

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 23/06/2025.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

DAHYENE CRIS ALVES SILVA

**VÍDEO EDUCATIVO SOBRE INDICAÇÃO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE PALMAS / TO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Enfermagem - Programa de Pós-graduação em Enfermagem Profissional, em parcerias com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Conselho Federal de Enfermagem (CAPES/COFEN) e a Universidade Federal do Tocantins – UFT.

Botucatu/SP

2023

DAHYENE CRIS ALVES SILVA

**VÍDEO EDUCATIVO SOBRE INDICAÇÃO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE PALMAS / TO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Enfermagem - Programa de Pós-graduação em Enfermagem Profissional, em parcerias com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Conselho Federal de Enfermagem (CAPES/COFEN) e a Universidade Federal do Tocantins – UFT.

Orientadora: Prof.^a Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi (UNESP)
Coorientadoras: Prof.^a Adjunto Dr.^a Mirian Cristina dos Santos Almeida (UFT)
Prof.^a Associada Suzimar Benato Fusco (UNICAMP)

Botucatu/SP

2023

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: MARIA CAROLINA A. CRUZ E SANTOS-CRB 8/10188

Silva, Dahyene Cris Alves.

Vídeo educativo sobre indicação de atendimento de urgência e emergência no município de Palmas / TO / Dahyene Cris Alves Silva. - Botucatu, 2023

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi

Coorientador: Mirian Cristina dos Santos Almeida

Coorientador: Suzimar Benato Fusco

Capes: 40400000

1. Acolhimento. 2. Atenção à Saúde. 3. Filmes educativos.
4. Avaliação de riscos. 5. Serviços médicos de emergência.

Palavras-chave: Acolhimento; Atenção à saúde; Filme e vídeo educativo; Medição de risco; Serviços médicos de emergência.

Nome: Dahyene Cris Alves Silva

Título: Vídeo educativo sobre indicação de atendimento de urgência e emergência no município de Palmas / TO.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Enfermagem - Programa de Pós-graduação em Enfermagem Profissional, em parcerias com a CAPES – COFEN e a Universidade Federal do Tocantins - UFT

Aprovado em: 18/12/2023

Banca Examinadora

Titular 01 (Orientadora)

Nome: Profa. Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB – Unesp

Titular 02 (Membro)

Nome: Profa. Dra. Juliane de Andrade

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB – Unesp

Titular 03 (Membro)

Nome: Profa. Dra. Juliana Bastoni da Silva

Instituição: Universidade Federal de Tocantins

Pesquisa financiada pelo Edital Nº 28/2019 – Acordo CAPES/COFEN – Programa de Apoio a Programas de Pós-Graduação da Área de Enfermagem pelo Convênio. Projeto: Tecnologias de apoio à Sistematização da Assistência e Gestão em Enfermagem: Contribuições do Mestrado Profissional para o Estado de Tocantins.

DEDICATÓRIA

Este trabalho de pesquisa é dedicado à minha família, que é e foi meu porto seguro em momentos de fragilidade e minha maior incentivadora.

AGRADECIMENTOS

A Deus, o Rei da minha vida, por toda as vezes que Ele na sua grandeza inclinou-se para ouvir o meu clamor, por ter permitido a realização de mais um sonho. A Ele toda honra e toda Glória.

À Maria, mãe do Salvador e minha, que me colocou em seu colo e intercedeu a Deus por mim.

Aos meus pais, que me proporcionaram um lar cheio de amor e carinho, meus exemplos de vida.

Ao meu esposo e meus filhos, que entenderam a minha ausência e foram meu aconchego.

A minha vó Osmarina (*in memoriam*), que eu tenho certeza de que estaria vibrando com mais esta conquista e que faria questão de confeccionar a roupa mais linda para minha defesa.

Aos meus familiares, em especial meu irmão, minha sobrinha Valentina e minhas tias Maria de Fátima e Maria dos Santos, que sempre estiveram na torcida me incentivando.

À Allyne, Maria Luiza e Jacileia, que me deram a primeira oportunidade de conhecer o mundo da Urgência e Emergência no município de Palmas - TO, o qual eu me apaixonei e me encantei.

Ao professor Henrique Oliveira, que acreditou em mim mais do que eu mesmo, que me incentivou e incentiva a voar mais alto.

Às minhas orientadoras que não mediram esforços para que este trabalho fosse concluído com êxito.

À CAPES, ao COFEN, a UNESP e a UFT, que em parceria proporcionaram ao estado mais novo do país, oportunidade única, agarrada com muita vontade por nós tocantinenses nativos ou de coração.

Silva, DCA. Vídeo educativo sobre indicação de atendimento de urgência e emergência no município de Palmas/TO [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2023.

RESUMO

Introdução: as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) surgem como uma das estratégias da Política Nacional de Atenção às Urgências para organização da assistência, articulação dos serviços e definição de fluxos e referências resolutivas. As UPAs têm se tornado uma porta de entrada aos pacientes com queixas crônicas e sociais, de baixa complexidade, que poderiam ser atendidos em outros níveis de atenção à saúde. Buscando intervir no cenário, as Tecnologias Educacionais (TE) surgem como metodologias de ensino mais dinâmicas, sendo capaz de proporcionar mudanças de comportamento ao associarem-se a outros aspectos da vida da pessoa. **Objetivo geral:** produzir e validar vídeo educativo sobre as indicações de acesso aos atendimentos de serviços de urgências e emergências nas UPAs, por Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), visando a reorientação da população quanto ao uso dos serviços da UPAs e Unidades Básicas de Saúde, do município de Palmas, estado de Tocantins. **Métodos:** trata-se de pesquisa desenvolvida em duas fases. A primeira, com delineamento transversal, retrospectivo, com dados do sistema eletrônico de prontuários das UPAs, de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2021, do município de Palmas, Estado de Tocantins, Brasil. Fundamentada nos resultados do primeiro estudo, a segunda etapa, produziu e validou o vídeo educativo para orientação da população, quanto ao uso dos serviços da Rede de Atenção à Saúde. A elaboração da TE ocorreu em três fases, de acordo com o modelo para produção de vídeo educativo proposto por Fleming: pré-produção, produção e a pós-produção. Para validação, a análise dos dados foi realizada por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), pela Razão de Validade de Conteúdo (Content Validity Ratio - CVR) e pelo índice estatístico Coeficiente Kappa modificado (CKM). **Resultados:** no período ocorreram 355.329 atendimentos nas UPAs, distribuídos 194.235 na Norte e 161.076 na Sul. Esses atendimentos se deram, preferencialmente, em dias úteis (237; 64,93%), enquanto aos finais de semana e feriados perfizeram 128 (35,06%) dias referentes a feriados e finais de semanas. O período diurno configurou-se no de maior procura pelo serviço (67,42%) e quanto aos sexos, o feminino (51,31%) sobressaiu 2,4% quando comparado ao masculino (48,9%). Em relação às faixas etárias, os atendimentos concentraram na faixa etária de 19 a 59 anos (67,51 %). No ACCR predominou atendimentos com a cor verde (59,92%), enquanto os de alta e média complexidade perfizeram 32,43% dos atendimentos. Preponderou nas quatro cores do ACCR, doenças do Capítulo XXI da CID-10, o qual reúne sete agrupamentos de diagnósticos médicos, de Z00 a Z99. A validação do vídeo utilizou três métodos IVC, CRV e KAPPA, na validação dos 20 especialistas, foram avaliados seis itens e dos 14 participantes do público – alvo 11 itens, todos eles apresentaram padrões adequados para que o instrumento fosse validado. **Conclusões:** os objetivos da pesquisa foram alcançados mediante a produção de vídeo educativo, subsidiada de validação estatística de conteúdo de excelência, das mensagens sobre as indicações de acesso aos atendimentos de serviços de urgências e emergências nas UPAs por ACCR, visando a reorientação de população-alvo.

Descritores: Filme e Vídeo Educativo; Serviços Médicos de Emergência; Triagem de Classificação; Acolhimento; Atenção à Saúde.

Silva. DCA. Educational video about recommending urgent and emergency care in the city of Palmas / TO [dissertation]. Botucatu: Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2023.

ABSTRACT

Introduction: Emergency Care Units (UPAs) emerge as one of the strategies of the National Emergency Care Policy for organizing assistance, articulating services and defining flows and resolving references. The UPAs have become a gateway for patients with chronic and social complaints of low complexity that could be treated at other levels of health care. Seeking to intervene in the scenario, Educational Technologies (ET) emerge as more dynamic teaching methodologies, capable of providing changes in behavior when associated with other aspects of a person's life. **General objective:** to produce and validate an educational video on the indications for access to urgent and emergency services in UPAs, by Reception with Risk Classification (ACCR), aiming to reorient the population regarding the use of services in UPAs and Basic Health Units, from the municipality of Palmas, state of Tocantins. **Methods:** this is research carried out in two phases. The first, with a cross-sectional, retrospective design, with data from the electronic medical records system of the UPAs, from January 1st to December 31st, 2021, in the municipality of Palmas, State of Tocantins, Brazil. Based on the results of the first study, the second stage produced and validated the educational video to guide the population regarding the use of Health Care Network services. The preparation of the ET occurred in three phases, according to the production model educational video proposed by Fleming: pre-production, production and post-production. For validation, data analysis was performed using the Content Validity Index (CVI), the Content Validity Ratio (CVR) and the modified Kappa Coefficient (CKM) statistical index. **Results:** in the period there were 355,329 consultations in the UPAs, distributed 194,235 in the North and 161,076 in the South. These consultations took place, preferably, on working days (237; 64,93%), while on weekends and holidays they made up 128 (35,06%) days relating to holidays and weekends. The daytime period was the period with the highest demand for the service (67.42%) and regarding genders, females (51.31%) stood out 2.4% when compared to males (48.9%). In relation to age groups, services were concentrated in the age group from 19 to 59 years old (67.51%). In ACCR, green calls predominated (59.92%), while high and medium complexity calls made up 32.43% of calls. It predominated in the four colors of the ACCR, diseases from Chapter XXI of the CID-10, which brings together seven groupings of medical diagnoses, from Z00 to Z99. The validation of the video used three methods IVC, CRV and KAPPA, In the validation of the 20 experts, six items were evaluated and of the 14 participants target audience 11 items from the target audience, all of which presented adequate standards for the instrument to be validated. **Conclusions:** the research objectives were achieved through the production of an educational video, supported by statistical validation of excellent content, of messages on indications for access to urgent and emergency services in UPAs by ACCR, aiming at reorienting the population- target.

Descriptors: Educational Film and Video; Emergency Medical Services; Classification Screening; Reception; Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos pacientes atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento, distribuído por sexo, faixa etária, regiões, turno e dias da semana. Banco de Dados do Sistema de Prontuário Eletrônico – e-SUS APS. Palmas, Tocantins, Brasil, de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2021.....	34
Tabela 2 - Perfil dos pacientes atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento, segundo Acolhimento com Classificação de Risco. Banco de Dados do Sistema de Prontuário Eletrônico – e-SUS APS. Palmas, Tocantins, Brasil, de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2021	36
Tabela 3 - Perfil dos pacientes atendidos mensalmente nas Unidades de Pronto Atendimento, segundo Acolhimento com Classificação de Risco e Diagnóstico Médico por agrupamento em capítulos de doenças proposto pela CID-10. Banco de Dados do Sistema de Prontuário Eletrônico – e-SUS APS. Palmas, Tocantins, Brasil, de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2021	37
Tabela 4 - Caracterização dos juízes, categoria especialistas, que participaram da validação de conteúdo, como etapa metodológica de produção do vídeo educativo sobre indicação de atendimento de urgência e emergência no município de Palmas, estado de Tocantins participantes do estudo - Palmas, Brasil 2023.....	39
Tabela 5 - Caracterização dos juízes, categoria público-alvo (pacientes das UPAs), que participaram da análise semântica, como etapa metodológica de produção do vídeo educativo sobre indicação de atendimento de urgência e emergência no município de Palmas, estado de Tocantins, Brasil 2023	40
Tabela 6 – Valores do Índice de Validade de Conteúdo, Coeficiente de Kappa Modificado e <i>Content Validity</i>	41
Tabela 6 – Valores do Índice de Validade de Conteúdo, Coeficiente de Kappa Modificado e <i>Content Validity</i>	42
Tabela 7 – Valores do Índice de Validade de Conteúdo, Coeficiente de Kappa Modificado e <i>Content Validity Ratio – CVR</i> , para cada um dos itens avaliados pelo público-alvo, como etapa metodológica para a produção do vídeo educativo, sobre indicação de atendimento de urgência e emergência no município de Palmas, estado de Tocantins, Brasil, 2023	42

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco
TE - Tecnologias Educacionais
AB - Atenção Básica
APS - Atenção Primária à Saúde
CID - Código Internacional de Doenças
CKM - Coeficiente Kappa modificado
CAPP - Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CVR - Content Validity Ratio
FESP - Fundação Escola de Saúde Pública
IVC - Índice de Validade de Conteúdo
PNH - Política Nacional de Humanização
PNAU- Política Nacional de Atenção às Urgências
PA - Pronto Atendimento
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RAU - Rede de Atenção às Urgências
RUE - Rede de Urgência e Emergência
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO – Tocantins
UBS - Unidade Básica de Saúde
UPAs - Unidades de Pronto Atendimento
USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO II – OBJETIVOS E FINALIDADE DA PESQUISA EM PRODUZIR PRODUTO TÉCNICO	21
2.1 Objetivos.....	22
2.1.1 Objetivo geral	22
2.1.2 Objetivos específicos	22
2.2 Finalidade da pesquisa em produzir produto técnico	22
CAPÍTULO III – MÉTODOS	23
3.1 Método: estudo um	24
3.1.1 Tipo de estudo e população-alvo	24
3.1.2 Local de pesquisa.....	24
3.1.3 Fonte e coleta de dados da população atendida.....	26
3.1.4 Variáveis de caracterização do perfil.....	26
3.1.5 Análise dos dados	27
3.2 Método: estudo dois.....	27
3.2.1 Tipo de estudo	27
3.2.2 Produção e validação do vídeo educativo.....	28
3.2.3 Divulgação do vídeo educativo	30
3.3 Procedimentos éticos	30
CAPÍTULO IV – RESULTADOS	32
4.1 Resultados: estudo um	33
4.2 Resultados: estudo dois	38
4.3 Validação do vídeo educativo	38
4.3.1 Caracterização dos juízes especialistas e público-alvo.....	38
4.3.2 Avaliação dos juízes especialistas e do público-alvo	40

4.3.3 Roteiro do vídeo educativo.....	43
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO	45
5.1 Discussão: estudo um	46
5.2 Discussão: estudo dois	49
CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	62
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO DO VÍDEO EDUCATIVO ..	64
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	68
APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO DO VÍDEO EDUCATIVO ..	70
APÊNDICE E - DECLARAÇÃO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL	73
APÊNDICE F - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS.....	74
ANEXO I - PARECER DO COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO E PESQUISA	75
ANEXO II - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	79
ANEXO III - ETAPAS DE EXECUÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA, ASSIM COMO DE PAGAMENTOS AO PRODUTOR DO VÍDEO	87

APRESENTAÇÃO

Sou Dahyene Cris Alves Silva, tenho 34 anos, nasci em Guaraí cidade do interior do estado mais novo e promissor do País, Tocantins. Sou filha do “Dão” e da “Euris”, conhecidos como os cantores da igreja católica, mãe dos príncipes, João José e Enzo Francisco.

Durante a minha infância, a aposta da família era que eu fosse cantora, cresci certa de que minha vida seria a música, mas por volta dos 10 anos de idade, fomos surpreendidos com uma doença autoimune que acometeu minha mãe, o Lúpus Eritematoso. Foram muitos anos de sofrimento, o tratamento era em Goiânia, as despesas eram altas, alguns diagnósticos equivocados e o nosso psicológico abalado. Vendo toda angústia da minha mãe, decidi cursar Farmácia Bioquímica, com o intuito desenvolver um medicamento com menos efeitos colaterais e que diminuísse o avanço da doença, e na mais utopia da vida, quem sabe desenvolver a cura para minha mãe e tantas outras pessoas.

Infelizmente, não consegui cursar Farmácia Bioquímica e o curso de Enfermagem apareceu como opção e a que eu menos queria, mas como era um curso que tinha na Faculdade de Guaraí, tive que me contentar com a escolha. Como Deus é bom em todo tempo, fez eu me encontrar e me apaixonar por ela. Conclui o curso com a ajuda de muitas pessoas e com a reponsabilidade de ser exemplo para os meus primos e irmão, pois até então era a única neta dos dois lados da família a concluir o ensino superior.

Como em todo tempo Deus é bom, Ele reservou mais uma surpresa em minha vida, terminei a faculdade achando que seria uma enfermeira da Unidade Básica de Saúde, cursei até uma especialização sobre o Programa de Saúde da Família – PSF achando que atuaria na minha querida Guaraí. Deus organizou minha mudança para a capital Palmas e me apresentou o universo da gestão da urgência e emergência. Fui muito relutante, pois queria ainda ser a enfermeira do “postinho”, até que também me apaixonei pela urgência e me tornei a Dahy da “urgência”.

No ano de 2013 a 2015, trabalhei como área técnica e gerente da urgência. Ainda no ano de 2015, recebi o convite para ser coordenadora geral do SAMU, nem nos meus maiores sonhos, imaginei que sendo uma menina do interior, com todas as dificuldades que passei, seria coordenadora de um dispositivo de saúde tão importante e ainda na capital do estado. Permaneci na coordenação do SAMU até 2017, quando foi me apresentado outro universo, o da Vigilância Sanitária, atuei na área da arboviroses por dois anos.

Durante esse período, que fiquei fora da urgência, pude identificar melhor algumas

fragilidades e pensar em como poderia reorganizar essa rede, a qual ainda estava no meu coração. Eu sabia que meu ciclo na urgência não tinha encerrado.

No início de 2020, retorno novamente à coordenação da urgência, com novos olhares, nova disposição e com muitos planos, que foram todos naufragados devido à pandemia COVID-19. Foram momentos tensos, em que nossa capacidade de gerir e intelectualidade para resolver problemas foram testados a todo instante, e aqui deixo o meu reconhecimento à equipe maravilhosa e competente que atuou comigo nesses anos.

Mesmo tendo alcançado muitos degraus na minha vida acadêmica e profissional, digo que um dos meus melhores momentos foi poder retribuir a minha família tudo o que eles fizeram por mim, desde o meu nascimento até o presente, em especial, a minha avó Osmarina (*in memoriam*), que tinha orgulho da sua neta. Ela confeccionou meu primeiro jaleco que eu guardo com muito carinho e pude cuidar dela como neta e enfermeira até o seu último dia de vida.

O mestrado surgiu na minha vida assim, como um novo desafio, em um momento em que eu estava me reconstruindo e, portanto, via o mestrado muito distante da minha realidade, mas fui incentivada pela professora Mirian e o professor Henrique Oliveira, os quais mostraram que eu era capaz de subir mais esse degrau.

A contento, esforcei-me para apresentar nesta dissertação de mestrado o produto referente à construção de um vídeo educativo para orientar os pacientes quanto à busca pelos atendimentos nas UPAs de Palmas – TO.

Esta dissertação está organizada em sete capítulos: I – Introdução; II – Objetivos; III – Métodos; IV – Resultados; V – Discursão; VI – Produto Técnico; e VII – Considerações Finais.

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é um conjunto de organizações com ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, visando a integralidade do cuidado¹. No Brasil, o Sistema de Saúde está estruturado por três níveis de atenção, denominados de atenção à saúde – primária, secundária e terciária².

Deste modo, o SUS para viabilizar o acesso universal foi organizado em redes de atenção, tendo a Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora e coordenadora do cuidado desta rede e a principal porta de entrada ao sistema³.

Com a ampliação do acesso a serviços de urgência e emergência, a população passou a priorizar esses serviços como porta de entrada, em face da demanda reprimida aos serviços prestados pela APS. Para reverter o cenário, a literatura afirma que se faz necessário fortalecer os serviços da APS, para facilitar acesso dos pacientes, assim como conferir maior resolutividade dos casos, que poderiam ser atendidos neste seguimento, em articulação com toda a RAS⁴.

O movimento de fortalecimento dos serviços de urgência e emergência se inicia em 2003, quando o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS 1.863 de 29 de setembro, instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e Rede de Atenção às Urgências (RAU), com o objetivo de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento às urgências. Em 7 de julho, foi reformulada pela Portaria nº 1.600/GM/MS⁵.

A PNAU reforça o trabalho em conjunto, mas que cada rede temática de atenção seja interdependente no seu nível de responsabilidade. Desta forma, a RAU se organiza-se em redes temáticas: (I) Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; (II) Atenção Primária; (III) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação das Urgências; (IV) Sala de Estabilização; (V) Força Nacional de Saúde do SUS; (VI) Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24h; (VII) Hospitalar; (VIII) Atenção Domiciliar⁵.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) surgem como uma das estratégias da PNAU para a melhor organização da assistência, articulação dos serviços e definição de fluxos e referências resolutivas⁶. As UPAs ocupam o nível intermediário de complexidade entre as APS e a alta complexidade (hospitais). Estas unidades devem funcionar 24 horas por dia, realizando classificação de risco, atendimento aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados, são utilizadas como Bases Descentralizadas e Sala de Estabilização para o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (SAMU), e constrói fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência com outras instituições e serviços de saúde do sistema

locorregional².

Segundo a Portaria nº10, de 3 de janeiro de 2017, as competências das UPAs são:

- I. Acolher os pacientes e seus familiares em situação de urgência e emergência, sempre que buscarem atendimento na UPA 24h;
- II. Articular-se com a Atenção Básica, o SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, bem como com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação de Urgências e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde;
- III. Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitem de atendimento;
- IV. Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
- V. Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento nos casos de menor gravidade;
- VI. Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à UPA 24h;
- VII. Prestar apoio diagnóstico e terapêutico conforme a sua complexidade;
- VIII. Manter pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial⁷.

Na maioria dos estados e municípios brasileiros, os serviços de emergência sofrem maior impacto da desorganização do sistema e, ao longo dos anos, vem recebendo críticas, tendo como principal motivo a superlotação das emergências e seu resultado negativo para os pacientes, gerando problemas de difícil gerenciamento⁸.

Estudo sinaliza as UPAs tornando-se porta de entrada dos pacientes com queixas crônicas e sociais, de baixa complexidade, que poderiam ser atendidos em outros níveis de atenção à saúde⁹. Esse perfil de atendimento descaracteriza o serviço da UPA, além de revelar as fragilidades da rede de saúde, tais como: distribuição desigual da oferta de serviços, na atenção básica, especializada e, também, na hospitalar¹⁰.

As UPAs deveriam ser um local de atendimento rápido a casos graves, estabilizando o paciente e o encaminhando para os hospitais quando necessário. Com o atendimento dos pacientes que não se classificam como urgência, cria-se um círculo vicioso, onde eles não são educados a procurarem o nível de atenção correto para suas queixas, mas, sim, o nível que resolva o seu problema¹¹.

A busca errônea pelos serviços de urgência eleva as despesas do sistema de saúde, aumenta a demanda dos atendimentos de baixa complexidade que, de certo modo, competem com casos realmente urgentes. Os atendimentos das UPAs visam alívio rápido dos sintomas dos pacientes, não estabelecendo vínculo com profissionais de saúde, sem garantia de prevenção de complicações e novas doenças de acompanhamento longitudinal¹².

Destarte, acredita-se que a grande procura pelos serviços do pronto atendimento (PA), por queixas que poderiam ser atendidas em serviços da APS, geram a superlotação, demora no atendimento, observações sem leitos disponíveis, aumento dos custos com insumos, medicamentos, equipamentos e recursos humanos para atender a demanda.

Esses atendimentos de baixa complexidade, em unidades para atendimento de média e alta complexidade, têm motivado discussões sobre a organização do sistema, como a integração entre os níveis de atenção e as responsabilidades de cada nível¹³.

Para gerenciar melhor uma unidade de urgência e emergência, é necessário identificar qual o perfil da demanda de acesso dos pacientes aos serviços de saúde¹⁴. Nesse contexto, o uso de um sistema de priorização clínica rápido, fácil e preciso é essencial para identificar pacientes em risco de ter condições clínicas graves que, portanto, requerem investigação e tratamento diagnósticos adicionais ou específicos. Isso é particularmente importante pela alta demanda, caracterizada por uma gama extremamente diversificada de apresentações clínicas, variando de pacientes com sintomas menores e não urgentes a pacientes com condições graves que demandam diagnóstico imediato e tratamento urgente¹⁵.

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) surgiu como estratégia clínica e organizacional, bem como para minimizar riscos e danos causados pelas consequências da superlotação dos serviços da Rede de Urgência e Emergência (RUE)¹⁶.

No atendimento pelo ACCR, após ser acolhido, o paciente é estratificado na forma de no mínimo quatro cores, de acordo com o agravo: vermelho (emergência), amarelo (urgente), verde (pouco urgente) e azul (não urgente)¹⁷, como utilizado no cenário desta pesquisa.

Os serviços emergenciais podem adotar sistemas de classificação, de acordo com a necessidade de cada serviço, o protocolo de Manchester é um desses, utilizado globalmente e acrescenta a cor laranja aos pacientes ordenados como “muito urgentes”, ou seja, um intermédio entre as cores vermelha e amarela antes citadas¹⁸.

A partir de março de 2020, poucos meses após o surto da doença COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, em Wuhan, China, o Brasil se tornou um dos epicentros dessa doença. Para diminuir o risco de contaminação e não sobrecarregar os sistemas de saúde, os governos

municipais emitiram decretos de quarentena e os serviços não essenciais foram encerrados ou sofreram fortes restrições, incluindo exames médicos eletivos, consultas e cirurgias¹⁹.

Presume-se que essas medidas, junto ao medo de contrair à COVID-19, tenham afetado notavelmente o número de atendimentos hospitalares e de PA, não relacionados ao novo coronavírus²⁰, apesar do comportamento tendencioso de nossa população, tanto na rede privada quanto na do SUS, para o uso excessivo do PA como atalho ou substituto para as consultas clínicas eletivas.

Relatórios referentes ao surto da COVID-19 e, conseqüentemente, do seu agravamento com a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), documentaram redução de 50% nas visitas aos serviços de PA em Hong Kong e Taiwan²¹⁻²². Mais recentemente, os dados da pandemia da COVID-19 mostraram redução de 27% a 32% nos atendimentos cirúrgicos no PA²³ e queda substancial de 76% nas admissões pediátricas²⁴.

Estudo nacional, com objetivo de analisar o impacto da pandemia da COVID-19 nas métricas do PA de um hospital terciário de referência, evidenciou redução estatisticamente significativa ($p < 0,01$) de 52% do volume de atendimentos durante a pandemia, quando comparado tanto a 2018 como a 2019²⁵.

Essa queda destacou-se nos atendimentos de pediatria, com redução de 71%, se comparada aos números de anos anteriores. Com relação ao quadro clínico, houve redução dos casos graves em 34,7% e 37,6%, enquanto os casos leves caíram 55,2% e 56,2%, quando comparados aos de 2020 a 2018 e aos de 2019, respectivamente²⁵.

Buscando intervir no cenário, as Tecnologias Educacionais em Saúde (TE) surgem como metodologias de ensino mais dinâmicas, apresentam-se como práticas sociotécnicas que mediam o processo ensino-aprendizagem, de modo a torná-lo mais ativo e colaborativo, podendo ser utilizadas coletivamente na construção do conhecimento e em todos os níveis de ensino, seja ele acadêmico ou na prática assistencial²⁶.

As TE permitem a reestruturação da vida dos indivíduos ao promoverem o desenvolvimento de técnicas com instrumentos físicos, materiais ou midiáticos, sendo capazes de proporcionar uma mudança de comportamento ao associarem a outros aspectos da vida da pessoa²⁶⁻²⁷.

Por sua versatilidade e facilidade de compreensão, o vídeo é uma TE audiovisual com boa aceitação, podendo permitir um relacionamento de ensino-aprendizagem com o paciente. As informações podem ser visualizadas em diversos dispositivos tecnológicos e alcançar não somente os pacientes do SUS, mas a população em geral. As informações nele contidas têm

como objetivo ensinar, discutir, divulgar informações e influenciar²⁷.

A apresentação do conteúdo em forma de vídeo permite usar uma linguagem menos formal, utilizando-se de imagens, sons e texto, o que facilita a compreensão e pode despertar o interesse e a motivação do público²⁸.

Para os vídeos destinados à saúde, pode-se destacar dois tipos: os de campanha e os de intervenção social. Os vídeos de campanha são aqueles divulgados pelo Ministério da Saúde e possuem informações convencedoras e a maioria deles são apresentados por televisão e reproduzidos repetidamente. Os vídeos de intervenção social têm como eixo a prevenção de doença e promoção de saúde, são destinados a público e local específicos, produzidos pelas secretarias municipais e estaduais, instituições de saúde privadas, dentre outros²⁷. Sendo este o perfil da mídia utilizada neste estudo.

A partir desse cenário, pergunta-se: como produzir e validar vídeo educativo, fundamentado no perfil dos pacientes das UPAs, visando a reorientação da população para acesso e fluxo de atendimentos na RAS, do município de Palmas, estado de Tocantins?

CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES

A realização da pesquisa possibilitou o alcance de seus objetivos, visando a produção e a validação estatística de conteúdo de excelência, por IVC, CKM e CVR, das mensagens veiculadas em vídeo educativo, sobre as indicações de acesso aos atendimentos de serviços de urgências e emergências nas UPAs por ACCR, visando a reorientação da população quanto ao uso dos serviços da RAS, do município de Palmas, estado de Tocantins.

Apesar do vídeo intitulado “Como é um atendimento da UPA e quando devo procurá-lo?”, ter sido produzido a partir do perfil dos pacientes de serviços de PA de um município, esse perfil corroborou para diversos estudos conduzidos em outros locais/regiões do Brasil, o que pode favorecer a sua reprodução como tecnologia de ensino para ações educativas em saúde ampliada junto à outras populações.

REFERÊNCIAS

1. Erdmann AL, Andrade SR, Mello AL, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev Lat Am Enferm*. 2013;21(spe):131-9. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692013000700017>
2. Brasil. Ministério da saúde. Portaria 2048/GM/MS de 05 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência [Internet]. Brasília, DF; 2002 [citado 2023 out 4]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
4. Amarante LCS, Gonçalo CG, Guerra LM, Faria JV, Mialhe FL. Motivos apresentados por usuários para a utilização inadequada de Unidades de Pronto Atendimento. *Rev Salud Publica* 2020;22(4):440-446. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.54092>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, DF; 2011 [citado 2023 out 4]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Urgências [Internet]. Brasília, DF: MS; 2006 [citado 20 nov. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.10 de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de pronto atendimento como componente da rede de atenção às urgências, no âmbito do sistema Único de Saúde *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, DF; 2017 [citado 2023 out 4]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html
8. O'Dwyer G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Cienc Amp Saude Coletiva*. 2010;15(5):2395-404. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000500014>
9. Garcia VM, Reis RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(2). <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140035>
10. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho-Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev Lat Am Enferm*. 2011;19(3):548-56. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692011000300014>
11. Oliveira SN, Ramos BJ, Piazza M, Prado ML, Reibnitz KS, Souza AC. Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 H: Percepção da Enfermagem. *Texto Amp Contexto Enferm*. 2015;24(1):238-44. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003390011>
12. Amarante LCDS. Caracterização da demanda dos serviços de saúde em unidades de pronto atendimento segundo critérios classificação de risco, características sócio demográficas e super utilização [tese]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas; 2014.

13. Rocha AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. [dissertação]. Belo Horizonte: Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
14. Van Uden CJT, Winkens RAG, Wesseling G, Fiolet HFBM, Schayck OCP, Crebolder HFJM. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: The maastricht integrated out-of-hours service. *J Gen Intern Med*. 2005;20(7):612-7. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0091.x>
15. Tam HL, Chung SF, Lou CK. A review of triage accuracy and future direction. *BMC Emerg Med*. 2018;18(1). <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0215-0>
16. Sacoman TM, Beltrammi DG, Andrezza R, Cecílio LC, Reis AA. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. *Saúde Debate*. 2019;43(121):354-67. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912105>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, DF: MS; 2009.
18. Pinto Júnior D, Salgado PO, Chianca TCM. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. *Rev Lat Am Enferm*. 2012;20(6):1041-7. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692012000600005>
19. Gräff I, Goldschmidt B, Glien P, Bogdanow M, Fimmers R, Hoeft A, et al. The German Version of the Manchester Triage System and Its Quality Criteria – First Assessment of Validity and Reliability. *PLoS ONE* [Internet]. 2014;9(2):e88995. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088995>
20. Azeredo TRM, Guedes HM, Almeida RAR, Chianca TCM, Martins JCA. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *Int Emerg Nurs*. 2015;23(2):47-52. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.001>
21. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Sistema manchester de classificação de risco. Versão brasileira de cordeiro jr welfane; rausch mcp. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2. ed. Belo Horizonte: Folium; 2018.
22. Knowlton A, Weir BW, Hughes BS, Southerland RJH, Schultz CW, Sarpatwari R, et al. Patient Demographic and health factors associated with frequent use of emergency medical services in a Midsized City. *Acad Emerg Med* 2013;20(11):1101-11. <https://doi.org/10.1111/acem.12253>
23. Gostin LO, Wiley LF. Governmental Public Health Powers During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020;323(21):2137-8. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5460>
24. De Filippo O, D'Ascenzo F, Angelini F, Bocchino PP, Conrotto F, Saglietto A, et al. Reduced Rate of Hospital Admissions for ACS during Covid-19 Outbreak in Northern Italy. *New Engl J Med*. 2020;383(1):88-9. <https://doi.org/10.1056/nejmc2009166>
25. Man CY, Yeung RS, Chung JY, Cameron PA. Impact of SARS on an emergency

department in Hong Kong. *Emerg Med Australas*. 2003;15(5-6):418-22.
<https://doi.org/10.1046/j.1442-2026.2003.00495.x>

26. Chen W-K, Cheng Y-C, Chung Y-T, Lin C-C. The Impact of the SARS Outbreak on an Urban Emergency Department in Taiwan. *Med Care*. 2005;43(2):168-72.
<https://doi.org/10.1097/00005650-200502000-00010>

27. Moraes AF. A diversidade cultural presente nos vídeos em saúde. *Interface Comun Saude Educ*. 2008;12(27):811-22. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832008000400011>

28. Gomes LF. Vídeos didáticos: uma proposta de critérios para análise. *Rev Bras Estud Pedagog*. 2019;89(223). <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.89i223.688>

29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. Estimativa Populacional de Palmas/TO em 2021 [Internet]. Brasília, DF: IBGE; 2021 [citado 2022 nov 30]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/to/palmas.html>

30. Prefeitura de Palmas. Secretaria da Saúde. Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Cenário das Violências em Palmas - TO: os principais dados por território de saúde no ano de 2021. Caderno análise da situação de Palmas - Tocantins. [Internet] 2021 [citado 2022 nov 28];2(9):1-22. Disponível em: https://www.palmas.to.gov.br/media/orgao/documentos/Boletim_Epidemiol%C3%B3gico_da_s_Viol%C3%A2ncias_em_Palmas_-_TO_2021.pdf

31. Prefeitura de Palmas. Secretaria da Saúde. Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Lista de abrangência das unidades básicas de saúde. Palmas; 2020.

32. Simões PRF. Caracterização da demanda de um serviço de urgência hospitalar da cidade de Petrolina – Pernambuco [dissertação]. Recife: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira; 2012.

33. Brasil, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília – DF 2022

34. Souza JL, Teich VD, Dantas AC, Malheiro DT, Oliveira MA, Mello ES, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits: reference center. *Einstein (Sao Paulo)*. 2021;19. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021ao6467

35. Fleming SE, Reynolds J, Wallace B. Camera action! A guide for creating a DVD/video. *Nurse Educ*. 2009;34(3):118-21. <https://doi.org/10.1097/nne.0b013e3181a0270e>

36. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Amp Health*. 2007;30(4):459-67.
<https://doi.org/10.1002/nur.20199>

37. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Res Nurs Amp Health*. 2006;29(5):489-97.
<https://doi.org/10.1002/nur.20147>

38. Wilson FR, Pan W, Schumsky DA. Recalculation of the Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio. *Meas Eval Couns Dev*. 2012;45(3):197-210.
39. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Pers Psychol*. 1975;28(4):563-75. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
40. Byrt T, Bishop J, Carlin JB. Bias, prevalence and kappa. *J Clin Epidemiology*. 1993;46(5):423-9. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90018-v](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90018-v)
41. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 466, de dezembro de 2012, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2012 [citado 2023 fev 20];Seção 1:59. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
42. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema de Prontuário Eletrônico - eSUS APS [Internet]. Brasília, DF; 2021 [citado 2023 jul 20]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>
43. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica*. 2007;23(3):565-74. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007000300015>
44. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Cienc Amp Saude Coletiva*. 2005;10(1):59-70. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232005000100012>
45. Vieira KL, Gomes VL, Borba MR, Costa CF. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. *Esc Anna Nery*. 2013;17(1):120-7. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452013000100017>
46. Rodrigues AIG, Korinsky JP, Santos AD, Oliveira ANS, Almeida LR, Moura LA. Perfil dos usuários atendidos no serviço de emergência em um hospital universitário em Pernambuco. *Rev Baiana Saude Publica*. 2015;39(1):13-24. <https://doi.org/10.5327/z0100-0233-2015390100003>
47. Mere Júnior, YA. O caráter hospitalocêntrico da assistência à saúde no país. *Estudos em foco Saúde Internet*. [2014] [citado 2023 set 2]. Disponível em: <https://estudoemfocosaude.com.br/o-carater-hospitalocentrico-da-assistencia-a-saude-no-pais/>.
48. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99) [Internet]. [200-?]. [citado 2023 set 2]. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/r00_r99.htm
49. CID-10 Extended: o único também com sinônimos. CAPÍTULO: Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde. [Internet]. [200-?]. [citado 2023 out 30]. Disponível em: <https://www.hidocor.com.br/cid10/p/capitulo/21/grupos>

50. Brasil. Ministério da Saúde. Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda Edição (CIAP2) [Internet]. [202-?]. [citado 2023 out 30]. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/sistemas/esus/guia_CIAP2.pdf
51. Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bull World Health Organ.* 2005;83(3):171-7.
52. Cassettari SSR, Mello ALSF. Demanda e tipo de atendimento realizado em Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis, Brasil. *Texto Amp Contexto Enferm.* 2017;26(1). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003400015>
53. Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, Lind L, Oredsson S, Jonsson H, Asplund K, Göransson KE. Emergency Department Triage Scales and Their Components: A Systematic Review of the Scientific Evidence. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011;19(1):42. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-42>
54. Hermida PM, Nascimento ER, Echevarría-Guanilo ME, Brüggemann OM, Malfussi LB. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017001303318>
55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 58, de 23 de janeiro de 2012. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2012 [citado 2023 set 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202012/prt0058_23_01_2012.html
56. Storm-Versloot MN, Ubbink DT, Kappelhof J, Luitse JS. Comparison of an Informally Structured Triage System, the Emergency Severity Index, and the Manchester Triage System to Distinguish Patient Priority in the Emergency Department. *Acad Emerg Med.* 2011;18(8):822-9. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01122.x>
57. Coutinho AAP. Classificação de risco nos serviços de emergência: uma análise para além da dimensão técnico assistencial [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
58. Ekwall A. Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *J Emerg Nurs.* 2013;39(6):534-8. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.10.003>
59. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
60. Frank BRB, Viera CS, Ross C, Obregón PL, Toso BRGO. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate.* 2015;39(105):400-10. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002008>
61. Cubas MR, Faoro NT, Moysés ST, Carvalho DR. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços. *Saude Debate.* Abr 2017;41(113):471-85. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711310>
62. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Total de UBS em

funcionamento [Internet]. Brasília: MS; [202-?]. [citado 2023 set 16]. Disponível em: <https://sage.saude.gov.br/paineis/ubsFuncionamento/lista.php?output=html&ufcidade=TO&odPainel=&ufs=17>

63. Brasil. Ministério da Saúde. Informação e gestão da Atenção Básica. Histórico de cobertura - APS. 2020-202 [Internet]. Brasília: MS; 2023 [citado 2023 set 25]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>

64. Campos FE, Aguiar RA, Oliveira VB. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. *Physis*. 2002;12(1):47-58. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312002000100004>

65. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JE, Melo EA, Reis AA. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cienc Amp Saude Coletiva*. 2016;21(2):327-38. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>

66. Garnelo L, Lima JG, Rocha ES, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde Debate*. 2018;42(spe1):81-99. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s106>

67. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cienc Amp Saude Coletiva*. 2012;17(11):2865-75. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012001100002>

68. Barros DM, Sá MC. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. *Cienc Amp Saude Coletiva*. 2010;5(5):2473-82. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000500022>

69. Soares Filho AM, Vasconcelos CH, Dias AC, Souza ACC, Merchan-Hamann E, Silva MRF. Atenção Primária à Saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes. *Cienc Amp Saude Coletiva*. 2022;27(1):377-86. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.39342020>

70. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília, DF: CONASS; 2015. (CONASS Documenta, 28).

71. Machado GVC. Utilização da unidade de pronto atendimento de Ouro Preto, Minas Gerais [dissertação]. Ouro Preto: Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Nutrição; 2014.

72. Azevedo ALCS, Pereira AP, Lemos C, Coelho MF, Chaves LDP. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. *Rev Eletronica Enferm*. 2010;12(4):736-45. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i4.6585>

73. Oliveira, MDD. Perfil da demanda de atendimentos realizados pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Tramandaí/RS [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Escola de Administração. Universidade Aberta do Brasil; 2019.

74. Faleiros F, Cucick CD, Silva Neto ET, Rabeh SAN, Favoretto NB, K  ppler C. Desenvolvimento e valida  o de v  deo educativo para autocateterismo vesical intermitente limpo. *Rev Eletronica Enferm.* 2019;21. <https://doi.org/10.5216/ree.v21.53973>
75. Rosa BVC, Girardon-Perlini NMO, Gamboa NSG, Nietsche EA, Beuter M, Dalmolin A. Development and validation of audiovisual educational technology for families and people with colostomy by cancer. *Texto Amp Contexto Enferm.* 2019;28. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0053>