

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Fernanda Coura Pena de Sousa

**ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS E DO FLUXO DE IDENTIFICAÇÃO DE
PACIENTES NÃO IDENTIFICADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO**

Belo Horizonte

2024

Fernanda Coura Pena de Sousa

**ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS E DO FLUXO DE IDENTIFICAÇÃO DE
PACIENTES NÃO IDENTIFICADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Allana dos Reis Corrêa

Belo Horizonte

2024

Sousa, Fernanda Coura Pena de.
SO725a Análise dos atendimentos e do fluxo de identificação de pacientes não identificados em um hospital público de ensino [manuscrito] / Fernanda Coura Pena de Sousa. - - Belo Horizonte: 2024.
133f.: il.
Orientadora: Allana dos Reis Corrêa.
Área de concentração: Cuidar em Saúde e Enfermagem
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Emergências. 2. Sistemas de Identificação de Pacientes. 3. Segurança do Paciente. 4. Enfermagem. 5. Dissertação Acadêmica. I. Corrêa, Allana dos Reis. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 525



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 738 (SETECENTOS E TRINTA E OITO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA FERNANDA COURA PENA DE SOUSA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 14 (quatorze) dias do mês de março de dois mil vinte e quatro, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS E DO FLUXO DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES NÃO IDENTIFICADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO*", da aluna **Fernanda Coura Pena de Sousa**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Allana dos Reis Corrêa (orientadora), Júlio César Garcia de Alencar e Suzel Regina Ribeiro Chavaglia, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

☒ **APROVADA;**

☐ **REPROVADA.**

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Lucilene Batista Soares, Funcionária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 14 de março de 2024.

Profª. Drª. Allana dos Reis Corrêa
Orientadora (EE/UFGM)

Prof. Dr. Júlio César Garcia de Alencar
(USP)

Profª. Drª. Suzel Regina Ribeiro Chavaglia
(UFTM)

Lucilene Batista Soares

Funcionária do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Lucilene Batista Soares, Terceirizada**, em 18/06/2024, às 14:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Suzel Regina Ribeiro Chavaglia, Usuária Externa**, em 09/07/2024, às 19:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Allana dos Reis Correa, Coordenador(a) de curso**, em 10/07/2024, às 11:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Julio Cesar Garcia de Alencar, Usuário Externo**, em 24/07/2024, às 13:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3131518** e o código CRC **4729CDB5**.

*Ao meu filho, Theo, que fomentou em mim a
busca diária pelo aprimoramento pessoal.*

*Ao meu esposo, Felipe, que não mediu
esforços e sempre me incentivou e apoiou
incondicionalmente na busca pela realização
dos meus objetivos e sonhos.*

*À memória silenciosa dos pacientes não
identificados, cujas histórias não contadas
inspiraram o coração desta pesquisa.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade da vida.

À Profª. Drª. Allana dos Reis Corrêa, minha orientadora, pelo seu inestimável apoio, paciência e conhecimento que foram fundamentais para o desenvolvimento desta dissertação. Sua dedicação não apenas ao projeto, mas também ao meu crescimento intelectual e profissional, deixou marcas que levarei por toda a minha carreira.

*Aos alunos **Fernanda, Giulia, Maria Alice, Luma e Gabriel** pelo companheirismo em toda jornada da pesquisa. Vocês foram fundamentais para essa conquista.*

*Aos meus pais, **Antônio e Tânia**, por me ensinarem o valor do trabalho e da retidão. Obrigada por serem minha rede de apoio, pelos momentos de compreensão e paciência.*

*Ao meu esposo, **Felipe**, pelo amor de cada dia. Obrigada pelo fortalecimento diário e pelas risadas intermináveis.*

*Ao **Theo** por fomentar em mim a vontade de ser uma pessoa melhor a cada dia.*

*À **Rafa** por ter me possibilitado sonhar em fazer o mestrado. Graças a sua presença junto ao Theo, pude alçar novos voos.*

*Aos **meus sogros e cunhados**, pelo apoio e ajuda inestimáveis. Vocês foram essenciais no processo. Serei eternamente grata a todos vocês.*

*Aos meus **familiares e amigos** que torceram e vibraram com as minhas conquistas. Todas as orações valeram a pena!*

Expresso minha sincera gratidão a todos aqueles que, mesmo não mencionados nominalmente, desempenharam um papel essencial e contribuíram de maneira significativa para a realização deste trabalho.

“Aos esfarrapados do mundo e aos que nele se descobrem e, assim descobrindo-se, com eles sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam.”

(Paulo Freire)

RESUMO

SOUSA, F. C. P. **Análise dos atendimentos e do fluxo de identificação de pacientes não identificados em um hospital público de ensino.** 2024. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2024.

Pacientes não identificados são os que chegam ao pronto-socorro (PS) sem documentos de identificação, impossibilitando a confirmação de sua identidade antes do atendimento inicial, o que, na maioria das vezes, demanda ações precoces. Tal fato desafia o cuidado devido à ausência de histórico de saúde, elevando o risco de eventos adversos e afetando a qualidade, a segurança e a eficiência da assistência. Estudos internacionais sobre essa população não investigam detalhadamente a sequência de procedimentos para identificá-la no contexto dos serviços de saúde e, no Brasil, não foram encontrados estudos sobre essa temática. Nesse sentido, este estudo objetivou analisar as características dos atendimentos e do fluxo de identificação de pacientes não identificados em um hospital público de ensino. Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo que analisou 332 prontuários de pacientes não identificados admitidos no período de 2019 a 2022 em um PS público de ensino em Belo Horizonte, Minas Gerais. Foram coletados dados sociodemográficos, do atendimento inicial, condutas assistenciais na admissão, desfechos e o fluxo de identificação dos pacientes. Procedeu-se a análise estatística descritiva dos dados, sendo calculados valores absolutos e proporções para variáveis categóricas e medidas de tendência central (mediana) e variabilidade (mínimo, máximo) para as contínuas. Foi adotado intervalo de confiança de 95% e valor de $p < 0,05$. Verificou-se uma predominância de pacientes do sexo masculino (81,63%), pertencentes à raça parda (75%), com uma mediana de idade de 32 anos. A maioria residia em Belo Horizonte (72,22%) e possuía residência fixa (61,66%). As admissões eram mais frequentes nos finais de semana (38,25%) e à noite (29,52%), e mais da metade (50,60%) foi atendida pelo SAMU 192. A maioria dos pacientes foi classificada com prioridade clínica laranja/muito urgente (69,94%), principalmente devido à agressão física (39,76%) e a quedas (20,48%). O local de atendimento principal foram as salas de emergência clínica/cirúrgica (89,76%), e a avaliação inicial foi realizada por um cirurgião geral (84,04%). Em relação ao XABCDE, 6,56% apresentavam hemorragia exsanguinante, 45,26% utilizavam colar cervical, 93,71% tinham via aérea pérvia e 76,11% respiravam em ar ambiente. A maioria dos pacientes apresentava pulsos periféricos palpáveis (80,78%) e 6,76% foram admitidos em parada cardiorrespiratória. A mediana do escore do nível de consciência pela escala de coma de Glasgow foi 14. Todos necessitaram de condutas assistenciais, como sutura (51,34%),

tomografia computadorizada (59,94%) e acesso venoso periférico (78,92%). A mediana do tempo de permanência no PS foi de um dia, com a maioria recebendo alta domiciliar (55,54%) e 8,02% evoluindo para óbito no PS. Dos internados (161), 28,57% tiveram alta direto do PS, 26,70% foram admitidos no bloco cirúrgico, 19,87% na unidade de terapia intensiva e 19,87% na unidade de internação. Dos 86 pacientes internados no hospital, a mediana do tempo de internação foi de oito dias, com 74,69% recebendo alta hospitalar e 24,1% evoluindo para óbito. Quanto ao fluxo de identificação, a maioria (70,8%) recebeu alta hospitalar como 'não identificado'. Já os pacientes que foram identificados, 66,63% foram identificados por familiares e 27,55% realizaram autodeclaração. Os métodos mais frequentes de identificação foram apresentação de documento de identificação (64,76%) e autoidentificação (27,55%). Os principais motivos para a não identificação foram autodeclaração sem documento de comprovação (55,48%) e óbito (23,45%). Pacientes não identificados frequentemente apresentam trauma com potencial de gravidade clínica na admissão e necessidade de intervenções precoces e cuidados críticos, sendo crucial investir no processo de identificação para garantir assistência segura. A baixa taxa de identificação destaca a necessidade de aprimorar esse processo durante o atendimento.

Descritores: paciente não identificado; emergência; serviços médicos de emergência; sistemas de identificação de paciente; segurança do paciente; enfermagem.

ABSTRACT

SOUSA, F. C. P. **Analysis of the care and identification flow of unidentified patients in a public teaching hospital.** 2024. Dissertation (Master's in Nursing) - Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2024

Unidentified patients are those who arrive at the emergency department (ED) without identification documents, making it impossible to confirm their identity before initial care, which often requires prompt action. This situation challenges healthcare provision due to the lack of health history, increasing the risk of adverse events and affecting the quality, safety, and efficiency of care. International studies on this population do not investigate in detail the sequence of procedures for identifying them within healthcare services, and no studies on this topic have been found in Brazil. Therefore, this study aimed to analyze the characteristics of care and the identification flow of unidentified patients in a public teaching hospital. This is a quantitative, descriptive, and retrospective study that analyzed 332 medical records of unidentified patients admitted between 2019 and 2022 in a public teaching ED in Belo Horizonte, Minas Gerais. Sociodemographic data, initial care, admission procedures, outcomes, and patient identification flow were collected. Descriptive statistical analysis of the data was performed, with absolute values and proportions calculated for categorical variables and measures of central tendency (median) and variability (minimum, maximum) for continuous variables. A 95% confidence interval and a p-value < 0.05 were adopted. The study found a predominance of male patients (81.63%), belonging to the mixed race category (75%), with a median age of 32 years. The majority resided in Belo Horizonte (72.22%) and had a fixed residence (61.66%). Admissions were more frequent on weekends (38.25%) and at night (29.52%), and more than half (50.60%) were attended by SAMU 192. Most patients were classified with an orange/very urgent clinical priority (69.94%), mainly due to physical aggression (39.76%) and falls (20.48%). The main treatment areas were the clinical/surgical emergency rooms (89.76%), and the initial evaluation was conducted by a general surgeon (84.04%). Regarding the XABCDE protocol, 6.56% had exsanguinating hemorrhage, 45.26% used a cervical collar, 93.71% had a patent airway, and 76.11% were breathing ambient air. Most patients had palpable peripheral pulses (80.78%) and 6.76% were admitted in cardiac arrest. The median Glasgow Coma Scale score was 14. All required medical interventions such as sutures (51.34%), computed tomography (59.94%), and peripheral venous access (78.92%).

The median length of stay in the ED was one day, with the majority being discharged home (55.54%) and 8.02% dying in the ED. Among the admitted patients (161), 28.57% were discharged directly from the ED, 26.70% were admitted to the surgical unit, 19.87% to the intensive care unit, and 19.87% to the inpatient unit. Of the 86 patients hospitalized, the median length of stay was eight days, with 74.69% being discharged and 24.1% dying. Regarding the identification flow, most (70.8%) were discharged as 'unidentified'. Among those identified, 66.63% were identified by family members and 27.55% through self-declaration. The most frequent identification methods were presenting an identification document (64.76%) and self-identification (27.55%). The main reasons for non-identification were self-declaration without a proof document (55.48%) and death (23.45%). Unidentified patients often present with trauma that has the potential for clinical severity upon admission, necessitating early interventions and critical care, making it crucial to invest in the identification process to ensure safe care. The low identification rate highlights the need to improve this process during care provision.

Descriptors: Emergency; unidentified patient; emergency medical services; patient identification systems; patient safety; nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Processo de identificação do paciente, São Paulo, 2020.....	25
Figura 2 – Fluxograma de identificação de pacientes não identificados em um hospital público de ensino. BH, MG, Brasil, 2024.	28
Figura 3 – Distribuição das admissões de pacientes não identificados segundo o dia da semana no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte - MG, Brasil, 2019-2022 (N = 332).	46
Figura 4 – Distribuição de admissões de pacientes não identificados segundo mês no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte - MG, Brasil, 2019-2022 (N = 332).	47
Figura 5 – Tempo de permanência dos pacientes não identificados no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte - MG, Brasil, 2019-2022 (N = 332).	54
Figura 6 – Fluxo do desfecho do atendimento dos pacientes não identificados no pronto-socorro de um hospital público de ensino. BH MG, Brasil, 2019-2022 (n = 332).....	55
Figura 7 – Fluxo do desfecho hospitalar dos pacientes não identificados admitidos em um pronto-socorro de um hospital público de ensino. BH MG, Brasil, 2019-2022 (n = 83).....	58
Figura 8 – Tempo de permanência como não identificado durante o atendimento em um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022 (N = 161).....	59
Figura 9 – Fluxograma do processo de identificação dos pacientes não identificados admitidos em um pronto-socorro de um hospital público de ensino. BH, MG, Brasil, 2019-2022 (n = 332).	60
Quadro 1 – Estratificação proporcional de elementos que foram coletados em cada ano compreendido pela pesquisa. Belo Horizonte/ MG, Brasil, 2023.	34
Quadro 2 – Variáveis e unidades/categorias do estudo. Belo Horizonte/ MG, Brasil, 2024. ..	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das admissões no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022.	45
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos pacientes não identificados admitidos no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022. .	45
Tabela 3 – Perfil da Classificação de Risco segundo o Sistema Manchester de Classificação de Risco de pacientes não identificados admitidos no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022 (N= 316).....	48
Tabela 4 – Distribuição dos motivos de atendimento de pacientes não identificados admitidos no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022 (N = 332).	49
Tabela 5 – Caracterização da primeira especialidade médica a atender os pacientes não identificados admitidos no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022 (N = 332).	49
Tabela 6 – Caracterização das condições clínicas de pacientes não identificados no momento da admissão no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022.....	50
Tabela 7 – Descrição dos capítulos do CID-10 que agrupam os diagnósticos recebidos no momento da admissão dos pacientes não identificados no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022 (N = 332).	51
Tabela 8 – Caracterização das condutas assistenciais realizados nos pacientes não identificados no momento da admissão no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022.	52
Tabela 9– Caracterização dos exames e procedimentos de enfermagem realizados nos pacientes não identificados no momento da admissão no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022 (N = 332).	53
Tabela 10 – Descrição dos capítulos do CID-10 que agrupam os diagnósticos recebidos no momento da alta hospitalar dos pacientes não identificados no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022 (N = 161).	56
Tabela 11 – Caracterização das condições clínicas dos pacientes não identificados no momento da alta hospitalar em um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022 (N = 161).	56
Tabela 12 – Motivos da não identificação dos pacientes não identificados até o momento da alta hospitalar em um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022 (n = 145).....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
ATLS	do inglês; <i>Advanced Trauma Life Support</i>
CBMMG	Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Cartão Nacional de Saúde
COVID-19	Coronavírus
MS	Ministério da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
ECGI	Escala de Coma de Glasgow
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
IP	Identificação do paciente
NISS	do inglês; <i>New Injury Severity Score</i>
PS	Pronto-Socorro
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMCR	Sistema Manchester de Classificação de Risco
SPSS	do inglês; <i>Statistic Package for Social Sciences</i>
STROBE	do inglês; <i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
UFAST	do inglês; <i>Focused assessment with sonography for trauma</i>
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	20
	2.1. Objetivo geral.....	20
	2.2. Objetivos específicos	20
3	REVISÃO DE LITERATURA	21
	3.1. O contexto dos prontos-socorros hospitalares no cenário nacional: desafios e complexidades	21
	3.2. Pacientes não identificados na emergência: características, desafios e desfechos	22
	3.3. Identificação do paciente: abordagens, implicações e descobertas tecnológicas	25
4	MÉTODO	32
	4.1. Delineamento do estudo.....	32
	4.2. Local do estudo	32
	4.3. População e amostra	33
	4.4. Variáveis	34
	4.5. Instrumento de coleta de dados.....	41
	4.6. Coleta de dados	42
	4.6.1. Fase 1: Levantamento dos números dos registros de pacientes não identificados para sorteio da amostra.....	42
	4.6.2. Fase 2: Coleta das Variáveis nos Prontuários Eletrônicos	42
	4.7. Análise de dados	43
	4.8. Aspectos éticos legais	44
5	RESULTADOS	45
	5.1. Caracterização sociodemográfica	45
	5.2. Caracterização da admissão no pronto-socorro	46
	5.3. Caracterização das condições clínicas do paciente não identificado no primeiro atendimento no pronto-socorro	50
	5.4. Caracterização das condutas assistenciais utilizada na admissão do paciente não identificado no pronto-socorro.....	52
	5.5. Desfecho do atendimento dos pacientes não identificados no pronto-socorro	53
	5.6. Desfecho dos pacientes não identificados internados no hospital após atendimento no pronto-socorro.....	56
	5.7. Processo de identificação do paciente não identificado.....	58

6 DISCUSSÃO.....	62
6.1. Caracterizações sociodemográfica	62
6.2. Caracterização da admissão no pronto-socorro	64
6.3. Caracterização das condições clínicas do paciente não identificado no primeiro atendimento no pronto-socorro	67
6.4. Caracterização das condutas assistenciais utilizadas na admissão do paciente não identificado no pronto-socorro.....	69
6.5. Desfecho do atendimento dos pacientes não identificados no pronto-socorro	72
6.6. Desfecho de atendimento dos pacientes não identificados internados no hospital.....	73
6.7. Processo de identificação do paciente não identificado.....	75
6.8. Potencialidades e contribuições do estudo.....	77
6.9. Limitações do estudo	78
7 CONCLUSÃO.....	79
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICES	88
ANEXOS	119

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência são os responsáveis pelo primeiro atendimento a pacientes graves ou em iminência de um evento agudo, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato (Amaya *et al.*, 2015; Brasil, 2003). Predominantemente, a assistência às urgências se dá nos prontos-socorros (PS), abertos ininterruptamente, e que funcionam acolhendo pacientes em situação de urgência e emergência. Além desses, há demandas de pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada, bem como urgências sociais (Brasil, 2003).

Vários são os fenômenos de caráter urgente e emergente capazes de atingir o indivíduo e as coletividades, a partir de influências culturais, sociais, psicológicas, ambientais e físicas (Barreto *et al.*, 2012). De acordo com o Ministério da Saúde (MS), as principais causas de mortalidade em 2020, no Brasil, foram as doenças cardiovasculares, doenças infecciosas, neoplasias e causas externas (DATASUS).

Além da gravidade das doenças e suas complicações, uma realidade diária no cotidiano dos PSs é o atendimento a pacientes “não identificados”. Estudos internacionais demonstram que esses representam cerca de 0,5% das entradas hospitalares (Janowak; Dolejs; Zarzaur, 2017; Tastad *et al.*, 2021). No Brasil, não foram encontrados estudos sobre esses pacientes, demonstrando que há uma compreensão limitada de suas necessidades de saúde e dos resultados dos seus atendimentos.

Pacientes não identificados são os que chegam sem nenhum documento de identificação no PS, isto é, cuja identidade não pode ser confirmada antes de iniciar a assistência/o acesso rápido aos cuidados (Janowak; Agarwal; Zarzaur, 2019). Grande parte desta população não pode fornecer informações de identificação durante o seu primeiro atendimento em razão de seu estado de saúde neste momento. Esse estado inclui fala confusa, rebaixamento de sensório, má compreensão das informações, mutismo devido a distúrbios neuropsiquiátricos (distúrbio convulsivo, estado pós-ictal, traumatismo cranioencefálico, desorganização psicótica grave e outros) (Umesh *et al.*, 2017).

O paciente não identificado criticamente enfermo encontra-se nessa condição por multifatores: possui nível de consciência alterado, obnubilado, intoxicado, combativo e demanda intervenção imediata devido ao sofrimento fisiológico em sua admissão na emergência, sendo necessária a administração de medicamentos, hemotransfusão e realização de exames laboratoriais/radiológicos (Janowak; Dolejs; Zarzaur, 2017). Portanto, a assistência a um paciente não identificado apresenta um dilema de informações no qual não há histórico

de saúde e a exatidão da identificação do paciente (IP) pode provocar a ocorrência de eventos adversos (EA), aumentando o potencial de desfechos ruins e a alta utilização de recursos, impactando diretamente em sua segurança (Umesh *et al.*, 2017).

No contexto brasileiro, em 1º de abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi lançado por meio da Portaria nº 529, visando aprimorar significativamente o cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do país. O programa adotou a orientação internacional das Seis Metas de Segurança do Paciente (SP), preconizadas pela *Joint Commission International* (JCI) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como base para suas ações. Tais metas incluem a prevenção de úlceras por pressão, a garantia da segurança na prescrição, o uso e a administração de medicamentos, a promoção de cirurgias seguras, a adoção de práticas de higienização das mãos em serviços de saúde, a prevenção de quedas e a identificação precisa do paciente. Entre os Protocolos Básicos da Segurança do Paciente, a IP pode ser entendida como fator prioritário na SP, já que tem como principal finalidade garantir que o procedimento/cuidado seja executado na pessoa certa (Brasil, 2013a; Hoffmeister; Moura, 2015). Porém, desafiando esse contexto, pacientes que temporariamente não podem ser identificados continuam sendo admitidos nos serviços de saúde e representam uma população de risco (Tastad *et al.*, 2021).

Um estudo de coorte americano, o qual comparou o atendimento a pacientes identificados e não identificados, demonstrou diferenças relevantes: os não identificados eram predominantemente do sexo masculino (70,1 x 66,5%), mais jovens (média de idade de 36 anos x 48 anos), apresentaram mais lesões penetrantes (22,7% x 10,6%), tinham nível de consciência mais alterado avaliado pela Escala de Coma de Glasgow (ECGI) (3 x 15), lesões mais graves avaliados pelo valor do *New Injury Severity Score* (NISS) (34 x 12), e eram rastreados mais positivamente para álcool (26,9% x 13,5%) e drogas (52,6% x 17,1%). Em relação aos desfechos, os não identificados possuíam maior mortalidade (22,7% x 4,6%) e maior taxa de erros de medicação (10,0% x 1,1%) (Janowak; Dolejs; Zarzaur, 2017).

Corroborando a gravidade desta população, uma coorte canadense evidenciou que 80,7% dos pacientes não identificados deram entrada via atendimento pré-hospitalar na sala de emergência, sendo 33,3% com relato de abuso de substâncias e 24,6% vítimas de trauma. Desses, 58,8% foram internados, e 13,2 % evoluíram a óbito em 30 dias (Tastad *et al.*, 2021). Outro estudo americano com 344 pacientes não identificados obteve como desfecho 161 óbitos, sendo que 47% desses ocorreram no momento da admissão e 14% durante o tempo de estadia na sala de emergência (Claps; Berk, 1992).

Ademais, uma pesquisa no Reino Unido, a qual discutiu sobre pacientes não

identificados que apresentam sinais e sintomas sugestivos de acidente vascular encefálico agudo, relata que a decisão de trombólise é um desafio particular. Alguns fatores como considerações éticas, diagnóstico, identidade e história pregressa, contraindicações e tempo de início dos sintomas normalmente auxiliam na tomada de decisão; no entanto, em um paciente não identificado, essas informações não estão disponíveis, exigindo um esforço da equipe e uma análise minuciosa de cada caso (Bell *et al.*, 2017).

Nessa esteira de pensamento, estudos americanos mostram que o paciente não identificado/desconhecido era assinalado como “*John Doe e Jane Doe*” (Butler, 2016; Claps; Berk, 1992; Janowak; Dolejs; Zarzaur, 2017), nome temporário atribuído até que a identidade do paciente fosse confirmada, no intuito de agilizar o atendimento na emergência e iniciar as primeiras atividades assistenciais (Janowak; Dolejs; Zarzaur, 2017). Outra pesquisa canadense mostra que ainda não há um consenso sobre como realizar a identificação dessa população, mas sugere atribuir um nome temporário, como uma letra grega e um número (ECHO FIVE, por exemplo), associado ao número de prontuário e à data de nascimento fictícia (Robinson *et al.*, 1985). Já no Brasil, esse paciente deve ser identificado com o número de prontuário e as características mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça. Para pacientes inconscientes ou irresponsivos, cuja capacidade de comunicação está abolida, deve-se atribuir um “nome temporário” e um número de identificação (Brasil, 2018).

Embora a maioria dos pacientes consiga se autoidentificar quando houver melhora clínica, o tempo de espera necessário para que isso aconteça antes do início de procedimentos propedêuticos e assistenciais pode não ser suficiente, aumentando os riscos de EAs relacionados à ausência de informações do paciente, como erros de medicação, precisão do diagnóstico e eficiência da equipe de saúde (Tastad *et al.*, 2021). Em um estudo transversal americano, o qual avaliou a segurança do paciente não identificado em atendimento simultâneo na sala de emergência, pela perspectiva da equipe multiprofissional, 53,1% dos profissionais relataram que poderiam ter séria confusão durante o atendimento desses pacientes, sendo que 31,3% relataram terem ficado confusos durante o atendimento e 4% informaram eventos adversos no atendimento (Janowak; Agarwal; Zarzaur, 2019).

Os dados anteriormente citados demonstram a magnitude do problema, gerando impacto na mortalidade de pacientes e na demanda de trabalho nos serviços de saúde, sendo considerado, portanto, um problema de saúde pública (Amaya *et al.*, 2015). Nesse sentido, no âmbito assistencial do PS, considera-se imprescindível trabalhar os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente para garantir uma assistência segura e de qualidade.

Diante do exposto, nota-se que as pesquisas internacionais sobre pacientes não

identificados não investigam detalhadamente o processo ou a sequência de procedimentos para identificá-los no contexto dos serviços de saúde. Ademais, não foram encontrados estudos com essa população no Brasil. Assim, pergunta-se: quais as características dos atendimentos e do fluxo de identificação de pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino em Belo Horizonte?

Desenvolver uma pesquisa que auxilie na segurança de pacientes não identificados é tanto desafiador quanto relevante. Estima-se que os resultados deste estudo sejam o início da compreensão das necessidades de saúde e de assistência com foco em melhores desfechos para essa população.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar as características dos atendimentos e do fluxo de identificação de pacientes não identificados em um hospital público de ensino.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a população estudada quanto aos dados sociodemográficos: sexo, idade, raça, local de moradia e cidade;
- Descrever as características da admissão do paciente no pronto-socorro: hora, dia da semana, mês, forma de chegada ao hospital, nível de prioridade clínica segundo o Sistema Manchester de Classificação de Risco, diagnóstico médico, condições clínicas no atendimento inicial, condutas assistenciais, tempo de permanência e desfecho do atendimento no PS.
- Descrever o desfecho dos pacientes internados: diagnóstico médico, condições clínicas no momento da alta, tempo de permanência e desfecho do atendimento após internação.
- Descrever o fluxo de identificação da população estudada.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1. O contexto dos prontos-socorros hospitalares no cenário nacional: desafios e complexidades

Os PSs de hospitais de urgência e emergência são estruturas vitais no atendimento inicial a eventos agudos e graves, desempenhando um papel de porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (Silva Júnior *et al.*, 2020). Este espaço é o responsável pelo primeiro atendimento a pacientes graves ou em iminência de um evento agudo, sejam eles por doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis e/ou causas externas (Reynolds *et al.*, 2017).

Nesse cenário, o PS é um componente essencial da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no contexto do SUS no Brasil. Em 2011, o MS publicou a Portaria nº 1600 que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e instituiu a RUE no SUS (Brasil, 2011). A RUE foi estabelecida para articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situações de urgência e emergência (Brasil, 2011).

A implementação da RUE, conforme acordado nas três esferas de gestão do SUS, introduziu melhorias significativas na administração e na prestação de cuidados. Essa inovação visa a uma organização mais eficaz dos serviços de saúde, promovendo a integração entre diversos pontos de atenção e estabelecendo fluxos e referências apropriadas para o atendimento.

Assim, enfatiza-se a necessidade de um atendimento abrangente aos pacientes em situações agudas, acessível através de todas as portas de entrada do SUS, e, quando necessário, a transferência segura para serviços de maior complexidade, seguindo um modelo de atendimento hierarquizado e regulamentado (Brasil, 2011). Este enfoque não apenas objetiva otimizar a resolutividade das demandas de saúde como também fortalecer o sistema de saúde como um todo, garantindo uma assistência mais coordenada e eficiente.

Apesar disso, os departamentos de emergência têm enfrentado problemas críticos relacionados à superlotação. Isso resulta em longas filas de espera, com pacientes aguardando por atendimentos, diagnósticos e admissões hospitalares (Sartini *et al.*, 2022; Savioli *et al.*, 2022). Um fator contribuinte para essa sobrecarga é o uso indevido desses serviços, muitas vezes devido à insuficiente cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS). Isso se relaciona diretamente às Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), que englobam uma série de situações e diagnósticos que poderiam ser eficientemente tratados na APS, evitando a necessidade de recorrer aos serviços de urgência e emergência, com exceção dos casos que efetivamente representam situações críticas (Baratieri *et al.*, 2021).

A dinâmica nos prontos-socorros se complexifica diante do alto volume e da gravidade dos pacientes atendidos, somados à sua constante alternância. A escassez de profissionais, que gera uma sobrecarga de trabalho e o estresse da equipe de saúde, é um problema evidente, assim como a limitação de tempo e as frequentes interrupções durante o atendimento. A qualificação dos profissionais e a imprevisibilidade que caracterizam a rotina desses serviços são outros desafios (Aydemir; Koç, 2023; Han; Roh, 2020). No Brasil, esse cenário é agravado pela crescente demanda por serviços de emergência impulsionada pela violência urbana, resultando em superlotação, estresse adicional e maior carga de trabalho para os profissionais da saúde (Cerqueira; Bueno, 2023).

No que tange à presença de pacientes não identificados no PS, ambiente marcado por sua natureza caótica e pressionada por tempo, a identificação de pacientes não identificados se torna um desafio ainda mais acentuado. A dinâmica rápida e muitas vezes sobrecarregada desses ambientes pode dificultar a coleta de informações vitais, especialmente quando os pacientes chegam inconscientes ou sem acompanhantes que possam fornecer seus dados. Isso implica em atrasos no atendimento, bem como a possibilidade de erros médicos, visto que decisões terapêuticas podem ser tomadas sem acesso ao histórico de saúde do paciente (Tastad *et al.*, 2021).

Desse modo, a comunicação eficaz entre as equipes multidisciplinares, que já é complexa em situações de rotina, fica ainda mais complicada, potencializando o risco de falhas na transferência de informações críticas (Janowak; Agarwal; Zarzaur, 2019). Portanto, a gestão de pacientes não identificados no pronto-socorro demanda protocolos robustos e eficientes, garantindo a segurança e a qualidade do atendimento mesmo diante das adversidades típicas desse contexto.

3.2. Pacientes não identificados na emergência: características, desafios e desfechos

Os pacientes não identificados representam um desafio único e complexo no contexto das urgências e emergências. Eles são indivíduos que chegam às unidades de saúde sem qualquer forma de identificação pessoal ou acompanhamento, tornando difícil para a equipe assistencial obter um histórico clínico preciso ou entrar em contato com familiares para decisões críticas de tratamento (Janowak; Dolejs; Zarzaur, 2017; Tastad *et al.*, 2021)

Esses pacientes frequentemente apresentam-se em estados críticos, muitas vezes decorrentes de trauma, intoxicações exógenas associadas a álcool e drogas, condições neurológicas agudas ou alterações psiquiátricas. A ausência de identificação impõe barreiras

significativas no fornecimento de cuidados personalizados e na aplicação de protocolos de tratamento específicos, exigindo que as equipes de saúde dependam de avaliações clínicas imediatas e de testes diagnósticos para guiar as intervenções (Janowak; Dolejs; Zarzaur, 2017; Tastad *et al.*, 2021; Umesh *et al.*, 2017)

Durante o atendimento, a equipe de saúde enfrenta desafios como a determinação da capacidade do paciente em consentir tratamentos e a falta de informações sobre alergias, condições preexistentes e medicamentos em uso, o que pode aumentar o risco de interações medicamentosas adversas e de intervenções menos eficazes (Tastad *et al.*, 2021). A capacidade de decisão de um paciente é julgada pela habilidade de reter informações, compreender a justificativa de um tratamento escolhido, aplicar essa informação na formação de uma decisão e comunicar essa decisão ao profissional de saúde responsável. Assim, considera-se que um paciente que falha em qualquer desses critérios é incapaz de decidir. Portanto, nos casos de pacientes não identificados, o manejo do paciente é orientado pelo que é percebido como seu interesse ótimo no momento, podendo isso incluir ou não a aplicação de um tratamento específico (Bell *et al.*, 2017).

Em relação aos desfechos, pesquisas mostram que essa população representa um desafio significativo para os departamentos de emergência, com estudos indicando altas taxas de mortalidade e uso intensivo de recursos hospitalares. Por exemplo, Janowak, Dolejs e Zarzaur (2017) revelam que esses pacientes frequentemente enfrentam complicações graves, exigindo cuidados de enfermagem extensivos e apresentando uma taxa de mortalidade em 30 dias preocupantemente alta. Da mesma forma, Tastad *et al.* (2021) destacam a complexidade do manejo desses pacientes, notadamente daqueles com histórico de abuso de substâncias ou de trauma, enfatizando a necessidade de internações prolongadas e consultas de apoio.

Além disso, o impacto desses pacientes no ambiente de pronto-socorro extrapola o uso de recursos e a alta mortalidade. Claps e Berk (1992) e Kanich *et al.* (2002) discutem como a identificação tardia ou ausente afeta negativamente a capacidade de proporcionar cuidados personalizados e eficientes, amplificando o risco de erros de medicação e de atrasos no tratamento adequado. Esse cenário enfatiza a necessidade de os sistemas de saúde desenvolverem métodos mais eficazes para a rápida identificação de pacientes, a fim de melhorar os desfechos clínicos e otimizar o fluxo de trabalho em ambientes de alta pressão como os departamentos de emergência.

Ademais, a ausência de padronização na identificação dos pacientes não identificados nos sistemas de saúde é notória, tanto nos procedimentos a serem seguidos quanto nas nomenclaturas empregadas. A escassa literatura disponível indica que o processo pode envolver

abordagens diversificadas, desde o uso de pseudônimos baseados em elementos simples como alfabeto fonético e datas, até a colaboração com forças policiais e familiares para a identificação eficaz dos pacientes (Brooks; Macnab; Boffard, 1999; Landman *et al.*, 2015).

Nesse sentido, estudos demonstram a possibilidade de identificar a maioria desses pacientes mediante a colaboração contínua de equipes de saúde e autoridades locais. No entanto, é um processo que pode se estender por um período considerável devido a complexidades diferenciadas, como a ausência de documentos de identificação ou informações pessoais, a incapacidade dos pacientes de se comunicar em razão de condições médicas, a necessidade de colaboração entre várias agências e instituições que podem ter diferentes sistemas e protocolos, e desafios legais e éticos associados à identificação e ao tratamento sem consentimento informado (Bell *et al.*, 2017; Brooks; Macnab; Boffard, 1999; Eni *et al.*, 2020; Landman *et al.*, 2015).

Assim, com vistas a aprimorar esse processo de identificação, é essencial implementar sistemas integrados de registros de saúde eletrônicos que facilitem o compartilhamento de informações entre diferentes instituições de saúde e agências governamentais. Essa integração pode ajudar a superar os desafios associados à falta de informação disponível sobre o paciente, permitindo um acesso mais rápido e eficaz a dados que possam auxiliar na identificação. Além disso, o desenvolvimento de protocolos claros e a formação de equipes dedicadas à identificação de pacientes podem ser estratégias valiosas, garantindo que os profissionais estejam bem equipados para lidar com essas situações complexas (Popescu *et al.*, 2022).

Outrossim, a gestão dos cuidados destes pacientes requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, assistentes sociais e, em alguns casos, autoridades policiais para auxiliar na IP e na localização de familiares ou responsáveis legais (Brooks; Macnab; Boffard, 1999). Além disso, essa colaboração interprofissional facilita a implementação de estratégias de cuidado personalizadas, garantindo que as necessidades clínicas, sociais e legais dos pacientes sejam atendidas de maneira eficaz e compassiva (Landman *et al.*, 2015).

Portanto, o manejo dos pacientes não identificados implica desafios significativos para os profissionais de urgência e emergência, exigindo uma abordagem holística e multidisciplinar para superar as barreiras à prestação de cuidados eficazes (Janowak; Dolejs; Zarzaur, 2017; Tastad *et al.*, 2021). A melhoria contínua das práticas de identificação e a integração de sistemas de saúde são fundamentais para melhorar os desfechos clínicos e garantir que todos os pacientes recebam o cuidado necessário, independentemente de seu status de identificação (Claps; Berk, 1992; Kanich *et al.*, 2002).

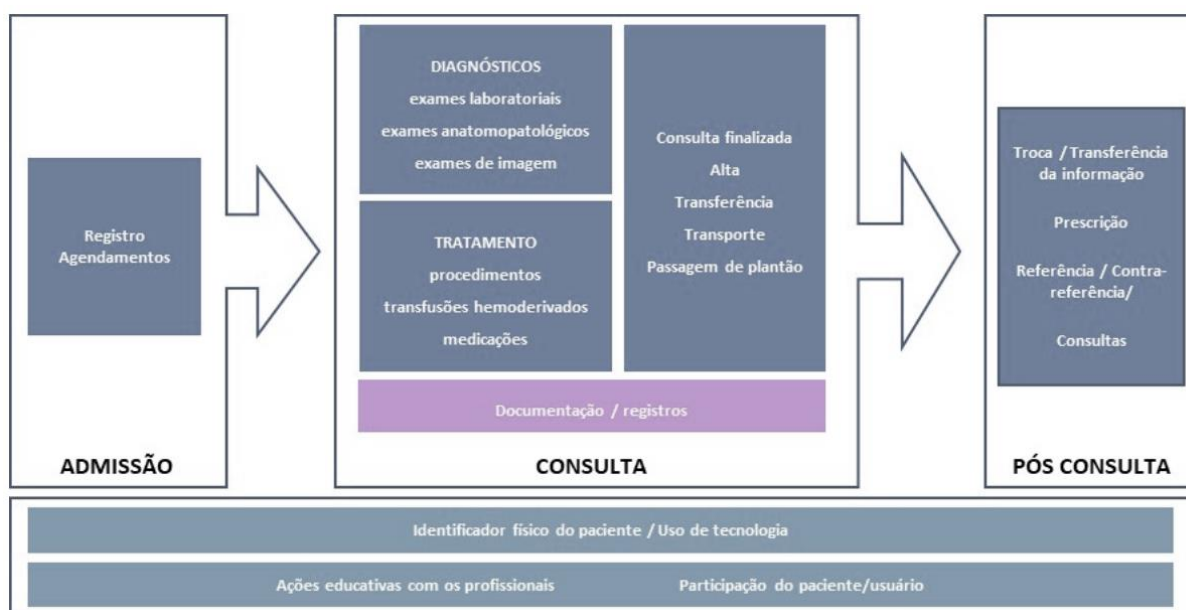
3.3. Identificação do paciente: abordagens, implicações e descobertas tecnológicas

A IP pode ser definida como "associar corretamente um paciente às intervenções apropriadamente pretendidas e comunicar informações sobre a identidade do paciente com precisão e confiabilidade ao longo do cuidado contínuo" (ECRI Institute, 2016).

Nessa perspectiva, a IP deve ocorrer no momento da admissão nos serviços de saúde, por meio de pulseira de identificação, prontuário ou etiquetas de identificação. Essa identificação deve perdurar durante todo o tratamento do paciente e ser aplicada em todos os ambientes, incluindo prontos-socorros, em qualquer condição de atendimento (Brasil, 2018).

O *Emergency Care Research Institute* (ECRI Institute), uma organização independente e sem fins lucrativos especializada em segurança do paciente, identificou os momentos em que a IP é crucial mediante um mapeamento do processo de atendimento do usuário. A Figura 1 ilustra esse processo.

Figura 1 – Processo de identificação do paciente, São Paulo, 2020.



Fonte: Rezende, 2020.

Por meio do Protocolo de Identificação do Paciente, integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente, o MS recomenda o uso de pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada em um membro do paciente (Brasil, 2013b). Esses identificadores representam informações que devem ser utilizadas para identificar o paciente nas mais diversas situações, como antes, durante e após atendimentos, terapias e serviços prestados, podendo contemplar: nome completo do paciente, data de nascimento, nome da mãe,

endereço, registro hospitalar ou número de identificação do sistema de saúde nacional (Brasil, 2018).

Para pacientes adultos, o local escolhido para a utilização da pulseira de identificação são os membros superiores, e, em casos de impossibilidade, os membros inferiores podem ser usados. Caso não haja um membro disponível, a pulseira de identificação deve ser seguramente fixada na roupa do paciente em uma área do corpo que seja claramente visível. Quanto aos recém-nascidos, a pulseira deve ser preferencialmente colocada no tornozelo (Brasil, 2013b).

Desafiando esse contexto de identificação, nos casos de pacientes não identificados, podem ser utilizados o número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça. Além disso, a identidade desses pacientes pode e deve ser apurada com acompanhantes, parentes ou conhecidos, intérpretes - quando necessário - e o mais breve possível (Brasil, 2018).

Seguindo o protocolo nacional, em casos de pacientes não identificados, inconscientes ou irresponsivos, e para os quais não há uma forma disponível de confirmar a sua identificação, deve-se atribuir um nome temporário e um número de identificação. Esses identificadores serão utilizados para identificar o próprio paciente e sua prescrição, medicações, exames e hemotransfusões. É importante ressaltar que a identificação formal deverá ocorrer o mais rápido possível e irá substituir a identificação temporária atribuída a ele (Brasil, 2018).

Internacionalmente, o paciente não identificado pode ter nomenclaturas diferentes dependendo do país ou instituição em que foi admitido. Uma pesquisa sul-africana demonstrou o uso de nomenclaturas como “*John Doe*”, “*Mary Doe*”, “Mr. X”, “Mr. Y”, “*unknown man*” (homem desconhecido, em português) e “*rasus I*”, corroborando achados de pesquisas americanas que relatam a atribuição de nomes alternativos para esses pacientes (Brooks; Macnab; Boffard, 1999; Janowak; Agarwal; Zarzaur, 2019; Robinson *et al.*, 1985). Contudo, não foram encontrados estudos que exponham qualquer normativa quanto à identificação desses pacientes, apenas que o uso inicial de pseudônimos para pacientes não identificados é frequente e permite que o atendimento desses pacientes ocorra de forma mais rápida (Robinson *et al.*, 1985).

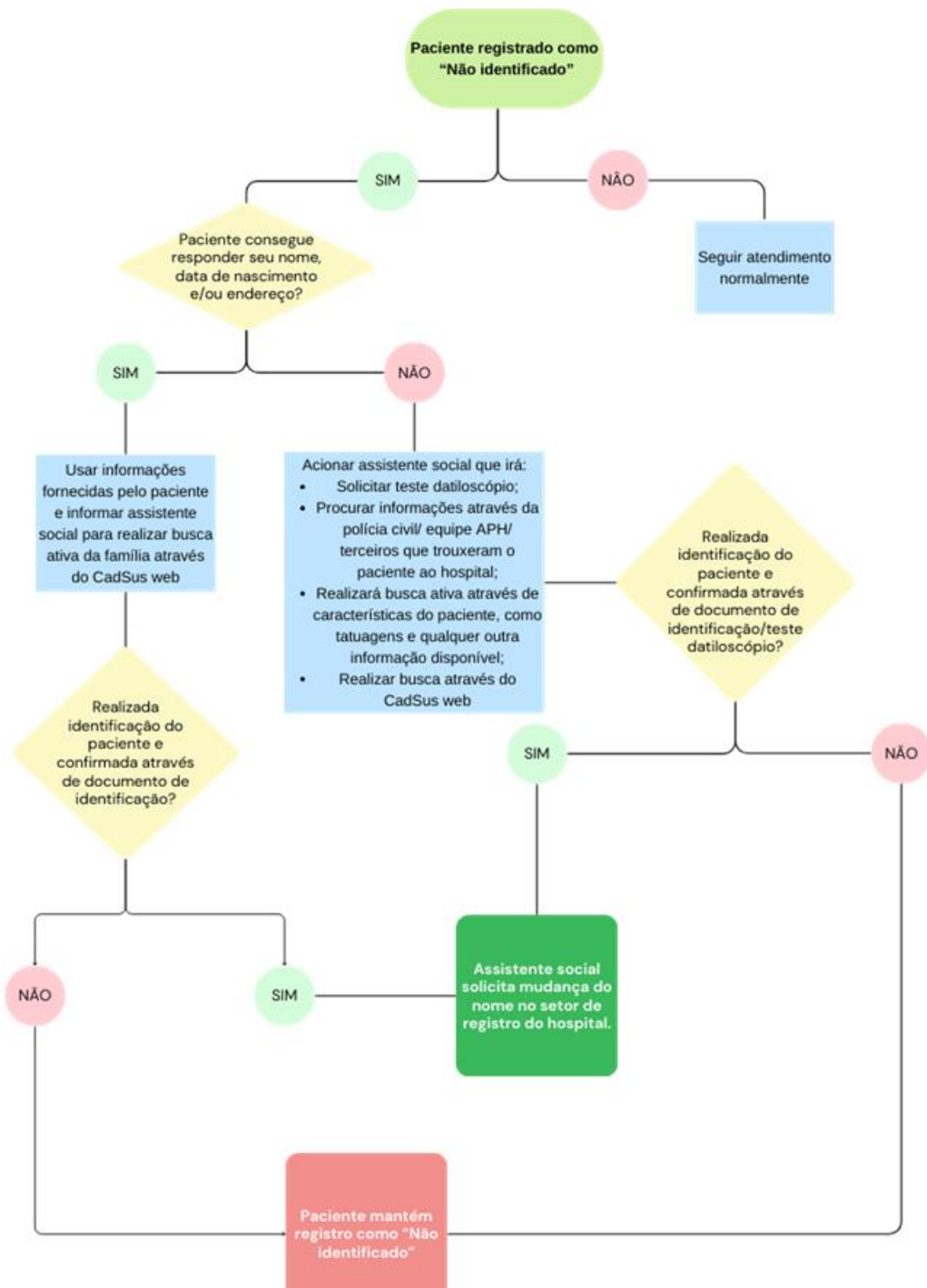
Outra estratégia sugerida pelo Protocolo de Identificação do Paciente é a utilização de fotografias e crachás. Quando uma fotografia é utilizada para fins de identificação, o histórico médico do paciente deve estar disponível no local para comparação, permitindo que as semelhanças entre a pessoa e a fotografia sejam verificadas. Cada vez que o paciente é admitido em um hospital, uma nova fotografia deve ser feita, e essa deve necessariamente fornecer uma visão frontal do paciente, focada, principalmente, da cabeça ao início dos ombros (Brasil, 2018).

Assim, o processo de registro desses pacientes e o modo posterior de identificação variam entre instituições. O objetivo de identificação rápida requer políticas claras envolvendo a cooperação entre serviços de saúde e aplicação da lei (New York, 2017).

Em um hospital público de ensino, no município de Belo Horizonte, instituição cenário desta pesquisa, o processo de identificação é coordenado pelo Serviço Social e se inicia quando um paciente é registrado como "Não identificado". Caso o paciente consiga fornecer seu nome, data de nascimento e/ou endereço, as informações são utilizadas para realizar busca ativa da família através do sistema CadSus web. Se a identificação do paciente for confirmada por meio de documento, o registro é atualizado.

No entanto, se o paciente não conseguir fornecer informações, um assistente social é acionado para conduzir procedimentos adicionais de identificação, incluindo solicitação de teste datiloscópico e busca por informações junto à polícia civil, à equipe do APH ou a terceiros que trouxeram o paciente ao hospital. Se a identificação for realizada e confirmada por um teste datiloscópico ou documento, o assistente social solicita a mudança do nome no setor de registro do hospital. Caso contrário, o paciente mantém o registro como "Não identificado". A Figura 2 do estudo demonstra esse processo de identificação, evidenciando a importância de um sistema integrado e a atuação interdisciplinar no contexto hospitalar para garantir a identificação adequada dos pacientes.

Figura 2 – Fluxograma de identificação de pacientes não identificados em um hospital público de ensino. BH, MG, Brasil, 2024.



Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Isto posto, faz-se necessário diferentes abordagens tecnológicas e práticas que objetivem otimizar uma identificação precisa, atendendo à crescente e diversificada demanda da segurança do paciente (Duggal; Khatri; Shukla, 2015). Em nível global, há uma variedade de métodos,

técnicas e soluções distintas para identificar pacientes, os quais incluem Identificadores Únicos de Pacientes (UPIs) e algoritmos (Riplinger; Piera-Jiménez; Dooling, 2020). Paralelamente, avanços tecnológicos e metodológicos têm introduzido novas abordagens, como correspondência referencial, biometria e tecnologias de dispositivos de identificação por radiofrequência (RFID), como maneiras de aprimorar ainda mais os procedimentos de identificação de pacientes (Rudin *et al.*, 2018).

Muitos sistemas de saúde adotaram iniciativas nacionais para implementar a UPI (Riplinger; Piera-Jiménez; Dooling, 2020). A UPI pode ser definida como um sistema de atribuição de um identificador exclusivo a cada paciente em um ambiente de atendimento em saúde, sendo utilizado para distinguir cada indivíduo e associado às suas informações de saúde (Boyd *et al.*, 2018). Alguns países europeus, bem como Nova Zelândia, China e Israel, utilizam o seu próprio identificador nacional como número de IP (Boyd *et al.*, 2018; Metsallik *et al.*, 2018; Nordic Innovation, 2018).

Nesse sentido, um estudo americano relata que, em sistemas de saúde que não utilizam a UPI, a qualidade dos cuidados pode ser comprometida e a segurança do paciente colocada em risco. Os autores justificam que, nesses casos, é necessário confiar em métodos de correspondência ou em algoritmos que tentem correlacionar registros médicos com base em correspondências exatas ou comparações diretas entre dois campos, como nomes ou datas de nascimento. Tais métodos tradicionais de correspondência de registros médicos têm limitações significativas, o que pode afetar a precisão e a confiabilidade dos registros de saúde, e, consequentemente, o cuidado com os pacientes (Ampamya; Kitayimbwab; Were, 2020).

Assim, apesar de ser amplamente implementado e reconhecido como um dos métodos preferidos devido à menor dependência dos atributos do paciente, o UPI não funciona tão bem em países de média e baixa renda (Ampamya; Kitayimbwab; Were, 2020; Riplinger; Piera-Jiménez; Dooling, 2020). Dessa forma, algumas limitações podem ser levantadas, como em locais onde existem muitos imigrantes – e esses, portanto, não são portadores de um identificador único (Grannis *et al.*, 2019). Ressalta-se, por último, a preocupação com a privacidade dos dados (Waitzberg; Rosen, 2020).

Uma outra abordagem que aumenta as chances de identificar corretamente os pacientes e que está em ascensão nas organizações é a implementação de tecnologias complementares, como o software de correspondência referencial (Riplinger; Piera-Jiménez; Dooling, 2020). Esse software opera adicionando informações demográficas adicionais aos registros de saúde dos pacientes, informações essas que geralmente não são originárias do campo da saúde, mas que podem ser úteis para melhorar a identificação dos pacientes. Informações de relatórios de

crédito, por exemplo, podem incluir histórico de endereço, e informações públicas podem conter dados como endereço residencial e histórico de serviços públicos (Mello *et al.*, 2018). As limitações do uso desse software, por sua vez, incluem o rompimento da privacidade dos dados e a seletividade de populações (Riplinger; Piera-Jiménez; Dooling, 2020). Crianças, moradores de ruas e imigrantes ilegais não são provedores de dados para as fontes utilizadas para a correspondência referencial, e, portanto, não seriam devidamente analisadas (Mello *et al.*, 2018).

Atualmente, no Brasil, podemos contar com o CADSUS, um aplicativo cuja finalidade é o cadastramento e a manutenção de informações de usuários do SUS, realizado em estabelecimentos assistenciais de saúde públicos e/ou conveniados ao SUS (Brasil, 2008). Informações como dados pessoais, sociodemográficos, CPF, número do PIS/PASEP, número do Cartão Nacional de Saúde, certidão de nascimento, RG, CTPS, Título Eleitoral e nome da mãe e do pai, além de endereço e características do domicílio, são coletadas nos estabelecimentos de saúde municipais ou estaduais com o preenchimento da Ficha do CadSus e posterior digitação. Tais informações permanecem no Município como base de dados municipal; além disso, são enviadas, via Internet para consolidação, formando a Base Nacional do CADSUS. Assim, o cadastramento do usuário permite a construção de um banco de dados para diagnóstico, avaliação, planejamento e programação das ações de saúde, podendo ser acessado em qualquer estabelecimento de saúde do país (IBGE, 2023).

Uma iniciativa-chave associada a esse cadastro é o Cartão Nacional de Saúde (CNS), que visa proporcionar uma identificação única para cada usuário do sistema de saúde. Emitido a partir das informações contidas no CADSUS, o Cartão Nacional de Saúde representa uma ferramenta crucial para a integração e eficiência dos serviços, facilitando o acesso a atendimentos e procedimentos médicos. Essa interconexão entre o CADSUS e o Cartão Nacional de Saúde não apenas simplifica a identificação e registro dos usuários como também fortalece a capacidade do sistema de saúde em monitorar, analisar e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos, promovendo uma abordagem mais eficaz e personalizada para a saúde pública no país (Brasil, 2016).

Apesar dessas vantagens, é possível apontar alguns problemas que acompanham esse processo de informatização do usuário no SUS: falta de atualização das bases estaduais do CNS, grande duplicidade na geração de CNS provisórios e definitivos para o mesmo indivíduo e permanência de falta de conectividade em muitos municípios. Pode-se citar, ainda, a falta de segurança das bases de dados, que não eram criptografadas, e a falta de integração do CNS com

outros sistemas do SUS, impossibilitando identificar univocamente os usuários nos processos de atenção (Brasil, 2016).

As limitações dos softwares de identificação, do UPI e dos algoritmos de correspondência em todo o mundo ocasionaram a exploração de outras tecnologias complementares, incluindo tecnologias de identificação biométrica (Riplinger; Piera-Jiménez; Dooling, 2020). Em julho de 2021, a Polícia Federal do Brasil iniciou a nova “Solução Automatizada de Identificação Biométrica” (ABIS), que possibilitará a identificação de até 200 milhões de pessoas com o cruzamento de dados da impressão digital e o reconhecimento facial. Atualmente, o sistema de identificação implementado é o AFIS (Sistema Automatizado de Identificação de Impressões Digitais) e, com o tempo, poderá haver a completa integração com outros modelos de identificação biométrica, como íris e voz (Brasil, 2021).

Assim, o sucesso na identificação de pacientes não identificados demanda um esforço colaborativo e a adoção de práticas inovadoras que transcendem os desafios atuais do sistema de saúde. A evolução contínua das tecnologias e metodologias, alinhada com políticas claras e uma infraestrutura robusta, é fundamental para assegurar uma identificação precisa e eficiente. Esse progresso amplifica a segurança do paciente e potencializa a eficácia dos cuidados prestados, enfatizando a necessidade de um compromisso contínuo com a melhoria da qualidade no ambiente de saúde.

4 MÉTODO

4.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo sobre os atendimentos a pacientes não identificados em um hospital de grande porte.

Nos estudos descritivos, o pesquisador observa o paciente, as características da doença e sua evolução, sem intervir ou modificar qualquer aspecto que esteja estudando. São utilizados para conhecer os agravos à saúde, estudando a sua distribuição no tempo e no espaço, conforme peculiaridades individuais (Hochman *et al.*, 2005).

Os itens a serem descritos no estudo seguirão as recomendações da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), que determina os subsídios para uma comunicação mais precisa e completa de estudos observacionais (Malta *et al.*, 2010).

4.2. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital de grande porte em Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de um hospital público, totalmente imerso no SUS, que representa importante referência no atendimento a pacientes politraumatizados, urgência e emergência clínicas, tratamentos que necessitam de cuidados intensivos e intermediários, feridos em grandes catástrofes, grandes queimaduras, tratamentos relacionados a ataques de animais, envenenamento ou intoxicações graves, além de prover informações e tratamentos em casos de intoxicações químicas e picadas de animais peçonhentos (Fhemig, 2020a).

Esse hospital é classificado como Centro de Trauma I, composto por um bloco horizontal e um vertical de dez andares. Sua estrutura horizontal conta com o PS, um bloco cirúrgico com nove salas e uma sala de recuperação pós-anestésica, além de uma unidade de terapia intensiva (UTI) com cerca de 40 leitos. Já o vertical possui estruturas como núcleo de ensino e pesquisa, salas de aula, seis andares de enfermarias e dois andares destinados a Unidade de Tratamento de Queimados. Essa última está localizada nos oitavo e nono andares, e conta com um centro cirúrgico exclusivo e dez leitos de terapia intensiva exclusivos para o tratamento de grandes queimados (Drumond; Vieira Júnior, 2009).

A estrutura do PS é compreendida por uma sala de atendimento a politraumatizados (emergência cirúrgica), ambulatórios de ortopedia, cirurgia geral, neurocirurgia, pediatria, emergências clínicas, otorrinolaringologia, endoscopia digestiva, além dos serviços de imagem

(radiologia, tomografia e ultrassonografia) e toxicologia. Sua estrutura recebe pacientes de todas as faixas etárias, atendendo o público pediátrico e adulto (Fhemig, 2020a).

Por fim, o local de estudo foi escolhido haja vista o reconhecimento por sua importância estratégica na prestação de serviços de saúde e assistência hospitalar, em níveis secundário e terciário de complexidade, no âmbito estadual e regional. Desse modo, integra o fluxo de atendimento à pessoa em situação de trauma e urgências e emergências clínicas, além de ser o serviço de referência em toxicologia do estado de Minas Gerais, perfil dos pacientes do presente estudo. Além disso, trata-se de hospital de ensino e pesquisa, em nível de graduação, residências médicas e multiprofissionais e de pós-graduação (Fhemig, 2020b).

4.3. População e amostra

A população foi constituída por pacientes de todas as faixas etárias que procuraram atendimento no PS da instituição cenário, no período compreendido entre 1º de janeiro de 2019 e 31 de dezembro de 2022, e que não apresentavam documento de identificação na admissão na unidade. Esses pacientes foram devidamente registrados no sistema eletrônico da instituição sob a designação "não identificados". A escolha deste intervalo temporal fundamentou-se na presença da pandemia da COVID-19, possibilitando a análise abrangente de suas distintas fases (prévia, durante e subsequente).

Optou-se por excluir pacientes que inicialmente buscaram atendimento em outra unidade de saúde. Essa medida visou assegurar a homogeneidade e a relevância da amostra em relação ao contexto específico do pronto-socorro da instituição em estudo.

A localização dos pacientes não identificados possui duas fontes: o prontuário eletrônico com dados de pacientes que receberam alta sem serem identificados e uma pasta eletrônica do serviço social do hospital com dados de pacientes que deram entrada no PS como paciente não identificado e foram identificados antes da alta hospitalar. Ressalta-se que a pasta eletrônica do serviço social foi criada no ano de 2020 e, dessa forma, em 2019 só foi possível ter acesso aos pacientes que receberam alta sem identificação.

Em consulta prévia na instituição, foi possível localizar o total de 2425 atendimentos a pacientes não identificados no período estudado. O cálculo do tamanho da amostra utilizado foi o de uma proporção para uma população finita. Logo, tendo como base o total de 2425 atendimentos realizados em pacientes não identificadas entre os anos de 2019 e 2022, chegou-se a 332 unidades amostrais. Isso garante uma margem de erro de 5% e 95% de confiança.

Utilizou-se a variação máxima da proporção para a amostragem aleatória simples. A fórmula utilizada encontra-se abaixo:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

Após chegar no total da amostra, aplicou-se a estratificação proporcional observada entre os quatro anos que compreendem a pesquisa. Dessa forma, chegou-se ao total de elementos a serem coletados em cada ano (Quadro 1).

Quadro 1 – Estratificação proporcional de elementos que foram coletados em cada ano compreendido pela pesquisa. Belo Horizonte/ MG, Brasil, 2023.

Ano do Prontuário	2019	2020	2021	2022	Total da Amostra
Unidades Populacionais	386	602	630	807	1661
Unidades Amostrais	53	82	86	111	332

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Para a realização do sorteio das unidades amostrais dentro de cada ano de abertura do prontuário, utilizou-se a ferramenta Minitab 17 para a escolha aleatória, sem reposição, das unidades populacionais. Em cada ano, reuniu-se todos os prontuários da população e pediu-se ao software que sorteasse a quantidade calculada de unidades amostrais, como mostrado na tabela.

Após a seleção inicial, os prontuários foram revisados para confirmar os critérios de inclusão. Para garantir a amostra de 332 pacientes, optou-se por coletar 365 unidades amostrais (unidades amostrais + 10%) Desses, 33 foram excluídos por terem sido transferidos de outras instituições de saúde.

4.4. Variáveis

A definição das variáveis sobre os dados de atendimento foi baseada na estrutura pré-existente da instituição coparticipante e na literatura relacionada à temática “pacientes não identificados atendidos em prontos-socorros” (Bell, 2017; Butler, 2016; Claps; Berk, 1992; Janowak; Dolejs; Zarzaur, 2017; Janowak; Agarwal; Zarzaur, 2019; Robinson *et al.*, 1985; Tastad *et al.*, 2021; Umesh *et al.*, 2017).

O nível de prioridade clínica foi definido segundo o Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR). Por meio desse protocolo de classificação de risco (CR), o profissional classifica a queixa que levou o usuário ao serviço a partir dos fluxogramas que compõem o protocolo, cada um com discriminadores que direcionam a definição da prioridade clínica, e, assim, a cor e tempo de resposta máximo para o primeiro atendimento médico, em minutos, sendo: 1-Emergência/Vermelho/0 minutos; 2- Muito Urgente/Laranja/10 minutos; 3- Urgente/Amarelo/60 minutos; 4- Pouco Urgente/Verde/120 minutos; 5- Não Urgente/Azul/240 minutos (Mackway-Jones; Marsden; Windle, 2017).

As variáveis relacionadas ao atendimento inicial ao paciente não identificado e as condutas assistenciais na admissão foram fundamentadas nas literaturas referentes ao atendimento a pacientes no ambiente de pronto-socorro, como o *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), para os pacientes de trauma, e o manual *Medicina de Emergência: Abordagem Prática*, para os pacientes clínicos (ACS, 2018; Velasco *et al.*, 2022).

O ABCDE é um mnemônico reportado pelo ATLS, elaborado pelo Colégio Americano de Cirurgiões, no sentido de padronizar e direcionar o atendimento inicial ao politraumatizado, com vistas à definição de prioridades na abordagem e à redução de mortalidade. O mnemônico foi idealizado com foco nas lesões de maior potencial de mortalidade ao indivíduo, com o seguinte significado ABCDE: A (*airways*) - vias aéreas e controle da coluna cervical; B (*breathing*) - respiração e ventilação; C (*circulation*) - circulação; D (*disability*) - estado neurológico; e E (*exposure*) - exposição com controle da temperatura corporal (ACS, 2018). Esse mesmo mnemônico também guia os atendimentos aos pacientes clínicos graves na sala de emergência (Velasco *et al.*, 2022).

Em 2018, a edição mais recente do *Pre-hospital Trauma Life Support* (NAEMT, 2018) introduziu um novo conceito, o X-ABCDE, incluindo a letra X, a qual significa hemorragia exsanguinante, como sangramentos arteriais em jato ou maciços. Assim, utilizou-se o mnemônico XABCDE para que todas as situações pudessem ser contempladas na amostra do estudo. As variáveis e unidades/categorias estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Variáveis e unidades/categorias do estudo. Belo Horizonte/ MG, Brasil, 2024.

(continua)

Variável	Unidade/categoria
Dados sociodemográficos	
Sexo	Masculino Feminino
Idade (em anos)	Anos;
Faixa etária	0 a 11 anos 12 a 17 anos 18 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos 60 anos ou mais.
Raça/cor informada por terceiros	Branca Parda Preta.
Local de moradia	Belo Horizonte Região Metropolitana Minas Gerais, fora da RMBH
Tipo de moradia	Casa/apartamento Morador de rua
Dados da admissão no PS	
Horário da admissão	Manhã (6h00 as 11h59) Tarde (12h00 as 18:59) Noite (19h00 as 23h59) Madrugada (00h00 as 5h59)
Dia da semana	Segunda-Feira Terça-Feira Quarta-Feira Quinta-Feira Sexta-Feira Sábado Domingo
Mês admissão	Janeiro Fevereiro Março Abril Maio Junho Julho Agosto Setembro Outubro Novembro Dezembro
Responsável por encaminhar o paciente ao hospital	SAMU 192 Outros Serviços APH Polícia Militar População E Meios Próprios
Nível de prioridade clínica de acordo com o SMCR	1-Vermelho/Emergência 2-Laranja/Muito Urgente 3-Amarelo/Urgente 4-Verde/Pouco Urgente

Variável	Unidade/categoria
	5-Azul/Não Urgente
Fluxograma SMCR mais acessados	Agressão Trauma Maior Quedas Trauma Cranioencefálico Convulsões Overdose E Envenenamento Feridas Mal-Estar Em Adulto Problemas Em Extremidades Queimaduras Alteração Do Comportamento Autoagressão Embriaguez Aparente Outros (continua)
Discriminadores mais acessados	Alteração Do Nível De Consciência Alteração Não Totalmente Atribuível Ao Álcool Alto Risco De Agredir Outros Hemorragia Maior Incontrolável Mortalidade Alta Obstrução Das Vias Aéreas; Respiração Inadequada Choque Hemorragia Exsanguinante Outros Dor Intensa Dor Precordial Novo Pulso Anormal Agitação Psicomotora Alteração Do Nível Totalmente Álcool História De Inconsciência Dor Moderada Fratura Exposta História De Trauma Hemorragia Menor Incontrolável Deformidade Grosseira Dor Leve Convulsionando
Motivo do atendimento	Agressão Física Queda Acidente Automobilístico Acidente Motocicleta Atropelamento Acidente Bicicleta Crise Convulsiva Intoxicação Exógena Acidente Com Animais Peçonhentos Outros Queimadura Alteração Psicomotora
Sala do atendimento no PS	Sala De Emergência Demais Salas
Primeira especialidade Médica a realizar o atendimento	Cirurgia Geral Neurocirurgia Neurologia

Variável	Unidade/categoria
	Toxicologia Clínica Geral Outros
Diagnósticos Médicos à admissão (capítulos CID)	Capítulo XIX: Lesões, Envenenamento E Algumas Outras Consequências De Causas Externas XXI: Causas Externas De Morbidade E De Mortalidade Capítulo XX: Códigos Para Fins Especiais XVIII: Sintomas, Sinais E Achados Anormais De Exames Clínicos E De Laboratório Não Classificados Em Outras Partes X: Doenças Do Aparelho Respiratório IV: Doença Endócrinas, Nutricionais E Metabólicas XXII: Neoplasias XIV: Doenças Do Aparelho Geniturinário VII: Doenças Do Olho E Anexos I: Algumas Doenças Infecciosas E Parasitárias XIII: Doenças Do Sistema Osteomuscular E Do Tecido Conjuntivo XII: Doenças Da Pele E Do Tecido Subcutâneo II: Doenças Do Sangue E Dos Órgãos Hematopoiéticos, E Alguns Transtornos Imunitários XI: Doenças Do Aparelho Digestivo VI: Doenças Do Sistema Nervoso V: Transtornos Mentais E Comportamentais IX: Doenças Do Aparelho Circulatório. (continua)
Atendimento Inicial	
X-hemorragia exsanguinante	Sim Não
A - Restrição da mobilidade da coluna cervical	Com Colar Cervical Sem Colar Cervical
A - Avaliação das vias aéreas	Via Aérea Pérvia Via Aérea Obstruída
B - Ventilação e respiração	Apneia Ar Ambiente Cateter Nasal APH Máscara Não Reinalante APH Bolsa-Válvula-Máscara APH Intubação APH Via Aérea Cirúrgica APH Máscara Laríngea APH.
C - Circulação	Pulsos Periféricos Palpáveis Pulsos Periféricos Não Palpáveis Parada Cardiorrespiratória Pelve Estável Pelve Instável Uso De Drogas Vasoativas/Vasopressoras. Hemorragia
D - Avaliação neurológica	Pupilas Isocóricas Alterações Pupilares Movimenta Ativamente os Membros Outros
Escore na Escala de Coma de Glasgow	3 a 15
E - Exposição e controle do ambiente	Corto-Contuso Perfuração Por Arma De Fogo

Variável	Unidade/categoria
	Perfuração Por Arma Branca Escoriação Tatuagem Traumática Fratura Fechada Fratura Exposta Sem Lesão Aparente Uso De Imobilizadores Outros
Condutas assistenciais no momento da admissão no pronto-socorro	
X - Hemorragia exsanguinante	Pressão Direta Torniquete Outros Mantida Conduta Do APH (continua)
A - Avaliação das vias aéreas	Intubação Via Aérea Cirúrgica Outros Mantida Conduta Do APH
B - Ventilação e respiração	Ar Ambiente Cateter Nasal Máscara Não Reinalante Ventilação mecânica Drenagem Torácica Punção De Alívio Com Cateter Outros Mantida Conduta Do APH
C - Circulação	Monitorização Cardíaca Expansão Volêmica Acesso Venoso Central Hemotransusão Drogas Vasoativas/Vasopressoras Reanimação Cardíaca Uso De Transamin Outros Mantida Conduta Do APH
D - Avaliação neurológica	Correção Glicemia Capilar Elevação Cabeceira a 30 Graus Outros Mantida Conduta Do APH
E - Exposição e controle do ambiente	Uso De Manta Térmica Ou Cobertores Imobilização De Membros Imobilização De Pelve Sutura Outros Mantida Conduta Do APH
Exames	UFAST Tomografia Computadorizada Raio-X Exames Laboratoriais Eletrocardiograma Outros
Outros procedimentos:	Cateter Vesical De Demora Cateter Nasogástrico Acesso Venoso Periférico

Variável	Unidade/categoria
	Outros Não Foi Necessária Nenhuma Intervenção
Desfecho Atendimento Pronto-Socorro	
Tempo de permanência no PS (em dias);	Dias
Desfecho atendimento pronto-socorro	Alta Hospitalar Alta Hospitalar Com Acompanhamento Ambulatorial Unidade De Terapia Intensiva Unidade De Internação Transferência Hospitalar Óbito Evasão + Alta A Pedido Do Paciente (continua)
Desfecho Atendimento Hospitalar Pacientes Internados	
Tempo de internação hospitalar (em dias)	Dias
Desfecho internação hospitalar	Alta Hospitalar Alta Hospitalar Com Encaminhamento Transferência Hospitalar Encaminhamento Outra Instituição De Saúde Óbito Evasão Alta Hospitalar A Pedido Do Paciente Paciente Ainda Sem Alta Hospitalar Prontuário Sem Desfecho
Diagnósticos Médicos alta hospitalar (capítulos CID)	Capítulo XIX: Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências De Causas Externas XX: Códigos Para Fins Especiais; XVIII: Sintomas, Sinais e Achados Anormais De Exames Clínicos e de Laboratório, Não Classificados Em Outras Partes V: Transtornos Mentais E Comportamentais VI: Doenças Do Sistema Nervoso X: Doenças Do Aparelho Respiratório XIV: Doenças Do Aparelho Geniturinário VII: Doenças Do Olho E Anexos XIII: Doenças Do Sistema Osteomuscular e Do Tecido Conjuntivo XII: Doenças Da Pele E Do Tecido Subcutâneo II: Doenças Do Sangue E Dos Órgãos Hematopoiéticos, e Alguns Transtornos Imunitários XI: Doenças Do Aparelho Digestivo; VIII: Doenças Do Ouvido E Da Apófise Mastoide; IX: Doenças Do Aparelho Circulatório
Avaliação neurológica	Consciente Inconsciente Orientado Confuso
Avaliação sistema respiratório	Ar Ambient Oxigênio Suplementar Traqueostomia Intubado
Avaliação musculoesquelética	Sem Alterações Motoras Claudicação Amputação Imobilização

Variável	Unidade/categoria
	Deambulando Com Auxílio Acamado Cadeira De Rodas Plegia
Escala de Coma de Glasgow	3 a 15
Identificação Do Paciente	
Identificação durante internação no PS	Sim Não
Paciente permaneceu como não identificado no momento do desfecho hospitalar	Sim Não (conclusão)
Tempo que paciente permaneceu como não identificado (em dias)	Dias
Responsável pela identificação do paciente	Autoidentificação Familiares Amigos Serviço Policial Serviço Social
Método de identificação do paciente	Apresentação Documento De Identificação Autodeclaração
Motivo da permanência da não identificação do paciente	Não Quis Acionar A Família Confusão Mental Óbito Autodeclarado Sem Documento De Identificação Outros

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Nota: SAMU 192: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; APH: Atendimento pré-hospitar; UFAST: *Focused assessment with sonography for trauma*; RMBH: Região Metropolitana de Belo Horizonte; PS: Pronto-Socorro.

4.5. Instrumento de coleta de dados

Foi desenvolvido um instrumento de coleta de dados que abrange as variáveis do estudo por meio da plataforma digital *REDCap* (Apêndice A). Essa plataforma, cuja funcionalidade inclui a construção e o gerenciamento de bancos de dados e pesquisas online, teve o acesso autorizado pelo Centro de Telessaúde do Hospital das Clínicas da UFMG (HC/UFMG). Um teste piloto do instrumento foi conduzido com cinco prontuários, os quais fazem parte da população do estudo, abrangendo os quatro anos de ocorrência (2019 - 2022). A escolha desses prontuários foi feita aleatoriamente a partir da lista de registros hospitalares de pacientes não identificados de cada ano. Após a análise das informações obtidas, em alinhamento com os objetivos do estudo, foram realizadas as devidas adequações no instrumento.

4.6. Coleta de dados

A coleta de dados foi rigorosamente planejada e executada em duas fases distintas, iniciando-se apenas após a obtenção da aprovação ética dos Comitês de Ética das instituições envolvidas (Anexos A e B).

4.6.1. Fase 1: Levantamento dos números dos registros de pacientes não identificados para sorteio da amostra

Os registros foram identificados em dois locais distintos:

- a) **Levantamento dos registros de pacientes que permaneceram até a alta hospitalar como não identificados:** dado fornecido pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do hospital, que disponibilizou uma planilha detalhada para este fim;
- b) **Levantamento dos registros de pacientes que foram identificados após admissão no PS:** acesso à pasta “Pacientes Não Identificados” após autorização da Responsável Técnica e da gerente da equipe multiprofissional, conforme documentado em (Anexo C).

Após o levantamento dos registros, procedeu-se ao sorteio dos prontuários que compuseram a amostra, utilizando um método aleatório e transparente, cujos detalhes são fornecidos no Anexo D.

4.6.2. Fase 2: Coleta das Variáveis nos Prontuários Eletrônicos

A coleta das variáveis definidas para o estudo foi realizada nos prontuários eletrônicos acessados por meio do sistema informatizado do hospital. A pesquisadora principal, juntamente com bolsistas de iniciação científica, conduziu esta etapa. Os bolsistas receberam treinamento específico, focando na padronização da coleta de dados e na adesão aos protocolos éticos e de privacidade. Este treinamento assegurou a consistência e a precisão dos dados coletados.

Os dados foram registrados em um instrumento de coleta de dados informatizado na plataforma *REDCap*, desenvolvida especificamente para este estudo. Esse instrumento foi projetado para maximizar a eficiência da coleta de dados e minimizar erros, com funcionalidades que incluem verificação de consistência e campos obrigatórios para garantir a completude dos dados.

Durante toda a coleta de dados, uma atenção especial foi dada à manutenção da qualidade dos dados. Além disso, uma revisão preliminar dos dados foi realizada para identificar e corrigir quaisquer discrepâncias ou omissões antes da análise.

4.7. Análise de dados

Os dados coletados para o estudo foram inicialmente inseridos na plataforma *REDCap*. Posteriormente, o banco de dados foi exportado e submetido a uma minuciosa conferência utilizando o Microsoft Excel®, de modo a garantir que qualquer inconsistência fosse identificada e corrigida, assegurando a precisão dos dados antes da análise. Para as análises subsequentes, optou-se pelo uso do programa estatístico *Statistical Software for Professional*® (Stata), versão 14.0.

A análise descritiva foi conduzida através do cálculo de medidas de tendência central, optando-se pela mediana devido à sua robustez em distribuições não simétricas, e medidas de dispersão, incluindo mínimo, máximo e intervalo interquartil (IQ), proporcionando uma visão abrangente da distribuição dos dados. O teste de normalidade Shapiro-Wilk foi aplicado para cada conjunto de dados.

Ademais, a análise das variáveis categóricas foi realizada enfatizando a quantificação de valores absolutos e proporções para cada categoria. Essa abordagem não apenas destacou a frequência de cada categoria como também permitiu uma comparação percentual entre elas.

Para facilitar a interpretação e a apresentação dos dados, os resultados foram organizados em sete segmentos distintos: dados sociodemográficos, informações relativas ao momento da admissão no pronto-socorro, condições clínicas dos pacientes não identificados no primeiro atendimento, caracterização das condutas assistenciais no momento da admissão no pronto-socorro, desfecho do atendimento no pronto-socorro, desfecho do atendimento hospitalar dos pacientes não identificados e, finalmente, o processo de identificação desses pacientes. Essa estruturação garante que cada aspecto dos dados seja destacado e discutido em detalhe, permitindo uma análise mais aprofundada e um entendimento mais claro das tendências e padrões emergentes.

Além disso, a utilização de visualizações de dados, como gráficos e tabelas, foi empregada para ilustrar as descobertas-chave, facilitando a interpretação e a compreensão dos resultados.

4.8. Aspectos éticos legais

O presente estudo seguiu as recomendações da Resolução n.466/2012 e n.510/2016 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa aderiu aos princípios bioéticos de não maleficência, beneficência, justiça, equidade e autonomia, conforme preconizado na resolução, visando assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade e do Estado.

O projeto desta pesquisa foi submetido à avaliação da Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), e recebeu parecer favorável (Anexo D). Posteriormente, após aprovação desse órgão, foi encaminhado para apreciação da instituição coparticipante e, mediante autorização, submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais com o CAAE: 69465223.9.0000.5149, obtendo parecer favorável Nº: 6.129.008. Em seguida, passou pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, com o CAAE: 69465223.9.3001.5119, e obteve parecer favorável Nº: 6.297.301 (Anexos A e B).

Devido ao teor da pesquisa, não foi possível estabelecer contato telefônico para aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices C, D e E). Assim, a pesquisadora formalizou o compromisso dos registros com a instituição coparticipante mediante Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (Apêndice F) e a aplicação do Termo de Justificativa de Dispensa de TCLE (Apêndice G).

Importante destacar que não houve contato com os pacientes. Além disso, um dos riscos potenciais deste estudo seria a quebra de sigilo das informações coletadas. Entretanto, a probabilidade desse evento foi mínima ou praticamente inexistente, uma vez que, a fim de garantir a ausência de riscos substanciais à privacidade e à confidencialidade dos dados dos participantes, apenas os pesquisadores tiveram acesso às informações da pesquisa.

5 RESULTADOS

Nos anos de 2019 a 2022, estimou-se a admissão de 2425 pacientes não identificados, representando 2,61% da população total atendida pelo PS da instituição de estudo (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das admissões no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022.

Ano	Total admissão no PS	Pacientes não identificados admitidos no PS	Percentual de Pacientes não identificados
2019	25810	386	1,50%
2020	21344	602	2,82%
2021	23049	630	2,73%
2022	22476	807	3,59%

Fonte: Elaborada para fins deste estudo. Nota: PS- Pronto-socorro

5.1. Caracterização sociodemográfica

Dentro do contingente de 332 pacientes não identificados admitidos no PS, a maioria (81,63%) era do sexo masculino. Obteve-se registro da idade em apenas um terço dos pacientes (31,93%), a qual variou de 5 a 79 anos com mediana de 32 anos. Quanto à raça informada por terceiros, a maioria (75%) enquadrava-se na categoria parda. O local de residência foi registrado em apenas 32,53% dos prontuários: desses, a maioria (72,22%) residia em Belo Horizonte. Dos 144 (43,37%) prontuários com registro do tipo de moradia, mais da metade (61,11%) possuía residência fixa (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos pacientes não identificados admitidos no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022.

Variável	(continua)	
	N	%
Idade (anos)	106	100
0 a 11	2	1,89
12 a 17	8	7,55
18 a 29	36	33,96
30 a 39	22	20,75
40 a 49	18	16,98
50 a 59	13	12,26
60 ou mais	9	8,49
Raça/cor	332	100
Parda	249	75,00
Preta	50	15,06
Branca	33	9,94
Cidade	108	100

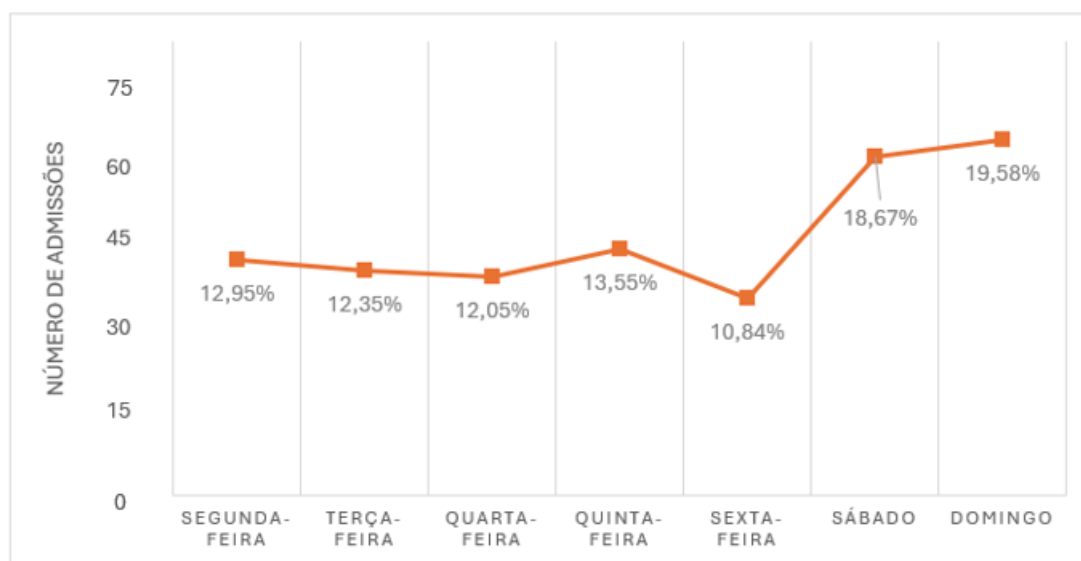
Variável	(conclusão)	
	N	%
Belo Horizonte	78	72,22
Região Metropolitana	27	25,00
Minas Gerais, fora RMBH	3	2,78
Moradia	144	100
Casa/apartamento	88	61,11
Situação de rua	56	38,89

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

5.2. Caracterização da admissão no pronto-socorro

O final de semana destacou-se com a maior frequência de admissões no PS, sendo 18,67% admissões no sábado e 19,58% no domingo. Os demais dias da semana apresentaram valores equiparados (Figura 3).

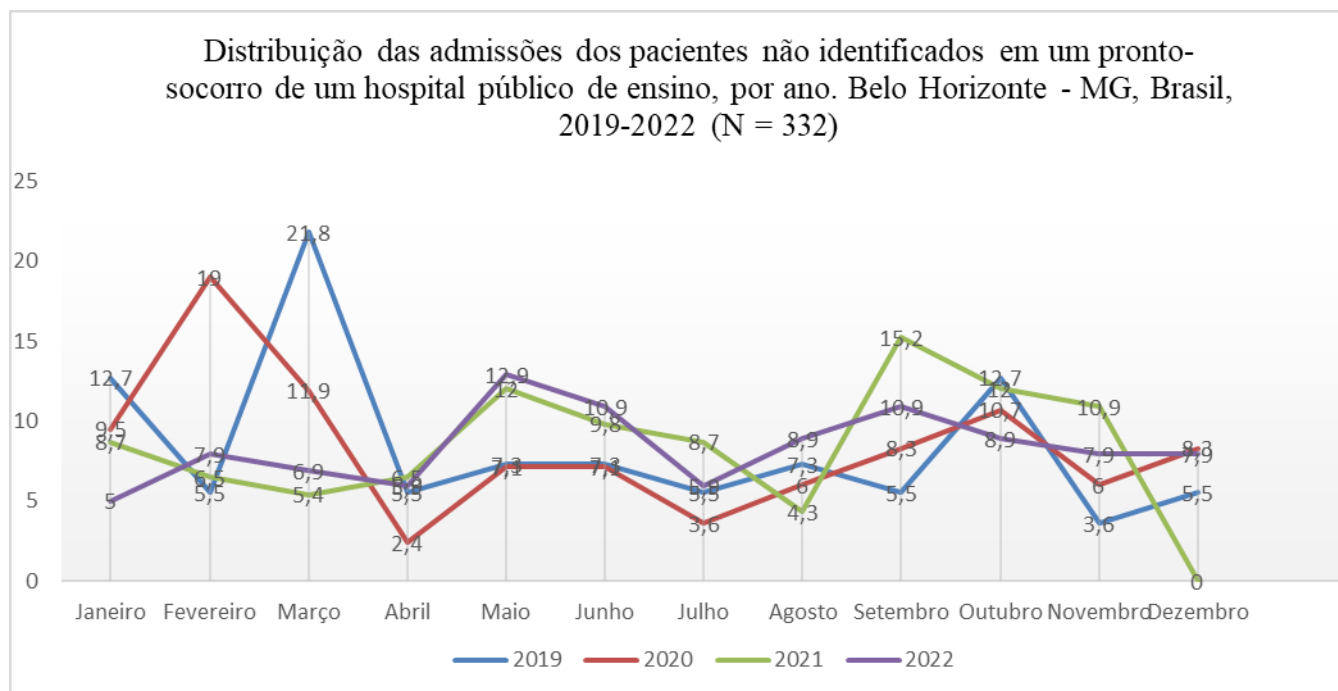
Figura 3 – Distribuição das admissões de pacientes não identificados segundo o dia da semana no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte - MG, Brasil, 2019-2022 (N = 332).



Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

No que tange aos meses, as distribuições das admissões foram diferentes nos anos em análise. Em 2019, o pico de admissão ocorreu no mês de março; em 2020, no mês de fevereiro; em 2021, no mês de setembro; e em 2022, no mês de maio. Houve a perda de dados das admissões do mês de dezembro de 2021, gerando uma queda abrupta dos dados no gráfico (Figura 4).

Figura 4 – Distribuição de admissões de pacientes não identificados segundo mês no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte - MG, Brasil, 2019-2022 (N = 332).



Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Em relação aos horários de admissão dos pacientes não identificados, observou-se um predomínio do período noturno (29,52%), seguido pelos períodos da tarde (28,61%), madrugada (25,90%) e manhã (15,96%).

Quanto à forma de chegada ao PS, aproximadamente metade (50,60%) dos pacientes não identificados foram encaminhados pelo SAMU 192, seguidos pela Polícia Militar de Minas Gerais - PMMG (18,98%), população e meios próprios (17,47%) e outros serviços de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) (12,95%). Entre esses serviços de APH, destacam-se o Corpo de Bombeiros de Minas Gerais (CBMMG), o transporte aeromédico e diferentes tipos de ambulâncias, incluindo aquelas vinculadas a concessionárias e eventos.

No que se refere ao CR, 95,18% dos pacientes foram triados pelo SMCR. O nível de prioridade clínica mais frequente foi o 2- laranja/muito urgente (69,94%), seguido do 1-vermelho/emergência (20,57%). Os fluxogramas mais acessados foram “Agressão” (28,8%), seguido de “Trauma maior” (25,95%) e “Quedas” (12,97%). Os discriminadores que permitiram mais de 60% da determinação das prioridades clínicas laranja e vermelho foram a junção de “Alteração do nível de consciência + alteração não totalmente atribuível ao álcool + alto risco de agredir outros” e “Hemorragia maior incontrolável + mortalidade alta” (Tabela 3).

Tabela 3 – Perfil da Classificação de Risco segundo o Sistema Manchester de Classificação de Risco de pacientes não identificados admitidos no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022 (N= 316).

Variável	N	%
Fluxograma SCMR mais acessados		
Agressão	91	28,80
Trauma maior	82	25,95
Quedas	41	12,97
Trauma cranioencefálico	24	7,59
Convulsões	17	5,38
Overdose e envenenamento	12	3,80
Feridas	9	2,85
Mal-estar em adulto	8	2,53
Problemas em extremidades	6	1,90
Queimaduras	6	1,90
Alteração do comportamento	4	1,27
Autoagressão	3	0,95
Embriaguez aparente	3	0,95
Outros	10	3,16
Discriminadores		
Alteração do nível de consciência + alteração não totalmente atribuível ao álcool + alto risco de agredir outros	101	31,96
Hemorragia maior incontrolável + mortalidade alta	101	31,96
Obstrução das vias aéreas + respiração inadequada	44	13,92
Choque + hemorragia exsanguinante	12	3,80
Outros	12	3,80
Dor intensa + dor precordial + novo pulso anormal	11	3,48
Agitação psicomotora + alteração do nível totalmente alcool + história de inconsciência	10	3,16
Dor moderada	9	2,85
Fratura exposta + história de trauma + hemorragia menor incontrolável + deformidade grosseira	6	1,90
Dor leve	6	1,90
Convulsionando	4	1,27
Nível de prioridade		
1- Vermelho/Emergência	65	20,57
2-Laranja/Muito urgente	221	69,94
3-Amarelo/Urgente	23	7,28
4-Verde/pouco urgente	7	2,22

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Nota: *Outros fluxogramas (categorias com até 2 ocorrências): Desmaio, mordeduras e picadas, trauma toracoabdominal, corpo estranho, dor torácica, problemas em olhos e problemas urinários. **Outros discriminadores (categorias com até 2 ocorrências): adulto febril, cefaleia, deformidade, dispneia aguda, história de overdose ou envenenamento, história discordante, ingestão de objeto perigoso, início súbito, redução recente da acuidade visual, saturação de O2 muito baixa, trauma recente.

O principal motivo do atendimento da população em estudo foi a agressão física (39,76%), incluindo acidentes com arma de fogo (8,43%) e com arma branca (10,54%). Em seguida, houve predomínio dos motivos queda (20,48%), acidente automobilístico e acidente de motocicleta (10,84%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos motivos de atendimento de pacientes não identificados admitidos no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022 (N = 332).

Variável	N	%
Motivo do atendimento	332	100
Agressão física	132	39,76
Queda	68	20,48
Acidente automobilístico + Acidente motocicleta	36	10,84
Atropelamento + Acidente bicicleta	28	8,43
Crise convulsiva	22	6,63
Intoxicação exógena + acidente com animais peçonhentos	20	6,02
Queimadura	6	1,81
Alteração psicomotora	5	1,51
Outros	15	4,52

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Nota: *Outros (categorias com até 2 ocorrências): acidente com serra circular, acidente de aeronave, afogamento, dor abdominal e uretral, dor torácica, explosão de bomba, ingestão de pilha e agulha, mal súbito, motivo desconhecido.

Sobre a distribuição dos locais de atendimento dos pacientes após CR, 89,76% foram encaminhados para salas de emergência, sendo 84,94% encaminhados para a sala de emergências cirúrgicas e 5,12% para a sala de emergências clínicas, enquanto os demais (10,24%) foram direcionados para as outras salas do PS, incluindo a unidade de pequenos ferimentos (UPF).

A distribuição da primeira especialidade médica a atender o paciente não identificado na chegada ao PS encontra-se na tabela abaixo (Tabela 5). Ressalta-se que 72,51% dos pacientes demandaram atendimento de mais de uma especialidade médica no momento da admissão.

Tabela 5 – Caracterização da primeira especialidade médica a atender os pacientes não identificados admitidos no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022 (N = 332).

Variável	N	%
Primeira especialidade médica		
Cirurgia geral	279	84,04
Clínica médica	21	6,33
Neurocirurgia	19	5,72
Toxicologia	6	1,81
Ortopedia	5	1,51
Pediatria	1	0,3
Cirurgia vascular	1	0,3

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

5.3. Caracterização das condições clínicas do paciente não identificado no primeiro atendimento no pronto-socorro

Quanto aos dados relacionados à condição clínica na admissão do paciente, utilizando o mnemônico XABCDE, observou-se perda de informações por falta de registro em todas as variáveis do mnemônico: X – hemorragia exsanguinante (8,13%), A – Restrição da coluna cervical (17,47%), B – Ventilação e Respiração (9,06%), C – Circulação (25,06%), D – Disfunção neurológica (21,39%) e E – Exposição e ambiente (1,20%). As demais informações que caracterizam as condições clínicas estão apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6 – Caracterização das condições clínicas de pacientes não identificados no momento da admissão no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022.

(continua)		
Variável	N	%
X: Hemorragia exsanguinante	305	100
Sim	20	6,56
Não	285	93,44
A: Restrição coluna cervical	274	100
Com colar cervical	124	45,26
Sem colar cervical	150	54,74
A: Avaliação das vias aéreas	302	100
Via aérea pérvia	283	93,71
Via aérea obstruída	18	5,96
B: Ventilação e Respiração	247	100
Ar ambiente	188	76,11
Intubação realizada no APH	25	10,12
Apneia	17	6,88
Máscara facial colocada no APH	11	4,45
Cateter Nasal colocado no APH	6	2,43
Bolsa válvula-máscara	1	0,4
Máscara laríngea	1	0,4
C: Circulação	288	
Pulsos periféricos palpáveis	227	78,8
Pelve estável	198	68,8
Pulsos periféricos não palpáveis	27	9,4
Parada cardiorrespiratória	19	6,6
Hemorragia	7	2,49
Pelve instável	6	2,14
Drogas vasoativas	5	1,7
Evisceração abdominal	1	0,34
Dor abdominal	1	0,34
D: Disfunção neurológica	235	
Pupilas isofotorreagentes	192	81,7
Movimenta os membros espontaneamente	104	44,3

Pupilas anormais	9	3,8
Outros	19	8,1
E: Exposição e ambiente	319	
Lesão corto-contusa	134	42
Escoriações	72	22,6
Fraturas	59	18,5
Hematomas	44	13,41
Imobilização	42	12,8
Perfuração por arma de fogo	32	10
Perfuração por arma branca	30	9,4
Tatuagem traumática	13	4,1
Sem lesões aparentes	50	15,7
Outros	18	5,49

Fonte: Elaborada para fins deste estudo. **(conclusão)**

Nota: *Outras disfunções neurológicas: hipoglicemia, contenção física, disartria, sedação/ **Outras exposições e ambientes: enfisema, exposição calota craniana, hemorragia conjuntival, desenlupamento, otorragia, edema, equimose, eritema e queimadura. APH: Atendimento pré-hospitalar.

Sobre o nível de consciência, obteve-se registro de 259 (78%) da ECGI dos pacientes não identificados. Os valores abrangeram amplitude de 3 a 15, com mediana de 14 (IQ: 13-15).

No que concerne à associação de álcool e drogas aos atendimentos, observou-se que 41,05% dos pacientes estavam correlacionados ao consumo de álcool, enquanto 17,59% estavam relacionados ao uso de drogas ilícitas. Ademais, 10,18% dos atendimentos foram vinculados à ingestão simultânea de álcool e drogas.

Em relação aos diagnósticos médicos contidos no documento de anamnese do PS, foram identificados cerca de 659 diagnósticos. Para melhor análise, esses foram agrupados de acordo com o capítulo do CID-10 ao qual pertencem (Tabela 7). Ressalta-se que 189 (59,81%) pacientes receberam mais de um diagnóstico no momento da admissão.

Tabela 7 – Descrição dos capítulos do CID-10 que agrupam os diagnósticos recebidos no momento da admissão dos pacientes não identificados no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022 (N = 332).

Variável	N	%
Capítulos CID-10 diagnósticos médicos		
Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	504	76,48
Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais	36	5,46
Capítulo XVIII: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outras partes	29	4,4
Capítulo VI: Doenças do sistema nervoso	23	3,49
Capítulo XX: Códigos para fins especiais	18	2,73
Capítulo XXI: Causas externas de morbidade e de mortalidade	15	2,28

Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório	8	1,21
Outros capítulos	26	3,95

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Nota: *Outros capítulos: X: Doenças do aparelho respiratório; IV: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; XXII: Neoplasias; XIV: Doenças do aparelho geniturinário; VII: Doenças do olho e anexos; I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias; XIII: Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; XII: Doenças da pele e do tecido subcutâneo; II: Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, e alguns transtornos imunitários; XI: Doenças do aparelho digestivo.

5.4. Caracterização das condutas assistenciais utilizadas na admissão do paciente não identificado no pronto-socorro

Em relação à demanda por assistência em saúde, estratificando as condutas assistências pelo mnemônico XABCDE, observou-se perda de informações por falta de registro em todas as variáveis do mnemônico: X – hemorragia exsanguinante (6,33%), A – Restrição da coluna cervical (29,52%), B – Ventilação e Respiração (47,89%), C – Circulação (33,13%), D – Disfunção neurológica (53%) e E – Exposição e ambiente (32,53%). As demais informações que caracterizam as condutas assistenciais realizadas nos pacientes não identificados no momento da admissão no pronto-socorro encontram-se na Tabela 8.

Tabela 8 – Caracterização das condutas assistenciais realizadas nos pacientes não identificados no momento da admissão no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte -MG, Brasil, 2019-2022.

Variável	(continua)	
	N	%
X: Hemorragia exsanguinante	19	
Tratamento cirúrgico	10	52,63
Pressão direta	7	36,84
Torniquete	1	5,26
Insuflada sonda Foley	1	5,26
A: Avaliação das vias aéreas	20	
Intubação	15	75
Colocado colar cervical	3	15
Troca de tubo orotraqueal	1	5
Via aérea cirúrgica	1	5
B: Ventilação e Respiração	75	
Ar ambiente	27	36
Cateter Nasal	16	21,33
Ventilação mecânica	15	20
Drenagem torácica	10	13,33
Máscara não reinalante	2	2,66
Punção de alívio com cateter	5	6,66
C: Circulação	147	
Monitorização cardíaca	89	60,54
Hemotransfusão	15	10,20
Expansão volêmica	13	8,84
Transamin	10	6,80
Drogas vasoativas/vasopressoras	9	6,12
Acesso Venoso Central	5	3,40

Variável	N	%
Reanimação cardíaca	5	3,40
Puncão de cateter de pressão arterial invasiva	1	0,68
D: Disfunção neurológica	66	
Observação neurológica	29	43,93
Elevação de cabeceira	18	27,27
Contenção química	7	10,60
Prognóstico neurológico reservado	4	6,06
Correção de glicemia capilar	3	4,54
Outros	6	9,09
E: Exposição e ambiente	125	
Sutura	115	92
Tratamento cirúrgico	18	14,04
Imobilização membros	10	8
Manta térmica	3	2,4
Imobilização pelve	2	1,6

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Nota*Outras disfunções neurológicas (D): movimentação em bloco, sedação, tratamento cirúrgico e uso de colar cervical rígido.

Em relação aos exames, a maioria (83,13%) dos pacientes realizou um ou mais exames na admissão no PS. Entre os exames de imagem, os mais frequentes foram a tomografia computadorizada (59,94%), a radiografia (59,94%) e a ultrassonografia beira-leito - UFAST (26,81%) (Tabela 9).

Quanto aos procedimentos de enfermagem, mais de dois terços (78,92%) dos pacientes receberam punção de acesso venoso periférico no momento da admissão no PS (Tabela 9).

Tabela 9 – Caracterização dos exames e procedimentos de enfermagem realizados nos pacientes não identificados no momento da admissão no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte - MG, Brasil, 2019-2022 (N = 332).

Variável	N	%
Exames		
Tomografia computadorizada	199	59,94
Raio-X	198	59,64
UFAST	89	26,81
Exames laboratoriais	72	21,69
Eletrocardiograma	22	6,63
Outros	8	2,41
Procedimentos enfermagem		
Acesso venoso periférico	262	78,92
Cateter vesical de demora	26	7,83
Cateter Nasoentérico	4	1,2

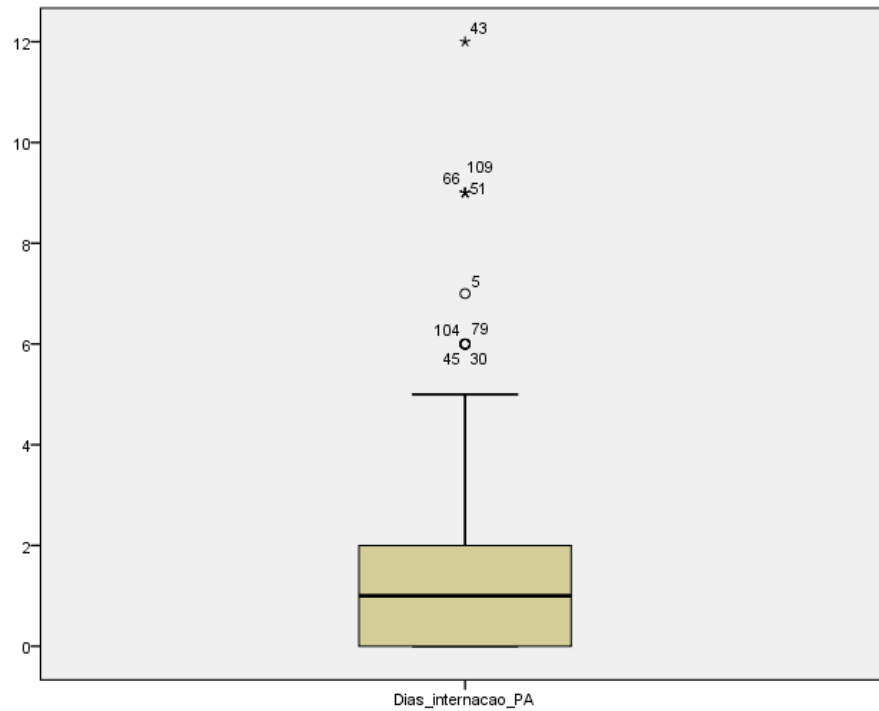
Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Nota: UFAST: *Ultrassom Focused Assesment with Sonography for Trauma*; Raio-x: radiografia.

5.5. Desfecho do atendimento dos pacientes não identificados no pronto-socorro

O período de permanência no pronto-socorro variou de 0 a 12 dias, com mediana de um dia e amplitude interquartil de dois (Figura 5).

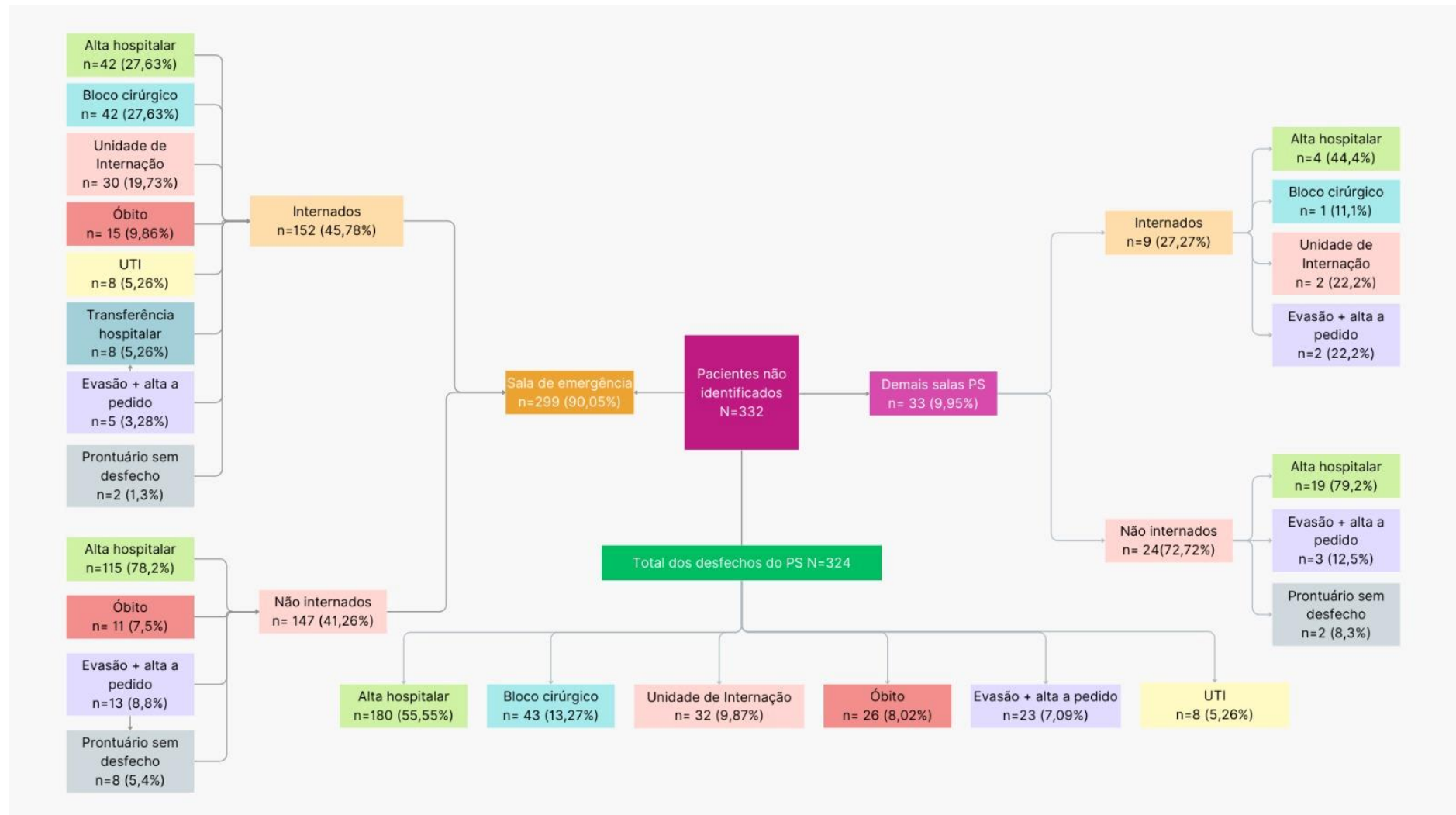
Figura 5 – Tempo de permanência dos pacientes não identificados no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte - MG, Brasil, 2019-2022 (N = 332).



Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Houve registro do desfecho em 324 prontuários. Mais da metade (55,54 %) recebeu alta para o domicílio e, entre esses, 17 (5,24%) foram encaminhados para acompanhamento ambulatorial. Além disso, 43 (13,27%) pacientes foram direcionados ao bloco cirúrgico, e dez desses (25,58%) admitidos sob protocolo de onda vermelha. Adicionalmente, registrou-se o óbito de 26 pacientes (8,02%) durante o atendimento no PS (Figura 6).

Figura 6 – Fluxo do desfecho do atendimento dos pacientes não identificados no pronto-socorro de um hospital público de ensino. BH MG, Brasil, 2019-2022 (n = 332).



Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

5.6. Desfecho dos pacientes não identificados internados no hospital após atendimento no pronto-socorro

O período de internação dos 86 pacientes não identificados internados no hospital variou de 0 a 453 dias, com mediana de oito dias (IQ: 1 - 9).

Quanto ao desfecho, 62 (74,69%) pacientes tiveram alta hospitalar, sendo 29 (34,93%) desses encaminhados para acompanhamento ambulatorial. Além disso, oito (9,63%) foram transferidos para outros hospitais, sendo a maioria para hospitais da rede de saúde suplementar, e 20 evoluíram a óbito (24,1%). Um paciente (1,2%) ainda estava internado no hospital durante a coleta de dados.

Além disso, no momento da alta hospitalar, cinco (6,02%) pacientes foram encaminhados para outras instituições de saúde, como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas (CERSAM AD), Centro Mineiro de Toxicomania (CMT) e Centros de Saúde.

Já em relação ao documento de alta hospitalar, a análise dos diagnósticos médicos revelou a existência de aproximadamente 262 diagnósticos, os quais foram categorizados de acordo com os capítulos do CID-10 (Tabela 10). Ressalta-se que 189 pacientes (59,81%) receberam mais de um diagnóstico no momento da alta.

Tabela 10 – Descrição dos capítulos do CID-10 que agrupam os diagnósticos recebidos no momento da alta hospitalar dos pacientes não identificados no pronto-socorro de um hospital público de ensino. Belo Horizonte - MG, Brasil, 2019-2022 (N = 161).

Variável	N	%
Capítulos CID-10 diagnósticos médicos		
Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	114	72,6
Capítulo XX: Códigos para fins especiais	3	1,9
Capítulo XVIII: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outras partes	10	3,81
Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais	13	4,96
Capítulo VI: Doenças do sistema nervoso	10	3,81
Capítulo X: Doenças do aparelho respiratório	2	0,76
Outros	20	7,63

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

No contexto das condições clínicas dos pacientes no momento da alta hospitalar, destaca-se notável lacuna de registros dessas informações. Uma significativa perda de dados foi observada, atingindo 48,19% das informações relacionadas às condições respiratórias e 10% das condições motoras. Apesar disso, percebeu-se que a maioria (95,18%) recebeu alta consciente e orientado (91,57%) e respirando em ar ambiente (30,43%) (Tabela 11).

Ademais, destaca-se que, entre os 75 prontuários (90,36%) que apresentavam informações disponíveis sobre as condições motoras, 25 pacientes (33,33%) receberam alta hospitalar com algum comprometimento musculoesquelético (Tabela 11).

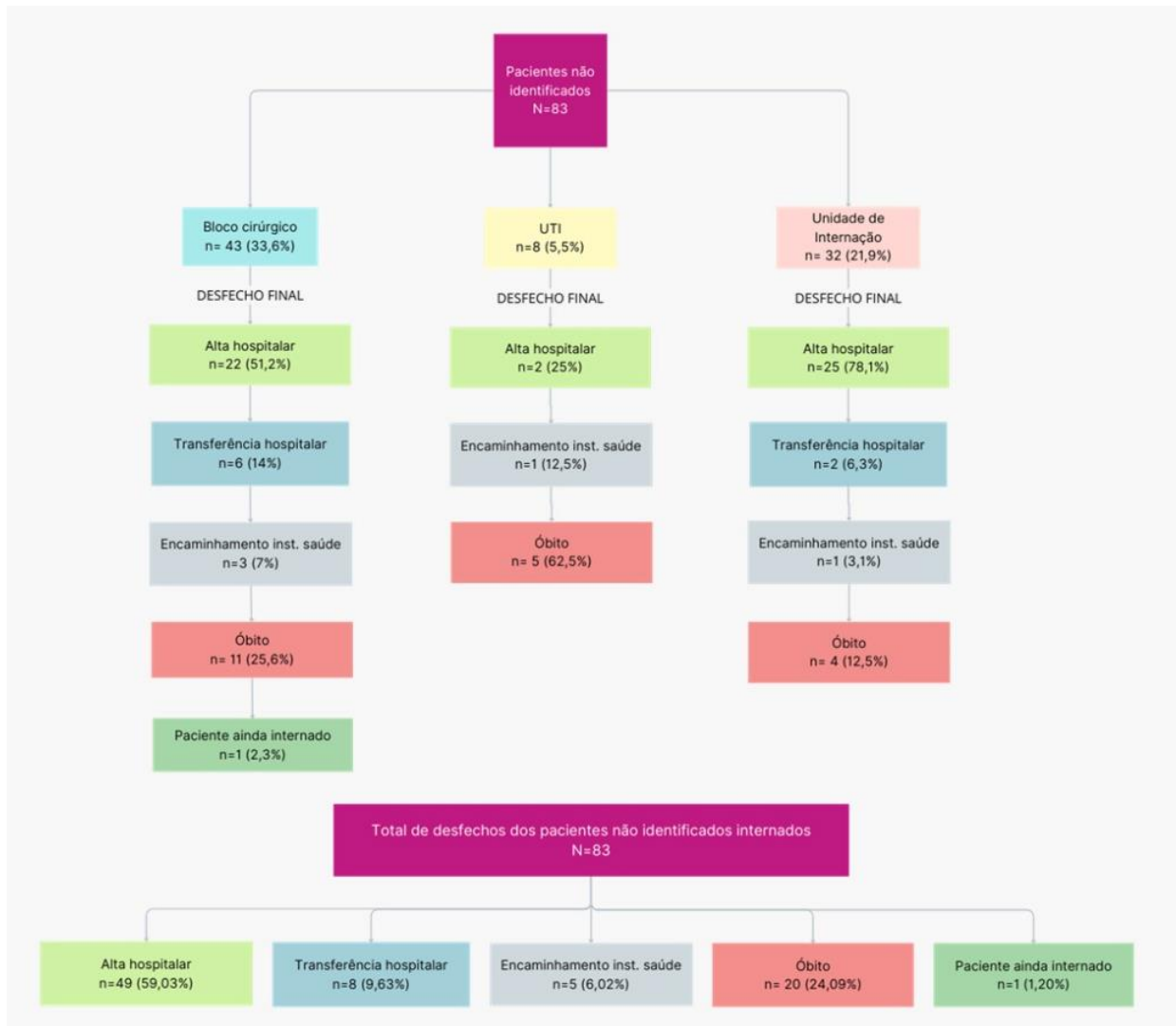
Tabela 11 – Caracterização das condições clínicas dos pacientes não identificados no momento da alta hospitalar em um hospital público de ensino. Belo Horizonte - MG, Brasil, 2019-2022 (N = 161).

Variável	n	%
Nível de consciência	83	100
Consciente	79	95,18
Orientado	76	91,57
Confuso	7	8,43
Inconsciente	4	4,82
Respiratório	46	100
Ar ambiente	41	89,13
Traqueostomia	3	6,52
Oxigênio suplementar	1	2,17
Intubado	1	2,17
Musculoesquelético	75	100
Sem alterações motoras	50	66,67
Imobilização	11	14,67
Cadeira de rodas	4	5,33
Plegia	3	4,00
Deambulando com auxílio	3	4,00
Acamado	2	2,67
Claudicação	1	1,33
Amputação	1	1,33

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Em relação ao nível de consciência do paciente no momento da alta hospitalar, foi encontrado o registro da ECGI em 61 (73,49%) prontuários. Os valores obtidos abrangeram uma amplitude de 3 a 15, com mediana de 15. No que concerne ao intervalo interquartilico, observou-se o valor 15 em todos os intervalos.

Figura 7 – Fluxo do desfecho hospitalar dos pacientes não identificados admitidos em um pronto-socorro de um hospital público de ensino. BH MG, Brasil, 2019-2022 (n = 83).

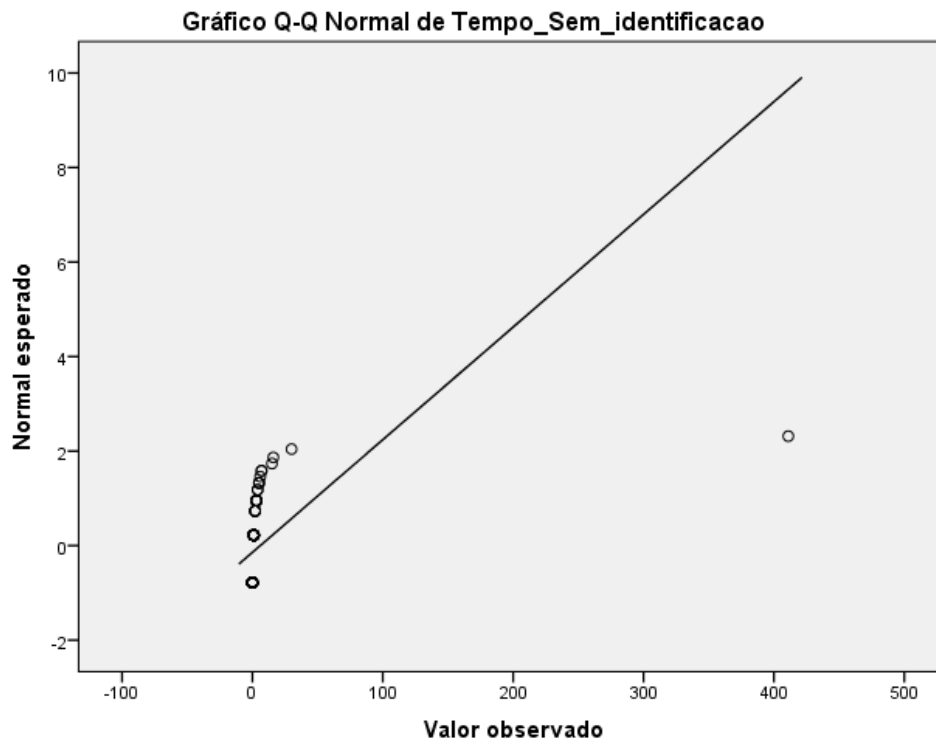


Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

5.7. Processo de identificação do paciente não identificado

Ao longo do período de permanência no hospital, dos 332 pacientes admitidos sem identificação, 97 (29,2%) receberam alta hospitalar devidamente identificados, sendo a maioria (67,01%) identificada no pronto-socorro. O tempo de permanência como não identificado variou de 0 a 411 dias, com mediana de um dia (IQ: 0 – 2) (Figura 8).

Figura 8 – Tempo de permanência como não identificado durante o atendimento em um hospital público de ensino. Belo Horizonte - MG, Brasil, 2019-2022 (N = 161).

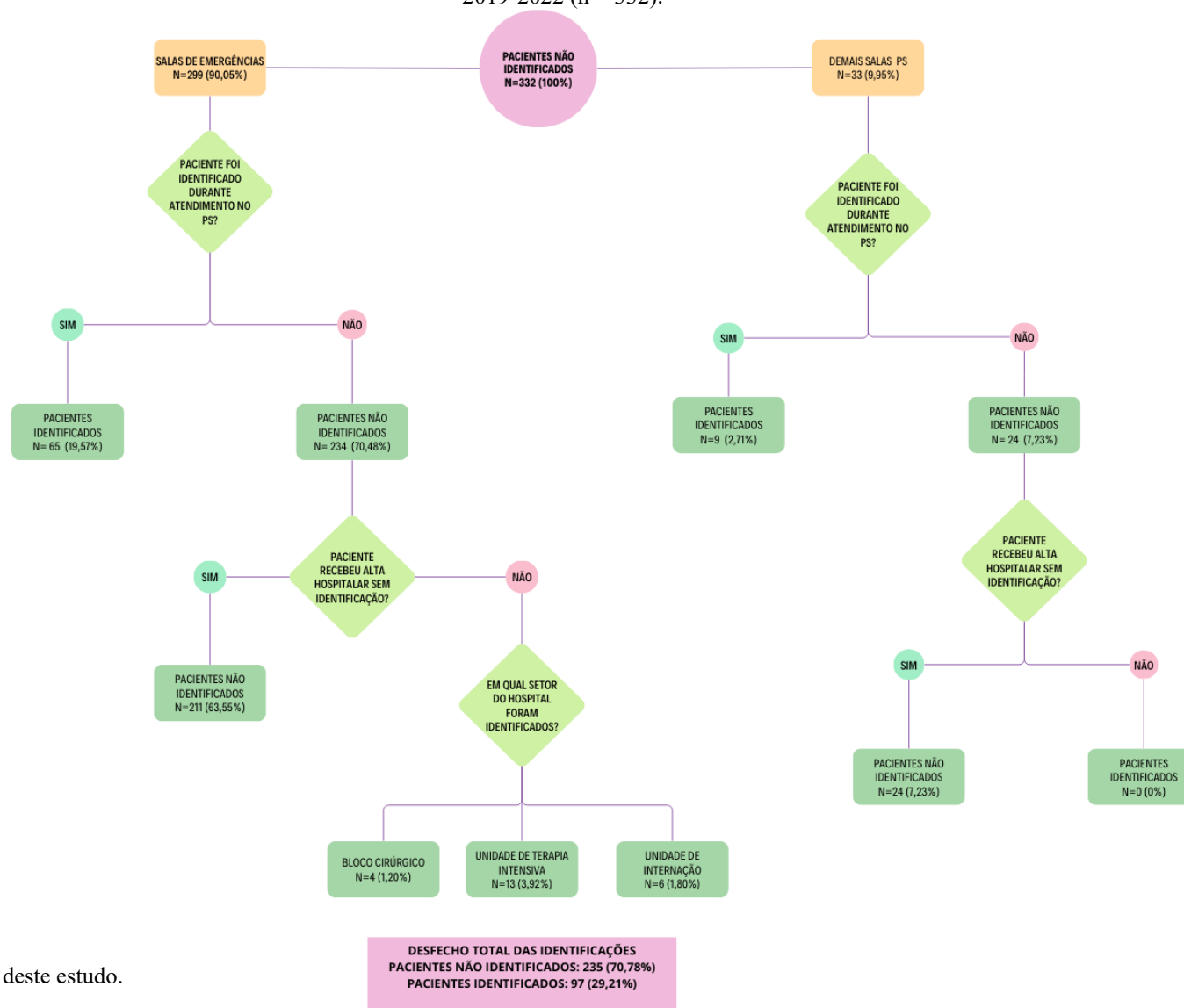


Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Os responsáveis pela identificação dos pacientes foram, em sua maioria, familiares (65 – 66,33%), seguidos pela autoidentificação (27,55%) no período da pandemia (2020 e 2021), serviço policial (3,06%) e terceiros (2,04%). Os métodos de identificação mais utilizados foram a apresentação do documento de identificação (64,76%) e autodeclaração (25,71%).

Em seguida, dos pacientes não identificados internados, 32 (32,98%) foram identificados em outros setores após saírem do PS, sendo que 17 (53,12%) foram identificados durante a permanência na UTI e nove (28,12%) durante a permanência na Unidade de Internação (Figura 9).

Figura 9 – Fluxograma do processo de identificação dos pacientes não identificados admitidos em um pronto-socorro de um hospital público de ensino. BH, MG, Brasil, 2019-2022 (n = 332).



Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Em relação aos 235 pacientes que tiveram alta hospitalar sem identificação, em 90 (30,29%) prontuários não havia registro do motivo da não identificação do paciente. Os motivos da permanência do paciente como não identificado encontram-se na Tabela 12.

Tabela 12 – Motivos da não identificação dos pacientes não identificados até o momento da alta hospitalar em um hospital público de ensino. Belo Horizonte - MG, Brasil, 2019-2022 (n = 145).

Variável	N	%
Motivos de não identificação	145	
Autodeclaração sem documento de identificação	86	55,48
Óbito	34	23,45
Negou acionamento da família	9	6,21
Evasão	5	3,45
Identificação após alta hospitalar	4	2,76
Recusou identificação hospitalar	4	2,76
Identificação por declaração verbal de terceiros	2	1,38
Família não quis ir reconhecer paciente	1	0,69

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

6 DISCUSSÃO

As admissões de pacientes não identificados no PS exibiram uma tendência de crescimento sustentado ao longo dos anos em análise. Notavelmente, esses índices superaram as taxas observadas em estudos correlatos realizados em diferentes contextos de PS. Um estudo conduzido na Nigéria relatou uma representatividade de apenas 0,6% ao longo de cinco anos de pesquisa, enquanto um estudo na Índia registrou uma proporção de 0,14% em nove anos de acompanhamento de uma unidade de emergência. Além desses, um estudo realizado nos Estados Unidos identificou que apenas 0,5% das admissões estavam relacionadas a pacientes não identificados (Eni *et al.*, 2020; Claps; Berk, 1992; Umesh *et al.*, 2017).

A composição da população em um PS reflete uma ampla gama de fenômenos urgentes e emergentes, influenciados por fatores culturais, sociais, psicológicos, ambientais e físicos. Cada região, ainda, tem suas particularidades e necessidades de saúde, sendo impactada pela localização geográfica e proximidade com áreas de risco, capacidade e recursos do hospital, coberturas e políticas de saúde e epidemiologia local (Hehn; Bueno, 2020).

6.1. Caracterização sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica dos indivíduos da amostra desta pesquisa demonstrou predominância do sexo masculino. Constatou-se registro da idade para apenas uma fração dos pacientes, abrangendo faixa etária ampla, da infância à terceira idade, com a mediana situada na fase adulta inicial. Em relação à raça, a classificação mais frequentemente atribuída por terceiros foi a parda. Quanto ao local de residência, entre os registros disponíveis, a maioria residia no município de Belo Horizonte, e prevaleceu a posse de um domicílio fixo.

A população de pacientes não identificados que demandou cuidados médicos hospitalares apresentou uma distribuição etária ampla, o que sugere que a ausência de identificação é uma circunstância que transcende grupos etários. Entretanto, os dados apontam para uma concentração significativa de indivíduos do gênero masculino na faixa etária dos 18 aos 39 anos. Essa tendência está alinhada com a literatura, que indica uma maior propensão de homens jovens a serem admitidos em unidades de emergência devido a eventos de causas externas (Bitencourt *et al.*, 2021; Nadanovsky; Santos, 2021).

Além disso, cabe ressaltar que a instituição estudada é referência em atendimentos relacionados a causas externas, reforçando com estudo na literatura que homens com média de idade de 35 anos são as principais vítimas de trauma ortopédico na instituição (Acar; Vieira; Monteiro Neto, 2020). Outro estudo sobre o perfil epidemiológico dos pacientes em Onda

Vermelha no mesmo hospital demonstrou resultado semelhante, apresentando predominância do sexo masculino com média de idade de 33,4 anos (Santos; Costa; Alves, 2023).

Nadanovsky e Santos (2021), por meio do documento “Saúde Amanhã: Textos para Discussão: mortes por causas externas no Brasil”, explicam que, contrariando as expectativas de teorias sociais populares, os homens jovens, apesar de fisicamente mais robustos, são frequentemente vítimas devido à predisposição evolutiva para competir por recursos, honra e status, influenciando seu envolvimento em comportamentos arriscados. Esses achados corroboram uma tendência consistente na literatura científica relacionada a pacientes não identificados, na qual se destaca o predomínio de homens na faixa etária mencionada nas admissões (Claps; Berk, 1992; Janowak; Dolejs; Zarzaur, 2017; Tastad *et al.*, 2021).

Com relação à raça, ressalta-se que, neste estudo, o registro dessa variável se deu por decisão de terceiros no momento da realização da ficha de cadastro e não por autodeclaração do paciente. Apesar disso, o resultado encontrado reflete uma situação populacional brasileira, já que nos anos de 2019 a 2022 a ocorrência de óbitos no Brasil por causas externas foi de 591.105 ocorrências, sendo que 53,91% se referem a pessoas pardas (DATASUS).

Essa representação de grupos raciais marginalizados, tanto nas estatísticas de mortalidade por causas violentas quanto na proporção de pacientes não identificados nos departamentos de emergência, reforça a narrativa de desigualdade racial e vulnerabilidade social enfrentada por esses grupos no Brasil. A literatura consultada na pesquisa indica a existência de desigualdades sociais que podem ocasionar condições de vida mais adversas para a população negra e parda, impactando de forma negativa a saúde e o acesso a serviços médicos (Costa *et al.*, 2022).

Quanto à habitação, o resultado alinha-se com os achados de outra pesquisa realizada no mesmo hospital (Acar; Vieira; Monteiro Neto, 2020), confirmando a representatividade do público usuário do local. Surpreendentemente, entre os pacientes não identificados, a maioria da amostra não estava em situação de rua, reforçando a percepção comum sobre o perfil de indivíduos que enfrentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Esse resultado ganha profundidade à luz do estudo de Valle, Farah e Carneiro Júnior (2020), o qual evidencia os obstáculos enfrentados pela população em situação de rua para acessar cuidados de saúde. Esse grupo frequentemente se depara com barreiras burocráticas, como a exigência de documentos e de comprovante de residência. O estudo também destaca que os serviços de urgência e emergência são os mais procurados por essa população, geralmente em situações de dores agudas ou risco iminente de vida. No entanto, esses achados levantam questões críticas sobre a efetiva aplicação do princípio da universalidade no Sistema

Único de Saúde, especialmente quando se trata da acessibilidade desses serviços para pessoas em situação de rua.

6.2. Caracterização da admissão no pronto-socorro

A investigação da distribuição temporal das admissões no PS mostrou maior frequência de admissões durante os finais de semana e no período noturno. Nessa perspectiva, observou-se uma variação mensal nas admissões ao longo dos anos analisados, com picos de admissão ocorrendo em diferentes meses. Além disso, a maior parte dos pacientes chegava ao PS trazida pelo SAMU 192. No que tange ao CR, a maioria dos casos recebeu nível de prioridade clínica laranja/muito urgentes, seguidos pelo vermelho/emergência. Os fluxogramas mais consultados estavam relacionados a agressões, traumas maiores e quedas, e os discriminadores mais frequentes para a determinação da prioridade clínica envolviam a combinação de alteração do nível de consciência com outros fatores de risco. Quanto aos motivos para atendimento, predominaram as agressões físicas, quedas e acidentes veiculares. Após a CR, a maior parte dos pacientes foi direcionada para as salas de emergência, principalmente para a sala de emergência cirúrgica.

Cabe ressaltar, então, que a literatura confirma que o incremento das incidências relacionadas a causas externas, incluindo acidentes automobilísticos e agressões físicas, tende a se intensificar nos finais de semana. Tal fato se justifica devido ao maior número de eventos sociais, com consumo elevado de substâncias alcoólicas, e a tendência ao envolvimento em comportamentos de risco (Khurana; Prakash; Loder, 2022; Mendonça; Silva; Castro, 2017).

Similarmente, o período noturno destaca-se na distribuição dos atendimentos, uma observação que pode ser atribuída à proliferação de atividades sociais e recreativas durante essas horas, combinada ao acúmulo de fadiga física e mental, elevando a propensão a acidentes e comportamentos inadequados (Mendonça; Silva; Castro, 2017; Souza *et al.*, 2022). O período vespertino também é significativo, e pode ser explicado pelo aumento do fluxo de tráfego urbano, especialmente nos horários de maior movimento, influenciado pelas rotinas de trabalho e outras atividades cotidianas (Mendonça; Silva; Castro, 2017).

A análise da distribuição mensal das admissões revela variações anuais distintas. Em 2019 e 2020, os picos de admissões de pacientes não identificados coincidiram com os meses festivos de Carnaval, sugerindo uma associação entre grandes eventos comunitários e um aumento nas internações por causas externas, ressaltando a influência de fatores sociais e culturais nas ocorrências de saúde emergenciais (Silva; Camacho; Carmo, 2021).

O ano de 2020, especificamente em abril, apresentou uma redução notável nas admissões (2,4%), um fenômeno que pode ser correlacionado ao advento do primeiro caso de COVID-19 em Belo Horizonte e às subsequentes restrições de mobilidade urbana. Tais medidas, visando à contenção da disseminação do vírus, aparentam ter exercido um papel crucial na modulação da demanda por serviços de emergência durante esse período (Belo Horizonte, 2020).

Em seguida, o ano de 2021, especialmente em setembro, testemunhou um aumento expressivo nas admissões (15,2%). Este período coincide com uma fase de estabilização da pandemia de COVID-19 na região, marcada por uma tendência decrescente nos números de casos e óbitos e avanços significativos na campanha de vacinação. Contudo, a persistência de medidas de saúde pública era essencial para prevenir uma recrudescência da doença (Belo Horizonte, 2021).

O início de 2022 foi marcado pelo desafio representado pela variante Ômicron, com uma elevação de casos em janeiro seguida de uma diminuição progressiva. O mês de maio, contudo, registrou um aumento nas admissões de pacientes não identificados (12,9%), possivelmente refletindo a adaptação das políticas de saúde pública à evolução da percepção pública sobre a pandemia (Belo Horizonte, 2021).

Consequentemente, a dinâmica da pandemia da COVID-19 e as respostas em saúde pública parecem ter influenciado significativamente as admissões de pacientes não identificados, evidenciando uma associação entre os períodos críticos da pandemia e uma redução nas admissões. Em contrapartida, períodos de estabilização e avanços na vacinação parecem estar associados a um incremento nas admissões.

Quanto à modalidade de chegada dos pacientes ao PS, evidenciou-se a acessibilidade e a eficiência do serviço do SAMU 192 à população, inclusive aos pacientes em situação de vulnerabilidade social, como moradores de rua. A significativa participação da PMMG também foi notória, reforçando a intrínseca relação entre violência e as circunstâncias que levam à admissão dos pacientes em estudo.

Já em relação à classificação de risco (CR), os principais fluxogramas acessados neste estudo estavam relacionados a agressões e traumas maiores. Estes achados estão em consonância com as conclusões de uma revisão de literatura, a qual enfatiza a relevância de discriminadores específicos, como os empregados neste estudo, para a categorização em contextos particulares de trauma. Tais discriminadores são consistentes com as características predominantes dos traumas observados nestes cenários (Coutinho; Cecílio; Mota, 2012). Dessa forma, fluxogramas precisos e orientados por discriminadores específicos são fundamentais

para uma classificação autêntica e acurada dos pacientes inseridos neste sistema (Matozinhos *et al.*, 2019).

No que se refere ao nível de prioridade, a maioria dos pacientes foi classificada como muito urgente/laranja, seguido por uma proporção expressiva classificada como emergência/vermelho, ressaltando a criticidade clínica do paciente não identificado, a gravidade do problema de saúde e a necessidade de cuidados mais complexos. Outra pesquisa com população semelhante concluiu que pacientes não identificados frequentemente apresentam condições mais severas em comparação com pacientes identificados no contexto emergencial (Tastad *et al.*, 2021).

Um estudo americano destacou que pacientes não identificados representam uma coorte com traumas mais graves, incluindo taxas mais elevadas de lesão cerebral, pior morbidade respiratória e maior necessidade de cuidados críticos em unidades especializadas. Adicionalmente, essa população abrange aspectos que refletem questões sociais complexas, tais como a associação com uso de drogas e álcool, intoxicações e comorbidades psiquiátricas, circunstâncias que complicam o planejamento da alta hospitalar (Janowak; Dolejs; Zarzaur, 2017).

Os motivos de atendimento deste estudo também estão de acordo com as tendências observadas. Uma parcela significativa de pacientes foi admitida devido a agressões físicas, evidenciando uma realidade preocupante nos serviços de emergência. Essa tendência reflete os desafios clínicos associados ao tratamento de ferimentos frequentemente graves e complexos, bem como a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde, considerando que as violências são reconhecidas como um problema de saúde pública e contribuem significativamente para a carga de morbimortalidade (Mascarenhas *et al.*, 2021).

Nesse sentido, o elevado número de pacientes vítimas de agressões físicas desafia os profissionais tanto do ponto de vista de cuidados de saúde quanto em termos de abordagem psicossocial. Isso ressalta a importância de um atendimento integral que tenha em mente as necessidades físicas, psicológicas e sociais dos pacientes, especialmente considerando o impacto desproporcional sobre indivíduos jovens e de raça negra (Pinto *et al.*, 2020). É essencial que as características sociodemográficas desses grupos sejam consideradas no desenvolvimento e na implementação de estratégias voltadas para combater a violência e suas consequências em níveis pessoal, familiar e comunitário (Mascarenhas *et al.*, 2021).

Essas observações são corroboradas pelas estatísticas relacionadas à violência no país. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), por meio do Atlas da Violência (2023), relatou que, em 2021, de cada 100 jovens brasileiros de 15 a 29 anos que faleceram por qualquer

motivo, aproximadamente 49 foram vítimas de violência fatal. Assim, do total de 47.847 homicídios registrados naquele ano, 50,6% das vítimas pertenciam a esse grupo etário, o que representa 24.217 jovens. Isso corresponde a uma média diária de 66 jovens mortos violentamente. Analisando a tendência de uma década, de 2011 a 2021, a violência letal ceifou a vida de 326.532 jovens no Brasil (Cerqueira; Bueno, 2023).

Outros motivos frequentemente observados nos atendimentos incluíram quedas, variando de incidentes de própria altura a quedas de grandes alturas, e crises convulsivas. Um estudo indiano sobre pacientes não identificados em emergências neurológicas identificou que as crises convulsivas foram o diagnóstico primário em 27,2% dos casos no momento da admissão, enquanto 11,3% dos pacientes apresentaram traumatismos cranianos (Umesh *et al.*, 2017). No presente estudo, entre os pacientes admitidos devido a quedas, 36,76% foram diagnosticados com traumatismo craniano na admissão. Notavelmente, 11,94% dos pacientes que foram admitidos em crise convulsiva também receberam um diagnóstico de traumatismo craniano, sugerindo uma possível correlação entre essas condições.

6.3. Caracterização das condições clínicas do paciente não identificado no primeiro atendimento no pronto-socorro

A investigação das admissões de indivíduos não identificados PS ressalta a gravidade e a complexidade dos perfis clínicos observados nesta população. Uma parcela substancial desses pacientes foi inicialmente avaliada por cirurgiões gerais, e, constantemente, necessitava da colaboração de múltiplas especialidades médicas. Alterações no nível de consciência foram frequentes, e uma parte considerável dos atendimentos estava vinculada à ingestão de álcool, ao consumo de substâncias ilícitas ou a ambos. A classificação dos diagnósticos médicos, conforme os capítulos do CID-10, revelou uma prevalência de condições decorrentes de traumas, intoxicações e outras resultantes de causas externas. Ademais, era recorrente que os pacientes possuísem múltiplos diagnósticos no ponto de entrada no sistema de saúde.

Esses achados são ainda mais acentuados quando se considera a natureza das lesões que esses pacientes apresentam na admissão. A predominância de admissões relacionadas a agressões físicas e, particularmente, a lesões penetrantes provocadas por armas de fogo ou armas brancas aponta para o trauma penetrante como um fator preponderante. Essa categoria de trauma é notoriamente responsável por lesões vasculares significativas, corroborando a observação de hemorragias exsanguinantes em uma fração dos pacientes, conforme descrito nas diretrizes do *American College of Surgeons* (2018). Esta inter-relação dos dados demonstra o

vínculo direto entre a natureza das lesões iniciais e a complexidade subsequente da gestão clínica, sublinhando a necessidade de um atendimento altamente especializado e multidisciplinar desde o momento da admissão.

Ademais, apenas metade dos pacientes admitidos utilizavam colar cervical, embora essa seja uma medida recomendada pelo *American College of Surgeons* (2018) para a prevenção de lesões secundárias na medula espinhal cervical em pacientes com múltiplas lesões. A controvérsia em torno da eficácia universal do colar cervical em vítimas de politraumatismo reside na sua associação com uma gama de complicações potenciais, que partem desde problemas decorrentes de uso inadequado e dimensionamento incorreto até um aumento do risco de aspiração de secreções e dificuldades no manejo das vias aéreas (Damiani, 2017).

No que tange à gestão das vias aéreas, uma pequena proporção dos pacientes admitidos apresentava obstrução, com a maioria desses casos ocorrendo em situações de parada cardíaca e os demais exibindo níveis de consciência gravemente afetados. Cabe apontar que a gestão eficaz das vias aéreas é crucial, visto que a falha em fornecer oxigênio adequado ao cérebro e aos órgãos vitais é uma das causas mais imediatas de óbito em pacientes com lesões traumáticas. Inadequações no manejo das vias aéreas, que incluem desde uma avaliação insuficiente até o deslocamento de uma via aérea previamente estabelecida, podem resultar em consequências fatais (Baker *et al.*, 2022).

A administração de oxigênio suplementar é considerada uma prioridade para pacientes com traumas graves, dada a sua importância na prevenção da hipoxemia e na manutenção da oxigenação tecidual (Eskesen *et al.*, 2018). No entanto, é notável que uma proporção significativa dos pacientes chegou ao PS respirando em ar ambiente, refletindo, possivelmente, limitações na assistência pré-hospitalar ou a natureza dos traumas sofridos, que poderiam não exigir oxigenação pré-hospitalar.

A avaliação circulatória é outro aspecto crucial, especialmente para identificar sinais iniciais de choque, uma condição de má perfusão tecidual cuja manifestação mais comum em pacientes traumatizados é o tipo hemorrágico. O reconhecimento e a interrupção rápida da hemorragia são imperativos para a sobrevivência do paciente, uma vez que o choque hemorrágico pode evoluir rapidamente para a morte (ACS, 2018; Brandão; Macedo; Ramos, 2017).

Ademais, a incidência de parada cardiorrespiratória no contexto das admissões é notável, embora seja substancialmente menor do que a documentada em estudos internacionais (Claps e Berk, 1992; Tastad *et al.*, 2021). Esta discrepância pode refletir diferenças na

infraestrutura de saúde, na qualidade da assistência pré-hospitalar e nos fatores socioeconômicos e culturais que influenciam a eficácia dos serviços de emergência.

Quanto à avaliação neurológica, a subutilização da ECGI na anamnese médica sugere uma lacuna potencial na coleta de dados ou na priorização dessa avaliação no momento da admissão. Uma avaliação neurológica meticulosa é essencial, haja vista a gravidade dos casos e a relevância de um diagnóstico preciso e de uma intervenção adequada. Deve-se estabelecer o nível de consciência do doente, o tamanho e a reatividade das pupilas, sinais de lateralização e o nível de lesão da medula espinhal, se houver (ACS, 2018).

Em relação às lesões, a alta prevalência de ferimentos e danos ao sistema musculoesquelético sublinha a necessidade de uma avaliação meticulosa e de uma resposta imediata, especialmente em casos de trauma penetrante. O contexto brasileiro, marcado por altos índices de violência e um aumento significativo no número de armas de fogo, exige uma abordagem multidisciplinar e políticas de saúde pública eficazes para enfrentar esses desafios (Cerqueira; Bueno, 2023).

Por fim, a associação entre o uso de álcool e drogas ilícitas e as admissões de pacientes não identificados reflete a complexidade das questões sociais e de saúde pública envolvidas. A recorrência do uso de álcool e/ou drogas por pacientes não identificados é notória em diversos estudos, sendo então caracterizados por esses como pacientes que possuem trauma de alta acuidade e apresentações de uso indevido de substâncias (Claps; Berk, 1992; Eni *et al.*, 2020; Janowak; Dolejs; Zarzaur, 2017; Tastad *et al.*, 2021; Umesh *et al.*, 2017). Além disso, a intoxicação pode obscurecer a identidade do paciente e complicar o processo de atendimento e diagnóstico, ressaltando a necessidade de uma abordagem holística e de intervenções coordenadas para atender a essa população vulnerável (Eni *et al.*, 2020).

Essas constatações enfatizam a importância de uma abordagem integrada e baseada em evidências para o manejo de pacientes não identificados em contextos de emergência. Assim, é crucial que englobe desde o atendimento pré-hospitalar até a avaliação e intervenção em unidades de emergência, com ênfase na melhoria contínua da qualidade da assistência, na segurança do paciente e na eficiência dos serviços de saúde.

6.4. Caracterização das condutas assistenciais utilizadas na admissão do paciente não identificado no pronto-socorro

A análise das intervenções clínicas em pacientes com condições traumáticas revela um espectro amplo de práticas baseadas no mnemônico XABCDE, destacando a diversidade e a

complexidade do manejo de emergências. Tratamentos cirúrgicos e pressão direta predominaram nas abordagens de pessoas com hemorragia exsanguinante, ao passo que a intubação foi a principal estratégia para assegurar a permeabilidade das vias aéreas. O manejo da ventilação e respiração variou desde o uso de ar ambiente até a ventilação mecânica. Já a circulação frequentemente exigiu monitorização cardíaca, além de hemotransfusões e terapias para estabilização hemodinâmica. Intervenções neurológicas focaram na observação e na minimização dos riscos de aumento da pressão intracraniana. Além disso, a atenção à exposição e ao ambiente envolveu predominantemente suturas, indicando um enfoque na reparação imediata de feridas.

A principal conduta relacionada à hemorragia exsanguinante (X) foi o encaminhamento ao bloco cirúrgico para a realização de cirurgias. No ambiente da sala de emergência, a principal conduta foi a pressão direta. O objetivo dessa abordagem é identificar o estado de choque hemorrágico e interromper rapidamente a hemorragia. Assim, a hemorragia externa significativa deve ser tratada por compressão manual direta sobre o ferimento. Os torniquetes são efetivos na exsanguinação nas lesões de extremidades e devem ser utilizados quando a compressão direta não for efetiva (ACS, 2018).

Quanto à restrição da coluna cervical e a avaliação das vias aéreas, essas também seguiram protocolos estabelecidos, embora a adesão integral às diretrizes possa não ter sido capturada pela documentação consultada. Um dos maiores desafios na abordagem da vítima de trauma é a proteção das vias aéreas com subsequente manutenção da ventilação e oxigenação adequadas. Isso se dá, pois, a insuficiência de oxigênio para o cérebro e outros órgãos vitais é o fator que mais rapidamente leva à morte em pacientes traumatizados (ACS, 2018). Dessa forma, evitar a hipoxemia depende de garantir que as vias aéreas estejam desobstruídas e protegidas e que haja uma ventilação adequada. Portanto, é essencial certificar-se que as vias aéreas estejam desobstruídas, recebendo oxigênio e suporte ventilatório adequados (Eskesen *et al.*, 2018).

Assim, o tratamento das vias aéreas na sala de emergência envolve uma avaliação que considera critérios tanto objetivos quanto subjetivos. Alencar *et al.* (2022) destacam a importância crucial de examinar e compreender o cenário clínico e as preferências individuais do paciente, especialmente quanto aos possíveis impactos da intubação no estado clínico, prognóstico e experiência de cuidado. No cenário deste estudo, o tratamento das vias aéreas em pacientes não identificados na sala de emergência apresenta desafios únicos, uma vez que, sem identificação, torna-se mais difícil avaliar completamente as implicações da intubação. Isso ressalta a importância de estratégias de gestão adaptáveis que possam acomodar a falta de

informações, garantindo ao mesmo tempo a tomada de decisões seguras e centradas no paciente em emergências.

Durante a avaliação da circulação (C), deve-se analisar os sinais de choque por meio da perfusão periférica, dos pulsos e da capacidade do paciente de manter um bom nível de consciência. Para isso, deve-se instalar monitorização eletrocardiográfica e de pressão arterial (Backer, 2017). Assim, a correlação dos procedimentos realizados nos pacientes não identificados neste estudo com o exposto pela literatura referencial evidencia uma abordagem sistemática no manejo da circulação e da estabilidade hemodinâmica dos pacientes em um contexto de emergência, sendo necessário, em uma parcela da população, o uso de monitorização cardíaca, de expansão volêmica, de transfusão sanguínea, de transamin e de drogas vasoativas.

Em relação à disfunção neurológica (D), a predominância da observação neurológica reflete a importância do monitoramento contínuo da função neurológica em pacientes vítimas de trauma, em concordância com a recomendação de observação conservadora mencionada por Chien *et al.* (2021). Também é necessária a elevação da cabeceira, a fim de permitir a drenagem venosa adequada do cérebro, sem comprometer a perfusão cerebral, mantendo o pescoço em posição neutra (Alarcon *et al.*, 2017).

Essas intervenções refletem as práticas recomendadas para o tratamento inicial do paciente vítima de trauma neurológico, visando minimizar o risco de deterioração neurológica e melhorar os desfechos.

Outrossim, no que se refere às práticas adotadas para tratar disfunções relacionadas a exposições e ambientes (E), o emprego de suturas foi particularmente notável. Isso pode ser explicado pela prevalência de lesões de natureza corto-contusa, necessitando frequentemente de suturas como método de tratamento para essas específicas condições.

A realização de exames de imagem foi expressiva, com a maioria dos pacientes submetidos a tomografias computadorizadas, radiografias e ultrassonografias, refletindo a complexidade e o perfil do paciente da amostra do estudo, o qual, em sua maioria, foi vítima de trauma. Ressalta-se a utilização do UFAST, ultrassom que fornece diagnósticos mais rápidos e precisos de lesões potencialmente fatais, já que a história do paciente, o exame clínico e a radiografia não permitem previsões precisas sobre lesões internas ameaçadoras à vida. Em sua realização, o exame detecta de forma sonográfica a presença de líquido livre em áreas específicas do torso, assumido como evidência indireta de hemoperitônio, hemotórax ou hemopericárdio agudos (Osterwalder; Mathis; Hoffmann, 2019).

A realização de exames diagnósticos em pacientes não identificados representa um desafio significativo, especialmente em cenários com recursos limitados, como em países onde não há um sistema único de saúde estruturado. A falta de identificação pode dificultar ou até impossibilitar a realização de procedimentos essenciais, como a tomografia computadorizada (TC), frequentemente necessária para avaliar lesões cerebrais traumáticas (Eni *et al.*, 2020). Sem a capacidade de realizar TCs in loco e com a necessidade de pagamento para exames externos, pacientes não identificados podem enfrentar atrasos críticos no diagnóstico e tratamento. Isso não apenas compromete a recuperação do paciente como também pode ocasionar implicações legais para a instituição, acusada de negligência pela incapacidade de fornecer cuidados médicos imediatos e adequados. A IP é, portanto, mais do que uma questão operacional: é um fator crítico que impacta diretamente a qualidade e a prontidão do atendimento médico (Eni *et al.*, 2020).

Quanto à punção de acesso venoso, a inserção de dois cateteres endovenosos (EV) calibrosos, conforme recomendado, é uma prática que se alinha com o elevado número de procedimentos de acesso venoso periférico realizados pela equipe de enfermagem. Essa correlação destaca a importância de garantir vias de acesso venoso eficientes para a administração rápida de fluidos em situações emergenciais, priorizando as punções venosas periféricas nos membros superiores para maximizar a eficácia da infusão. A prática reflete a preocupação com a otimização da administração de fluidos, crucial no manejo inicial de pacientes críticos (ACS, 2018).

6.5. Desfecho do atendimento dos pacientes não identificados no pronto-socorro

Os dados apresentados refletem a realidade dos pacientes não identificados em um ambiente de pronto-socorro, revelando nuances críticas sobre o período de internação e os desfechos clínicos. O tempo de permanência no PS, que variou significativamente, com uma mediana de um dia, sugere uma oscilação nas necessidades clínicas e nos processos de CR. Esse tempo encontra consonância com outro estudo de pacientes não identificados, que encontrou uma média de permanência no departamento de emergência de 1,38 dias (Umesh *et al.*, 2017).

Mais da metade dos pacientes foi liberada para o domicílio, e uma fração considerável encaminhada para acompanhamento ambulatorial, indicando uma continuidade de cuidados necessária para alguns após a alta. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa canadense e americana com a mesma população em estudo, evidenciando alta hospitalar de

65,8% e 76,1%, respectivamente, dos pacientes direto do PS (Janowak; Dolejs; Zarzaur, 2017; Tastad *et al.*, 2021).

O encaminhamento de pacientes para o bloco cirúrgico e a admissão sob protocolos de emergência, como a “Onda Vermelha”, destacam a severidade dos casos atendidos. A Onda Vermelha é um protocolo da instituição em estudo, acionado quando um paciente com trauma chega ao hospital, em condição *in extremis*, por meio de um alerta sonoro que desencadeia a mobilização dos profissionais para o atendimento imediato ao paciente em urgência ou emergência. Com o acionamento da Onda Vermelha, é desencadeado um conjunto de ações administrativas e dos profissionais de saúde, visando à abordagem imediata do paciente no centro cirúrgico, incluindo a disponibilização de hemoderivados (Santos; Costa; Alves, 2023).

Além disso, a taxa de óbito registrada durante o atendimento no PS também sublinha a criticidade dos pacientes não identificados que chegam ao pronto-socorro. Estudos reiteram a complexidade da assistência a esses pacientes, reportando taxas de óbito semelhantes de 22,7%, no estudo de Janowak, Doleis e Zarzaur (2017), e uma taxa consideravelmente menor de 9,3% se comparado ao estudo de Umesh *et al* (2017). As diferenças nas taxas de mortalidade entre os estudos podem ser atribuídas à variabilidade da população em estudo, embora apresentem a característica comum de serem pacientes não identificados. No estudo de Janowak, Dolejs e Zarzaur (2017), foram excluídos pacientes mantidos em observação de curto prazo (menos de 24 horas), transferidos para outro hospital ou que faleceram no pronto-socorro antes da admissão no hospital, aumentando a criticidade dos pacientes que permaneceram na amostra.

Por fim, a necessidade de internação hospitalar para quase metade dos pacientes reforça a ideia de que o PS é frequentemente a porta de entrada para cuidados médicos mais complexos e prolongados. Esses dados, em conjunto com as análises de Tastad *et al.* (2021) e Janowak, Dolejs e Zarzaur (2017), ressaltam a necessidade de políticas de saúde pública e sistemas de saúde bem estruturados com vistas a garantir que pacientes não identificados recebam o cuidado necessário, tanto imediato quanto a longo prazo.

6.6. Desfecho do atendimento dos pacientes não identificados internados no hospital

Em relação ao desfecho hospitalar dos pacientes internados, a maioria recebeu alta hospitalar, sendo uma parcela direcionada para acompanhamento ambulatorial e outra transferida para instituições da rede de saúde suplementar. Nota-se, ainda, uma expressiva taxa de mortalidade entre esses pacientes. Os diagnósticos na alta hospitalar incluíram predominantemente lesões e envenenamentos, além de transtornos mentais. Houve

significativas lacunas nos registros clínicos, particularmente em condições respiratórias e motoras. Na alta, a maioria dos pacientes estava consciente, orientada e respirando sem assistência, embora houvesse uma prevalência de comprometimentos musculoesqueléticos.

Nesse sentido, o desfecho dos pacientes não identificados internados em hospitais é um tema que reflete a intersecção de complexidades clínicas e administrativas, como visto na literatura e nos resultados dessa pesquisa (Janowak; Dolejs; Zarzaur, 2017; Tastad *et al.*, 2021). A duração variável da internação ao longo de todo o atendimento destaca as complexidades clínicas inerentes a esses pacientes. A natureza das lesões, frequentemente graves e decorrentes de causas externas, implica uma necessidade de cuidados intensivos e de acompanhamento multidisciplinar (Eni *et al.*, 2020; Umesh *et al.*, 2017).

O encaminhamento de uma parte dos pacientes para acompanhamento ambulatorial ou para outras instituições de saúde, como evidenciado na análise dos resultados, salienta a importância de uma rede de cuidados continuados que se estenda além das paredes do hospital. A colaboração entre as unidades de saúde, os serviços de saúde mental e o apoio social é crucial para abordar as necessidades clínicas, sociais e psicológicas dos pacientes não identificados (Tastad *et al.*, 2021).

Além disso, o índice de mortalidade de 21,11% de pacientes internados após a saída do PS reflete a gravidade dos casos atendidos. A dispersão dos diagnósticos, conforme descrito nos capítulos do CID-10, revela que a maior parte dos diagnósticos estava relacionada a lesões e envenenamentos, alinhando-se com a natureza das emergências que ocasionam a hospitalização desses indivíduos.

Esses dados são complementados por informações adicionais acerca das condições clínicas dos pacientes na alta, com a maioria consciente e respirando sem assistência, embora uma parte significativa dos registros estivesse incompleta. Entre os registros disponíveis, é notável o comprometimento musculoesquelético em quase 40% dos pacientes, o que pode ter implicações para a reabilitação e a recuperação a longo prazo. Um estudo sobre qualidade de vida de vítimas após trauma demonstrou redução significativa na qualidade de vida no grupo estudado quando comparado à amostra de pessoas sem trauma em estudos nacionais e internacionais, principalmente com relação ao domínio físico, psicológico e ambiental (Alves *et al.*, 2009).

Nenhum estudo até o momento avaliou as condições clínicas e físicas dos pacientes não identificados no momento da alta hospitalar. Um estudo indicou que cerca de 7% dos pacientes não identificados retornaram ao PS em um período de 48 horas (Tastad *et al.*, 2021). Isso pode ser um indicador de recaída e de complicação do tratamento inicial ou da condição que motivou

a primeira visita. Pode também sugerir que a alta foi prematura, ou que as condições de suporte pós-alta eram insuficientes. Este é um importante indicador de qualidade em saúde, refletindo a eficácia do atendimento inicial e o planejamento da alta.

6.7. Processo de identificação do paciente não identificado

Durante a estadia hospitalar, uma parcela dos pacientes foi identificada, principalmente no PS, enquanto a maioria permaneceu anônima, sendo liberada sem identificação. O período sem identificação teve uma mediana de um dia. Familiares foram os principais responsáveis pela identificação, seguidos pela autoidentificação, durante a pandemia, pela polícia e por terceiros, sendo a apresentação de documentos e a autodeclaração métodos mais frequentes. Algumas identificações ocorreram em setores distintos do PS, especialmente na UTI. Os motivos para a não identificação incluíram falta de documento comprobatório, decisão pessoal contra a identificação, óbito, registros ausentes, confusão mental e outros, como recusa familiar ou do paciente em proceder com a identificação.

Nesse contexto, a identificação adequada se torna essencial para garantir a continuidade e a eficácia do cuidado em saúde. A incapacidade de identificar esses pacientes em um ambiente de urgência e emergência compromete necessariamente o seu atendimento (Claps; Berk, 1992). Além disso, questões legais e de privacidade se tornam mais complexas, exigindo dos profissionais de saúde uma abordagem cautelosa e meticulosa.

Destaca-se que o tempo que um paciente mantém seu pseudônimo é variável. Diferenças nas políticas institucionais e regionais para a IP, bem como a atribuição de diferentes nomenclaturas, adicionam complexidade ao estudo e podem afetar os resultados da identificação (Janowak; Dolejs; Zarzaur, 2017). Isso foi observado na presente pesquisa, uma vez que um número significativo de pacientes continuou sem identificação oficial. Fora do contexto da pandemia, mesmo os pacientes que eram capazes de fornecer sua identidade, mas não possuíam documentos, registros prévios na instituição ou no sistema CADSUS, permaneciam categorizados como não identificados.

Nessa perspectiva, um estudo canadense relata que todos os pacientes participantes da sua amostra foram posteriormente identificados, através da autoidentificação, o que foi uma proporção maior do que o previsto. No entanto, para um terço dos pacientes inicialmente não identificados, a metodologia de identificação subsequente não foi devidamente registrada, indicando falhas na documentação e na aplicação dos protocolos hospitalares. É importante destacar que a autoidentificação foi viável apenas quando os pacientes estavam clinicamente

estáveis e conscientes, implicando que a confirmação da identidade precisou aguardar a recuperação clínica dos indivíduos (Tastad *et al.*, 2021).

Outro estudo americano relata êxito em identificar 92,15% dos seus pacientes, sendo a autoidentificação o método mais utilizado (38,17%), seguido por identificação por familiares (19,24%). Esta pesquisa também identificou que, em 28,40% dos pacientes, a metodologia de identificação não foi devidamente registrada.

Apesar da variabilidade de resultados encontrada neste e nos estudos referenciados, as dificuldades para identificar os pacientes não identificados foram unânimes. Entre esses obstáculos, podemos destacar as condições clínicas graves que impedem a comunicação e a autoidentificação; distúrbios mentais temporários causados por intoxicação por álcool ou recuperação de convulsões, resultando em confusão ou incapacidade temporária de fornecer informações corretas; uma taxa de mortalidade alta que frequentemente culmina em morte antes que a identificação possa ser feita; e fatores socioeconômicos, como a falta de documentos ou de contatos familiares para auxiliar na identificação de pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Outra dificuldade descrita na maioria dos estudos é a ausência de um fluxo bem estabelecido nas instituições de saúde para a IP. Essa ausência de um processo padronizado pode ocasionar atrasos críticos e falhas na atribuição de identidade, afetando diretamente a continuidade do cuidado e a gestão de informações de saúde (Janowak; Agarwal; Zarzaur, 2019; Robinson *et al.*, 1985). É imperativo, portanto, desenvolver e implementar protocolos claros e consistentes que possam ser adaptados às necessidades específicas de cada instituição e da população que atendem. Esses protocolos devem incluir a colaboração interdisciplinar entre médicos, enfermeiros, assistentes sociais e, quando possível, departamentos de polícia e organizações comunitárias, todos trabalhando conjuntamente para facilitar a identificação rápida e precisa dos pacientes (Tastad *et al.*, 2021; Umesh *et al.*, 2017)

Além disso, a integração de sistemas de informação em saúde, como o prontuário eletrônico universal, pode desempenhar um papel crucial na melhoria da identificação de pacientes não identificados. A adoção de tecnologias de identificação biométrica, como impressões digitais ou reconhecimento facial, também pode oferecer métodos alternativos e mais seguros para verificar a identidade dos pacientes, especialmente naqueles casos em que os métodos convencionais são insuficientes (Popescu *et al.*, 2022).

Por fim, a educação contínua dos profissionais de saúde sobre a importância da IP e a capacitação para utilizar eficazmente os recursos disponíveis para esse fim são essenciais, haja vista que consistem em uma estratégia para superar os desafios apresentados. A conscientização

sobre as implicações éticas, legais e clínicas associadas à identificação de pacientes é vital para promover melhores resultados de saúde e para garantir que todos os pacientes recebam o atendimento adequado e humanizado que merecem (Rezende; Melleiro, 2022).

Isto posto, a identificação de pacientes no PS transcende a questão operacional, refletindo aspectos sociais e humanitários mais amplos. Pacientes não identificados frequentemente representam grupos vulneráveis, incluindo moradores de rua, indivíduos com transtornos mentais e vítimas de violência (Janowak; Dolejs; Zarzaur, 2017; Tastad *et al.*, 2021). Portanto, o processo de identificação não deve ser visto apenas como um procedimento administrativo mas sim como uma oportunidade para oferecer cuidados holísticos e compassivos, respeitando a dignidade e os direitos dos pacientes ao longo de sua jornada de cuidados de saúde.

6.8. Potencialidades e contribuições do estudo

Este é o primeiro estudo brasileiro a descrever as apresentações e os principais desfechos de pacientes não identificados que compareceram a um pronto-socorro público de ensino. A pesquisa contribui ao lançar luz sobre uma área pouco explorada e altamente relevante da área de emergência, fornecendo percepções valiosas sobre o perfil, as condições clínicas e as condutas assistenciais direcionadas a este grupo vulnerável de pacientes.

A abrangência do estudo oferece uma visão detalhada das complexidades inerentes ao tratamento de pacientes não identificados. Entre as principais potencialidades, destaca-se a ampla coleta de dados, que cobre aspectos cruciais do atendimento emergencial, incluindo avaliações clínicas iniciais, intervenções realizadas e evolução dos pacientes. Esta abordagem holística permite uma compreensão aprofundada das necessidades clínicas desses indivíduos, além de destacar as áreas-chave para melhorias nas práticas assistenciais voltadas para um cuidado seguro e qualificado.

Ademais, o estudo realça a importância de se desenvolver e implementar protocolos clínicos mais eficazes e estratégias de identificação de pacientes, visando otimizar o atendimento emergencial e garantir que todos recebam a assistência necessária, independentemente de sua condição de identificação. A identificação de padrões comuns e dos desafios únicos enfrentados por esses pacientes proporciona uma base sólida para o desenvolvimento de políticas de saúde pública mais robustas e direcionadas. Isso inclui, então, a alocação de recursos, o planejamento de serviços de emergência e a criação de programas de prevenção e educação voltados para a redução de casos de pacientes não identificados.

Em suma, este estudo pioneiro preenche uma lacuna importante na literatura científica, bem como fornece uma base crucial para aprimorar o atendimento emergencial, formular políticas de saúde eficientes e, em última análise, melhorar os desfechos clínicos para pacientes que chegam ao pronto-socorro sem identificação.

6.9. Limitações do estudo

Embora o estudo apresente contribuições significativas, é essencial reconhecer algumas limitações que podem influenciar a interpretação dos resultados. Inicialmente, a coleta de dados foi restrita a um único hospital, o que pode não refletir integralmente a variedade de situações encontradas em diferentes prontos-socorros ou regiões geográficas. Esta particularidade pode limitar a extensão na qual os achados podem ser generalizados para outros ambientes hospitalares ou contextos clínicos.

A natureza retrospectiva da pesquisa, aliada ao método de documentação das evoluções em texto livre, resultou em prontuários com um nível de detalhamento possivelmente insuficiente e em omissão de informações críticas. A ausência de dados precisos e completos pode levar a um viés de classificação, comprometendo a confiabilidade das conclusões.

Além disso, a variabilidade na experiência e na interpretação dos profissionais de saúde que registraram os dados pode introduzir inconsistências na documentação clínica. Esta subjetividade pode influenciar a uniformidade e a autenticidade dos registros, introduzindo um viés adicional nas análises. Outrossim, a dependência de dados secundários, sem mecanismos para validação ou esclarecimento adicional, limita a compreensão do contexto integral das condições clínicas e das circunstâncias dos pacientes. Isso é especialmente relevante em situações em que a natureza dos incidentes ou as condições prévias dos pacientes são complexas ou insuficientemente compreendidas.

7 CONCLUSÃO

A análise dos atendimentos a pacientes não identificados em um hospital público de ensino de Belo Horizonte entre 2019 e 2022 revela características e desafios significativos na assistência à saúde desses indivíduos no contexto de emergência. Os dados indicam que esses pacientes representam uma pequena fração do total de admissões no pronto-socorro, com um aumento progressivo na sua proporção ao longo dos anos estudados. As características sociodemográficas mostram que a maioria é do sexo masculino, raça parda, com a prevalência de adultos jovens e residentes do município de Belo Horizonte.

Os padrões de admissão destacam uma maior incidência nos finais de semana e durante o período noturno, sendo a maioria encaminhados pelo SAMU 192 e pela polícia, o que reflete as circunstâncias frequentemente urgentes e graves desses casos. O processo de classificação de risco identificou a maioria dos atendimentos como laranja/muito urgentes ou vermelho/emergências, com agressões, traumas maiores e quedas sendo as principais razões para o atendimento.

Quanto ao fluxo de identificação, observou-se que uma parcela significativa dos pacientes permaneceu não identificada durante toda a sua estadia hospitalar. A identificação, quando ocorreu, foi principalmente realizada por familiares ou por meio da autoidentificação, especialmente durante o período da pandemia. Os métodos de identificação mais comuns envolveram a apresentação de documentos ou autodeclaração. Esse cenário destaca a complexidade e a importância do processo de identificação para a administração adequada do atendimento, assim como para a continuidade do cuidado após a alta.

Os resultados enfatizam os desafios enfrentados pelos serviços de emergência no atendimento a pacientes não identificados, incluindo a necessidade de estratégias eficazes de identificação e de manejo, além de abordagens multidisciplinares para lidar com as diversas necessidades clínicas e sociais desses indivíduos.

Em conclusão, o atendimento a pacientes não identificados no PS é um prisma através do qual se observa a necessidade de um sistema de saúde mais integrado e informado. A melhoria contínua nos processos de identificação e registro, acompanhada de uma abordagem humanizada e multidisciplinar, poderá otimizar o atendimento emergencial e promover melhores desfechos clínicos e sociais para esta população vulnerável.

REFERÊNCIAS

- ACAR, T. M. A.; VIEIRA, L. H. T.; MONTEIRO NETO, A. P. Relação entre a nosologia prevalente nos atendimentos a traumas da mão e o procedimento médico realizado, Hospital de Pronto Socorro João XXIII, Belo Horizonte/MG. **Rev Med Minas Gerais**, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20200060>. Acesso em: 05 jul. 2022.
- ALARCON, J. D. *et al.* Elevation of the head during intensive care management in people with severe traumatic brain injury. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 12, CD009986, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009986.pub2>. Acesso em 14 mai. 2023.
- ALENCAR, J. C. G. *et al.* Via aérea. In: VELASCO, I. T. *et al.* **Medicina de Emergência: Abordagem Prática**. 16. ed. São Paulo: Manole, 2022. Cap. 2.
- ALVES, A. A. A. *et al.* Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 1, 2009. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000100020>. Acesso em: 05 jul. 2022.
- AMAYA, M. R. **Instrumento para verificação de ações para a segurança do paciente em atendimento de emergência**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2015. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1884/41792> . Acesso em: 28 ago. 2023.
- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS (ACS). **ATLS advanced trauma life support: student course manual**. 10. ed. Chicago: ACS, 2018. Disponível em: https://learning.facs.org/system/files/ATLS%2010th%20Edition%20Student%20Manual_0.pdf f. Acesso em: 28 out. 2023.
- AMPAMYA, S.; KITAYIMBWA, J. M.; WERE, M. C. Performance of an open source facial recognition system for unique patient matching in a resource-limited setting. **Int. J. Med. Inform.**, v. 141, 104180, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104180>. Acesso em: 22 dez. 2023.
- AYDEMIR, A.; KOÇ, Z. Patient safety culture and attitudes among emergency care unit nurses in Türkiye. **East Mediterr Health J**, v. 29, n. 3, p. 195-204, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.26719/emhj.23.026>. Acesso em: 05 jul. 2022.
- BAKER, J. *et al.* The efficacy of apneic oxygenation to prevent hypoxemia during rapid sequence intubation in trauma patients. **Curr. Opin. Anaesthesiol.**, v. 35, n. 2, p. 182-8, 2022. Disponível: <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001103>. Acesso em: 15 jul. 2023.
- BARATIERI, T. *et al.* Fatores associados ao uso inapropriado do pronto atendimento. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, n. 6, 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.18532019>. Acesso em: 05 jul. 2022.

BARRETO, R. F. *et al.* Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Rev. Dor**, v. 13, p. 213-219, 2012. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132012000300004>. Acesso em: 05 jul. 2023.

BELL, S. M. *et al.* Treatment of the unknown patient: insights from acute stroke. **Practical Neurology**, v. 17, n. 6, p. 453-455, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/practneurol-2017-001626>. Acesso em: 05 jul. 2023.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Belo Horizonte. **Boletim Epidemiológico COVID-19 N° 9/2020 30/4/2020**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2020. Disponível: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/imagens/boletim_epidemiologico_09_covid-19_30-04-2020.pdf. Acesso em: 18 jun. 2022.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Belo Horizonte. **Boletim Epidemiológico e Assistencial COVID-19 N° 366/2021 30/9/2021**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2021. Disponível: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/boletim_epidemiologico_assistencial_366_covid-19_30-09-2021.pdf. Acesso em: 18 jun. 2022.

BITENCOURT, D. S. *et al.* Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergências: uma revisão de literatura / Epidemiological profile of emergency care: a literature review. **Braz. J. Dev.**, v. 7, n. 6, p. 59068-59078, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n6-343>. Acesso em: 27 fev. 2024.

BOYD, A. *et al.* **NHS Number and the systems used to manage them: An overview for research users**. Bristol, UK: University of Bristol, 2018. Disponível: <https://www.closer.ac.uk/wp-content/uploads/CLOSER-NHS-ID-Resource-Report-Apr2018.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2022.

BRANDÃO, P. F.; MACEDO, P. H. A. P.; RAMOS, F. S. Choque hemorrágico e trauma: breve revisão e recomendações para manejo do sangramento e da coagulopatia. **Rev Med Minas Gerais**, v. 27, Supl 4, p. S25-S33, 2017. Disponível: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20170041>. Acesso em: 05 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CADSUS Simplificado Multiplataforma Manual de Operação Versão 1.0**. Ministério da Saúde; DATASUS, 2008. Disponível: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pdoc/MNL-GPSL-PDOC-CADSUS-Simplificado-ManualOperacao-Edicao1.0.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Módulo 2: Protocolos de Segurança do Paciente I**. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); Organização Pan-Americana da Saúde – Opas, 2018. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6383/4/Unidade%201%20-%20Mecanismos%20de%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pacientes%20Servico%20Saude.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Série E. Legislação de Saúde. Versão preliminar 1.^a reimpressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf. Acesso em: 05 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf. Acesso em: 15 out. 2023.

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 Atenções Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 05 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013**. Aprova os protocolos básicos de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso em: 23 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em 05 jun. 2022.

BROOKS, A. J.; MACNAB, C.; BOFFARD, K. AKA unknown male Foxtrot 23/4: alias assignment for unidentified emergency room patients. **J Accid Emerg Med.**, v. 16, n. 3, p. 171-173, 1999. Disponível: <https://doi.org/10.1136/emj.16.3.171>. Acesso em: 05 jul. 2022.

BUTLER, M. Finding John Doe: patient matching and the need for a national health safety identifier. **J AHIMA**, v. 87, n. 3, p. 14-19, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27039620/>. Acesso em: 12 jul. 2023.

CERQUEIRA, D; BUENO, S (coord.). **Atlas da violência 2023**. Brasília: Ipea; FBSP, 2023. Disponível: <https://dx.doi.org/10.38116/riatlasdaviolencia2023>. Acesso em: 02 ago. 2023.

CHIEN, S. C. *et al.* Neurological deteriorations in mild brain injuries: the strategy of evaluation and management. **Eur J Trauma Emerg Surg.**, v. 48, n. 3, p. 2173-2181, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00068-021-01753-6>. Acesso em: 05 jul. 2022.

CLAPS, P. J.; BERK, W. A. The John Doe syndrome: diagnosis and outcome of patients unidentified at the time of emergency department admission. The **Am. J. Emerg. Med.**, v. 10, n. 3, p. 217-218, 1992. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0735-6757\(92\)90212-G](https://doi.org/10.1016/0735-6757(92)90212-G). Acesso em: 6 set. 2022.

COSTA, H. D. M. *et al.* Racial inequalities in mortality from violent causes in Brazil. **Res., Soc. Dev.**, v. 11, n. 9, e28111931792, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31792>. Acesso em: 18 set. 2022.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev Med Minas Gerais**, v. 22, n. 2, p. 188-198, 2022. Disponível: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/101>. Acesso em: 05 jul. 2022.

DAMIANI, D. Uso rotineiro do colar cervical no politraumatizado. Revisão crítica. **Rev Soc Bras Clin Med.**, v. 15 n. 2, p. 131-136, 2017. Disponível: <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/277/256>. Acesso em: 05 jul. 2022.

DATASUS. tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 07 nov. 2023.

DE BACKER, D. Detailing the cardiovascular profile in shock patients. **Crit Care**, v. 21, n. 311, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1908-6>. Acesso em: 05 jul. 2022.

DRUMOND, D.A.F.; VIEIRA JÚNIOR, H.M. **Protocolos em trauma**: Hospital de Pronto Socorro João XXIII. Rio de Janeiro: Medbook, 2009.

DUGGAL, R.; KHATRI, S. K.; SHUKLA, B. Improving Patient Matching: Single Patient view for Clinical Decision Support using Big Data Analytics. In: **2015 4th International Conference on Reliability, Infocom Technologies and Optimization (ICRITO) (Trends and Future Directions)**. IEEE, 2015. Disponível: <https://doi.org/10.1109/ICRITO36802.2015>. Acesso em: 05 jul. 2022.

ECRI INSTITUTE. Patient Identification: Executive Summary. **ECRI Institute PSO Deep Dive: Patient Identification**, 2016. Disponível: https://www.ecri.org/Resources/Whitepapers_and_reports/PSO%20Deep%20Dives/Deep%20Dive_PT_ID_2016_exec%20summary.pdf. Acesso em: 05 jul. 2022.

ENI, U. E. *et al.* Care of the “unknown patient” in a Nigerian tertiary hospital setting. **Edorium J Public Health**, v. 7, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.5348/100027P16UE2020RA>. Acesso em: 05 jul. 2022.

ESKESEN, G. *et al.* Supplemental oxygen and hyperoxemia in trauma patients: a prospective, observational study. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v. 63, n. 4, p. 531-536, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/aas.13301>. Acesso em: 17 out. 2023.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG). **Hospital João XXIII**. Belo Horizonte: FHEMIG, 2020b. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento/complexo-hospitalar-de-urgencia/hospital-joao-xxiii>. Acesso em: 06 dez. 2023.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG). **Plano de integridade da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte:

FHEMIG, 2020a. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br/sobre-o-orgao/plano-de-integridade>. Acesso em: 06 dez. 2023.

GOV.BR. **Polícia Federal implementa nova Solução Automatizada de Identificação Biométrica**. 30 de julho de 2021. Disponível: <https://www.gov.br/pf/pt-br/assuntos/noticias/2021/07/policia-federal-implementa-nova-solucao-automatizada-de-identificacao-biometrica>. Acesso em: 14 jun. 2022.

GRANNIS, S. J. *et al.* Evaluating the effect of data standardization and validation on patient matching accuracy, **J Am Med Inform**, v. 26, n. 5, p. 447-456, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocy191>. Acesso em: 04 jul. 2023.

HAN, J. H.; ROH, Y. S. Teamwork, psychological safety, and patient safety competency among emergency nurses. **Int Emerg Nurs**, v. 51, n. 100892, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100892>. Acesso em: 05 jul. 2022.

HEHN, R.; BUENO, A. L. M. Perfil epidemiológico dos atendimentos de um pronto atendimento privado do sul do Brasil. **Rev Enferm UFSM**, v. 10, e58, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.5902/2179769237989>. Acesso em: 05 jul. 2022.

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, v. 20, supl.2, p. 2-9, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>. Acesso em: 13 set. 2022.

HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G. M. S. S. Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 36-43, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>. Acesso em: 13 out. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sistema de Cadastramento de usuários do SUS – CADSUS**. Disponível em: <https://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-cadastramento-de-usuarios-do-sus-cadsus.html>. Acesso em: 07 out. 2022.

JANOWAK, C. F.; AGARWAL, S. K.; ZARZAUR, B. L. What's in a Name? Provider Perception of Injured John Doe Patients. **J. Surg. Res.**, v. 238, p. 218-223, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2019.01.027>. Acesso em: 6 set. 2022.

JANOWAK, C. F.; DOLEJS, S.; ZARZAUR, B. L. Who is John Doe? A case-match analysis. **Am Surg**, v. 83, n. 8, p. 294-296, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/000313481708300810>. Acesso em: 6 set. 2022.

KANICH, W. *et al.* Altered mental status: evaluation and etiology in the ED. **Am J Emerg Med**, v. 20, n. 7, p. 613-617, 2002. Disponível: <https://doi.org/10.1053/ajem.2002.35464>. Acesso em: 04 jan. 2023.

KHURANA, B.; PRAKASH, J.; LODER, R. T. Assault related injury visits in US emergency departments: An analysis by weekday, month and weekday-by-month. **Chronobiology**

International, v. 39, n. 8, p. 1068-1077, 2022. Disponível: <https://doi.org/10.1080/07420528.2022.2065285>. Acesso em: 05 jul. 2022.

LANDMAN, A. *et al.* The Boston Marathon Bombings Mass Casualty Incident: One Emergency Department's Information Systems Challenges and Opportunities. **Ann Emerg Med.**, v. 66, n. 1, p. 51-59, 2015. Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.06.009>. Acesso em: 12 set. 2023.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de classificação de risco**. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2017.

MALTA, M. *et al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 559-565, jun. 2010. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>. Acesso em: 05 jul. 2022.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Prevalence of exposure to violence among adults – Brazil, 2019. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 24, e210019, 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210019.supl.2>. Acesso em: 05 jul. 2022.

MATOZINHOS, F. P. *et al.* Analysis of triage and care for women victims of road accidents. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 4, p. 1013-1019, 2019. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0727>. Acesso em: 17 jul. 2022.

MELLO, M. M. *et al.* Legal Barriers to the Growth of Health Information Exchange-Boulders or Pebbles? **Milbank Q**, v. 96, n. 1, p. 110-143, 2018. Disponível: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12313>. Acesso em: 05 jul. 2022.

MENDONÇA, M. F. S.; SILVA, A. P. S. C.; CASTRO, C. C. L. Análise espacial dos acidentes de trânsito urbano atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: um recorte no espaço e no tempo. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 20, n. 4, p. 727-741, 2017. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040014>. Acesso em: 05 jul. 2022.

METSALLIK, J. *et al.* Ten Years of the e-Health System in Estonia. **CEUR Workshop Proceedings**, 2019. Disponível: https://ceur-ws.org/Vol-2336/MMHS2018_invited.pdf. Acesso em: 05 jul. 2022.

NADANOVSKY, P.; SANTOS, A. P. P. Mortes por causas externas no Brasil: previsões para as próximas duas décadas. Rio de Janeiro: **Fundação Oswaldo Cruz**, 2021. Disponível: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47615>. Acesso em: 13 nov. 2023.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). **Pre-hosp Trauma Life Support: Prehospital Trauma Life Support**. 9. ed. Jones & Bartlett Learning, 2018.

NEW YORK (Cidade). Department of Health. Identification of Unidentified Patients Model Policy. New York: **New York State Division of Criminal Justice Services**; Missing Persons Clearinghouse, 2017. Disponível: <https://www.criminaljustice.ny.gov/missing/docs/DHDTCDAL-17-03-Identification-of-Unidentified-Pts-with-Policy.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2022.

NORDIC INNOVATION. **Branding Nordic Healthcare Strongholds: A Nordic Story About Smart Digital Health.** Nordic Innovation, 2018. Disponível: <https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1297054/FULLTEXT01>. Acesso em: 05 jul. 2022.

OSTERWALDER, J.; MATHIS, G.; HOFFMANN, B. New Perspectives for Modern Trauma Management - Lessons Learned from 25 Years FAST and 15 Years E-FAST. **Ultraschall Med**, v. 40, n. 5, p. 560-583, 2019. Disponível: <https://doi.org/10.1055/a-0924-5455>. Acesso em: 05 jul. 2022.

PINTO, I. V. *et al.* Agressões nos atendimentos de urgência e emergência em capitais do Brasil: perspectivas do VIVA Inquérito 2011, 2014 e 2017. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 23, e200009.SUPL.1, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200009.supl.1>. Acesso em: 05 jul. 2022.

POPESCU, C. *et al.* Implementation of Health Information Systems to Improve Patient Identification. **Int J Environ Res Public Health**, v. 19, n. 22, 15236, 2022. Disponível: <https://doi.org/10.3390/ijerph192215236>. Acesso em: 05 jul. 2022.

REYNOLDS, T. A. *et al.* Strengthening Health Systems to Provide Emergency Care. In: JAMISON, D. T. (Eds.) *et al.* **Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty**. 3. ed. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2017. Disponível: https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0527-1_ch13. Acesso em: 05 jul. 2022.

REZENDE, H. A. **Intervenções para a redução dos erros de identificação do paciente no contexto hospitalar: uma revisão sistemática.** 2020. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2020. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-24022021-155624/publico/Helena_Rezende.pdf. Acesso em: 22 out. 2023.

REZENDE, H.; MELLEIRO, M. M. Towards Safe Patient Identification Practices: the Development of a Conceptual Framework from the Findings of a Ph.D. Project. **Open J. Nurs.**, v. 16, 2022. Disponível: <https://doi.org/10.2174/18744346-v16-e2209290>. Acesso em: 05 jul. 2022.

RIPLINGER, L.; PIERA-JIMÉNEZ, J.; DOOLING, J. P. Patient Identification Techniques - Approaches, Implications, and Findings. **Yearb Med Inform.**, v. 29, n. 1, p. 81-86, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701984>. Acesso em: 19 abr. 2023.

ROBINSON, G. *et al.* A system of alias assignment for unidentified patients requiring emergency hospital admission. **J Trauma**, v. 25, n. 4, p. 333-336, 1985. Disponível: <https://doi.org/10.1097/00005373-198504000-00010>. Acesso em: 05 jul. 2023.

RUDIN, R. S. *et al.* **Defining and Evaluating Patient-Empowered Approaches to Improving Record Matching.** Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2018. Disponível: https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR2275.html. Acesso em: 21 ago. 2023.

SANTOS, N. H. F.; COSTA, T. M. T.; ALVES, M. Onda vermelha: perfil dos pacientes atendidos em um hospital de trauma. **Enferm. foco**, v. 14, p. 1-5, 2023. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1435374>. Acesso em: 05 jul. 2022.

SARTINI, M. *et al.* Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions-A Narrative Review. **Healthcare (Basel)**, v. 10, n. 9, p. 1625, 2022. Disponível: <https://doi.org/10.3390/healthcare10091625>. Acesso em: 05 jul. 2022.

SAVIOLI, G. *et al.* Emergency Department Overcrowding: Understanding the Factors to Find Corresponding Solutions. **J Pers Med**, v. 12, n. 2, p. 279, 2022. Disponível: <https://doi.org/10.3390/jpm12020279>. Acesso em: 05 jul. 2022.

SILVA JÚNIOR, S. V. *et al.* Superlotação dos serviços de urgência e emergência hospitalar. **Enferm Brasil**, v. 19, n. 1, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.33233/eb.v19i1.3912>. Acesso em: 05 jul. 2022.

SILVA, P. C.; CAMACHO, L. A. B.; CARMO, C. N. Impacto do efeito calendário na morbimortalidade por causas externas em municípios turísticos no Estado de São Paulo, Brasil, no período de 2004 a 2014. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 1, e00174019, 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00174019>. Acesso em: 05 jul. 2022.

SOUZA, M. P. *et al.* Trend of care for external causes in the Mobile Emergency Care Service. **Acta Paul Enferm**, v. 35, eAPE01886, 2022. Disponível: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO018866>. Acesso em: 05 jul. 2022.

TASTAD, K. *et al.* Unidentified patients in the emergency department: a historical cohort study. **CJEM**, v. 23, n. 6, p. 772-777, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s43678-021-00165-0>. Acesso em: 05 jul. 2022.

UMESH, A. *et al.* Unknown patients and neurology casualty services in an Indian metropolitan city: A decades experience. **Ann Indian Acad Neurol**, v. 20, n. 2, p. 109-115, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0972-2327.205764>. Acesso em 12 nov. 2022.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F.; CARNEIRO JUNIOR, N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. **Saúde debate**, v. 44, n. 124, p. 182-192, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012413>. Acesso em: 05 jul. 2022.

VELASCO, I. T. *et al.* **Medicina de Emergência: Abordagem Prática**. 16. ed. São Paulo: Manole, 2022.

WAITZBERG, R.; ROSEN, B. International Health Care System Profiles: Israel. **The Commonwealth Fund**, 2020. Disponível: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/israel>. Acesso em: 05 jul. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS A PACIENTES NÃO IDENTIFICADOS EM UM PRONTO SOCORRO DE GRANDE PORTE
Page 1

Atendimento Inicial Como Paciente Chegou Do APH

Record ID	
X- Hemorragia exsanguinante	☐ Sim ☐ Não ☐ Informação não disponível no prontuário
A- Restrição da mobilidade da coluna cervical	☐ Com colar cervical ☐ Sem colar cervical ☐ Informação não disponível no prontuário
A-Avaliação das vias aéreas	☐ Via aérea pérvia ☐ Via aérea obstruída ☐ Informação não disponível no prontuário
B-Ventilação e Respiração	☐ Apneia ☐ Ar ambiente ☐ Cateter Nasal APH ☐ Máscara não reinalante APH ☐ Bolsa-válvula-máscara APH ☐ Intubação APH ☐ Via aérea cirúrgica APH ☐ Máscara Laríngea APH ☐ Informação não disponível no prontuário
B- Valor Frequência Respiratória disponível	☐ Yes ☐ No
Valor FR:	
Valor SpO2 disponível?	☐ Yes ☐ No
Valor SpO2	
C- Circulação	☐ Uso de drogas vasoativas/vasopressoras (Dopamina, noradrenalina, adrenalina, dobutamina, vasopressina, etc) ☐ Pulsos periféricos palpáveis ☐ Pulsos periféricos não palpáveis ☐ Parada cardiorrespiratória ☐ Pelve estável ☐ Pelve instável ☐ Outros ☐ Informação não disponível no prontuário
Outros circulação	
Valor frequência cardíaca disponível?	☐ Yes ☐ No

Valor FC

Valor PA disponível?

- ☐ Yes
☐ No

Valor PA:

(Escrever conforme exemplo: 80x60)

D-Avaliação neurológica

- ☐ Pupilas isocóricas
☐ Pupilas anisocóricas
☐ Pupilas mióticas
☐ Pupilas midríaticas
☐ Plegia presente
☐ Parestesia presente
☐ Movimenta ativamente os membros
☐ Outros
☐ Informação não disponível no prontuário

Outra avaliação neurológica

D- Valor Escala de Coma de Glasgow disponível?

- ☐ Yes
☐ No

Escala de Coma de Glasgow:

D-Valor glicemia capilar disponível?

- ☐ Yes
☐ No

GC:

E-Exposição e controle do ambiente

- ☐ Corto-contuso
☐ Perfuração por arma de fogo
☐ Perfuração por arma branca
☐ Escoriação
☐ Tatuagem traumática
☐ Fratura fechada
☐ Fratura exposta
☐ Sem lesão aparente
☐ Uso de imobilizadores
☐ Outros
☐ Informação não disponível no prontuário

E- Outros exposição

E- Valor temperatura corporal disponível

- ☐ Yes
☐ No

Valor temperatura corporal

Relato de uso de	☐ Álcool
	☐ Drogas ilícitas
	☐ Outros
	☐ Não há relato de abuso de substâncias
Outros	

Dados Sociodemográficos

Record ID	
Número registro do paciente	
Sexo	☐ Feminino ☐ Masculino
Data de Nascimento disponível	☐ Yes ☐ No
Idade	
Raça/cor	☐ Amarela ☐ Branca ☐ Indígena ☐ Parda ☐ Preta ☐ Ignorado
Data de nascimento	
Estado Civil	☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ Ignorado
Escolaridade	☐ Analfabeto ☐ Fundamental incompleto ☐ Fundamental completo ☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo ☐ Ensino superior incompleto ☐ Ensino superior ocmpleto ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Ignorado
Local de moradia	☐ Belo Horizonte ☐ Região Metropolitana ☐ Minas Gerais, fora da RMBH ☐ Outros ☐ Ignorado
País ou Estado	
Tipo de Moradia	☐ Casa/apartamento ☐ Morador de rua ☐ Ignorado ☐ Outros

Outros tipos de moradia

Dados Da Admissão

Record ID	
Data da admissão	
Horário da admissão	
Dia da semana admissão	☐ Segunda-feira ☐ Terça-feira ☐ Quarta-feira ☐ Quinta-feira ☐ Sexta-feira ☐ Sábado ☐ Domingo
Mês admissão	☐ Janeiro ☐ Fevereiro ☐ Março ☐ Abril ☐ Maio ☐ Junho ☐ Julho ☐ Agosto ☐ Setembro ☐ Outubro ☐ Novembro ☐ Dezembro
Responsável pelo encaminhamento do paciente ao pronto-socorro	☐ SAMU ☐ CBMMG ☐ Polícia Militar ☐ População ☐ Meios próprios ☐ Ignorado ☐ Outros
Outro responsável encaminhamento ao PS	
Paciente foi triado pelo Sistema de Classificação de Risco Manchester?	☐ Yes ☐ No
Nível de prioridade clínica de acordo com o SMCR	☐ Vermelho/emergência ☐ Laranja/ muito urgente ☐ Amarelo/ urgente ☐ Verde/ pouco urgente ☐ Azul/ não urgente
Fluxograma do SMCR acessado	
Discriminador do SMCR acessado	

Motivo do atendimento	☐ Agressão física ☐ Acidente automobilístico ☐ Acidente motocicleta ☐ Acidente bicicleta ☐ Queda ☐ Atropelamento ☐ Intoxicação exógena ☐ Acidente com animais peçonhentos ☐ Queimadura ☐ Ferimento por arma de fogo ☐ Ferimento por arma branca ☐ Acidente Vascular Encefálico ☐ Infarto ☐ Outros
Outro motivo de atendimento	
Sala de atendimento no pronto-socorro	☐ Politraumatizados - sala 1 (vermelha) ☐ Emergência clínica - sala 8 (vermelha) ☐ Ortopedia - sala 2 ☐ Clínica médica - sala 3 ☐ Neurologia - sala 4 ☐ Pediatria - sala 5 ☐ Cirurgia geral- sala 6 ☐ Outro
Outra sala de atendimento	
Primeira especialidade médica	☐ Cirurgia geral ☐ Neurocirurgia ☐ Neurologia ☐ Clínico geral ☐ Ortopedia ☐ Toxicologia ☐ Pediatria ☐ Otorrinolaringologia ☐ Oftalmologia ☐ Cirurgia Plástica ☐ Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial ☐ Cirurgia Vascular
Diagnóstico médico CID-10	(Diagnóstico médico da admissão)
Mais de um diagnóstico de admissão?	☐ Yes ☐ No
Segundo diagnóstico médico CID-10	(Diagnóstico médico da admissão)
Terceiro diagnóstico médico CID-10	(Diagnóstico médico da admissão)

Quarto diagnóstico médico CID-10

(Diagnóstico médico da admissão)

Quinto diagnóstico médico CID-10

(Diagnóstico médico da admissão)

Terapêutica E Propedêutica Admissão Momento Imediato

Record ID

Outros procedimentos

X- Hemorragia exsanguinante

- ☐ Pressão direta
- ☐ Torniquete
- ☐ Outros
- ☐ Mantida conduta do APH
- ☐ Informação não disponível no prontuário
- ☐ Não foi necessário nenhuma intervenção (Procedimentos realizados no pronto-socorro)

A-Avaliação das vias aéreas

- ☐ Intubação
- ☐ Via aérea cirúrgica
- ☐ Ar ambiente
- ☐ Cateter Nasal
- ☐ Máscara não reinalante
- ☐ Outros
- ☐ Mantida conduta do APH
- ☐ Não foi necessária nenhuma intervenção
- ☐ Informação não disponível no prontuário (Procedimentos realizados no pronto-socorro)

Outros procedimentos:

B-Ventilação e Respiração

- ☐ Drenagem torácica
- ☐ Punção de alívio com cateter
- ☐ Curativo de três pontos
- ☐ Outros
- ☐ Mantida conduta do APH
- ☐ Não foi necessária nenhuma intervenção
- ☐ Informação não disponível no prontuário (Procedimentos realizados no pronto-socorro)

Outros procedimentos

C- Circulação	☐ Monitorização cardíaca ☐ Expansão volêmica (ex: 1000ml Soro Fisiológico, Ringer Lactato) ☐ Acesso intraósseo ☐ Acesso venoso central ☐ Hemotransfusão (CH, CHM, plaqueta, crioprecipitado) ☐ Drogas vasoativas/vasopressoras (Ex: Dopamina, noradrenalina, adrenalina, dobutamina, vasopressina, etc) ☐ Uso de transamin ☐ Toracotomia de emergência ☐ Pericardiocentese ☐ Reanimação cardíaca ☐ Outros ☐ Mantida conduta do APH ☐ Não foi necessária nenhuma intervenção ☐ Informação não disponível no prontuário (Procedimentos realizados no pronto-socorro)
Outros procedimentos	_____
D-Avaliação neurológica	☐ Correção glicemia capilar ☐ Infusão solução cristalóide hipertônica (não é soro fisiológico normal!! pode ser chamado de "salgadão" nas evoluções) ☐ Elevação cabeceira a 30 graus ☐ Infusão de Manitol ☐ Outros ☐ Mantida conduta do APH ☐ Não foi necessária nenhuma intervenção ☐ Informação não disponível no prontuário (Procedimentos realizados no pronto-socorro)
Outros procedimentos	_____
E-Exposição e controle do ambiente	☐ Uso de manta térmica ou cobertores ☐ Imobilização de membros ☐ Imobilização de pelve ☐ Sutura ☐ Outros ☐ Mantida conduta do APH ☐ Não foi necessária nenhuma intervenção ☐ Informação não disponível no prontuário (Procedimentos realizados no pronto-socorro)
Outros procedimentos	_____

Exames	☐ UFAST ☐ Tomografia computadorizada ☐ Raio-x ☐ Exames laboratorias ☐ Eletrocardiograma ☐ Outros ☐ Mantida conduta do APH ☐ Não foi necessária nenhuma intervenção ☐ Informação não disponível no prontuário (Procedimentos realizados no pronto-socorro)
Outros exames	
Outros procedimentos	☐ Sondagem vesical de demora ☐ Sondagem vesical de alívio ☐ Sondagem nasogástrica ☐ Acesso venoso periférico ☐ Outros ☐ Não se aplica ☐ Mantida conduta do APH ☐ Não foi necessária nenhuma intervenção ☐ Informação não disponível no prontuário
Procedimento	
Encaminhamento para outras especialidades médicas?	☐ Yes ☐ No

Condição Do Paciente No Desfecho Do PA

Record ID	
Foi gerada AIH para o paciente (ou seja, ele foi internado?)	☐ Yes ☐ No
Data da alta do PS	
Tempo de permanência no PS (em dias)	
Desfecho atendimento pronto-socorro	☐ Alta hospitalar ☐ Alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial ☐ Bloco cirúrgico ☐ Unidade de Terapia Intensiva ☐ Unidade de Internação ☐ Transferência hospitalar ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Alta a pedido do paciente ☐ Prontuário sem desfecho
Avaliação neurológica	☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Confuso ☐ Sedado ☐ Não informado ☐ NA
Avaliação Sistema respiratório	☐ Ar ambiente ☐ Intubado ☐ Suplementação de oxigênio por cateter/ máscara ☐ Não informado ☐ NA
Avaliação cardiovascular	☐ Com monitorização cardíaca ☐ Sem monitorização cardíaca ☐ Pressão arterial invasiva ☐ Pressão arterial não invasiva ☐ Uso de drogas vasopressoras ☐ Pulsos periféricos presentes ☐ Pulsos periféricos ausentes ☐ Parada cardiorespiratória ☐ Não informado ☐ NA
Sinais Vitais disponíveis no momento da alta para cálculo de score de gravidade?	☐ Yes ☐ No
Paciente adulto ou pediátrico?	☐ Adulto ☐ Pediátrico
Paciente adulto vítima de trauma ou doenças clínicas?	☐ Trauma ☐ Doenças Clínicas

Valor Revised Trauma Score

[\(Acessar calculadora\)](#)

Valor Rapid Emergency Medicine Score (REMS)

[_____](#)

Paciente pediátrico (0 a 17 anos completos) vítima de trauma ou doenças clínicas?

☐ Trauma
☐ Doenças Clínicas

Valor Pediatric Trauma Score (PTS)

[\(Usar calculadora\)](#)

Valor Escore Pediátrico de Alerta (EPA)

[_____](#)

Comentário pertinente quanto ao desfecho

[_____](#)

Condição Do Paciente No Desfecho Hospitalar

Record ID	
Data da alta hospitalar	
Tempo de internação hospitalar (em dias)	
Desfecho internação hospitalar	☐ Alta hospitalar ☐ Alta hospitalar com encaminhamento ambulatorial ☐ Transferência para outro hospital ☐ Encaminhado para outra instituição de saúde ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Alta hospitalar a pedido do paciente ☐ Paciente ainda sem alta hospitalar ☐ Prontuário sem desfecho
Outra instituição de saúde	
Diagnóstico médico no desfecho hospitalar	
Mais de um diagnóstico médico no momento de desfecho hospitalar?	☐ Yes ☐ No
Diagnóstico Médico no desfecho hospitalar	
Diagnóstico Médico no desfecho hospitalar	
Avaliação neurológica	☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Confuso ☐ Plégico ☐ Parestésico ☐ Outros ☐ Não informado ☐ NA
Outros achados neurológicos	
Escala de Coma de Glasgow disponível?	☐ Yes ☐ No
Escala de Coma de Glasgow	

Avaliação Sistema Respiratório

- ☐ Ar ambiente
- ☐ Em uso de suplementação de oxigênio
- ☐ Traqueostomia
- ☐ Intubado
- ☐ Outros
- ☐ Não informado
- ☐ NA

Outros achados respiratórios

Avaliação músculoesquelética

- ☐ Sem alterações
- ☐ Claudicação
- ☐ Amputação
- ☐ Imobilização
- ☐ Fixador externo
- ☐ Outros
- ☐ Não informado
- ☐ NA

Outros achados musculoesqueléticos

Identificação Do Paciente

Record ID	
Paciente foi identificado em algum momento durante a sua internação no PA?	☐ Yes ☐ No
Paciente permaneceu como não identificado no momento do desfecho hospitalar?	☐ Yes ☐ No
Setor onde o paciente foi identificado	☐ Pronto Socorro ☐ Bloco Cirúrgico ☐ Centro de Terapia Intensiva ☐ Unidade de Internação ☐ Outros
Data de identificação do paciente	
Tempo que paciente permaneceu como não identificado	
Responsável pela identificação do paciente	☐ Autoidentificação ☐ Familiares ☐ Amigos ☐ Serviço Policial ☐ Serviço Social ☐ Outros
Outro responsável pela identificação do paciente	
Método de Identificação	☐ Apresentação documento de identificação ☐ Exame datiloscópico ☐ Visita projeto "Saúde nas ruas" ☐ Outros ☐ Não informado
Motivo da permanência da não identificação do paciente	☐ Não quis acionar a família ☐ Confusão mental ☐ Óbito ☐ Outros ☐ Autodeclarado sem documento de identificação ☐ Não informado
Comentário	

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a) _____,

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada: “Análise dos atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino”, que tem como objetivo analisar os atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino em Belo Horizonte.

• Procedimentos a serem realizados e confidencialidade de sua identidade

Esta pesquisa acontecerá através da coleta de informações do seu prontuário e de outros pacientes que, quando receberam o primeiro atendimento no pronto-socorro, estavam sem um documento de identificação, sendo então chamados de pacientes não identificados.

Para participar, você deverá autorizar que os seus dados sociodemográficos (sexo, idade, raça, escolaridade, estado civil, local de moradia e cidade), bem como aqueles referentes ao seu atendimento e a ocorrência de eventos adversos (complicações indesejadas que possam ter acontecido durante o seu atendimento no pronto-socorro, que não são relacionadas à evolução do seu problema de saúde, mas sim uma ocorrência relacionada ao atendimento recebido pelos profissionais de saúde) sejam coletados pelos pesquisadores treinados desta pesquisa. Estes dados, em conjunto, atenderão ao objetivo deste trabalho, que consiste em *analisar os atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino em Belo Horizonte*.

Ressaltamos que os resultados desta pesquisa serão apresentados de forma a representar um grupo e não uma pessoa. Portanto, quando o material de seu registro for utilizado para propósitos de publicação científica ou acadêmica, sua identidade será preservada não sendo possível a identificação individual de cada participante.

Em respeito à exigência contida na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 12 de dezembro de 2012 e também de acordo com a CNS 510/2016, os dados coletados nesta pesquisa serão mantidos em arquivo, físico ou digital, sob a guarda e responsabilidade do pesquisador responsável por este estudo, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Rubrica Investigador

• Riscos, desconfortos e benefícios

Rubrica Participante

Os riscos são mínimos, no entanto, você pode sentir-se constrangido ou incomodado em algum momento do estudo. Caso, eventualmente isto ocorra, você pode manifestar seu interesse em descontinuar na pesquisa. Você ainda pode decidir não participar do estudo e retirar seu consentimento a qualquer momento, e você não sofrerá qualquer punição, dano, prejuízo ou perderá qualquer benefício a que tem direito.

O benefício desta pesquisa é auxiliar na construção do conhecimento sobre o atendimento a pacientes não identificados, compreendendo melhor as necessidades desses pacientes, e assim, contribuir para um cuidado mais diretivo e consistente. Assim, o sistema público de saúde, os profissionais e principalmente os pacientes não identificados atendidos, poderão ser favorecidos futuramente.

- **Custo e Reembolso**

A sua participação neste estudo é voluntária, ou seja, você não terá gasto algum ou receberá qualquer tipo de benefício financeiro (como pagamento, remuneração ou brindes). Portanto, sua decisão em participar deste estudo deve ser totalmente voluntária.

Esclarecemos que será garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, em respeito à exigência contida no item IV.3, h, da Resolução 466/12 do CNS.

- **Consentimento**

Enfim, _____ (nome do participante), tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo desta pesquisa, manifesto o meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação, e que posso desistir de participar a qualquer momento sem qualquer penalidade. Confirmando ter assinado duas vias deste termo, uma para mim, e uma para o pesquisador. Diante do exposto e após esclarecimentos de dúvidas, assino o documento e rubrico as páginas.

Rubrica Investigador

Rubrica Participante

Participante (Esta pessoa deve assinar e datar de próprio punho)

 (Participante)

 (Documento identidade)

 (Nome da cidade /Local)

 (Data)

Pesquisador (Esta pessoa deve assinar e datar de próprio punho)

 (Pesquisador)

 (Documento identidade)

 (Nome da cidade /Local)

 (Data)

Em caso de dúvidas, comunicar os pesquisadores responsáveis ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Profa. Dra. Allana dos Reis Corrêa

Endereço: Escola de Enfermagem da UFMG. Avenida Professor Alfredo Balena, 190, 2o andar SL 202. Bairro: Santa Efigênia. CEP: 30130-100 – Belo Horizonte – MG

Tel: (31) 3409-9857 / E-mail: allanareiscorrea@gmail.com Horário de atendimento: 09:00 às 11:00h / 14:00 às 16:00h

Mestranda Fernanda Coura Pena de Sousa

Endereço: Escola de Enfermagem da UFMG Avenida Professor Alfredo Balena, 190, 2º andar SL 202. Bairro: Santa Efigênia. CEP: 30130-100 – Belo Horizonte – MG Tel: (31) 971304522 / E-mail fernandacouraps@gmail.com

Dúvidas éticas podem ser avaliadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, 2o andar, SL 2005. Bairro: Unidade Administrativa II. CEP: 31.270.901 – Belo Horizonte – MG

Tel: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br Horário de atendimento: 09:00 às 11:00h / 14:00 às 16:00

 Rubrica Investigador

 Rubrica Participante

APÊNDICE C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Crianças de 6 a 11 anos)

Prezado(a) _____,

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada: “Análise dos atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino”, coordenada pela professora Dra. Allana dos Reis Corrêa. A pessoa responsável por você, através de um documento parecido com este, mas que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permitiu que você participe.

Com essa pesquisa, nós queremos saber sobre como os pacientes não identificados são atendidos em um pronto-socorro público de ensino em Belo Horizonte. Os pacientes não identificados são os pacientes que vão até o hospital sem nenhum documento de identificação, como a carteira de identidade, por exemplo, e por isso não conseguimos descobrir imediatamente informações sobre ele: seu nome, sua idade, onde mora e outras informações sobre a sua saúde.

Você só precisa participar da pesquisa se quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir. As crianças e adolescentes que irão participar desta pesquisa têm de 0 a 18 anos de idade. A pesquisa será feita no Hospital João XXIII e todas as informações que precisamos serão coletadas do seu prontuário, que são vários documentos onde ficaram guardadas as informações da sua internação no hospital. O prontuário é considerado seguro, mas se em algum momento você se sentir incomodado ou constrangido, você não precisa continuar participando da pesquisa. Não tem nenhum problema e você não sofrerá nenhum tipo de punição ou perderá qualquer benefício que tenha direito caso isso aconteça. Além disso, ninguém saberá que você está participando deste estudo; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados de forma que represente um grupo e não uma pessoa, o que significa que não será possível identificar as pessoas que participaram.

A parte boa de participar desta pesquisa é que as informações que aprenderemos irão nos ajudar a entender melhor sobre o que os pacientes não identificados precisam, auxiliando os profissionais da saúde a cuidarem melhor desses pacientes. Assim, vamos ajudar os pacientes não identificados, os profissionais de saúde e o sistema público de saúde.

Rubrica Investigador

Rubrica Participante

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa: “Análise dos atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino”,

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva de mim.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Cidade, _____ de _____ de _____.

Assinatura do menor

Assinatura do pesquisador

Se você ou seus responsáveis ficarem com alguma dúvida, podem entrar em contato conosco:

Profa. Dra. Allana dos Reis Corrêa

Endereço: Escola de Enfermagem da UFMG. Avenida Professor Alfredo Balena, 190, 2o andar SL 202. Bairro: Santa Efigênia. CEP: 30130-100 – Belo Horizonte – MG

Tel: (31) 3409-9857 / E-mail: allanareiscorrea@gmail.com

Horário de atendimento: 09:00 às 11:00h / 14:00 às 16:00h

Mestranda Fernanda Coura Pena de Sousa

Endereço: Escola de Enfermagem da UFMG Avenida Professor Alfredo Balena, 190, 2º andar SL 202. Bairro: Santa Efigênia. CEP: 30130-100 – Belo Horizonte – MG Tel: (31) 971304522 / E-mail fernandacouraps@gmail.com

Dúvidas éticas podem ser avaliadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, 2o andar, SL 2005. Bairro: Unidade Administrativa II. CEP: 31.270.901 – Belo Horizonte – MG. Tel: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br Horário de atendimento: 09:00 às 11:00h / 14:00 às 16:00

APÊNDICE D – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (12 a 18 anos)

Prezado(a) _____,

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada: “Análise dos atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino”, coordenada pela professora Dra. Allana dos Reis Corrêa. A pessoa responsável por você, através de um documento chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permitiu que você participe.

O objetivo desta pesquisa é analisar os atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino em Belo Horizonte. Os pacientes não identificados são os pacientes que vão até o hospital sem nenhum documento de identificação, como a carteira de identidade, por exemplo, e por isso não conseguimos descobrir imediatamente informações sobre ele: seu nome, sua idade, onde mora e outras informações sobre a sua saúde.

A pesquisa será feita no Hospital João XXIII. Você só precisa participar da pesquisa se quiser, é um direito seu e poderá cancelar a sua participação a qualquer momento. Se você aceitar participar, as informações que precisamos serão coletadas do seu prontuário, que são vários documentos onde ficaram guardadas as informações da sua internação no hospital. O prontuário é considerado seguro, mas se em algum momento você se sentir incomodado ou constrangido, você não precisa continuar participando da pesquisa. Não tem nenhum problema e você não sofrerá nenhum tipo de punição ou perderá qualquer benefício que tenha direito caso isso aconteça. Além disso, ninguém saberá que você está participando deste estudo; não falaremos a outras pessoas, nem daremos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados de forma que represente um grupo e não uma pessoa, o que significa que não será possível identificar as pessoas que participaram.

As informações desse estudo ajudarão a aumentar o conhecimento sobre o atendimento a pacientes não identificados, compreendendo melhor as necessidades desses pacientes, e assim, contribuir para um cuidado melhor e mais consistente. Assim, o sistema público de saúde, os profissionais e principalmente os pacientes não identificados, poderão ser favorecidos futuramente.

Rubrica Investigador

Rubrica Participante

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa: “Análise dos atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino”,

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva de mim.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Cidade, _____ de _____ de _____.

Assinatura do menor

Assinatura do pesquisador

Se você ou seus responsáveis ficarem com alguma dúvida, podem entrar em contato conosco:

Profa. Dra. Allana dos Reis Corrêa

Endereço: Escola de Enfermagem da UFMG. Avenida Professor Alfredo Balena, 190, 2o andar
SL 202. Bairro: Santa Efigênia. CEP: 30130-100 – Belo Horizonte – MG

Tel: (31) 3409-9857 / E-mail: allanareiscorrea@gmail.com

Horário de atendimento: 09:00 às 11:00h / 14:00 às 16:00h

Mestranda Fernanda Coura Pena de Sousa

Endereço: Escola de Enfermagem da UFMG Avenida Professor Alfredo Balena, 190, 2º andar
SL 202. Bairro: Santa Efigênia. CEP: 30130-100 – Belo Horizonte – MG Tel: (31) 971304522
/ E-mail fernandacouraps@gmail.com

Dúvidas éticas podem ser avaliadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG Endereço: Av.
Presidente Antônio Carlos, 6627, 2o andar, SL 2005. Bairro: Unidade Administrativa II. CEP:
31.270.901 – Belo Horizonte – MG

Tel: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br Horário de atendimento: 09:00 às 11:00h /
14:00 às 16:00

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Responsáveis dos pacientes de 6 a 18 anos)

Prezado(a) Senhor(a) _____,

Você está sendo convidado (a) a autorizar a participação do paciente menor de idade por quem é responsável de uma pesquisa intitulada: “Análise dos atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino”, que tem como objetivo analisar os atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino em Belo Horizonte.

• Procedimentos a serem realizados e confidencialidade de sua identidade

Esta pesquisa acontecerá através da coleta de informações do prontuário do paciente menor de idade por quem você é responsável e de outros pacientes que, quando receberam o primeiro atendimento no pronto-socorro, estavam sem um documento de identificação, sendo então chamados de pacientes não identificados.

Para autorizar a participação do paciente, você deverá autorizar que os dados sociodemográficos (sexo, idade, raça, escolaridade, estado civil, local de moradia e cidade), bem como aqueles referentes ao atendimento e a ocorrência de eventos adversos (complicações indesejadas que possam ter acontecido durante o atendimento no pronto-socorro, que não são relacionadas à evolução do problema de saúde, mas sim uma ocorrência relacionada ao atendimento recebido pelos profissionais de saúde) sejam coletados pelos pesquisadores treinados desta pesquisa. Estes dados, em conjunto, atenderão ao objetivo deste trabalho, que consiste em *analisar os atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino em Belo Horizonte*.

Ressaltamos que os resultados desta pesquisa serão apresentados de forma a representar um grupo e não uma pessoa. Portanto, quando o material do registro for utilizado para propósitos de publicação científica ou acadêmica, sua identidade será preservada não sendo possível a identificação individual de cada participante.

Em respeito à exigência contida na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 12 de dezembro de 2012 e também de acordo com a CNS 510/2016, os dados coletados nesta pesquisa serão mantidos em arquivo, físico ou digital, sob a guarda e

Rubrica Investigador

Rubrica Participante

responsabilidade do pesquisador responsável por este estudo, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

- **Riscos, desconfortos e benefícios**

Os riscos são mínimos, no entanto, você e o paciente por quem é responsável podem sentir-se constrangidos ou incomodados em algum momento do estudo. Caso, eventualmente isto ocorra, vocês podem manifestar interesse em descontinuar na pesquisa. Vocês ainda podem decidir não participarem do estudo e retirar seus consentimentos a qualquer momento, não sofrendo qualquer punição, dano, prejuízo ou perderá qualquer benefício a que tenham direito.

O benefício desta pesquisa é auxiliar na construção do conhecimento sobre o atendimento a pacientes não identificados, compreendendo melhor as necessidades desses pacientes, e assim, contribuir para um cuidado mais diretivo e consistente. Assim, o sistema público de saúde, os profissionais e principalmente os pacientes não identificados atendidos, poderão ser favorecidos futuramente.

- **Custo e Reembolso**

A participação neste estudo é voluntária, ou seja, vocês não terão gasto algum ou receberão qualquer tipo de benefício financeiro (como pagamento, remuneração ou brindes). Portanto, a decisão em participar deste estudo deve ser totalmente voluntária.

Esclarecemos que será garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, em respeito à exigência contida no item IV.3, h, da Resolução 466/12 do CNS.

- **Consentimento**

Enfim, _____ (nome do responsável), tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo desta pesquisa, manifesto o meu livre consentimento em autorizar a participação _____ de

_____, _____ (nome do
Rubrica Investigador

_____, _____ (nome do
Rubrica Participante
paciente menor de idade por quem é responsável), estando totalmente ciente de que não há valor econômico a receber ou a pagar pela participação, e que podemos desistir de participar a qualquer

momento sem qualquer penalidade. Confirmando ter assinado duas vias deste termo, uma para mim, e uma para o pesquisador. Diante do exposto e após esclarecimentos de dúvidas, assino o documento e rubrico as páginas.

Participante (Esta pessoa deve assinar e datar de próprio punho)

 (Participante)

 (Documento identidade)

 (Nome da cidade /Local)

_____/_____/_____
 (Data)

Pesquisador (Esta pessoa deve assinar e datar de próprio punho)

 (Pesquisador)

 (Documento identidade)

 (Nome da cidade /Local)

_____/_____/_____
 (Data)

Em caso de dúvidas, comunicar os pesquisadores responsáveis ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Profa. Dra. Allana dos Reis Corrêa

Endereço: Escola de Enfermagem da UFMG. Avenida Professor Alfredo Balena, 190, 2o andar SL 202. Bairro: Santa Efigênia. CEP: 30130-100 – Belo Horizonte – MG

Tel: (31) 3409-9857 / E-mail: allanareiscorrea@gmail.com Horário de atendimento: 09:00 às 11:00h / 14:00 às 16:00h

Mestranda Fernanda Coura Pena de Sousa

Endereço: Escola de Enfermagem da UFMG Avenida Professor Alfredo Balena, 190, 2º andar SL 202. Bairro: Santa Efigênia. CEP: 30130-100 – Belo Horizonte – MG Tel: (31) 971304522

/ E-mail fernandacouraps@gmail.com

Dúvidas éticas podem ser avaliadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, 2o andar, SL 2005. Bairro: Unidade Administrativa II. CEP: 31.270.901 – Belo Horizonte – MG

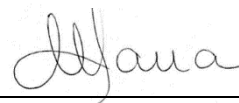
Tel: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br Horário de atendimento: 09:00 às 11:00h / 14:00 às 16:00

Rubrica Investigador

Rubrica Participante

APÊNDICE F – Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

1. Identificação dos membros do grupo de pesquisa

Nome completo (sem abreviação)	RG	Assinatura
Fernanda Coura Pena de Sousa	MG-13.973.353	
Allana dos Reis Corrêa	M6-152.471	

2. Identificação da pesquisa

- a) Título do Projeto: Análise dos atendimentos a pacientes não identificados em um pronto socorro de grande porte
- b) Departamento/Faculdade/Curso: Departamento de Enfermagem Básica/ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso: Mestrado em Enfermagem.
- c) Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Allana dos Reis Corrêa

3. Descrição dos Dados

São dados a serem coletados somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP-UFMG) e Comitê de Ética da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), tendo em vista ser a instituição coparticipante a ela vinculada, com o objetivo de analisar os atendimentos realizados a pacientes não identificados no pronto-socorro. Serão coletados os seguintes dados, disponíveis em prontuários: Dados sociodemográficos (sexo, idade, faixa etária, raça/cor, estado civil, escolaridade, local de moradia), Dados do atendimento (horário do primeiro atendimento, dia da semana do primeiro atendimento, mês do primeiro atendimento, responsável pelo encaminhamento do paciente ao pronto-socorro, nível de prioridade clínica segundo o Sistema Manchester de Classificação de Risco, sala de atendimento no pronto-socorro, primeira especialidade médica a atender o paciente, diagnóstico médico, desfecho no pronto-socorro, método de identificação, tempo até a identificação e quem realizou a identificação),

atendimento inicial ao paciente não identificado (hemorragia exsanguinante, avaliação das vias aéreas, restrição da mobilidade da coluna cervical, ventilação e respiração, circulação, avaliação neurológica, exposição e controle do ambiente), terapêutica e propedêutica à admissão (relacionados a hemorragia exsanguinante, avaliação das vias aéreas, restrição da mobilidade da coluna cervical, ventilação e respiração, circulação, avaliação neurológica, exposição e controle do ambiente) e eventos adversos (ocorrência de EA, tipo de incidente, grau do dano, complicações, desfechos). Serão coletados dados referentes aos registros ocorridos no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2022.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Para dúvidas de aspecto ético, pode ser contactado o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CEP/UFMG): Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005 Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br .

4. Declaração dos pesquisadores

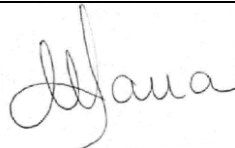
Os pesquisadores envolvidos no projeto se comprometem a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos dos prontuários hospitalares das pacientes, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam a Resolução 466/12, e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde.

Declaramos entender que a integridade das informações e a garantia da confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas estão sob nossa responsabilidade. Também declaramos que não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP UFMG.

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda dos direitos dos participantes.

Belo Horizonte, 30 de março de 2023,

Nome completo (sem abreviação)	Assinatura
Fernanda Coura Pena de Sousa	
Allana dos Reis Corrêa	

5. Autorização da Instituição

Declaramos para os devidos fins, que cederemos aos pesquisadores apresentados neste termo, o acesso aos dados solicitados para serem utilizados nesta pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento das pesquisadoras aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se as mesmas a utilizarem os dados dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados as pesquisadoras deverão apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2023.

Nome legível/assinatura e carimbo do responsável pela anuência da Instituição

APÊNDICE G – Justificativa de ausência de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Viemos por meio deste documento justificar a ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “Análise dos atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino” sob a orientação da professora. Dr^a. Allana dos Reis Corrêa, pesquisadora responsável.

A dispensa do TCLE se fundamenta em: 1- por ser um estudo de natureza quantitativa e delineamento descritivo, que fará uso de informações advindas das notificações e de prontuários do paciente; 2- porque todos os dados serão manejados e armazenados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes da pesquisa; 3- porque os resultados decorrentes deste estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes; 4- porque se trata de um estudo não intervencionista (sem intervenção clínica) e sem alterações/influências na rotina/terapêutica dos participantes da pesquisa e sem adição de riscos ou prejuízos ao bem estar dos mesmos.

O investigador principal e demais colaboradores envolvidos no estudo se comprometem, individual ou coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste apenas para fins descritivos e a fim de cumprir as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Resolução CNS n. 466/2012 e de suas complementares, referente ao sigilo e confidencialidade dos dados.

Prof^a. Dra. Allana dos Reis Correa

Endereço: Escola de Enfermagem da UFMG. Avenida Professor Alfredo Balena, 190, 2º andar SL 202. Bairro: Santa Efigênia. CEP: 30130-100 – Belo Horizonte – MG

Tel: (31) 3409-9857 / E-mail allanareiscorrea@gmail.com Horário de atendimento: 09:00 às 11:00h / 14:00 às 16:00h

Mestranda Fernanda Coura Pena de Sousa

Endereço: Escola de Enfermagem da UFMG. Avenida Professor Alfredo Balena, 190, 2º andar SL 202. Bairro: Santa Efigênia. CEP: 30130-100 – Belo Horizonte – MG Tel: (31) 971304522 / E-mail fernandacouraps@gmail.com

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise dos atendimentos a pacientes 'não identificados' em um pronto-socorro público de ensino

Pesquisador: Allana dos Reis Corrêa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69465223.9.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.129.008

Apresentação do Projeto:

Pacientes não identificados são os que chegam sem nenhum documento de identificação no pronto-socorro (PS) e cuja identidade não pode ser confirmada antes do início da assistência/aceso rápido aos cuidados. Assim, prestar assistência a um paciente não identificado é se deparar com um dilema de informações, em que não há histórico de saúde e onde a ausência de identificação exata pode levar a ocorrência de eventos adversos, aumentando o potencial de desfechos ruins e alta utilização de recursos, impactando diretamente na qualidade e segurança da assistência a esses pacientes.

Considerando-se a magnitude do problema, o presente projeto trata-se uma pesquisa de abordagem quantitativa retrospectiva, de delineamento descritivo, conduzido pela revisão de prontuários de pacientes não identificados que deram entrada em um pronto-socorro público de ensino em Belo Horizonte, MG, no período de 1º de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2022. Para tanto, foram adotados os seguintes critérios de inclusão e exclusão: Serão incluídos todos os pacientes não identificados, de todas as faixas etárias, que deram entrada no pronto-socorro, classificados pelo Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR) e registrados no sistema eletrônico da instituição pesquisada como "não identificados", no período de 1º de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2022. E Serão excluídos os pacientes não identificados que receberam atendimento inicial em outra unidade hospitalar, no período de 1º de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2022. São estimados o total de 670 prontuários a serem revisados. Quanto ao

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.129.008

método de coleta de dados, a pesquisadora descreve que fará o contato com os pacientes que tiveram a identificação realizada durante o período de internação, para que seja solicitado a autorização do mesmo para acessar as informações presentes no prontuário, com base no TCLE. Para os usuários que permaneceram durante todo o processo de hospitalização sem a identificação, é solicitado o termo de despesa, para tanto é disposto o TCUD nos documentos anexados. Após a coleta dos dados, esses serão quantificados e armazenados no programa EpiData® - versão 3.1 por meio de dupla digitação. Posteriormente serão exportados para o programa Statistic Package for Social Sciences (SPSS) 21.0 for Windows, para a análise estatística descritiva. Para as variáveis categóricas serão calculados os valores absolutos e proporções. Para as variáveis contínuas será verificada a assimetria de dados por meio do teste Shapiro-Wilk e apresentadas as medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão, mínimo, máximo).

Objetivo da Pesquisa:

O presente projeto apresenta como objetivos:

Objetivo Primário:

- Analisar os atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino em Belo Horizonte.

Objetivos Secundários:

-Caracterizar a população estudada quanto aos dados sociodemográficos (sexo, idade, raça, escolaridade, estado civil, local de moradia e cidade);-

Descrever as características dos atendimentos quanto ao momento do atendimento (hora, dia da semana, mês), forma de chegada ao hospital, nível

de prioridade clínica segundo o Sistema Manchester de Classificação de Risco, diagnóstico médico, condições clínicas no atendimento inicial, propedêutica, terapêutica, tempo de permanência e desfecho do atendimento no pronto-socorro.

-Identificar a ocorrência de eventos adversos: tipo de evento adverso, grau do dano, conduta.

-Descrever as complicações e desfechos de pacientes não identificados que sofreram EA no pronto-socorro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos e benefícios, a pesquisadora aponta que os riscos são mínimos, no entanto, você pode sentir-se constrangido ou incomodado em algum momento do estudo. Caso, eventualmente isto ocorra, você pode manifestar seu interesse em descontinuar na pesquisa. Você ainda pode decidir não participar do estudo e retirar seu consentimento a qualquer momento, e

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.129.008

você não sofrerá qualquer punição, dano, prejuízo ou perderá qualquer benefício a que tem direito. Já o benefício desta pesquisa é auxiliar na construção do conhecimento sobre o atendimento a pacientes não identificados, compreendendo melhor as necessidades desses pacientes, e assim, contribuir para um cuidado mais diretivo e consistente. Assim, o sistema público de saúde, os profissionais e principalmente os pacientes não identificados atendidos, poderão ser favorecidos futuramente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Após a análise do projeto verifica-se que dizer se o projeto tem como instituição coparticipante, o Hospital Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais(FHEMIG) e constitui um projeto de mestrado. Dada a característica do trabalho, bem como a excelente descrição da pesquisadora, é solicitado a dispensa do TCLE apenas para os prontuários dos pacientes que não tiveram a identificação realizada durante à hospitalização, bem como aos usuários que se tentou contacto sem sucesso. O projeto se faz relevante, porque estima-se

que os resultados deste estudo sejam o início da compreensão das necessidades de saúde dessa população e dos resultados dos seus atendimentos, proporcionando um conhecimento mais descritivo. Assim, ao pesquisar essa temática, será fomentada a busca por uma assistência com maior respaldo técnico e científico, contribuindo para um cuidado mais diretivo, consistente e auxiliando as tomadas de decisão pela equipe de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão anexados na Plataforma Brasil:

- 1) Projeto de pesquisa;
- 2) TCUD (assinado pelas pesquisadoras e instituição coparticipante);
- 3) Carta de anuência e termo de autorização da instituição coparticipante;
- 4) Parecer departamental;
- 5)TCLE;
- 6) Justificativa de dispensa do TCLE;
- 7) Folha de rosto assinada;

Considerando os documentos dispostos, recomenda-se apenas que a pesquisadora acrescente no projeto os riscos e benefícios que estão descritos no TCLE.

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.129.008

Recomendações:

Recomenda-se apenas que a pesquisadora acrescente no projeto os riscos e benefícios que estão descritos no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

N/A

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2105187.pdf	09/05/2023 20:26:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.pdf	09/05/2023 20:18:00	Fernanda Coura Pena de Sousa	Aceito
Outros	TCUD.pdf	09/05/2023 11:35:26	Allana dos Reis Corrêa	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	carta_de_anuencia.pdf	08/05/2023 10:37:29	Fernanda Coura Pena de Sousa	Aceito
Outros	Parecer_Camara_departamental_UFMG.pdf	08/05/2023 10:37:01	Fernanda Coura Pena de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_autorizacao.pdf	08/05/2023 10:31:22	Fernanda Coura Pena de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa_ausencia_TCLE.pdf	08/05/2023 10:25:43	Fernanda Coura Pena de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/05/2023 10:18:13	Fernanda Coura Pena de Sousa	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

Continuação do Parecer: 6.129.008

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	08/05/2023 09:55:35	Fernanda Coura Pena de Sousa	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	---------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 20 de Junho de 2023

Assinado por:
Corinne Davis Rodrigues
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise dos atendimentos a pacientes 'não identificados' em um pronto-socorro público de ensino

Pesquisador: Allana dos Reis Corrêa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69465223.9.3001.5119

Instituição Proponente: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.297.301

Apresentação do Projeto:

De acordo com os documentos PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2165321.pdf, TALE_6_a_11_anos.pdf, TCLE_responsaveis.pdf, TALE_12_a_18_anos.pdf:

Resumo: Pacientes não identificados são os que chegam sem nenhum documento de identificação no pronto-socorro (PS) e cuja identidade não pode ser confirmada antes do início da assistência/acesso rápido aos cuidados. Assim, prestar assistência a um paciente não identificado é se deparar com um dilema de informações, em que não há histórico de saúde e onde a ausência de identificação exata pode levar a ocorrência de eventos adversos, aumentando o potencial de desfechos ruins e alta utilização de recursos, impactando diretamente na qualidade e segurança da assistência a esses pacientes. Este estudo tem como objetivo analisar os atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino em Belo Horizonte. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, que analisará os prontuários dos pacientes não identificados admitidos entre 2019 e 2022 em um PS de um centro de trauma nível I, localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais. Serão contempladas as variáveis sociodemográficas, dados do momento do atendimento (hora, dia da semana, mês), dados do atendimento inicial ao paciente não identificado, a terapêutica e propedêutica à admissão, os eventos adversos, além das complicações e desfechos. A coleta de dados se dará em quatro etapas. A primeira será o rastreamento da entrada dos pacientes não identificados no PS por meio de uma planilha disponibilizada pelo

Endereço: Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa
Bairro: Serra Verde **CEP:** 31.630-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3915-9343 **Fax:** (31)3915-9000 **E-mail:** cep@themig.mg.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 6.297.301

setor, onde consta a identificação do paciente - no caso do paciente não identificado será a abreviação NI seguida do número de registro e nível de prioridade clínica. A segunda etapa será a solicitação de todos os prontuários físicos para o Serviço de Arquivo Médico e Estatística do hospital por meio do número de registro dos pacientes selecionados. A terceira se dará pela da coleta das variáveis definidas nos prontuários físicos e a quarta etapa será o acesso às notificações de eventos adversos pelo Núcleo de Segurança do Paciente da instituição para completar a coleta de dados referentes a estes eventos.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2165321.pdf:

Objetivo Primário:

Analisar os atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino em Belo Horizonte.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2165321.pdf:

Riscos: Os riscos que este estudo expõe são mínimos e estão relacionados ao potencial constrangimento por exposição e a quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Como estratégia de minimização, os dados serão transcritos num formulário previamente produzido pelos autores do estudo, e serão utilizados acrônimos referentes à sua identificação como também a do hospital.

Benefícios: Não há benefícios diretos aos pacientes envolvidos na pesquisa, visto tratar-se de estudo observacional retrospectivo, sem mudança no tratamento e seguimento dos pacientes em questão. Um melhor conhecimento das características epidemiológicas e clínicas dos pacientes não identificados poderá beneficiar futuros pacientes quanto a melhor compreensão das necessidades de saúde dessa população e dos resultados dos seus atendimentos, proporcionando um conhecimento mais descritivo, e portanto, contribuindo para um cuidado mais diretivo, consistente e auxiliando as tomadas de decisão pela equipe de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Projeto: Relevante, pertinente e de valor científico;
- Metodologia: Adequada para se alcançar o objetivo proposto;

Endereço: Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa
Bairro: Serra Verde **CEP:** 31.630-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3915-9343 **Fax:** (31)3915-9000 **E-mail:** cep@themig.mg.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 6.297.301

- Currículos: Com competência reconhecida para a condução do estudo;
- Cronograma: Adequado;
- Aspectos Éticos: O projeto cumpre a Res.466/2012 do CNS-MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Projeto: devidamente descrito.
- TCLE: adequado para o perfil da amostra.
- FR: devidamente preenchida e assinada.
- Orçamento: adequado e de responsabilidade dos autores.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/2012), o CEP-FHEMIG recomenda aos Pesquisadores:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da Pesquisa;
3. Apresentar na forma de NOTIFICAÇÃO relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (RELATÓRIO FINAL).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- O estudo pode ser realizado com base na metodologia e nos documentos apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2165321.pdf	31/08/2023 15:52:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_12_a_18_anos.pdf	31/08/2023 15:49:00	Fernanda Coura Pena de Sousa	Aceito

Endereço: Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa
Bairro: Serra Verde **CEP:** 31.630-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3915-9343 **Fax:** (31)3915-9000 **E-mail:** cep@themig.mg.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 6.297.301

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_responsaveis.pdf	31/08/2023 15:48:14	Fernanda Coura Pena de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_6_a_11_anos.pdf	31/08/2023 15:47:50	Fernanda Coura Pena de Sousa	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Fernanda_Coura_Pena de Sousa.pdf	31/08/2023 14:09:09	Fernanda Coura Pena de Sousa	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Allana_dos_Reis_Correia.pdf	31/08/2023 14:08:27	Fernanda Coura Pena de Sousa	Aceito
Outros	Parecer_Tecnico_CIP_CHU_FHEMIG.pdf	05/07/2023 12:03:30	Allana dos Reis Corrêa	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_Instituicao_Coparticipante.pdf	02/07/2023 17:25:42	Allana dos Reis Corrêa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.pdf	09/05/2023 20:18:00	Fernanda Coura Pena de Sousa	Aceito
Outros	TCUD.pdf	09/05/2023 11:35:26	Allana dos Reis Corrêa	Aceito
Outros	Parecer_Camara_departamental_UFMG.pdf	08/05/2023 10:37:01	Fernanda Coura Pena de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_autorizacao.pdf	08/05/2023 10:31:22	Fernanda Coura Pena de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa_ausencia_TCLE.pdf	08/05/2023 10:25:43	Fernanda Coura Pena de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/05/2023 10:18:13	Fernanda Coura Pena de Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa
Bairro: Serra Verde **CEP:** 31.630-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3915-9343 **Fax:** (31)3915-9000 **E-mail:** cep@themig.mg.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 6.297.301

BELO HORIZONTE, 13 de Setembro de 2023

Assinado por:
Vanderson Assis Romualdo
(Coordenador(a))

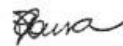
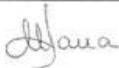
Endereço: Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa
Bairro: Serra Verde **CEP:** 31.630-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3915-9343 **Fax:** (31)3915-9000 **E-mail:** cep@themig.mg.gov.br

ANEXO C – Termo de autorização para realização de pesquisa nas unidades do CHU/FHEMIG

Página 1 de 1

 FUNDACÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS	TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NAS UNIDADES DO CHU/FHEMIG COMPLEXO HOSPITALAR DE URGÊNCIA	FORM-NEP-002
---	--	---------------------

Eu, Cristiane Cenachi Coelho, inscrito(a) no CPF _____, MASP 12946588, ocupante do cargo efetivo/função AGASIV, em exercício na unidade REHU da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, no setor CEM, por meio deste instrumento, **autorizo** a realização da pesquisa intitulada “**Análise dos atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino**” no setor pronto-socorro, no período de maio a outubro, do Hospital (HJPII, HJXXIII e HMAL), pelos pesquisador(es):

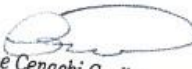
Nome	MASP	E-mail	Assinatura
Fernanda Coura Pena de Sousa		fernandacouraps@gmail.com	
Allana dos Reis Corrêa		Allanareiscorreia@gmail.com	

Objetivo do projeto de pesquisa: Analisar os atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino em Belo Horizonte.

Os pesquisador(es) acima qualificados se compromete(m) a:

1. Iniciar(em) a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética da FHEMIG.
2. Obedecer(em) as “Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, a fim de protegerem os participantes da pesquisa, garantindo-lhes os direitos de **sujeito de pesquisa**.
3. Guardar(em) e preservar(em) os dados e arquivos a ele fornecidos em sigilo e que a divulgação dos dados deverá ser feita em estrita observação aos princípios éticos de pesquisa, resguardando-se ainda aos termos da Constituição Federal de 1988, especialmente no tocante ao direito a intimidade e a privacidade dos consultados, sejam eles pacientes ou não.
4. Assegurar(em) que as informações a serem divulgadas, serão única e exclusivamente para fins de pesquisa científica, sendo vedado uso das informações para publicação em quaisquer meios de comunicação que não guardem compromisso ou relação científica.

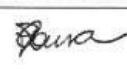
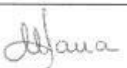
Belo Horizonte, 26 de abril de 2023


Cristiane Cenachi Coelho
 Gerente da Equipe Multidisciplinar - CHU
 MASP: 12946588

Assinatura/carimbo do responsável pelo setor

FHEMIG FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS	TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NAS UNIDADES DO CHU/FHEMIG COMPLEXO HOSPITALAR DE URGÊNCIA	FORM-NEP-002
---	--	---------------------

Eu, Paulette Cristina Barbosa, inscrito(a) no CPF 690 969 586 20, MASP 1286365-0, ocupante do cargo efetivo/função Assistente Social, em exercício na unidade Hospital João XXIII da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, no setor VAP, por meio deste instrumento, **autorizo** a realização da pesquisa intitulada **"Análise dos atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino"** no setor pronto-socorro, no período de maio a outubro, do Hospital (HIJPII, HJXXIII e HMAL), pelos pesquisador(es):

Nome	MASP	E-mail	Assinatura
Fernanda Coura Pena de Sousa		fernandacouraps@gmail.com	
Allana dos Reis Corrêa		Allanareiscorreia@gmail.com	

Objetivo do projeto de pesquisa: Analisar os atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino em Belo Horizonte.

Os pesquisador(es) acima qualificados se compromete(m) a:

1. Iniciar(em) a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética da FHEMIG.
2. Obedecer(em) as "Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos", nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, a fim de protegerem os participantes da pesquisa, garantindo-lhes os direitos de **sujeito de pesquisa**.
3. Guardar(em) e preservar(em) os dados e arquivos a ele fornecidos em sigilo e que a divulgação dos dados deverá ser feita em estrita observação aos princípios éticos de pesquisa, resguardando-se ainda aos termos da Constituição Federal de 1988, especialmente no tocante ao direito a intimidade e a privacidade dos consultados, sejam eles pacientes ou não.
4. Assegurar(em) que as informações a serem divulgadas, serão única e exclusivamente para fins de pesquisa científica, sendo vedado uso das informações para publicação em quaisquer meios de comunicação que não guardem compromisso ou relação científica.

Belo Horizonte, 26 de abril de 2023

PC BARBOSA
Assinatura/carimbo do responsável pelo setor

Paulette Cristina Barbosa
Referência Técnica Serviço Social
Hospital João XXIII

ANEXO D - Parecer câmara departamental Escola de Enfermagem/ UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM BÁSICA-ENB
Av. Prof. Alfredo Balena – 190, 2º andar. Santa Efigênia
CEP: 30.130-100. Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
Tel/Fax: 3409.9853 - E-mail: enb@enf.ufmg.br

Parecer nº 10/2023

Assunto: Projeto de Pesquisa

Interessada: Allana dos Reis Correa

Relatora: Vania Regina Goveia

Histórico:

Recebi no dia 9 de março de 2023, da Secretaria do Departamento de Enfermagem Básica, o projeto de pesquisa de autoria da professora Allana dos Reis Correa, intitulado **“Análise dos atendimentos a pacientes não identificados em um pronto-socorro público de ensino”**, para análise e parecer, como membro da Câmara Departamental do ENB.

Mérito:

Trata-se de projeto de pesquisa de mestrado, orientado pela professora, para desenvolvimento de atividades de pesquisa de sua orientanda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fernanda Coura Pena de Sousa. Pacientes não-identificados (NI) são aqueles que dão entrada ao Pronto Socorro (PS) sem documentos, portanto sua identidade não pode ser confirmada para iniciar a assistência. Em geral, são pessoas que não podem fornecer informações devido ao seu estado de saúde no momento, que inclui fala confusa, rebaixamento de sensório, baixa ou ausência de compreensão das informações, distúrbios neuropsiquiátricos além de existirem aqueles criticamente enfermos que necessitam de atendimento emergencial na admissão hospitalar. Há estudos disponíveis na literatura, realizados em outros países, que analisam os atendimentos de emergência de pessoas NI. Entretanto, as pesquisadoras identificaram lacuna na literatura científica de estudos realizados no Brasil e se propõem a estudar esta população de pacientes NI atendidos em um serviço de emergência de hospital público de ensino. Destaca-se entre os **objetivos** específicos, identificar a ocorrência de eventos adversos e descrevê-los. Para tanto será realizado um **estudo** quantitativo, descritivo e retrospectivo. Os dados serão **coletados** de prontuários de pacientes NI atendidos em um hospital público, referência em atendimentos de emergência para o estado de Minas Gerais, no período de 01/01/2019 a 31/12/2022. As **variáveis** estão definidas e consistem em dados sociodemográficos; dados do atendimento incluindo a classificação de risco, hipótese diagnóstica, desfecho no PS, tempo até a identificação e quem realizou tal identificação; dados do atendimento inicial sobre presença de hemorragia e avaliação ABCDE; dados da terapêutica e propedêutica à admissão; registro de eventos adversos. O instrumento de coleta está apresentado em apêndice e o método utilizado e respectivas etapas estão detalhadamente descritos no projeto. Para a **análise** dos dados as pesquisadoras criarão um banco de dados no EpiData, cuja análise estatística descritiva será realizada por meio do programa SPSS. Estão apresentados os testes que serão aplicados para as variáveis contínuas e será considerado para todos os dados o intervalo de confiança de 95%. Quanto aos **aspectos éticos**, informa atender a Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Informa ainda a realização sequencial: submissão do projeto a esse departamento, ao órgão da instituição coparticipante e ao Comitê de Ética da UFMG para iniciar a coleta de dados após a sua aprovação. Apresenta tres apêndices, sendo 1º o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pacientes ou responsáveis; 2º o Termo de Compromisso de Utilização dos Dados (TCUD) que será empregado à instituição coparticipante no caso de situações em que o paciente tenha permanecido NI, falecido ou contato telefônico sem sucesso; 3º o termo de justificativa de dispensa do TCLE. O projeto apresenta ainda um **cronograma** de atividades iniciando em março de 2023 até março de 2024, finalizando com a defesa da dissertação de mestrado e produção de manuscrito para divulgação dos resultados por meio de publicação de artigo. Apresenta ainda um orçamento com valores que serão assumidos pelas pesquisadoras.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM BÁSICA-ENB
Av. Prof. Alfredo Balena – 190, 2º andar, Santa Efigênia
CEP: 30.130-100, Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
Tel.Fax: 3409.9853 - E-mail: enb@enf.ufmg.br

O projeto é consistente e o tema desafiador, pois trata-se de analisar atendimentos prestados a pessoas NI em PS, cujos resultados da pesquisa vão permitir a compreensão das necessidades dessa população, conhecer os resultados dos atendimentos, gerar um conhecimento descritivo a fim de contribuir para uma assistência de qualidade e auxiliar nas tomadas de decisão da equipe de saúde, portanto o tema proposto possui relevância.

Conclusão:

Diante do exposto, sou favorável à aprovação do projeto de pesquisa, SMJ da Câmara Departamental do ENB.

Belo Horizonte, 14 de março de 2023.

Prof.ª Vania Regina Goveia

Aprovado em Câmara Departamental Ordinária em 15/03/2023.

Jaqueline Almeida Guimarães Barbosa
Subchefe do Departamento de Enfermagem Básica EEnf/UFMG
Inscrição UFMG: 29156-0