	CM	Valor de p
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Origem						
UPA	17 (68)	9 (33,3)	46 (38,3)	44 (41,1)	13 (44,8)	0,035 [#]
SAMU/Resgate	4 (16)	6 (22,2)	29 (24,1)	19 (17,8)	2 (6,8)	
Cidade de referência	1 (4)	4 (14,8)	20 (16,7)	22 (20,6)	2 (6,9)	
Domicílio	1 (4)	4 (14,8)	15 (12,5)	12 (11,2)	7 (24,1)	
Demanda Interna	1 (4)	1 (3,7)	8 (6,7)	8 (7,5)	5 (17,2)	
Rede privada	1 (4)	3 (11,1)	2 (1,7)	2 (1,9)	0 (0,0)	
Especialidade						
Clínico	20 (80)	21 (77,8)	93 (77,5)	92 (86,0)	21(72,4)	0,474 [#]
Cirúrgico	2 (8)	3 (11,1)	15 (12,5)	11 (10,3)	7 (24,1)	
Neurologia	3 (12)	2 (7,4)	10 (8,3)	3 (2,8)	1 (3,4)	
Ortopedia	0 (0)	1 (3,7)	2 (1,7)	1 (0,9)	0 (0,0)	
Regulação						
Vaga zero	10 (40)	14 (51,9)	56 (46,7)	50 (46,7)	2 (6,9)	0,002 [#]
SUS fácil	12 (48)	9 (29,6)	36 (30,0)	37 (34,6)	15 (51,7)	
Demanda espontânea	3 (12)	5 (18,5)	28 (23,3)	20 (18,7)	12 (41,4)	
Internação prévia						
Sim	19 (76)	18 (66,7)	78 (65,0)	72 (67,3)	21 (72,4)	0,827 [*]
Não	6 (24)	9 (33,3)	42 (35,0)	35 (32,7)	8 (27,6)	
Total	25 (100)	27 (100)	120 (100)	107 (100)	29 (100)	

Legenda: CI – Cuidados Intensivos; CSI – Cuidados Semi-intensivos; CAD – Cuidados de Alta Dependência; CIn – Cuidados Intermediários; CM – Cuidados Mínimos.

* Teste qui-quadrado de Pearson

[#] Teste exato de Fisher

Fonte: Banco de dados da autora.

Em relação às características clínicas dos pacientes, houve associação estatisticamente significativa entre a necessidade de suporte ventilatório, sedação e uso de drogas vasoativas com a complexidade assistencial avaliada pela Classificação de Fugulin, destacando-se os pacientes classificados como Cuidados de alta dependência e Cuidados intermediários. A maioria dos pacientes teve como desfecho a transferência para outro setor da instituição. O tempo de internação foi associado à complexidade assistencial, sendo o maior observado nos pacientes classificados como Cuidados intensivos (Tabela 4).

Tabela 4 - Características clínicas de pacientes internados nas enfermarias do Pronto Socorro Adulto do HC-UFTM, de acordo com a classificação de Fugulin, Uberaba/MG, 2018.

Variáveis	CI N (%)	CSI N (%)	CAD N (%)	CIn N (%)	CM N (%)	Valor de <i>p</i>
Suporte ventilatório						
Não	1(4)	4 (14,8)	65 (54,2)	85 (79,4)	24 (82,8)	0,000 [#]
Sim	24 (96)	23 (85,2)	55 (45,8)	22 (20,6)	5 (17,2)	
Sedação						
Não	4 (16)	11 (40,7)	108 (90,0)	104 (97,2)	28 (96,6)	0,000 [#]
Sim	21 (84)	16 (59,3)	12 (10,0)	3 (2,8)	1 (3,4)	
Drogas vasoativas						
Não	6 (24)	20 (74,1)	100 (83,3)	97 (90,7)	27 (93,1)	0,000 [#]
Sim	19 (76)	7 (25,9)	20 (16,7)	10 (9,3)	2 (6,9)	
Desfecho da internação						
Transferência para outro setor	18 (72)	18 (66,7)	79 (65,8)	67 (62,6)	23 (79,3)	0,296 [#]
Alta para domicílio	5 (20)	9 (33,3)	29 (24,2)	26 (24,3)	6 (20,7)	
Óbito	2 (8)	0 (0)	12 (10,0)	14 (13,1)	0 (0,0)	
Tempo de internação						
	Mediana (Min-Max)	Mediana (Min-Max)	Mediana (Min-Max)	Mediana (Min-Max)	Mediana (Min-Max)	
	7 (2-16)	4 (2-24)	4 (2-24)	4 (2-21)	3 (0-13)	0,001 ^{&}
Total	25 (100)	27 (100)	120 (100)	107 (100)	29 (100)	

Legenda: CI – Cuidados Intensivos; CSI – Cuidados Semi-intensivos; CAD – Cuidados de Alta Dependência; CIn – Cuidados Intermediários; CM – Cuidados Mínimos.

[&]Análise de variância

[#] Teste exato de Fisher

Fonte: Banco de dados da autora.

Nesta amostra 129 (41,9%) pacientes necessitaram de suporte ventilatório, sendo que o dispositivo mais frequente foi o cateter nasal seguido pelo tubo endotraqueal. A descrição desses resultados encontra-se na Tabela 5.

Tabela 5 - Frequência dos tipos de dispositivos ventilatórios usados em pacientes internados nas enfermarias do Pronto Socorro Adulto do HC-UFTM, Uberaba/MG, 2018.

Variáveis	Todos os Pacientes
Dispositivos Ventilatórios	N = 129 (%)
Cateter nasal	62 (48)
Tubo endotraqueal	54 (41,9)
Máscara com reservatório	7 (5,4)
Máscara de macronebulização	6 (4,7)

Fonte: Banco de dados da autora

Os pacientes internados no Pronto Socorro Adulto foram expostos a procedimentos invasivos, com maior índice de uso o cateter venoso periférico, seguido do cateter gástrico, cateter vesical e o tubo traqueal (Tabela 6).

Tabela 6 - Frequência de dispositivos invasivos em pacientes internados nas enfermarias do Pronto Socorro Adulto do HC-UFTM, Uberaba/MG, 2018.

Variáveis	Todos os Pacientes
Dispositivos Invasivos	N = 308 (%)
Cateter Venoso Periférico	302 (98)
Cateter gástrico/entérico	66(21,4)
Cateter Vesical	62 (20,1)
Tubo Traqueal	40 (13)
Cateter Venoso Central	36(11,7)
Cateter Venoso de Hemodiálise	17(5,5)
Cânula de traqueostomia	11(3,6)
Drenos	7(2,3)

Fonte: Banco de dados da autora.

De acordo com o Protocolo de Manchester, maioria dos pacientes incluídos neste estudo foi classificada como muito urgente (laranja) e urgente (amarelo), além disso, a classificação no protocolo de Manchester foi estatisticamente associada à complexidade assistencial de acordo com a Classificação de Fugulin.

Tabela 7 - Classificação de Manchester de pacientes internados nas enfermarias do Pronto Socorro Adulto do HC-UFTM, de acordo com a classificação de Fugulin, Uberaba/MG, 2018.

Variáveis	CI N (%)	CSI N (%)	CAD N (%)	CIn N (%)	CM N (%)	Valor de p
Vermelho	3 (12,0)	1 (3,7)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Laranja	19 (76,0)	20 (74,1)	61 (50,8)	52 (48,6)	4 (13,8)	
Amarelo	3 (12,0)	6 (22,2)	58 (48,3)	55 (51,4)	24 (82,8)	0,000 [#]
Verde	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,4)	
Total	25 (100)	27 (100)	120 (100)	107 (100)	29 (100)	

Legenda: CI – Cuidados Intensivos; CSI – Cuidados Semi-intensivos; CAD – Cuidados de Alta Dependência; CIn – Cuidados Intermediários; CM – Cuidados Mínimos.

[#] Teste exato de Fisher

Fonte: Banco de dados da autora.

6 DISCUSSÃO

Os prontos-socorros são estruturados para realizar atendimento imediato, além de facilitar a realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos. Devido à deficiência estrutural da rede de assistência e pouca resolução atingida em outras instâncias da organização de saúde, tornam-se, frequentemente, a primeira referência da população em procura por atendimento médico (GARCIA, FUGULIN, 2012).

O setor de pronto atendimento é fundamental para a rede de atenção à saúde por ser um setor capaz de atuar na redução de agravos a saúde, o que afeta diretamente as taxas de morbimortalidade. O ato de conhecer e avaliar o perfil da clientela é essencial para traçar ações e planejar tanto as atividades de assistência em saúde, como direcionar fluxo, remanejar processo de trabalho, capacitar profissionais e outras atividades (HEHN; BUENO, 2020).

Considerando essa importância, neste estudo observa-se predominância de indivíduos do sexo masculino (53,1%). A predominância do sexo masculino em serviços de urgência e emergência, principalmente em hospitais públicos, se dá principalmente pelo fato de homens estarem mais propensos a violência urbana, causas externas e acidentes de trabalho (FEIJÓ et al., 2015), além disso, os homens têm baixa assiduidade ao serviço de atenção básica e possuem pouco costume de prevenir doenças quando comparados às mulheres. O sexo masculino sofre mais de circunstâncias graves e crônicas de saúde contrastado com as mulheres, e por esse fato, buscam com grande regularidade as unidades de urgência (GUEDES et al., 2014).

De acordo com os dados sociodemográficos, os resultados deste estudo evidenciaram que ocorreu admissão significativa de pessoas idosas. A literatura mostra resultados semelhantes, com predominância de indivíduos com idade superior a 60 anos (COELHO, GOURLART, CHAVES, 2013; CASAROLLI et al, 2015; GARCIA et al., 2014). Esse resultado pode ser explicado quando consideramos que o próprio processo de envelhecimento reflete diretamente nas condições de saúde dos indivíduos, tornando-os mais suscetíveis a patologias crônicas e agudas (COELHO; GOURLART; CHAVES, 2013).

Estes dados confirmam que a redução das capacidades funcionais na população idosa requer cuidados especiais e vários estudos confirmam a associação do perfil etário com a necessidade de internação (MIRANDA, MENDES, SILVA, 2016; MOTTA, HANSELL, SILVA, 2010). O envelhecimento biológico consiste na deterioração molecular e celular, que resultam em várias alterações do funcionamento orgânico, podendo gerar aumento da vulnerabilidade a comprometimentos funcionais, debilidade e do risco para o desenvolvimento de doenças, geralmente prevalecendo as doenças crônico-degenerativas sobre as infecto-

parasitárias. Na população idosa, as comorbidades não transmissíveis já representam a mais de 87% das patologias (OLIVEIRA et al., 2018).

Os recursos disponíveis para a assistência à saúde, desde a atenção primária até a quaternária, devem estar articulados para proporcionar atenção e cuidados integrais, centrados nos usuários. O envelhecimento da população acarreta agravos de saúde que geram desafios para instâncias de saúde, sendo assim, os idosos têm maior possibilidade de condições adversas como quedas, internações, decadência funcional, institucionalização e óbito, exigindo ações integrais do sistema de saúde (MOTTA, HANSELL, SILVA, 2010).

As doenças crônicas representam um importante desafio para saúde pública com tendência de aumento, levando em conta os eventos de agudização das doenças. Considerando o histórico prévio dos pacientes incluídos neste estudo, verifica-se que 290 (94%) apresentam uma ou mais comorbidades. A maior parte dos pacientes que apresenta uma ou mais comorbidades foram classificados como Cuidado de alta dependência ou Cuidado intermediário, o que corrobora com estudo realizado que caracterizou o perfil sócio demográfico e de morbidade dos pacientes admitidos na clínica médica de um hospital de ensino público, onde a maior parte dos pacientes apresentavam alguma comorbidade (ROSSINI, FERRAZ, 2009).

Nossos resultados apontam que as comorbidades mais prevalentes na população deste estudo foram HAS (58,9%), cardiopatia (26,9%) e DM (22,1%). A HAS é uma comorbidade crônica não transmissível muito comum junto à população adulta, está entre o agravo à saúde de grande impacto no país, gerando aumento significativo na mortalidade (MARTINS et al., 2004). Cerca de 30% dos brasileiros são portadores de HAS sendo fator significativo para o acometimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (LIMA et al., 2015).

No cenário epidemiológico, destaca-se que, as doenças cardiovasculares (DCV). Estima-se que 17,7 milhões de indivíduos faleceram por DCV em 2015, representando 31% de óbitos mundial. Destas mortes existe a estimativa que 7,4 milhões ocorreram por doenças cardíacas e 6,7 milhões por acidente vascular encefálico (AVC), tendo impacto direto sobre a organização dos serviços de saúde (OPAS, 2017; INS, 2019).

O DM configura um doenças de grande magnitude na atualidade, como um relevante fator de morbidez e letalidade. O crescente predomínio de pessoas obesas, envelhecimento populacional, hábitos sedentários e a urbanização são apontados como as principais causas responsáveis pela ocorrência dessa doença mundialmente. Estima-se que 382 milhões de indivíduos no mundo têm DM (8,3%) e que esse quantitativo poderá alcançar a 592 milhões em 2035 (FLOR; CAMPOS, 2017).

A grande incidência das condições crônicas nos países em desenvolvimento culmina em enormes custos para a saúde pública (BAPTISTA et al., 2018). Números disponíveis na literatura são equivalentes aos obtidos neste estudo. Um estudo realizado nos pacientes internados na UTI geral de uma instituição hospitalar pública de grande porte, localizada no Distrito Federal observou que 58,1% dos pacientes apresentavam HAS e 19,4% DM como as comorbidades prévias (VIEIRA et al., 2019).

Faz-se necessário, um modelo de atenção básica resolutivo com motivações para engajamentos em promoção da saúde que possa contribuir para redução da incidência de enfermidades por condições crônicas não transmissíveis e baixar a taxas de situações agudas naqueles indivíduos já afetados, a fim de evitar hospitalizações recorrentes (ROSSINI; FERRAZ, 2009).

Neste estudo, independentemente da variável analisada, identificou-se maior número de pacientes classificados com Cuidados de alta dependência e Cuidados intermediários. Este fato ocorre porque os pacientes, comumente, são alocados nas enfermarias do Pronto Socorro Adulto por falta de leitos nos demais setores do hospital. Adicionalmente, este estudo identificou a ocorrência de internação no Pronto Socorro Adulto de pacientes classificados como Cuidados semi-intensivos e Cuidados intensivos, todavia, o pequeno número de paciente com essas classificações que permanecem internados no Pronto Socorro Adulto pode indicar que esses pacientes têm maior proporção de transferência para outros setores do hospital devido à exigência de um maior suporte da equipe multiprofissional e melhores recursos tecnológicos e materiais encontrados nas UTIs.

Em relação a classificação de cuidado de enfermagem exigido pelo paciente, estudo em um hospital público em São Paulo que caracterizou o perfil assistencial dos pacientes adultos internados no pronto-socorro, mostrou que a maioria dos pacientes foram classificados como Cuidado mínimo, seguidos daqueles classificados como Cuidado intermediário, Cuidado de alta dependência, Cuidados intensivo e Cuidado semi-intensivo. Esses resultados divergentes ao nosso estudo podem ser explicados por este estudo classificar apenas os pacientes internados na sala de emergência, excluindo as enfermarias de retaguarda (OHARA; MELO; LAUS, 2010).

As evidências apontam que nosso país 90% das emergências no pronto-socorro dos hospitais são situações clínicas, ficando 10% remanescente para traumas (RIBEIRO et al., 2014). Dado similar é encontrado nos nossos resultados, onde 80,2% dos pacientes buscavam a especialidade de clínica médica. O hospital universitário onde o estudo foi realizado é referência regional em urgência e emergência e está em constante situação de superlotação. A

grande procura pela especialidade clínica médica pode ser explicada pelas alterações demográficas, com aumento de enfermidades crônicas não transmissíveis e a piora das condições de vida populacional.

Quanto a forma de entrada no serviço de emergência, o estudo evidenciou uma quantidade significativa de paciente que são regulados como Vaga zero, contradizendo o que recomenda a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2077, de 2014, e outras (CFM, 2014; BRASIL, 2002). A Vaga zero deve ser usada para garantir ingresso instantâneo aos pacientes que corre o risco de óbito ou com nível de dor intensa, devendo ser utilizada como situação de exceção e não uma estratégia rotineira na atenção às urgências (CFM, 2014).

O grande número de internações por vaga zero deixa o setor de emergência superlotado e sem condição técnica de continuidade da assistência, resultando em pacientes graves mantidos em macas necessitando de ventilação mecânica e com tratamento pouco resolutivo devido à alta demanda. Consequentemente, o sistema de emergência entra em colapso, pois diminuir as possibilidades de locais para transferências de pacientes críticos vindos de instituições de saúde de menor porte. Esta realidade é acentuada pela situação em que os critérios para vaga zero não serem respeitados pelo regulador que encaminha o paciente sem risco iminente de óbito ou nível de dor intensa, agravando ainda mais as condições da assistência nos setores de emergência dos hospitais de referência (CFM, 2014).

Observou-se no presente estudo que maior parte dos pacientes admitidos vieram das UPAs e foram classificados em grande maioria como Cuidado de alta dependência e Cuidado intermediário, sendo assim, não apresentavam risco de morte imediato pois já estavam recebendo atendimentos aos seus agravos de saúde na instituição de origem.

As UPAs são integradas em redes de atenção às urgências como principal componente fixo de urgência pré-hospitalar, exercendo papel assistencial como unidades intermediárias entre a atenção primária e a assistência hospitalar. A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) implantada em 2003, trouxe a valorização da assistência pré-hospitalar, enfatizando que o atendimento às urgências não está restrito somente aos serviços hospitalares (O'DWYER et al., 2017).

Neste estudo observou-se que 208 (67,5%) dos pacientes apresentavam internação prévia à admissão na instituição onde o estudo foi realizado. O atendimento às urgências e emergências, em consequência pouca resolutividade na instância local de saúde acabam sendo porta de entrada para os pacientes na oportunidade de ingresso ao serviço de maior complexidade. O acesso facilitado aos níveis de maior complexidade e fluxos inexistentes ou

inadequados, provocam interferências que afetam os princípios e diretrizes do SUS e a racionalidade dos gastos da saúde (COELHO et al., 2010).

No que se refere ao perfil de gravidade dos pacientes atendidos pelo serviço de urgência, Guedes e colaboradores (2014) discutem sobre a alta demanda de pacientes com quadros que poderiam ser atendidos e resolvidos em níveis menos complexos de atendimento, como a atenção primária. Não só essa situação sobrecarrega o serviço de urgência como aumenta o tempo de espera por atendimento. Assim, é importante que o serviço de urgência considere um sistema de classificação de paciente que seja capaz de absorver a real demanda de acordo com a gravidade de cada caso.

De acordo a resolução nº 2077 do Conselho Federal de Medicina de 2014, o tempo de permanência máximo de um paciente no serviço de urgência e emergência é de até 24 horas, passado este período ele deve ter alta, ficar internado ou ser transferido. Entretanto não é uma conduta que ocorre em grande parte dos hospitais públicos no país. Segundo dados encontrados neste estudo os pacientes classificados como Cuidado intensivo demonstram possuir maior tempo de internação, com mediana de 7 dias, contudo, vale ressaltar que os pacientes em Cuidado de alta dependência e Cuidado semi-intensivo foram os que tiveram o maior valor máximo de dias de internação, 24 dias, o que pode ser explicado pela carência de leitos nas enfermarias. O tempo de permanência é um indicador importante porque geralmente esses serviços são sobrecarregados, levando o paciente a ficar em macas nos corredores, sem privacidade, comodidade, sem espaço para acompanhante, o que gera insatisfação e insegurança com o serviço prestado. Juntando este fato à falta de recursos humanos e materiais muitas vezes encontrados principalmente nos serviços públicos, gera além de insatisfação do cliente, aumento do risco de procedimentos não seguros e diminui a qualidade da assistência (CASAROLLI et al., 2015).

Quanto ao tempo de permanência, Peres e colaboradores encontrou valores semelhantes aos deste estudo; 54,3% (N=2148) dos pacientes ficaram no pronto-socorro por até três dias (média 4,95; $\pm 5,98$; mediana=3, mínimo=1 e máximo=117 dias). O autor ainda destaca que por mais que a média seja relativamente pequena, o máximo de dias é alto, e geralmente esses pacientes permanecem internados aguardando uma conduta definitiva, seja transferência para outro setor ou instituição, ou alta (PERES et al. 2013).

No que diz respeito ao tempo de permanência dos pacientes no serviço de urgência, o longo tempo de internação dificulta o rodízio dos leitos, eleva os gastos do hospital e aumenta o desenvolvimento de agravos relacionados a hospitalização como infecções hospitalares e piora clínica. Dados da literatura colocam que o período de internação hospitalar eleva defronte

de inconstantes como sofrimento, tabagismo, etilismo, DM , HAS e infecções (SHUPP et al., 2010).

Neste estudo a análise da associação dos dados do Protocolo de Manchester e da classificação de Fugulin, evidenciou que para as classificações Cuidado intensivo, Cuidados Semi intensivo e Cuidado de alta dependência prevaleceu a classificação laranja, para Cuidado intermediário e Cuidado mínimo prevaleceu a classificação amarela. Nesse contexto, este estudo difere da literatura, uma vez que ela traz que a maioria dos pacientes que são atendidos nos serviços de urgência de emergência dos hospitais são classificados, de acordo com Manchester, nas cores azul e verde (OLIVESKI et al., 2017; MENDES, 2017). Todavia, destaca-se que a realidade do local onde o estudo foi realizado é de atendimento referenciado, ou seja, os atendimentos realizados pelo Pronto Socorro Adulto não são por meio de demanda espontânea, apesar de ocorrência em menor proporção, mas de pacientes encaminhados por algum outro serviço de saúde, geralmente serviços especializados em atendimentos de urgência e emergência, como SAMU e UPA, o que pode explicar a alta demanda de pacientes classificados como amarelos e laranjas.

Além dos atendimentos e procedimentos básicos presentes nos setores de pronto atendimento, a equipe precisa prestar assistências aos pacientes que vêm para consulta médica, que realizarão procedimentos de enfermagem, medicação, exames, transferências, altas e demais processos. Assim, a classificação de Fugulin deveria ser usada não só como indicador de complexidade de atendimento, mas para o dimensionamento de recursos humanos, para que o serviço não sobrecarregue ninguém e a assistência permaneça com qualidade (CASAROLLI et al., 2015).

Os resultados do estudo demonstraram que pela complexidade do quadro clínico, pacientes internados no Pronto Socorro Adulto foram expostos a grande quantidade de procedimentos invasivos, com maior frequência de uso o cateter venoso periférico, seguido do cateter gástrico, cateter vesical e o tubo endotraqueal. A literatura evidencia que a realização destes procedimentos pode favorecer a ocorrência de infecção, pela variedade de sítios em que são necessários, aliado ao elevado tempo de permanência e o aparecimento de bactérias multirresistentes (SOUSA et al., 2017).

O estudo revelou que grande parte dos pacientes precisou de suporte ventilatório, sendo o cateter nasal o dispositivo mais frequente, seguido do tubo endotraqueal (TET) podendo assim relacionar com a gravidade dos pacientes. A Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) é um processo de suporte para o tratar de pacientes críticos com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada. Assiste ou substitui à respiração espontânea do paciente, tendo como

objetivos principais manter as trocas gasosas, reduzir o desconforto respiratório e reverter ou evitar a fadiga da musculatura respiratória (KOCK et al., 2017).

A literatura pesquisada evidencia que a utilização prolongada de TET pode causar a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) (SOUSA et al., 2017). Estima-se que a PAVM afete 8 a 20% dos pacientes internados em UTI. A mortalidade varia de 20 a 50% e para agente etiológico multirresistentes pode chegar a 70%. O tempo de ventilação mecânica, a presença da síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), doença pulmonar crônica (DPOC), sepse, enfermidade neurológica, trauma, uso desregrado de antimicrobiano e necessidade de transfusão de sangue são considerados fatores de riscos para a PAVM (KOCK et al., 2017).

Neste estudo, referente ao desfecho da internação no Pronto Socorro Adulto, pode-se observar que quanto menor o nível de complexidade assistencial, maior foi o percentual de alta e quanto maior o grau de complexidade de assistencial maior o percentual de transferência para outro setor. Em relação aos óbitos, observou-se maior frequência nos pacientes classificados em Cuidado de alta dependência e Cuidado intermediário, fato que pode se justificar pela internação prolongada no Pronto Socorro Adulto devido à carência de leitos para transferência. Outro estudo que usou o Sistema de Classificação de Paciente Fugulin para classificar os pacientes de um Pronto Socorro Adulto de um hospital escola encontrou resultados semelhantes, ou seja, quanto mais baixa a gravidade do paciente maior a prevalência de alta (PAIXÃO et al., 2015).

A enfermagem lida rotineiramente com diversas situações que acarretam sobrecarga de trabalho. A condição do sistema de emergência é alarmante pois sofre interferência de problemas estruturais e organizacionais como: falta de pessoal, ambiguidade de funções, flutuação da demanda, superlotação e falta de estrutura física hospitalar que espelham de modo direto na qualidade da assistência fornecida ao paciente. Nesse contexto, o atendimento de qualidade é executável quando as instituições proporcionam condições adequadas de serviços, com meios físicos e humanos e métodos institucionais coesos para um cuidado seguro. (PAIXÃO et al., 2015; ZAMBONIN et al., 2019).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo caracterizou o grau dependência de cuidados de enfermagem exigidos pelos pacientes internados nas enfermarias do Pronto Socorro, evidenciando uma elevada dependência da assistência de enfermagem.

Ressalta-se que o elevado grau de dependência ligado à longa permanência dos pacientes no setor descaracteriza o Pronto Socorro como unidade de estabilização de pacientes. O setor de emergência superlotado é acentuado com a pouca resolutividade no sistema local de saúde com fluxos inexistentes ou inadequados fazendo necessário uma melhor articulação entre os serviços de saúde com estratégias mais eficazes e de aperfeiçoamento do sistema de regulação de pacientes e leitos.

Acredita-se que os dados encontrados ofereçam subsídios para novas apurações direcionadas a técnica de avaliação, planejamento assistencial e ajuste do quadro de profissionais de enfermagem, bem como de recursos materiais e equipamentos, tendo em vista que a provisão apropriada as necessidades são de suma importância para assegurar uma assistência segura e de qualidade.

8 CONCLUSÃO

Este estudo apontou que a maioria dos pacientes internados nas enfermarias do pronto socorro da instituição estudada são classificados como Cuidados de Alta Dependência e Cuidados Intermediários, de acordo com a classificação de Fugulin, além disso, observou-se que o grau de complexidade assistencial foi associado às características da internação, às necessidades clínicas e à classificação de Manchester.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, V. B.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C., Variabilidade do grau de complexidade assistencial do paciente em relação à equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, São José do Rio Preto, v. 17, n. 1, p. 34-39, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000100006>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692009000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 maio 2020
- BAPTISTA, B.A.; et al. Alterações glicêmicas e pressóricas em pacientes críticos. **Rev. enferm. UFPE online**, Recife, v. 12, n. 8, p. 2163-69, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-994472>. Acesso em: 20 out. 2020.
- BARBOSA, H. B. et al. Nível de complexidade assistencial de pacientes e o quantitativo de profissionais de enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM, Santa Maria**, v. 4, n. 1, p. 29-37, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/9230/pdf> Acesso em: 20 maio 2020.
- BARBOZA, D. S.; SILVA, R.G.M., Sistemas de classificação de pacientes em uma unidade terapia intensiva neurológica. **Journal Health NPEPS.**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 197-207, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1552>. Acesso em: 13 out. 2020.
- BRASIL. Lei no 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2002. p. 32–54.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção em Saúde no âmbito do SUS. Brasília (DF); 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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), Brasília (DF). 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.976, de 12 de setembro de 2014. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013. Brasília (DF). 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. Brasília (DF). 2012.

BRITO, A. P.; GUIRARDELLO, E. B., Nível de complexidade assistencial dos pacientes em uma unidade de internação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 92-6, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100013>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000100013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 08 set. 2020.

CAMPOS G. W. S. **Regionalização é o futuro do SUS** [internet]. Brasília: Região e Redes; 2014. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/regionalizacao-e-o-futuro-do-sus/>. Acesso em: 20 out. 20.

CASANOVA, A. O. *et al.* A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26562016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401209&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 8 set. 2020.

CASAROLLI, A. C. G. *et al.* Nível de complexidade assistencial e dimensionamento de enfermagem no Pronto-Socorro de um hospital público. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 2, p. 278–285, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769216811>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16811>. Acesso em 03 out. 2020.

CASTILHO, V. *et al.* Custo total com pessoal para implementação de um sistema de apoio à decisão em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 1-7, São Paulo, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3074.2383>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000100158&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 15 out 2020

COELHO, M. F. *et al.* Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_16. Acesso em: 12 nov. 2020.

COELHO, M. F.; GOULART, B. F.; CHAVES, L. D. P. Urgências clínicas: perfil de atendimentos hospitalares; **Rev Rene**, v.14, n.1, p. 50-59, 2013. <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027985007.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2020

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) Resolução CFM n. 2077/14, de 16 de setembro de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>. Acesso em: 15 out 2020.

DUFFIELD *et al.* Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. **ApplNurs Res.** v. 24, n. 4, p. 244-255, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2009.12.004>. Disponível em : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189709001311>. Acesso em: 14 maio 2020.

DURO, C. L. M. **Classificação de risco em serviços de urgência na perspectiva dos enfermeiros**. Porto Alegre: UFRGS, 2014. 224 p. Tese: (Programa de Pós-Graduação Enfermagem, para título de Doutor em Enfermagem, Políticas, avaliação e atenção em Saúde e Enfermagem). Universidade Federal do Rio grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

EVANGELISTA, M. J. O; *et al.* O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6 , p. 2115-24, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08882019>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602115&tlng=pt. Acesso em: 14 set. 2020.

FAVARIN, S. S.; CAMPONOGARA, S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 320-9, 2012. DOI: <https://doi.org/10.5902/217976925178>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5178>. Acesso em: 01 out. 2020.

FEIJÓ, V. B. R.; *et al.* Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 627-36, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00627.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

FERREIRA, T. L. S.; *et al.* Avaliação do atributo coordenação do cuidado em serviços de puericultura na atenção primária à saúde. **Rev. Ciênc. Plur**, p. 98-107, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-848600>. Acesso em: 02 out. 2020.

FREIRE, A. B.; *et al.* Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? **Revista de Saúde Santa Maria**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 195-200, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/15061/pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

GARCIA, P. C.; FUGULIN, F. M. T., Tempo de assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva adulto e indicadores de qualidade assistencial: análise correlacional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1-9, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000400004>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000400004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 maio 2020.

GARCIA, V. M.; *et al.* Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 261-7, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140035>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000200261&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 jun. 2020.

GELBCKE, F. L.; *et al.* Instrumento para classificação do grau de dependência de usuários: um estudo para contribuir no dimensionamento de pessoal. **Enfermagem em Foco**, Santa Catarina, v. 3, n. 1, p. 25-8, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1028157>. Acesso em: 24 jun. 2020.

GUEDES, H. M.; *et al.* Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4., n. 1, p. 37-44, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13108>. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832014000100005&lng=pt&nrm=isso. Acesso em 02 out. 2020.

GVOZD, R. *et al.* Grau de dependência de cuidado: pacientes internados em hospital de alta complexidade. **Esc. Anna Nery**, Londrina, v. 16, n. 4, p. 775-780, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400019>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000400019&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 jun. 2020.

HEHN, R.; BUENO, A. L. M. Perfil epidemiológico dos atendimentos de um pronto atendimento privado do sul do Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, n. 0, p. 58, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769237989>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/37989>. Acesso em: 16 nov. 2020.

HOLDEN, R.J.; *et al.* A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life. **BMJ Qual Saf.**, v.20, n. 1, p. 15-24, 2011. DOI: [doi: 10.1136/bmjqs.2008.028381](https://doi.org/10.1136/bmjqs.2008.028381). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21228071/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFTM. Pronto socorro. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-uftm/pronto-socorro>. Acesso em: 08 set. 2018.

Instituto Nacional de Saúde doutor Ricardo Jorge. **Doenças Cardiovasculares**. Portugal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/3447> Acesso em: 20 out 2020.

IOM - INSTITUTE OF MEDICINE. **Regionalizing emergency care**: workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press, 2010. DOI: <https://doi.org/10.17226/12872>. Acesso em: 15 jun. 2020.

JACOB, E. R., MICKENNA, L.; AMORE, A.; The changing skill mix in nursing: considerations for and against different levels of nurse. **J NursManag**, v.23, n. 4, p. 421-3, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12162>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24112358/>. Acesso em: 20 maio 2020.

KOCK, K.S.; *et al.* Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM): incidência e desfecho clínico em uma unidade de terapia intensiva no sul de Santa Catarina. **Arq. Catarina Med.**, v. 46, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/viewFile/248/135>. Acesso em: 21 jun. 2020.

LIMA, H.N.; *et al.* O Entendimento do Paciente sobre Hipertensão Arterial: uma Análise com Base no Risco Cardiovascular. **Int J Cardiovasc Sci**, v. 28, n. 3, p. 181-8, 2015.

Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-775240>. Acesso em : 20 nov. 2020.

MARTIN, J. F. V.; *et al.* Perfil de crise hipertensiva. Prevalência e Apresentação Clínica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São José do Rio Preto, v. 83, n. 2, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v83n2/v83n2a04.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

MENDES, T. J. M. **Avaliação de um protocolo de acolhimento com classificação de risco em relação à capacidade de prever o desfecho clínico**. 2017. Dissertação (Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. doi:10.11606/D.22.2017.tde-11082017-193016. Acesso em: 20 nov. 2020.

MENEGUETI, M. G.; *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa da literatura. **Rev. Eletr. Enf.**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 551-63, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.18559>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/18559>. Acesso em: 16 nov. 2020.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 13, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000300507&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 21 nov. 2020.

MOREIRA, L. M. DE C.; FERRÉ, F.; ANDRADE, E. I. G. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p.1245-56, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28252016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401245&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 set. 2020.

MOTTA, C. C. R.; HANSEIL, C. G.; SILVA, J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. **Rev. Elet. Enf.** v. 12, p. 471-77, 2010. DOI: 10.5216/ree.v12i3.6865 Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/6865>. Acesso em: 05 nov. 2020.

NOVARETTI, M. C. Z.; *et al.* Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v. 67, n. 5, p. 692- 99, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000500692&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 maio 2020.

O'DWYER, G.; *et al.* O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Rev. saúde pública (Online)**, v.51, n.125, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000072.pdf. Acesso em: 17 nov. 2020.

OHARA, R.; MELO, M. R. A.C.; LAUS, A. M., Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v. 63, n. 5, p.749-54, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500009>. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500009. Acesso em: 25 nov. 2020.

OLIVEIRA, C.P.; *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes idosos atendidos em um pronto-socorro de hospital universitário brasileiro. **Rev. Med.**, São Paulo, v. 97, n. 1, p. 44-50, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i1p44-50>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/141366>. Acesso em: 17 nov. 2020.

OLIVESKI, C. C.; *et al.* Perfil clínico de usuários de um serviço de emergência. **Revista Espaço Ciência e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 45-56, 2017. Disponível em: <http://www.revistaeletronicaocs.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/5474>. Acesso em: 12 nov. 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças Cardiovasculares**. Organização Mundial de Saúde, Brasília, 2017.

PADILHA, A.; *et al.* Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4509-18, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204509&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2020.

PAIXÃO, T. C. R. D.; *et al.* Dimensionamento de enfermagem em sala de emergência de um hospital-escola. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 486-93, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300017>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000300481&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 20 nov. 2020.

PERES, R. R.; *et al.* Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados no pronto-socorro de um hospital universitário. **Revista Saúde UFSM.**, Santa Maria, v. 39, n. 1, p. 1-20, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/revistasaude/article/view/5518>. Acesso em: 1 nov. 2020.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R.R., Sistema de classificação de pacientes: Construção e validação de um documento. **Rev. Esc. Enf.USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 153-68, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62341998000200009>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341998000200009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 nov. 2020.

POSSARI, J.F. *et al.* Uso de classificação das intervenções de enfermagem na identificação da carga de trabalho da equipe de enfermagem em um centro cirúrgico. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 781-88, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00781.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

QUELUCI, G. C.; FIGUEIREDO, N.M.A.; Sobre as situações de enfermagem e seus graus de complexidade – menor, média e maior - na prática assistencial hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 171-76, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100025>. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000100025&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 set. 2020.

RIBEIRO, R. M.; *et al.* Caracterização do perfil das emergências clínicas no pronto-atendimento de um hospital de ensino. **Rev. Min. Enferm.**, v. 18, p. 539-44, 2014. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140039>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/944>. Acesso em: 12 out. 2020.

ROMANI, H. M.; *et al.* Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1, p. 41-53, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/78/82. Acesso em: 05 maio 2020.

ROSSETTI, A. C.; GAIDZINSKI, R. R.; FUGULIN, F.M. T., Carga de trabalho de enfermagem em pronto-socorro geral: proposta metodológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 8, p. 1-8, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_28.pdf. Acesso em: 18 set. 2020.

ROSSINI, F. P.; FERRAZ, C. A. Estudo das internações de urgência com enfoque demográfico- epidemiológico em hospital público. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 77-86, 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4856/3579>. Acesso em: 12 nov. 2020.

RUFINO, A. S.; *et al.* Classificação de pacientes segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. Atenção Saúde**, Uberaba, v. 4, n. 2, p. 5-19, 2015. DOI: <https://doi.org/10.18554/> Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/1012>. Acesso em: 01 set. 2020.

SANTOS, F.; *et al.* Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de fugulin et al. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 5, p. 980-85, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500015>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000500015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 set. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017. Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021. Uberaba. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo//saude/arquivos/2017/Plano%20Municipal%20de%20Saude%202018-2021%20aprovado%20pelo%20CMS.pdf>. Acesso em: 08 jul.2019.

SHUPP, J. W; *et al.* Epidemiology of Bloodstream infections in burn-injured patients: a review of the national burn repositior. **Jornal of Burn Care e Research.**, v.31, p.521-28, 2010. DOI: 10.1097/BCR.0b013e3181e4d5e7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20616647/>. Acesso em:12 set. 2020.

SILVA, K. S.; ECHER, I. C.; MAGALHÃES, A. M. M., Grau de dependência dos pacientes em relação à equipe de enfermagem: uma ferramenta de gestão. **Esc Anna Nery**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160060>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300205&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 set. 2020.

SILVA, L. A. P.; *et al.* Análise retrospectiva da prevalência e do perfil epidemiológico das pacientes vítimas de trauma em um hospital secundário. **Revista de Medicina**, v. 96, n. 4, p. 245-53, 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i4p245-253>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/127308>. Acesso em: 15 out. 2020

SOUSA, M. A. S. et al. Infecções hospitalares relacionados a procedimentos invasivos em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Rev. Prev. e Saúde**, p. 49-58, 2017. DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v3i3.4251>. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/4251>. Acesso em: 12 set. 2020.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 108-14, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2013000200002&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 06 jun. 2020.

VIEIRA, A. M.; *et al.* Características de óbitos dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva de hospital terciário. **J. Heath Biol Sci**, v.7, n.1, p.26-31, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-969718>. Acesso em: 01 set. 2020.

VRIES E. N.; *et al.* The incidence and a nature of in-hospital adverse events: asystematic review. *Qual Saf Health Care*, v.17, n.3, p.216-23, 2008. DOI: 10.1136/qshc.2007.023622. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18519629/>. 17 nov. 2020.

WEYKAMP, J.M.; *et al.* Serviço de Atenção Domiciliar e as Redes de Atenção à Saúde. **Rev Fund. Care Online**, v. 11, n. 5, p. 1117-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1117-1121>. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6644/pdf_1. Acesso em: 08 out. 2020.

ZAMBONIN, F.; *et al.* Classificação dos pacientes na emergência segundo a dependência da enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 4, p. 1133-41, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021263>. Acesso em: 05 maio 2020.

ZIMMERMAN, L. P.; *et al.* Avaliação do grau de dependência de cuidados de enfermagem dos pacientes internados em pronto-socorro. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Catarina, v. 1, n. 2, p.153-63, 2011. DOI: <https://doi.org/10.5902/217976922449>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2449>. 03 set. 2020.

APÊNDICE A

Formulário para coleta de dados sociodemográficos

Dados Pessoais

Prontuário: _____	Nº Participante: _____
Data de nascimento: ____/____/____	Leito: _____
Sexo: () Masc. ¹ () Fem ²	Cidade da residência: _____

Dados Clínicos

Data da Internação: ____/____/____	Horas: _____
Classificação Manchester: () vermelho ¹ () laranja ² () amarelo ³ () verde ⁴ () branco ⁵	
Classificação Fugulin: () cuidado intensivo ¹ () cuidado semi- intensivo ² () cuidado alta dependência ³ ()cuidado intermediário ⁴ () cuidados mínimos ⁵	
Origem do paciente: () Bombeiros ¹ () SAMU ² () Resgate ³ () UPA ⁴ () Rede privada ⁵ () Cidade e estado de referência ⁶ () demanda interna ⁷	
Especialidade: () clínico ¹ () cirúrgico ² () ortopedia ³ () neurocirurgia ⁴	
Internação prévia: () sim ¹ () não ² Tempo (dias): _____	
Regulação: () Sus fácil ¹ () vaga zero ² () demanda espontânea ³	
Hábitos Comportamentais Tabagista: () sim ¹ () não ² quantidade dia: _____ Elitista: ()sim ¹ () não ² () socialmente ³ Uso de Drogas: () sim ¹ () não ²	
Comorbidades: () cardiopatia ¹ () HAS ² () DM ³ () doença hepática ⁴ () IRA ⁵ () Hipotiriodismo ⁶ () IAM prévio ⁷ () AVC prévio ⁸ () obesidade ⁹ () dislipidemia ¹⁰ () Outras ¹¹ : _____	
Dispositivos invasivos: () cateter venoso periférico ¹ () cateter venoso central ² () cateter central de dialise / fistula AV ³ () cateter vesical ⁴ () cateter gástrico ou enteral ⁵ () tubo orotraqueal ⁶ () traqueostomia ⁷ () drenos ⁸ () outros ⁹ _____	

Suporte ventilatório: () sim ¹ () não ² Qual ? () cateter O ₂ ¹ () macronebulização ² () máscara de reservatório ³ () máscara de ventury ⁴ () ventilação não invasiva ⁵
Sedação: () sim ¹ () não ²
Drogas vasoativas: () sim ¹ () não ²
Desfecho da Internação data: ____/____/____ tempo de internação (dia) :____ () alta para domicílio ¹ () óbito ² () transferência para UTI ³ () transferência ortopedia ⁴ () transferência bloco cirúrgico ⁵ () transferência para clínica médica ⁶ () transferência para cirúrgica ⁷ () transferência para DIP ⁸ () transferência Neurologia ⁹

APÊNDICE B**Termo de solicitação para pesquisa**

Ilma. Sra Mara Danielle F. P. Rodrigues

Chefe da Divisão de Enfermagem – Coordenadora

Eu, **Valdinéia do Carmo Santana**, mestranda do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra. Angelita Maria Stabile, venho solicitar vossa autorização para desenvolver a pesquisa intitulada “**Avaliação do grau de complexidade assistencial da clientela de um pronto socorro adulto**”. Informo que o desenvolvimento do projeto será iniciado apenas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Certo de contar com a colaboração de V. Sa., coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

Atenciosamente,

Valdinéia do Carmo Santana

Profa. Dra Angelita Maria Stabile

APÊNDICE C
TERMO DE DISPENSA DO TCLE

Eu, Angelita Maria Stabile, responsável pelo projeto de pesquisa “ Avaliação do grau de complexidade assistencial da clientela de um pronto – socorro adulto”, cujo objetivo é avaliar o grau de complexidade assistencial dos clientes do pronto socorro adulto de um hospital de grande porte utilizando Sistema de Classificação do Paciente (SCP), a ser realizado com os clientes internados nas enfermarias do pronto socorro adulto do HC-UFTM, na qual a coleta de dados será no período de dois meses, SOLICITO a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentando as seguintes justificativas: Esta solicitação justifica-se pela dificuldade que provavelmente de entrar em contatos com os pacientes , devido ao grande número de atendimento e ao risco de muitos terem falecidos. Reiteramos nosso compromisso com o resguardo das informações obtidas e com as normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos na resolução CNS 466/ 2012.

Valdinéia do Carmo Santana

Profa. Dra Angelita Maria Stabile

ANEXO A-

Instrumento utilizado para pontuar o tempo e gravidade de cuidados que serão utilizados pela a enfermagem.

Graduação da complexidade assistencial				
Área de cuidado	4	3	2	1
Estado mental	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de desorientação no tempo e no espaço	Orientação no tempo e no espaço
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou volume)	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio
Sinais vitais	Controle de intervalos menores a duas horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas	Controle de rotinas 8 horas
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer semento corporal. dificuldade para movimentar segmentos corporais.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais. Mudança de decúbitos e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem	Limitação de movimentos. Porém movimenta sem auxílio.	Movimenta todos os segmentos corporais.
Deambulação	Restrito no leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante
Alimentação	Através de cateter central	Através de sonda nasogástrica	Via oral com auxílio	Auto suficiente
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral, realizada pela enfermagem	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio no banho de chuveiro e/ou higiene oral.	Auto suficiente
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese.	Uso de comadre ou eliminações no leito.	Uso de vaso sanitário com auxílio.	Auto suficiente.
Terapêutica	Uso de drogas vaso ativas para manutenção de PA.	E.V contínuo ou através de sonda nasogástrica.	E.V. intermitente	IM. Ou VO.

Integridade cutaneomucosa /comprometimento tecidual	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais estruturas de suporte como tendões e viscerações.	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo. Incisão cirúrgica. Ostomias. Drenos.	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme a derme ou ambas.	Pele íntegra.
Curativo	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais, pela equipe de enfermagem	Curativo realizado 2 vezes ao dia, pela enfermagem	Curativo realizado 1 vez ao dia pela enfermagem	Sem curativo ou limpeza da ferida /incisão cirúrgica, realizada pelo paciente durante o banho .
Tempo realizado na realização de curativos	Superior a 30 minutos	Entre 15 e 30 minutos	Entre 5 e 15 minutos	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho
Categoria de cuidado pontuação				
Cuidado intensivo			Acima de 34	
Cuidado semi-intensivo			29-34	
Cuidado alta dependência			23-28	
Cuidado intermediário			18-22	
Cuidado mínimo			12-17	

Sistema de classificação de pacientes .Santos, F,Rogesnsk NMB, Batista CMC, Fugulin FMT.2007
setembro-outubro

ANEXO B

Parecer HC.UFTM

UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do grau de complexidade assistencial da clientela de um pronto-socorro adulto

Pesquisador: VALDINEIA DO CARMO SANTANA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 11789619.8.3001.8667

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.634.148

Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores: "O pronto-socorro têm se tomado um local onde os pacientes ficam internados por longos períodos, desta forma os serviços de emergências sofrem descaracterização dos atendimentos. Uma grande problemática é quantitativo insuficiente de profissionais em relação à assistência necessária e a demanda de atendimento cada vez mais complexa dos pacientes.

Para prover o quantitativo e qualitativo dos profissionais de enfermagem necessários para uma assistência individualizada, integral e sistematizada, almejando o atendimento das necessidades da clientela, a enfermagem necessita classificar o grau de dependência dos pacientes. A caracterização dos clientes atendidos quanto o nível de complexidade assistencial de enfermagem proporciona informações para a tomada de decisão quanto o provimento de recursos humanos, o controle da produtividade, aos custos de assistência de enfermagem, à organização dos serviços e ao planejamento da assistência de enfermagem. Toma-se relevante um estudo que se avalie a clientela quanto à necessidade de cuidado de enfermagem a fim de contribuir para segurança do paciente e para uma assistência de qualidade no pronto-socorro, fornecendo subsídios para o gerenciamento das necessidades

do pessoal de enfermagem da unidade e permitindo a alocação mais adequada da equipe. No que diz respeito à função da enfermagem na produção da assistência, é responsabilidade da equipe

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Cidade: Nossa Srª da Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5319

CEP: 38.026-470

E-mail: cep.hctm@ufet.br

**UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM**

Continuação do Parecer: 3.634.148

assistir o paciente, em número e qualidade, de acordo com a sua complexidade, para gerar satisfação à instituição de saúde, aos pacientes e aos próprios trabalhadores. Sendo assim é extremamente necessária a utilização de método científico como base para a organização da assistência.

A hipótese deste estudo é que no pronto socorro que será analisado, há predomínio de pacientes que necessitam de cuidados de alta dependência.*

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Avaliar o grau de complexidade assistencial dos clientes do pronto socorro adulto de um hospital de grande porte utilizando Sistema de Classificação do Paciente.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar o perfil clínico e demográfico dos clientes internados;
- Identificar tempo médio de internação dos clientes;
- Identificar o perfil de complexidade assistencial dos clientes utilizando-se o Sistema de Classificação do Paciente Fugulin;
- Identificar o desfecho da internação (alta, óbito ou alta);
- Analisar se há correlação entre o tempo de internação e o grau de complexidade assistencial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos aos quais os participantes estarão submetidos se referem única e exclusivamente à possibilidade de extravio dos dados, situação contra a qual os pesquisadores assumem responsabilidade e tomarão todas as medidas cabíveis para evitar (citamos como medidas o uso de código, planilhas protegidas por senha, entre outros)

Benefícios:

Ao ser estabelecido o tipo de complexidade assistencial prevalente será possível a construção de um plano de cuidados que sistematizará as ações destinadas a esta clientela a fim de oferecer uma assistência segura e de qualidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza descritiva, exploratória e retrospectivo fundamentado na pesquisa de campo. O estudo será desenvolvido com os prontuários dos pacientes que foram na unidade de pronto socorro adulto do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Serão incluídos prontuários de clientes internados nas enfermarias

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5319

CEP: 38.025-470

E-mail: ccp.hctm@ebserh.gov.br

**UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM**

Continuação do Protocolo 3.038.148

do pronto socorro adulto, com idade superior a 18 anos e de ambos os sexos que tiveram internados de janeiro a dezembro de 2018. Serão excluídos do estudo os prontuários de clientes internados provisoriamente no corredor e sala de urgência, pois estes estão aguardando leitos. A determinação do número de prontuários a ser incluído no estudo e o período que será analisado as classificações de Fugulin retrospectiva serão estabelecidos com o auxílio de um estatístico. Os instrumentos de coleta de dados serão aplicados pela pesquisadora. Para coleta de dados sociodemográficos e clínicos, será aplicado um formulário elaborado pela pesquisadora contendo informações relativas às características pessoais e clínicas que serão coletadas do prontuário do paciente.

Na avaliação da Escala de Fugulin, as unidades de medida adotadas serão os leitos, independente dos pacientes que ali estiverem alocados. Sendo assim, um mesmo leito será utilizado por diferentes pacientes ao longo do período de coleta dos dados. Escala de Fugulin classifica o grau de complexidade assistencial de enfermagem em cinco níveis: cuidados intensivos, cuidados semi-intensivos, cuidados de alta dependência, cuidados intermediários e cuidados mínimos. O instrumento já é utilizado rotineiramente na unidade é aplicado a cada 24 horas pelo enfermeiro do setor, previamente capacitado, no turno responsável pelo banho do paciente até o desfecho da internação (alta, óbito ou transferência).

Serão realizadas análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas, e análise de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão) para as variáveis contínuas. A diferença entre as médias das variáveis contínuas será avaliada pelo teste de Mann-Whitney. A correlação entre as variáveis numéricas será avaliada pelo coeficiente de correlação de Pearson. Será adotado o valor de $p < 0,05$ para avaliar o nível significância estatística entre as análises. Este projeto foi elaborado de acordo com os preceitos da Resolução 488/2012 MS/CNS, que regulamenta a pesquisa em seres humanos, assegurando o anonimato das informações obtidas nos sistemas de informação. Será solicitada autorização à Diretoria do Hospital de Clínicas da UFTM para a realização da pesquisa. O projeto será ainda submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Instituição proponente) e da UFTM (Instituição coparticipante) para análise e parecer. Foi ainda solicitada a dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta solicitação justifica-se pela dificuldade que provavelmente de entrar em contatos com os pacientes, devido ao grande número de atendimento e ao risco de muitos terem falecidos. A coleta de dados será iniciada apenas após aprovação do projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa da EERP-USP e da UFTM. No projeto não está previsto o uso de grupos vulneráveis. Os formulários de coleta de dados ficarão guardados

Endereço: R. Benjamin Constant, 18

Endereço: Rua 5ª de Abril

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5319

CCP: 38.025.470

E-mail: cep.hctm@abuerh.gov.br

**UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM**

Continuação do Parecer: 2.624.148

por cinco anos, na sala da professora orientadora, em armário com chave, a fim de garantir o sigilo da identidade dos participantes. Caso não sejam solicitados pelos participantes da pesquisa ou pelo Sistema CEP/CONEP, após este período, os formulários de coleta serão destruídos em uma fragmentadora de papel e os fragmentos encaminhados para descarte em lixo comum. Os resultados do estudo serão publicados em eventos e artigos científicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de Apresentação Obrigatória foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-HC/UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, situação definida em reunião do dia 03/10/2019.

O CEP-HC/UFTM não se responsabiliza pela qualidade metodológica dos projetos analisados, mas apenas pelos pontos que influenciam ou interferem no bem-estar dos participantes da pesquisa conforme preconiza as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Considerações Finais e critério do CEP:

A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFTM dá-se em decorrência do atendimento à Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Conforme prevê a legislação, são responsabilidades, indelegáveis e indeclináveis, do pesquisador responsável, dentre outras: comunicar o início da pesquisa ao CEP; elaborar e apresentar os relatórios parciais (semestralmente) e final. Para isso deverá ser utilizada a opção "notificação" disponível na Plataforma Brasil.

Obs:

• O acompanhamento dos projetos na Plataforma Brasil é de inteira responsabilidade dos pesquisadores, não podendo ser alegado desconhecimento de pendências como justificativa para não cumprimento de prazos.

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

UF: MG **Município:** UBERABA

Telefone: (34)3248-5319

CEP: 38.025-470

E-mail: cep.hctm@ufuberl.gov.br

**UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM**

Continuação do Formset: 3.634.148

• A secretaria do CEP-HC/UFTM está à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre trâmites e funcionalidades da Plataforma Brasil, durante os dias de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 16:00 hrs.
Telefone: 34 3318-5318, e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1396225.pdf	27/09/2019 14:00:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoComrecomendacoes.docx	27/09/2019 13:56:07	VALDINEIA DO CARMO SANTANA	Aceito
Outros	RespostasaoCEP.pdf	27/09/2019 13:51:49	VALDINEIA DO CARMO SANTANA	Aceito
Outros	RESPOSTAASRECOMENDACOESDO CEP.docx	10/09/2019 08:04:40	VALDINEIA DO CARMO SANTANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa da Ausência	termodedispensadoTCLE.docx	06/09/2019 21:42:14	VALDINEIA DO CARMO SANTANA	Aceito
Outros	ChecklistProjetoDePesquisa.docx	08/09/2019 21:34:36	VALDINEIA DO CARMO SANTANA	Aceito
Outros	ChecklistDocumentalProtocolodePesquisa.docx	08/09/2019 21:30:13	VALDINEIA DO CARMO SANTANA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodeinstituicaocep participante.pdf	08/09/2019 21:26:11	VALDINEIA DO CARMO SANTANA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromissodopesquisador.docx	08/09/2019 21:22:04	VALDINEIA DO CARMO SANTANA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	08/09/2019 21:17:59	VALDINEIA DO CARMO SANTANA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	solicitacaoocep.docx	08/09/2019 19:30:22	VALDINEIA DO CARMO SANTANA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoDoGap.pdf	08/09/2019 19:19:51	VALDINEIA DO CARMO SANTANA	Aceito
Outros	checklistprojeto de pesquisa.pdf	08/09/2019 19:17:58	VALDINEIA DO CARMO SANTANA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeautorizacao pesquisador setor.pdf	08/09/2019 19:16:29	VALDINEIA DO CARMO SANTANA	Aceito
TCLE / Termos de	termodedispensatcle.pdf	08/09/2019	VALDINEIA DO	Aceito

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Cidade: Niterói 57° da Abadia

CEP: 88.025-470

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5318

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

**UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM**

Continuação do Parecer: 3.026.148

Assentimento / Justificativa de Ausência	termodedispensatcle.pdf	18:13:23	CARMO SANTANA	Acelto
Delaçãoção de Pesquisadores	termoedenciautorizacao2.pdf	08/08/2019 19:08:04	VALDINEIA DO CARMO SANTANA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoeditado.pdf	10/04/2019 22:31:40	VALDINEIA DO CARMO SANTANA	Acelto
Outros	oficiodeencaminhamento.pdf	08/03/2019 10:27:01	VALDINEIA DO CARMO SANTANA	Acelto
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	justificativadedispensa.pdf	10/02/2019 12:58:35	VALDINEIA DO CARMO SANTANA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 10 de Outubro de 2019

Assinado por:
GILBERTO DE ARAUJO PEREIRA
(Coordenador(a))

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Endereço: Rua Srª da Abadia

CEP: 38.026-470

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.hctm@jbuerh.gov.br