



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

Bianca Giovana de Almeida lauch

**Perfil epidemiológico de usuários de um pronto-
socorro do interior paulista triados pela
classificação de risco.**

Dissertação apresentada à banca de
exame de defesa junto ao Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem
– Curso de Mestrado Acadêmico da
Faculdade de Medicina, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cassiana Mendes Bertonecello Fontes

**Botucatu
2021**

Bianca Giovana de Almeida lauch

Perfil epidemiológico de usuários de um pronto-socorro do interior paulista triados pela classificação de risco.

Dissertação apresentada à banca de exame de defesa junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Mestrado Acadêmico da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Botucatu
2021

FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Iauch, Bianca Giovana de Almeida.

Perfil epidemiológico de usuários de um pronto-socorro do interior paulista triados pela classificação de risco / Bianca Giovana de Almeida Iauch. - Botucatu, 2021

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

Orientador: Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Capes: 40406008

1. Enfermagem de emergência. 2. Humanização na saúde. 3. Acolhimento. 4. Triagem.

Palavras-chave: Acolhimento; Enfermagem; Enfermagem em emergência; Humanização da assistência; Triagem.

Bianca Giovana de Almeida lauch

**Perfil epidemiológico de usuários de um pronto-socorro
do interior paulista triados pela classificação de risco.**

Dissertação apresentada à banca de exame de defesa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Mestrado Acadêmico da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cassiana Mendes Bertencello Fontes

Comissão Examinadora

Prof.^a Dr.^a Cassiana Mendes Bertencello Fontes
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP
Departamento de Enfermagem

Prof.^a Dr.^a Carmen Maria Casquel Monti Juliani
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP
Departamento de Enfermagem

Fernanda Ayache Nishi
Hospital Universitário da USP
Núcleo de Enfermagem Baseada em Evidências - NUEBE

Botucatu, ____ de _____ de 2021.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos meus pais por serem minhas maiores inspirações e exemplos de força e amor que cultivo em minha vida. Só cheguei até aqui por vocês!

AGRADECIMENTOS

Tenho que começar meus agradecimentos pela minha família, que sempre me guiou pelo melhor caminho e, mesmo com tantas dificuldades, nunca deixou de me apoiar. Vocês são a luz que me acompanha!

Também agradeço aos meus amigos, que mesmo pela distância devido à pandemia, nunca deixaram de se fazer presente e serem um refúgio para um desabafo, um acalento e uma risada na medida certa. Estes tempos vão passar e nós vamos nos reencontrar!

Em nome de todas as professoras e professores, mestrandos, doutorandos, mestres e doutores pelos quais eu tive o privilégio de compartilhar saberes e conhecimentos até hoje, agradeço à minha orientadora, Professora Cassiana Fontes. Obrigada pela parceria!

Um agradecimento especial à Enfermeira Responsável Técnica Leticia Bello em nome de toda a equipe interdisciplinar da Santa Casa de Misericórdia de Laranjal Paulista, vocês são exemplos de instituição de saúde que se mostra capaz e humana. Nunca percam essa essência!

Agradeço também ao CAENF, Professoras Kika, Jacque e sua secretária Giovana, Secretaria de Saúde de Laranjal Paulista, Instituição Amigos da Santa Casa de Laranjal Paulista e os pacientes da hemodiálise que pude compartilhar viagens e conversas, por terem possibilitado que esta pesquisa tenha sido realizada com o auxílio de transporte. Obrigada por serem agentes que querem fazer diferente!

Também não posso deixar de agradecer o estatístico Professor José Eduardo Corrente por ter me ensinado um novo campo de conhecimento pelo qual tive, um dia, muito receio. Que todos estes conhecimentos divididos te retornem com ainda mais sabedoria!

Agradeço imensamente a todos os alunos de Graduação de Enfermagem que eu tive o prazer de ministrar aulas, acompanhar em laboratórios e campo de estágio. Que o amanhã seja ainda mais lindo para vocês!

E por último, mas não menos importante, agradeço a CAPES, por ainda ser luz, por sempre se reencontrar, por ser parceira, por lutar em não perder a essência, por resistir e continuar fazendo diferente, por ser substrato da sabedoria e por ser a esperança de um amanhã mais lindo. A luta continua!

EPÍGRAFE

“Você não pode esperar construir um mundo melhor sem melhorar os indivíduos. Para esse fim, cada um de nós deve trabalhar para o seu próprio aperfeiçoamento e, ao mesmo tempo, compartilhar uma responsabilidade geral por toda a humanidade.”

Marie Curie

IAUCH, B. G. A. Perfil epidemiológico de usuários de um pronto-socorro do interior paulista triados pela classificação de risco. Dissertação (Mestrado Acadêmico) Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Departamento de Enfermagem, 2021.

RESUMO

Introdução: O atendimento às urgências e emergências organizado em redes garante a integralidade em consonância com os princípios da humanização. Em unidades de Pronto-Socorro, é necessário que o atendimento se efetue de acordo com o grau de necessidade individual e não por ordem de chegada. Assim, o sistema de Acolhimento com Classificação de Risco, preconizado pelo Ministério da Saúde, preconiza um atendimento acolhedor, resolutivo e com avaliação do risco.

Objetivos: Analisar e caracterizar o perfil dos usuários atendidos e triados pelo sistema de Acolhimento com Classificação de Risco por cores numa cidade do interior paulista. **Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo realizado em um pronto-socorro de um hospital do interior paulista, com dados secundários identificados em Prontuário Eletrônico do Paciente e “Fichas de Atendimentos”. A amostra total constituiu-se dos dados relativos a 30 dias de atendimentos do local de estudo, e definidos a partir de sorteio de uma semana de cada um dos meses de janeiro a abril de 2019. Foram coletadas variáveis quantitativas e qualitativas referentes aos aspectos sociodemográficos, de fluxo de atendimento e clínico. Foi realizada análise descritiva demonstrada pelas frequências absoluta e relativa, média e desvio padrão; foram aplicados os testes de Qui-quadrado, “t” de Student e análise por regressão logística considerando-se usuários de alto risco como uma variável resposta.

Resultados: Totalizaram-se 4317 atendimentos realizados, dos quais 3467 (80,3%) foram via Sistema Único de Saúde; enquanto 850 (19,7%)

foram via convênios privados, que não foram analisados nesta pesquisa; 2079 (60%) dos usuários atendidos possuíam idade entre 19 a 59 anos; 1850 (53,6%) sexo feminino; o dia da semana que obteve maior frequência foi domingo 803 (23,1%) e o período das 06h – 11h59 1089 (31,4%), classificados na Cor Verde – Risco = Pouco Urgente 1427 (41,2%); sem comorbidades apresentaram-se 2303 (66,4%) atendimentos; o principal motivo da procura foi dor e desconforto 1477 (42,6%), que necessitaram de medicações endovenosa 1261 (36,4%) e intramuscular 1055 (30,4%). **Conclusão:** Houve maior demanda de atendimentos no referido serviço por usuários do Sistema Único de Saúde, classificado como baixo risco, que necessita de procedimentos invasivos e que não demanda observação, internação ou encaminhamentos. O perfil identificado possui característica divergente da finalidade de um serviço de urgência e emergência.

Descritores: Triagem; Acolhimento; Humanização da Assistência; Enfermagem; Enfermagem em Emergência.

IAUCH, B. G. A. Epidemiological profile of users of an emergency department in the interior of São Paulo screened by risk classification. Dissertation (Academic Master) Faculty of Medicine of Botucatu - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Department of Nursing, 2021.

ABSTRACT

Introduction: Assistance to urgencies and emergencies organized in networks guarantees integrality in accordance with the principles of humanization. In Emergency Units, it is necessary that the service is carried out according to the degree of individual need and not in order of arrival. Thus, the Reception System with Risk Classification, recommended by the Ministry of Health, recommends a welcoming, resolute service and with risk assessment. **Objectives:** To analyze and characterize the profile of users served and screened by the Reception System with Risk Classification by color in a city in the interior of São Paulo. **Methods:** Retrospective, descriptive and quantitative study carried out in an emergency unit of a hospital in the interior of São Paulo, with secondary data identified in medical records. The total sample consisted of data related to 30 days of attendance at the place of study and defined based on a drawing of one week from each of the months from January to April 2019. Quantitative and qualitative variables related to sociodemographic, flow of care and clinical aspects were collected. Descriptive analysis was performed, demonstrated by absolute and relative frequencies, mean and standard deviation; Chi-square, Student's t-tests and logistic regression analysis were applied, considering high-risk users as a response variable. **Results:** A total of 4317 visits were made, of which 3467 (80,3%) were via the Unified Health System; while 850 (19,7%) were via private agreements, which were not analyzed in this research; 2079 (60%) of the users served were aged between 19 and 59

years old, 1850 (53,6%) were female; the day of the week with the highest frequency was Sunday 803 (23,1%) and the period from 6 a.m. – 11:59 a.m. 1089 (31,4%), classified as Green Color - Risk = Little Urgent 1427 (41,2%), without comorbidities 2303 (66,4%), the main reason for the search was pain and discomfort 1477 (42,6%), which required intravenous medication 1261 (36,4%) and intramuscular medication 1055 (30,4%).

Conclusion: There was a greater demand for assistance in the referred service by users of the unified Health System, classified as low risk, who need invasive procedures, and which do not require observation, hospitalization, or referrals. The identified profile has a divergent characteristic from the purpose of an urgent and emergency service.

Descriptors: Triage; User Embrace; Humanization of Assistance; Emergency Nursing; Emergency Nursing.

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

Quadro 1-Estratégia PCC para a construção da pergunta de pesquisa. Botucatu-SP, Brasil 2021.	25
Quadro 2- Categorização dos artigos incluídos quanto: ao nível de evidência, país de origem, nome do periódico e base de indexação, ano de publicação e os principais achados. Botucatu–SP, Brasil 2021.	30

Figura 1-Fluxograma da revisão integrativa. Botucatu-SP, Brasil 2021. .	29
---	----

Tabela 1-Variáveis sociodemográficas. Laranjal Paulista - SP, Brasil 2019.	44
Tabela 2-Variáveis do fluxo de atendimento. Laranjal Paulista - SP, Brasil 2019.	46
Tabela 3-Frequências relativa e absoluta das variáveis clínicas: comorbidades; motivo da procura pelo serviço; ACR por cores; diagnóstico médico; procedimento; encaminhamento. Laranjal Paulista - SP, Brasil 2019.	48
Tabela 4-Associação do ACR por cores com períodos de horário de atendimento e comorbidades. Laranjal Paulista - SP, Brasil 2019.	50
Tabela 5-Comparação de médias de idade e sexo segundo a gravidade Alto e Baixo Risco. Laranjal Paulista - SP, Brasil 2019.	51
Tabela 6-Associação entre variáveis demográficas e comorbidades com a gravidade do risco. Laranjal Paulista - SP, Brasil 2019.	52
Tabela 7-Associação entre motivo da procura e procedimentos. Laranjal Paulista - SP, Brasil 2019.	55
Tabela 8-Associação entre variáveis demográficas e clínicas com as faixas etárias. Laranjal Paulista - SP, Brasil 2019.	55

LISTA DE SIGLAS

ACR	Acolhimento com Classificação de Risco
AINES	Anti-inflamatórios Não Esteroides
APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Banco de Dados em Enfermagem
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CID	Classificação Internacional de Doenças
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DP	Desvio Padrão
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECG	Eletrocardiograma
EUA	Estados Unidos da América
EV	Endovenosa
HC	Hospital das Clínicas
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IM	Intramuscular
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MeSH	Medical Subject Headings
NI	Dados Não Informados
NS	Não Significativo

PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PNH	Política Nacional de Humanização
PROEX-UNESP	Pró – Reitoria de Extensão Universitária da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
OS	Pronto-Socorro
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SC	Subcutânea
SSVV	Sinais Vitais
STM	Sistema de Triagem de Manchester
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
SUS	Sistema Único de Saúde
TISS – 28	Therapeutic Intervention Scoring System – 28
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidades de pronto Atendimento
VO	Via Oral

SUMÁRIO

1.1 Redes de Atenção à Saúde (RAS)	16
1.2 Processo de Humanização Hospitalar e o Acolhimento pela Classificação de Risco por cores	18
1.3 Revisão Integrativa de Literatura: Experiência de usuários com o acolhimento com classificação de risco em emergência.	24
1.4 Justificativa do estudo	34
2. OBJETIVOS	36
2.1 Geral.....	36
2.2 Específicos	36
3. MÉTODOS.....	37
3.1 Local do estudo.....	37
3.2 População e amostra do estudo	38
3.3 Instrumento de coleta dos dados	39
3.4 Procedimentos de coleta dos dados	40
3.5 Procedimentos de análise dos dados	41
4. RESULTADOS	43
5. DISCUSSÃO.....	59
5.1 Perfil dos usuários.....	59
5.1.1 Características sociodemográficas	59
5.1.2 Fluxo do atendimento	62
5.1.3 Características clínicas	66
6. CONCLUSÃO	76
7. FINANCIAMENTO	77
8. REFERÊNCIAS	78
9. APÊNDICES E ANEXOS.....	93
9.1 Apêndice 1	93
9.2 Anexo 1	95

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo originou-se de uma demanda social identificada nas atividades do Projeto de Extensão Universitária “Humanização Hospitalar” realizado na Santa Casa de Laranjal Paulista, e coordenado desde 2014 pela orientadora deste estudo, com a aprovação da Pró - Reitoria de Extensão Universitária da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - (PROEX-UNESP), Campus de Rubião Júnior – Botucatu - SP.

A referida instituição hospitalar implementou, em meados de 2016 no Serviço do Pronto-Socorro (PS), o Sistema de Acolhimento Classificação de Risco (ACR) por cores, conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (MS). Durante as atividades de extensão realizadas mensalmente nos anos subsequentes com o público-alvo surgiram questionamentos em relação aos tipos de atendimentos, à resolubilidade e como se caracteriza o perfil da população atendida na instituição. Assim, surgiu o projeto, que se finaliza em forma de dissertação de mestrado.

1.1 Redes de Atenção à Saúde (RAS)

A RAS iniciou-se em 30 de dezembro de 2010 com a Portaria n.º 4.279 de modo a organizar as ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2014a; DAMACENO et al., 2020; NAKATA et al., 2020).

O Decreto 7.508/2011 regulamentou a Lei 8.080/1990 e a Portaria n.º 2.446/2014 redefiniu a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014b; SILVA et al., 2020).

Dentre as principais características da RAS estão: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014a; DAMACENO et al., 2020; NAKATA et al., 2020).

Um dos princípios cruciais que adota é da equidade, onde os diferentes são tratados de maneiras diferentes, o que significa reconhecer os diversos tipos de atenção que cada indivíduo necessita de acordo com suas individualidades e, também, baseia-se em valores de humanização (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2014a; DAMACENO et al., 2020; NAKATA et al., 2020).

A RAS desenvolve estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades, fazendo com que assim, suas ações com as demais redes de proteção social obtenham uma ampla participação e controle social (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2014a; DAMACENO et al., 2020; NAKATA et al., 2020).

O cumprimento destas estratégias se dá por meio da implantação e implementação dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), unidades não-hospitalares de atendimento às urgências, pré-hospitalar móvel, portas hospitalares de atenção às urgências, serviços de atenção domiciliar e reabilitação integral (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2014a; DAMACENO et al., 2020; NAKATA et al., 2020).

Dentro da RAS está a Rede de Atendimento de Urgências e Emergências, que estrutura e estimula uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais, de qualquer complexidade ou gravidade e que garanta a melhoria no acesso e na qualidade dos

serviços conforme as necessidades concretas da população (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2014a; CULTZ, 2020).

A partir do desempenho dos serviços de saúde organizados em redes, é possível uma visão dinâmica do estado de saúde da população e do desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) em seus três níveis de gestão (Municipal, Estadual e Federal). Essa permanente produção de dados e democratização das informações tem a perspectiva de alimentar estratégias promocionais, qualificar a assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde do SUS na atenção às urgências (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2014a; DAMACENO et al., 2020; NAKATA et al., 2020).

1.2 Processo de Humanização Hospitalar e o Acolhimento pela Classificação de Risco por cores

O processo de humanização é compreendido como a valorização dos indivíduos implicados no processo de produção de saúde, incluindo usuários, trabalhadores e gestores (CAVALCANTE et al., 2012; ALBUQUERQUE et al., 2020).

Pensando nisto e considerando a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, levando a um fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas dos serviços de PS, tornou-se necessária a reorganização do processo de trabalho deste serviço de saúde (BRASIL, 2009; SILVA et al., 2020; SOUZA, 2020).

Se fez necessário acolher os usuários e organizar o atendimento para garantir que todos sejam atendidos. O atendimento deve ser feito de forma que a assistência prestada seja de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada (BRASIL, 2009; SILVA et al., 2020; SOUZA, 2020).

O sistema de ACR, preconizado pelo MS, compreende um sistema de triagem e de acolhimento. Tem como objetivo a avaliação do risco e a

redução de filas e o tempo de espera em salas de urgência e emergência hospitalar e em unidades de PS, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseados em critérios de risco (CAVALCANTE et al., 2012; SILVA et al., 2020; SOUZA, 2020).

O acolhimento, sendo uma das diretrizes da PNH, agrega valor às práticas de saúde trazendo a coletividade na sua construção baseada em relações de confiança, compromisso e vínculo, garantindo o acesso oportuno e ampliando a efetividade das práticas de saúde (BRASIL, 2013b).

O acolhimento não é um espaço ou um local, não deve ser compreendido como um ambiente físico, tampouco pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas se configura como uma postura ética que implica no compartilhamento de saberes e identificação de angústias, necessidades e possibilidades, e que deve se estender durante toda a permanência do usuário no serviço de saúde. A ação de quem acolhe não termina na recepção ou na triagem, e é responsabilidade de todos os profissionais envolvidos no serviço de saúde (BRASIL, 2009; CAMARGO & CASTANHEIRA, 2020).

Desse modo o acolhimento diferencia-se de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos. O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar riscos e vulnerabilidades, acolhendo também a avaliação do próprio usuário (BRASIL, 2009; CAMARGO & CASTANHEIRA, 2020).

A organização desse serviço é feita através da Avaliação de Risco e Vulnerabilidade, o que não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo (BRASIL, 2009; SILVA et al., 2020; SOUZA, 2020).

Avaliar riscos e vulnerabilidades implica atentar tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega

andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2009; SILVA et al., 2020; SOUZA, 2020).

A tecnologia de avaliação do ACR, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira exerce-se uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (BRASIL, 2009; SILVA et al., 2020; SOUZA, 2020).

Desta forma, esta avaliação pode se dar por explicitação dos usuários ou pela observação de todos que acolhem, sendo necessário capacitação específica para este fim, não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento ao ACR (BRASIL, 2009; CAMARGO & CASTANHEIRA, 2020).

O ACR é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, conforme o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. A disponibilização dessa tecnologia não deve abranger a todos os que procuram o serviço, em especial deve ser utilizado nos locais onde a demanda é excessiva, ou corre-se o risco de se produzir um novo gargalo na entrada; o contrário disto é uma hipertrofia neste serviço podendo prejudicar a constituição de outras equipes importantes na unidade (BRASIL, 2009; CAMARGO & CASTANHEIRA, 2020; SOUZA, 2020).

A implementação do ACR auxilia na efetividade da gestão de saúde não somente na unidade que a implementa, mas em toda a RAS, trazendo experiências positivas tanto para a equipe quanto para a população por meio da reorganização direta dos fluxos de atendimento e dos processos de trabalho (PEREIRA & COELHO, 2019; SACOMAN et al., 2019).

O tempo médio encontrado em salas de espera é de 10 a 16 minutos até o ACR, enquanto o tempo médio de permanência no serviço é de 142 a 312 minutos. Esses tempos quando reduzidos, levam a satisfação dos usuários e menos evasões do serviço, elevando a qualidade do atendimento (AFTAB et al., 2018), (DAYTON et al., 2018), (DONK et al., 2017). Do contrário, com um tempo de permanência prolongado por mais de quatro horas e não tendo sua demanda resolvida, a insatisfação pode chegar em cerca de 48% dos usuários (RECH et al., 2018).

É importante que os serviços de urgência e emergência busquem medidas para que o tempo em salas de espera seja diminuído, bem como para manter o usuário informado acerca do porquê da demora do atendimento (HUANG et al., 2018).

Também é um dos objetivos do ACR evitar que profissionais não qualificados realizem a avaliação inadequada dos usuários (CAVALCANTE et al., 2012; CAMPOS et al., 2020). Trata-se de um dispositivo que requer melhorias e aperfeiçoamentos, sejam na assistência, relacionamentos ou estrutura, segundo as características de cada população e com as necessidades e problemáticas levantadas durante a execução do ACR, que exige profissionais com habilidades no assunto e um ambiente privativo que mantenha a confidencialidade das informações (HERMIDA et al., 2018).

Portanto, todos os profissionais envolvidos no processo de trabalho na instituição de saúde são agentes do acolhimento e devem fornecer a resolubilidade necessária de acordo com cada atribuição e/ou competência, e o enfermeiro enfatiza-se como o classificador (RATES et al., 2016).

O enfermeiro é o profissional designado para a avaliação e o ACR do paciente, orientado por um protocolo de classificação direcionador, propondo a utilização de um fluxograma de atendimento para instigar esse profissional a uma reflexão sobre seu processo de trabalho no contexto da

atenção às urgências, substituindo a triagem excludente por um modelo de classificação acolhedor (AMTHAUER et al., 2016).

O trabalho do enfermeiro no ACR é dinâmico e complexo, envolvendo diversos elementos e tecnologias. Seu trabalho deve se organizar interdisciplinarmente com todos os envolvidos no processo de trabalho, inclusive o usuário, que deve se colocar como um ator ativo em sua ação terapêutica, indo além dos limites multiprofissionais, que não é enquadrado como um saber hegemônico e que depende das inter-relações (RATES et al., 2016).

Dentre os elementos necessários ao enfermeiro do ACR estão o saber articular com os diversos instrumentos, saberes clínicos e tecnologias distintos no ambiente de trabalho, bem como utilizar-se de subjetividade e sensibilidade para que alcance uma escuta qualificada e um estabelecimento de vínculo com o usuário no momento da avaliação. O produto do seu processo de trabalho é não-materializável ou acabado, mas ocorre durante todo o processo de produção do cuidado durante a assistência de saúde com vistas à resolução do problema (RATES et al., 2016).

As atribuições do enfermeiro têm amparo legal nas resoluções n.º 358/2009, n.º 423/2012 e, n.º 544/2017, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que dispõem sobre o processo de enfermagem, consulta de enfermagem e as atribuições do enfermeiro nas atividades do ACR (COFEN, 2009; COFEN, 2012; COFEN, 2017).

O MS utiliza-se de um sistema de triagem embasado no Sistema de Triagem de Manchester (STM), que se organiza em eixos e áreas que irá definir o tipo de acesso do usuário ao serviço. O ACR funciona como um guia orientador, com fluxos adequados que favoreçam os processos de trabalho, tanto na atenção quanto na gestão de urgências (BRASIL, 2009).

Há a necessidade de fazer uso de protocolos e fluxogramas de atendimento que serão instrumentos construídos interdisciplinarmente

entre a equipe de enfermagem e outros profissionais que ali atuam, para estabelecer consensos de gravidade ou potencial de agravamento de cada caso, embasando-se no perfil de atendimento de cada serviço ou região de saúde (BRASIL, 2009).

O primeiro eixo é o Vermelho, que é referente ao usuário grave com risco de morte. Dentro deste eixo existem três áreas principais: a área vermelha, amarela e a verde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009; BRASIL, 2010c).

- **Eixo Vermelho:**

- A **Área Vermelha** compreende o usuário que necessita de sala de emergência, procedimentos especiais invasivos e atendimento imediato, sendo considerado prioridade zero.
- A **Área Amarela** compreende o usuário estabilizado que se mantém em retaguarda, porém, ainda exige cuidados especiais; são pacientes semicríticos a críticos com prioridade um.
- A **Área Verde** compreende o usuário que necessita de observação de acordo com sua demanda e é considerado prioridade dois.

O segundo e último eixo é o Azul, que se relaciona ao usuário não-grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência; este também deve ser acolhido e classificado de acordo com seu grau de risco, sendo considerado prioridade três. Dentro deste eixo existem três planos de atendimento que seguem fluxos distintos (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009; BRASIL, 2010c).

- **Eixo Azul:**

- O **Plano 1** considera proporcionar ao usuário um espaço de escuta e recepção por meio do ACR com atendimento administrativo.

- O **Plano 2** proporciona atendimento médico ao usuário após ACR.
- O **Plano 3** proporciona ao usuário áreas de procedimentos que possa vir necessitar, tanto procedimentos de enfermagem quanto procedimentos médicos.

O uso de cores no momento do ACR é importante para definir os espaços e incluir os usuários, podendo ser sinalizadas e identificadas por faixas, cor do piso ou da parede do ambiente (BRASIL, 2009).

1.3 Revisão Integrativa de Literatura: Experiência de usuários com o acolhimento com classificação de risco em emergência.

A investigação da percepção dos profissionais de saúde sobre o ACR é escassamente descrita na literatura. A identificação de lacunas nesse tema podem contribuir para o debate sobre as fortalezas e fragilidades, assim como contextualizar a política pública de Humanização e Acolhimento do SUS, que cuja finalidade é prestar uma assistência integral e de resolubilidade (NETO et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013; SOUZA et al., 2013; VERSA et al., 2014; BELLUCCI et al., 2015; COSTA et al., 2015; WEYKAMP et al., 2015; CHANG et al., 2017; FORERO et al., 2019).

A presente revisão integrativa qualitativa foi estruturada em seis fases, descritas a seguir (GANONG, 1987), (SOUZA et al., 2010).

Na primeira fase da revisão, formulou-se uma pergunta norteadora baseada na estratégia PCC. O mnemônico PCC representa: “*P*” que se refere à Paciente/População, “*C*” de Conceito e “*C*” de Contexto. Demonstra-se no Quadro 1, a construção da estratégia PCC (JBI, 2015).

Quadro 1-Estratégia PCC para a construção da pergunta de pesquisa. Botucatu-SP, Brasil 2021.

Mnemônico PCC	Definição	Descrição
P	Paciente/População	Usuários que passaram pelo ACR.
C	Conceito	Experiência dos usuários.
C	Contexto	Serviços de urgência e emergência.

Fonte: elaborado pelo autor.

A pergunta norteadora da revisão elaborada foi a seguinte: “Como se descreve na literatura nacional e internacional a experiência de usuários com o ACR em unidades de urgência e emergência?”

O período de busca nas bases de dados e plataforma virtual foi de 2014-2020, a fim de levantar a bibliografia dos últimos cinco anos: “Banco de Dados em Enfermagem” (BDENF), “Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature” (CINAHL), Embase, “Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde” (LILACS), MedLine, PubMed, Scopus e Web of Science.

Os termos utilizados para compor as equações de busca foram retirados do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), também foram utilizadas palavras-chave. As equações booleanas foram elaboradas e utilizadas, e estão discriminadas em forma de estratégias. As diferentes estratégias de busca são devidas as bases de dados e plataforma virtual necessitarem de estratégias próprias:

Estratégia 1:

(Emergency Medical Services OR Servicios Médicos de Urgencia OR Serviços Médicos de Emergência OR Pronto-Socorro OR Serviços de Atendimento de Emergência OR Serviços de Saúde de Emergência OR Centros de Emergência OR Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar

OR Atendimento Pré-Hospitalar OR SAMU) AND (Consumer Behavior or Comportamiento del Consumidor OR Comportamento do Consumidor OR Conduta do Consumidor OR Conduta dos Consumidores OR Preferência do Consumidor OR Preferência do Usuário OR Preferência dos Usuários OR Satisfação dos Consumidores OR Satisfação do Consumidor OR Satisfação do Usuário OR Satisfação dos Usuários OR Patient Satisfaction OR Satisfacción del Paciente OR Satisfação do Paciente)

Estratégia 2:

(Emergency Medical Services OR Servicios Médicos de Urgencia OR Serviços Médicos de Emergência OR Pronto-Socorro OR Serviços de Atendimento de Emergência OR Serviços de Saúde de Emergência OR Centros de Emergência OR Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar OR Atendimento Pré-Hospitalar OR SAMU) AND (Consumer Behavior or Comportamiento del Consumidor OR Comportamento do Consumidor OR Conduta do Consumidor OR Conduta dos Consumidores OR Preferência do Consumidor OR Preferência do Usuário OR Preferência dos Usuários OR Satisfação dos Consumidores OR Satisfação do Consumidor OR Satisfação do Usuário OR Satisfação dos Usuários OR Patient Satisfaction OR Satisfacción del Paciente OR Satisfação do Paciente) AND (adulto OR adultos)

Estratégia 3:

(Emergency Medical Services OR Emergency Services, Medical OR Emergency Service, Medical OR Medical Emergency Service OR Medical Emergency Services OR Service, Medical Emergency OR Services, Medical Emergency OR Medical Services, Emergency OR Emergency Medical Service OR Medical Service, Emergency OR Service, Emergency Medical OR Services, Emergency Medical OR Prehospital Emergency Care OR Emergency Care, Prehospital OR Emergicenters OR Emergicenter OR Emergency Care OR Emergency Health Services OR Emergency Health Service OR Health Service, Emergency OR Health Services, Emergency or Service, Emergency Health OR Services,

Emergency Health) AND (Consumer Behavior OR Behavior, Consumer OR Behaviors, Consumer OR Consumer Behaviors OR Consumer Preference OR Consumer Preferences OR Preference, Consumer OR Preferences, Consumer OR Consumer Satisfaction OR Satisfaction, Consumer OR Patient Satisfaction OR Satisfaction, Patient)

Estratégia 4:

(Emergency Medical Services OR Emergency Services, Medical OR Emergency Service, Medical OR Medical Emergency Service OR Medical Emergency Services OR Service, Medical Emergency OR Services, Medical Emergency OR Medical Services, Emergency OR Emergency Medical Service OR Medical Service, Emergency OR Service, Emergency Medical OR Services, Emergency Medical OR Prehospital Emergency Care OR Emergency Care, Prehospital OR Emergicenters OR Emergicenter OR Emergency Care OR Emergency Health Services OR Emergency Health Service OR Health Service, Emergency OR Health Services, Emergency or Service, Emergency Health OR Services, Emergency Health) AND (Consumer Behavior OR Behavior, Consumer OR Behaviors, Consumer OR Consumer Behaviors OR Consumer Preference OR Consumer Preferences OR Preference, Consumer OR Preferences, Consumer OR Consumer Satisfaction OR Satisfaction, Consumer OR Patient Satisfaction OR Satisfaction, Patient)

Estratégia 5:

((Emergency Medical Services) OR (Emergency Services, Medical) OR (Emergency Service, Medical) OR (Medical Emergency Service) OR (Medical Emergency Services) OR (Service, Medical Emergency) OR (Services, Medical Emergency) OR (Medical Services, Emergency) OR (Emergency Medical Service) OR (Medical Service, Emergency) OR (Service, Emergency Medical) OR (Services, Emergency Medical) OR (Prehospital Emergency Care) OR (Emergency Care, Prehospital) OR Emergicenters OR Emergicenter OR (Emergency Care) OR (Emergency Health Services) OR (Emergency Health Service) OR (Health Service,

Emergency) OR (Health Services, Emergency) OR (Service, Emergency Health) OR (Services, Emergency Health)) AND ((Consumer Behavior) OR (Behavior, Consumer) OR (Behaviors, Consumer) OR (Consumer Behaviors) OR (Consumer Preference) OR (Consumer Preferences) OR (Preference, Consumer) OR (Preferences, Consumer) OR (Consumer Satisfaction) OR (Satisfaction, Consumer) OR (Patient Satisfaction) OR (Satisfaction, Patient))

A segunda fase da revisão, os artigos que retornaram como resultados das buscas foram arquivados eletronicamente em notebook das pesquisadoras e organizados em pastas de arquivos.

A terceira fase constitui-se de realização de leituras de títulos, resumos e do artigo na íntegra com a finalidade de identificar aqueles que responderam parcial ou integralmente à pergunta norteadora.

Na quarta fase da revisão, os artigos inclusos foram lidos na íntegra e analisados pela pesquisadora utilizando-se os instrumentos Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) e Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). Foram também atribuídos para cada artigo incluso os níveis de evidência científica, segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

A interpretação dos resultados dos artigos incluídos compreendeu a quinta fase da revisão, com as respostas à pergunta norteadora. Assim possibilitou identificar possíveis lacunas na literatura nacional e internacional.

Na sexta e última fase foi elaborada a síntese do conhecimento identificado.

O fluxograma a seguir (Figura 1) ilustra as seis fases da revisão integrativa e em cada uma delas a ação executada, e conforme as bases de dados. Dez artigos foram incluídos na revisão que responderam parcial ou integralmente à pergunta norteadora.

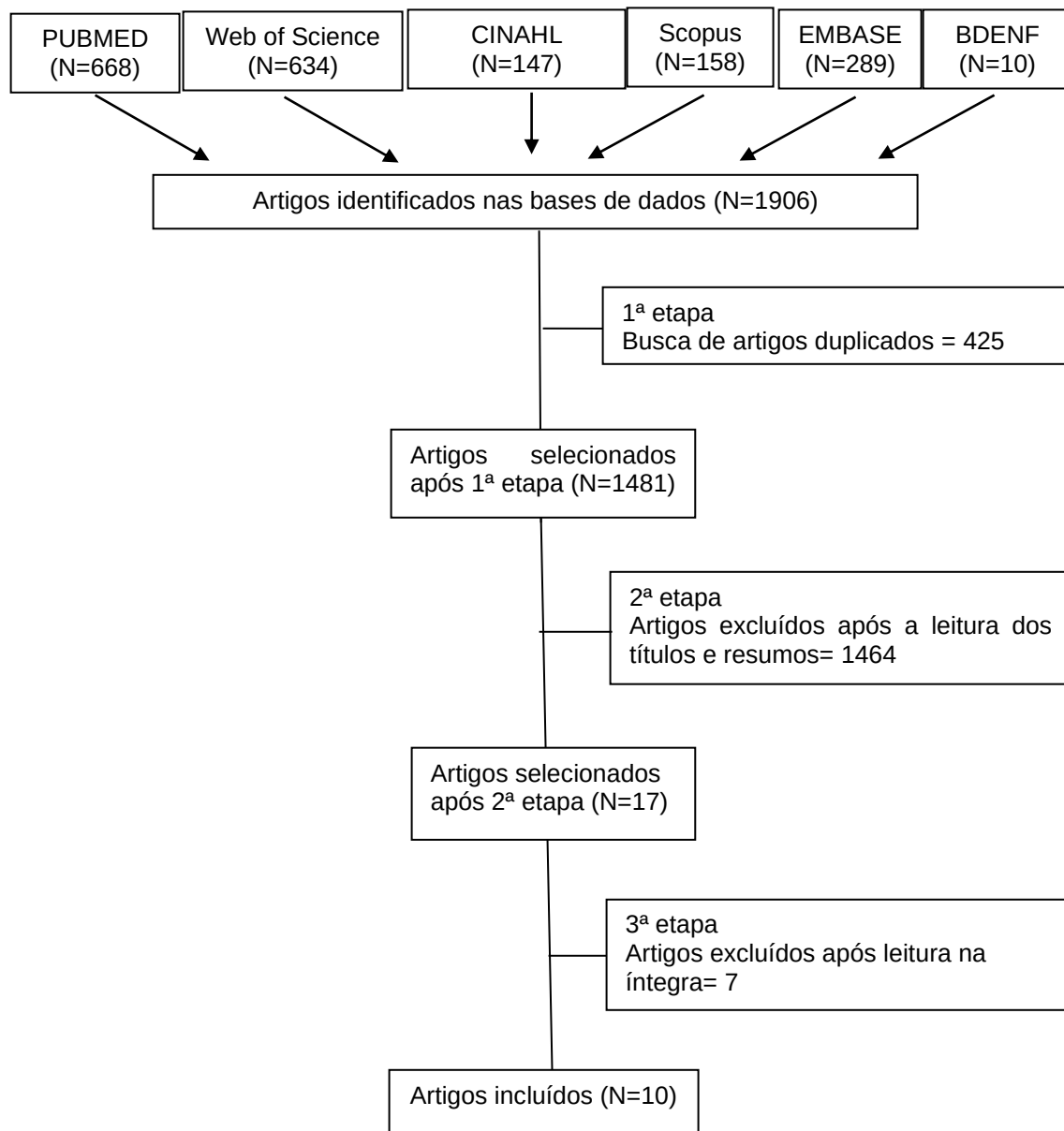


Figura 1-Fluxograma da revisão integrativa. Botucatu-SP, Brasil 2021.
Fonte: elaborado pelo autor.

Dentre os dez artigos incluídos, quatro são de metodologia qualitativa e seis de metodologia quantitativa, publicados entre os anos de 2017 e 2020, os níveis de evidência variaram entre IV, que compreenderam conteúdos provenientes de estudos de caso-controle

e/ou de coorte); e nível VI, artigos originais de estudos qualitativos descritivos.

O Quadro 2 apresenta a caracterização dos dez artigos incluídos na revisão.

Quadro 2- Categorização dos artigos incluídos quanto: ao nível de evidência, país de origem, nome do periódico e base de indexação, ano de publicação e os principais achados. Botucatu–SP, Brasil 2021.

Artigo/Autor/COREQ/ STROBE/ Nível de Evidência	País de origem/ Nome da revista/ Base de dados/ Ano de publicação	Resultados
Triage and treat model of care: Effective management of minor injuries in the emergency department. (DONK et al) STROBE: 18 VI	Austrália Collegian CINAHL 2017	Foi identificado um alto nível de satisfação com o modelo de triagem proposto. Da análise de conteúdo das falas compreenderam-se dois temas positivos: tratamento oportuno e modelo efetivo de atenção; e dois temas negativos: falta de educação e insatisfação com o cuidado.
Impact of triage system implementation in Fatima Memorial hospital emergency department. (AFTAB et al) STROBE: 16 IV	Paquistão Journal of Medical and Health Sciences Embase 2018	Com a triagem houve redução de 16.6% no tempo de espera de pacientes que aguardavam tratamento e no tempo total de permanência na sala de emergência. A satisfação na solução dos problemas de casos críticos e não críticos melhorou de 53,3% para 84%.
Discontinuity of patient-provider communication throughout the phases	Estados Unidos Journal of the	Compreenderam-se três categorias temáticas: - Alto valor atribuído à

of care: Time to be more patient-centered in trauma? (HERRERA-ESCOBAR et al) COREQ: 14 VI	American College of Surgeons Embase 2017	comunicação paciente-provedor e sua percepção simultânea como descontínua ao longo das 3 fases do cuidado; - Impacto físico, mental e financeiro da lesão a longo prazo, de 6 a 12 meses; - Forte contribuição dos sistemas de apoio social para melhorar a percepção dos pacientes sobre sua experiência geral de cuidado.
PIPER WEEKEND study. Children's and adult's satisfaction regarding paediatric pain in Italian Emergency Department. (BENINI et al) STROBE: 20 VI	Itália Annali dell'Istituto Superiore di Sanità PubMed 2018	Quase todos os pais (95%) e as crianças ficaram suficientemente satisfeitas com o cuidado da dor recebido.
Contextual and individual factors associated with dissatisfaction with public emergency health services in Brazil. (RECH et al) STROBE: 18 VI	Brasil Cadernos de Saúde Pública PubMed 2018	A prevalência de uma insatisfação percebida está predominantemente associada ao tempo de espera, que de acordo com os usuários, é mais longo que o necessário.
Emergency department patient experience and	Estados Unidos	A maioria (77,6%) dos entrevistados gostaria de saber os tempos de espera

waiting time. (HUANG et al) STROBE: 14 VI	American Journal of Emergency Medicine PubMed 2018	em média para cada etapa do DE e os motivos dos atrasos.
Acuity, treatment times, and patient experience in Freestanding Emergency Departments affiliated with academic institutions. (DAYTON et al) STROBE: 16 IV	Estados Unidos American Journal of Emergency Medicine PubMed 2017	O tempo de espera (10 x 16 min) e o de tratamento (142 x 147 min) foram semelhantes entre o Departamento de Emergência Independente afiliados a Instituições acadêmicas e o Departamento Nacional de Emergência. No entanto, o tempo de tratamento para pacientes internados foi maior no primeiro.
Humanização da Assistência: Acolhimento e Triagem na Classificação de Risco. (PAULA et al) STROBE: 17 VI	Brasil Revista de Enfermagem UFPE On Line BDENF 2019	A maioria dos usuários (total 64) era do sexo feminino, na faixa etária entre 21 - 40 anos e casada, e cinco pacientes esperaram mais que o tempo preconizado.
Exploring emergency department visits: factors influencing individuals' decisions, knowledge of triage systems and waiting times, and experiences during visits to a tertiary	Arábia Saudita International Journal of Emergency Medicine CINAHL	A maioria dos entrevistados (75%) deseja ouvir atualizações em relação a atrasos, com 69% deles preferindo ser atualizados a cada 30 minutos

hospital in Saudi Arabia. (ALHABDAN et al) STROBE: 14 VI	2019	
Satisfaction of Patients with Triage and Nursing Practice in Emergency Departments. (ÖZHANLI et al) STROBE: 21 VI	Turquia Florence Nightingale Journal of Nursing Web of Science 2020	Verificou-se que havia uma diferença significativa entre os status de espera e escores de satisfação na seção de triagem dos pacientes.

Fonte: elaborado pelo autor.

Percebe-se uma literatura escassa de estudos qualitativos e que compreendam a experiência dos usuários com o ACR, sendo necessária a atualização da literatura através de novas pesquisas abordando o tema, de modo a compreender as experiências bem como a satisfação dos usuários com os serviços de urgência e emergência com fatores pertinentes que apresentem dados consistentes, para que assim os fatores que influenciam este público sejam levantados e oriente na tomada de decisões nos serviços de saúde para uma melhor prática e satisfação no atendimento.

Dentre os fatores que precisam ser aprimorados e modificados para que a experiência dos usuários na triagem de emergências seja satisfatória, estão: a pontualidade do atendimento de acordo com o Acolhimento com Classificação de Risco; o fornecimento de informações; demonstrações de empatia pela equipe; controle da dor; assistência de enfermagem humanizada; melhoria na comunicação e; melhoria dos sistemas de apoio social para o restabelecimento do equilíbrio físico e

emocional.

Nota-se ainda que o usuário do SUS possui uma visão deturpada sobre os critérios de seleção de triagem, além dos relatos sobre a falta de atenção pelas suas necessidades e respeito atribuído pelos profissionais de saúde. Assim exposto existe necessidade a ser considerada uma avaliação nesse contexto para visar melhor qualidade do atendimento prestado pela equipe de saúde (GUEDES et al., 2013).

Nota-se um movimento de atualizar, reorganizar e alterar o sistema de ACR nos serviços diante da nova Política Nacional de Humanização, tendo como prioridade a assistência humanizada desde a chegada do paciente no serviço de atendimento (OLIVEIRA et al., 2013).

As transformações nos serviços de acolhimento das emergências e prontos-socorros ainda é uma tarefa difícil de ser atendida, devido ao processo de mudanças, que depende de fatores complexos como: as condições estruturais dos serviços; equipe de saúde capacitada; políticas adequadas de referência e contrarreferência que garantam a continuidade do atendimento; gestores capacitados e responsáveis (OLIVEIRA et al., 2013).

1.4 Justificativa do estudo

A implementação do ACR por cores na Santa Casa de Laranjal Paulista ocorreu em 2016 por iniciativa dos gestores, administrativo e de enfermagem.

Com isso, houve a necessidade de se realizar levantamento do perfil epidemiológico da população para melhor entender as questões do serviço e da clientela que este atende. O reconhecimento da clientela do serviço teve a ambição de se resolver problemáticas em relação à insatisfação dos usuários, principalmente em relação ao tempo de espera, que foram expressas em caixas de sugestões na instituição.

Durante a participação no projeto de extensão “Humanização Hospitalar”, realizado no local de estudo, foi possível verificar que os critérios do ACR ainda não são bem compreendidos por toda população, necessitando, portanto, de uma abordagem acerca do tema com o propósito de educação em saúde daqueles que recorrem ao serviço de saúde em questão.

Para isso, foi elaborado um grande projeto de pesquisa que previa o levantamento de um diagnóstico da situação de saúde deste serviço, bem como da população que este atende, a partir de metodologias distintas.

A primeira parte desta pesquisa foi a realização de uma revisão integrativa de literatura acerca da experiência dos usuários com o ACR em serviços de emergência. A segunda parte foi um estudo epidemiológico da população do local do estudo.

A terceira parte, que seria um estudo qualitativo que abordaria a experiência dos usuários do local do estudo sobre o ACR por cores não foi possível ser realizada, devido a instalação da pandemia do novo coronavírus em março de 2020 o que impossibilitou a coleta dos dados.

Dessa maneira, justifica-se a realização do presente estudo para a identificação e caracterização do perfil dos usuários atendidos, bem como a caracterização dos atendimentos pelo ACR, o que corrobora para uma assistência de qualidade e possibilidades de melhorias no atendimento da população local e na capacitação dos profissionais da instituição.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar o perfil epidemiológico dos usuários atendidos e triados pelo sistema de Acolhimento com Classificação de Risco por cores numa cidade do interior paulista;

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil dos usuários a partir das variáveis sociodemográficas;
- Descrever as variáveis relativas ao fluxo de atendimento;
- Identificar as variáveis clínicas dos usuários;
- Analisar os atendimentos de acordo com as cores do Acolhimento com Classificação de Risco;
- Comparar as médias de idade dos usuários de acordo com a gravidade do risco e o sexo;
- Associar a gravidade do risco com as variáveis sociodemográficas e comorbidades;
- Correlacionar o motivo da procura com os procedimentos;
- Conferir a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com as faixas etárias;
- Realizar regressão logística das variáveis, considerando Alto Risco como variável resposta.

3. MÉTODOS

Estudo observacional, retrospectivo, descritivo e quantitativo realizado em um PS de uma instituição hospitalar filantrópica do interior do estado de São Paulo com a finalidade de analisar o perfil dos usuários atendidos e triados pelo sistema de ACR por cores sob o referencial da PNH (BRASIL, 2009).

A pesquisa foi aprovada em março de 2019 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (“Júlio de Mesquita Filho”), sob o Parecer Consubstanciado n.º 3.226.859 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 08086818.7.0000.5411 (Anexo 1).

3.1 Local do estudo

O estudo foi realizado no PS da instituição hospitalar de Santa Casa de Laranjal Paulista, distante 100 Km de Botucatu – SP.

A Santa Casa possui 50 leitos distribuídos em: 25 leitos de Clínica Médica; 15 leitos de Maternidade e 10 leitos de Pediatria; com média de 120 procedimentos cirúrgicos de média complexidade de caráter não urgente ao mês, entre cirurgias eletivas como: herniorrafia, colecistectomia aberta e por vídeo, postectomia, vasectomia, fistulotomia, histerectomia, perineoplastia, videolaparoscopia para retirada de cisto ovariano e ooforectomia.

O referido PS atende 24 horas e possui, em média, 3.500 atendimentos mensais, advindos de convênio com o SUS e uma dezena de convênios privados.

A instituição usa o ACR, adaptado de Manchester, com 4 cores, conforme a PNH (BRASIL, 2009). A cor Laranja (que representa risco “Muito Urgente”) não é utilizada.

A estrutura física do PS caracteriza-se com: uma recepção com três guichês de atendimento; uma sala de espera com cadeiras, televisão e banheiros; e uma sala de triagem pelo ACR para o enfermeiro. Uma porta de acesso separa o ambiente da recepção das salas internas de atendimentos: sala de emergência; sala de preparo e administração de medicação; quartos com dois leitos de observação; sala para procedimentos médicos e de enfermagem; sala para inalação e os consultórios médicos.

O fluxo de atendimento do usuário do PS obedece a seguinte sequência: o usuário dirige-se ao guichê da recepção, identifica-se e o recepcionista abre uma “Ficha de Atendimento”; após, direciona-se à sala de espera para aguardar atendimento. O usuário é chamado pelo enfermeiro, que realiza o ACR. Em seguida o usuário permanece na sala de espera e aguarda o atendimento médico. Ao ser chamado pelo nome, é direcionado por um funcionário administrativo para a sala de atendimento médico.

3.2 População e amostra do estudo

A população do estudo foi representada pelo número de usuários, de todas as faixas etárias, atendidos entre os meses de janeiro e abril de 2019, sendo critério de inclusão ter sido atendido pelo SUS.

A amostra constituiu-se dos usuários atendidos nos meses de janeiro a abril de 2019, e a determinação do N amostral foi orientada por um profissional estatístico, de forma pseudo aleatorizada, com a finalidade de evitar possíveis vieses de coleta.

Foram realizados sorteios pelas pesquisadoras, que utilizaram os períodos dos dias de uma semana de cada mês, de janeiro a abril de 2019 inclusive; e sorteou-se uma semana para cada um desses meses.

Assim foram determinados os seguintes períodos: 06 a 13 de janeiro; 17 a 24 de fevereiro; 03 a 10 de março e, 14 a 21 de abril.

Totalizaram-se então 30 dias de atendimentos, que direcionaram a identificação das “Fichas de Atendimentos” dos usuários que foram analisadas quanto as variáveis do estudo.

3.3 Instrumento de coleta dos dados

Para o armazenamento dos dados coletados foi criada uma planilha eletrônica, formato Excel® do Microsoft Windows® 10, versão 2004, Sistema Operacional 19041.928, no notebook pessoal da pesquisadora.

A planilha baseou-se nos dados que compunham a “Ficha de Atendimento” em formato impresso e dados do prontuário eletrônico dos usuários. Assim, a seguir descrevem-se as variáveis quantitativas e qualitativas que foram analisadas.

As variáveis quantitativas foram:

- idade (em anos);
- faixas etárias: 1 – de 0 a 18 anos; 2 – de 19 a 59 anos; 3 - de 60 anos ou mais;
- data do atendimento (dia/mês);
- horário do atendimento (hh:min);
- períodos dos atendimentos: Período 1 das 00h:00min até 05h:59min, Período 2 das 06h:00min até 11h:59min, Período 3 das 12h:00min até 17h:59min e Período 4 das 18h:00min até 23h59min;

As variáveis qualitativas foram:

- sexo: F para feminino e M para masculino;
- dia da semana: DOM, SEG, TER, QUA, QUI, SEX, SÁB;
- tipo de convênio: Privado, SUS;

- cor/raça: autorreferida;
- estado civil: amasiado, casado, divorciado, separado, solteiro, viúvo;
- procedência: nome da cidade;
- escolaridade: abaixo da idade escolar, analfabeto, fundamental I completo, fundamental I incompleto, fundamental II completo, fundamental II incompleto, médio completo, médio incompleto, superior completo, superior incompleto;
- religião: budista, católica, evangélica, testemunho, nenhuma, outra;
- internação: sim ou não;
- comorbidades;
- motivo da procura;
- classificação de risco por cores: vermelho, amarelo, verde, azul;
- encaminhamentos: nome do serviço;
- diagnóstico – Classificação Internacional de Doenças (CID);
- tipo de procedimento: administração de medicamento (Subcutânea (SC), Via Oral (VO), Endovenosa (EV), Intramuscular (IM), tópico, nebulização), verificação de sinais vitais, coleta de exame laboratorial, Radiografia, Eletrocardiograma (ECG), Sinais Vitais (SSVV), sutura, orientação, curativo, cardiotocografia, outros;
- observação: sim ou não.

3.4 Procedimentos de coleta dos dados

Os dados do estudo foram obtidos a partir de duas fontes secundárias. A primeira fonte secundária foi o acesso ao Sistema de Informação Eletrônico Hospitalar, no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), via computador de mesa da sala da Gestão da Enfermagem da

instituição para identificar parte das variáveis demográficas e, a segunda fonte foi a Ficha de Atendimento do PS, arquivada no prontuário físico de cada usuário na Seção de Arquivo da instituição.

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora no período de abril de 2019 a fevereiro de 2020. Para tal consecução foram necessários deslocamentos mensais, de abril a setembro de 2019, da cidade de Botucatu para Laranjal Paulista. Devido ao grande número de “Fichas de Atendimento” para serem analisadas, a partir de outubro de 2019, passou-se a realizar a coleta quinzenalmente.

As “Fichas de Atendimento” identificadas relativas aos períodos propostos foram analisadas individualmente e na íntegra e extraídos os dados que foram inseridos na planilha eletrônica (conforme as variáveis quantitativas e qualitativas já demonstradas anteriormente no item 3.1.2). Dessa maneira constituiu-se o banco de dados que foi analisado.

3.5 Procedimentos de análise dos dados

Os dados da planilha foram submetidos a análise de estatística descritiva e importados para o Programa Estatístico SAS®, versão 9.4.

Inicialmente foram obtidas as frequências absoluta e relativa, e foram obtidas média e desvio padrão para as variáveis quantitativas que foram apresentados em tabelas.

As faixas etárias foram divididas em 1, 2 e 3 conforme citado anteriormente nas variáveis, tomando por referência a faixa etária 1 segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990).

O atendimento das 24 horas foi dividido em quatro períodos para uma melhor análise do fluxo de atendimento, onde se pudesse melhor identificar o período do dia com maior e/ou menor fluxo de usuários.

As cores do ACR foram agrupadas em duas categorias: Baixo Risco (Azul e Verde) e Alto Risco (Amarelo e Vermelho). Isso foi feito

devido à baixa frequência de atendimentos da Cor Vermelha – Risco = Emergente. As comparações de médias para essas novas categorias foram feitas utilizando o teste t de Student e as associações com variáveis qualitativas foram feitas através de teste qui-quadrado.

Foi ajustado um modelo de regressão logística utilizando os diferentes riscos (Alto e Baixo) como variável resposta e as demais como explanatórias e possíveis variáveis confundidoras.

4. RESULTADOS

Apresentam-se a seguir os resultados da análise das variáveis quantitativas e qualitativas.

Totalizaram-se 4317 atendimentos realizados, nos quais 3467 (80,3%) foram via convênio SUS e 850 (19,7%) de convênios privados. Foram coletados dados de “Fichas de Atendimento” e dos respectivos PEP nos períodos sorteados: 1026 (23,8%) de 06 a 13 de janeiro de 2019; 1010 (23,4%) de 17 a 24 de fevereiro de 2019; 1129 (26,1%) de 03 a 10 de março de 2019 e 1152 (26,7%) de 14 a 21 de abril de 2019.

Uma análise descritiva das variáveis relacionadas aos atendimentos provenientes do convênio público foi realizada.

Os dados referentes aos documentos de convênios particulares para serem coletados dependeria de formalização e protocolos específicos para cada entidade conveniada, e isso prejudicaria a execução do cronograma do estudo, pois demandaria maior tempo destinado à coleta dos dados.

Totalizaram-se 3467 atendimentos pelo convênio SUS, discriminados a seguir: no período de 06 a 13 de janeiro houve 812 (23,4%); no período de 17 a 24 de fevereiro 788 (22,7%); no período de 03 a 10 de março 934 (26,9%); e no período de 14 a 21 de abril 933 (26,9%).

Foi identificado uma alta frequência da falta de registro no PEP e na “Ficha de Atendimento” de algumas variáveis, descritas a seguir: 3254 (93,8%) para encaminhamentos; 2906 (83,8%) para a escolaridade; 2608 (75,2%) para a religião; 2303 (66,4%) para comorbidades; 590 (17%) para a cor atribuída no ACR; 510 (14,7%) para o estado civil; 288 (8,3%) para motivo da procura; 278 (8,0%) para o diagnóstico médico; 13 (0,4%) para sexo e 5 (0,1%) para cor.

Tais dados estão representados em suas respectivas tabelas na coluna “Categorias” pela expressão NI, que significa dados não informados em prontuário físico e/ou eletrônico.

Cabe ressaltar também, que os dados faltantes das variáveis encaminhamentos e comorbidades fica entendido que o usuário não necessitou de nenhum tipo de encaminhamento e/ou não tinha nenhuma comorbidade.

Os dados relativos às variáveis sociodemográficas estão representados na Tabela 1.

Tabela 1-Variáveis sociodemográficas. Laranjal Paulista - SP, Brasil 2019.

Variáveis sociodemográficas	Média (DP*)	Categorias	Frequência (n=3467)	%
Idade	33,2 (21,9)			
Faixa Etária		2 (19 a 59 anos)	2079	60,0
		1 (<=18 anos)	922	26,6
		3 (60 anos ou mais)	466	13,4
Sexo		F	1850	53,6
		M	1604	46,4
		NI**	13	0,4
Cor		Branco	2485	71,7
		Pardo/negro	967	27,9
		Outros	10	0,3
		NI**	5	0,1
Estado Civil		Solteiro	1553	44,8
		Casado	906	26,1

	NI**	510	14,7
	Amasiado	265	7,6
	Viúvo	105	3,0
	Divorciado	80	2,3
	Separado	35	1,0
	União Estável	13	0,4
Religião	NI**	2608	75,2
	Católica	663	19,1
	Evangélica	187	5,4
	Outras	9	0,2
Procedência	Laranjal Paulista	3202	92,4
	Outras	265	7,8
Escolaridade	NI**	2906	83,8
	Fundamental II Incompleto	295	8,5
	Fundamental II Completo	103	3,0
	Médio Completo	79	2,3
	Médio Incompleto	48	1,4
	Analfabeto	18	0,5
	Fundamental I Completo	8	0,2
	Fundamental I Incompleto	5	0,1
	Superior Completo	4	0,1
	Superior Incompleto	1	0,0

*DP – Desvio Padrão

**NI – dados não informados em prontuário físico e/ou eletrônico

Fonte: elaborado pelo autor.

O fluxo de atendimentos em 24 horas foi distribuído conforme os quatro períodos a seguir: Período 1, da 00h:00min até 05h:59min; Período

2, das 06h:00min até 11h:59min; Período 3, das 12h:00min até 17h:59min e; Período 4 das 18h:00min até 23h:59min. O período de maior procura pelo serviço foi o Período 2 com 1089 (31,4%) atendimentos.

Dessa maneira, as variáveis referentes ao fluxo de atendimento estão representadas na Tabela 2.

Tabela 2-Variáveis do fluxo de atendimento. Laranjal Paulista - SP, Brasil 2019.

Variáveis do fluxo de atendimento	Categorias	Frequência (n=3467)	%
Dia da semana			
	Domingo	803	23,1
	Sábado	464	13,4
	Terça-feira	459	13,2
	Quinta-feira	452	13,0
	Quarta-feira	447	12,9
	Segunda-feira	446	12,9
	Sexta-feira	396	11,4
Feriado			
	Não	2798	80,7
	Sim	669	19,3
Período			
	2 (06h00min – 11h59min)	1089	31,4
	3 (12h00min – 17h59min)	1086	31,3
	4 (18h00min – 23h59min)	1016	29,3
	1 (00h00min – 05h59min)	276	8,0
Internação			
	Não	3358	96,9

	Sim	109	3,1
Observação	Não	3273	94,4
	Sim	194	5,6

Fonte: elaborado pelo autor.

Os resultados referentes às frequências absoluta e relativa das variáveis comorbidades; motivo da procura e diagnósticos médicos encontram-se detalhadamente descritos no Apêndice 1 devido à extensão dos dados.

Entre as cores registradas nas fichas, a Verde – que indica Risco Pouco Urgente, foi a mais prevalente em 1434 (41,4%) dos atendimentos. Ressalta-se que a instituição utiliza o ACR por cores adaptada (BRASIL, 2009), e que não possui a classificação na cor Laranja, que significa Risco Muito Urgente.

O total de procedimentos realizados no PS aos usuários atendidos e conforme os períodos da coleta dos dados deste estudo, foi de 4698. Na coleta dos dados identificou-se que um mesmo usuário foi submetido a mais de um tipo de procedimento. A administração de medicações endovenosa e intramuscular foram os procedimentos mais frequentes, com 1261 (36,4%) e 1055 (30,4%) respectivamente.

Quanto aos encaminhamentos para atendimentos em especialidades ou para outros serviços, 3254 (93,8%) dos usuários não tiveram este registro em prontuário, entendendo-se, assim, que tais usuários não necessitaram de nenhum tipo de encaminhamento.

Demonstram-se na Tabela 3 as frequências relativa e absoluta das variáveis clínicas. Salienta-se que o Apêndice 1 apresenta o detalhamento das variáveis comorbidades, motivo da procura e diagnóstico médico, devido à identificação de baixas frequências que não estão representadas na seguinte tabela.

Tabela 3-Frequências relativa e absoluta das variáveis clínicas: comorbidades; motivo da procura pelo serviço; ACR por cores; diagnóstico médico; procedimento; encaminhamento. Laranjal Paulista - SP, Brasil 2019.

Variáveis clínicas	Categorias	Frequência (n=3467)	%
Comorbidades			
	NI*	2303	66,4
	Hipertensão	328	9,5
	Alergia	254	7,3
	Diabetes (I e II)	164	4,7
	Gestação/Puerpério	148	4,3
	Outras	136	3,9
	Doença Respiratória	52	1,5
	Transtorno Mental	43	1,2
	Doença cardiocirculatória	39	1,1
Motivo da Procura			
	Dor e Desconforto	1477	42,6
	Proces. Infecc. e Inflam.	328	9,5
	Outros	315	9,1
	Queixa Gastrointestinal	286	8,2
	NI*	288	8,3
	Queixa Respiratória	246	7,1
	Trauma	215	6,2
	Queixa Neurológica	117	3,4
	Ferimentos	112	3,2
	Alterações Pressóricas	53	1,5
	Alcoolismo	30	0,9

ACR por Cores

Verde	1427	41,2
Azul	1010	29,1
NI*	590	17,0
Amarelo	429	12,4
Vermelho	11	0,3

Diagnóstico Médico (CID-10)

R00 – R99	762	22,0
J00 – J99	513	14,8
S00 – T98	503	14,5
M00 – M99	398	11,5
NI*	278	8,0
A00 – B99	249	7,2
K00 – K93	178	5,1
N00 – N99	154	4,4
I00 – I99	116	3,3
Outros	71	2,0
H60 – H95	56	1,6
L00 – L99	55	1,6
E00 – E90	47	1,4
F00 – F99	44	1,3
G00 – G99	43	1,2

Procedimento

Medicação Endovenosa	1261	36,4
Medicação Intramuscular	1055	30,4
Orientação	528	15,2
Radiografias	473	13,7
Medicação Via Oral	352	10,2
Aferição de Sinais Vitais	245	7,1

Exames Laboratoriais	184	5,3
Eletrocardiograma	129	3,7
Outros	122	3,5
Nebulização	106	3,1
Curativo	98	2,8
Cardiotocografia	49	1,4
Medicação Subcutânea	39	1,1
Sutura	34	1,0
Tópico	23	0,7

Encaminhamento

NI*	3254	93,8
UBS**	101	2,9
Ambulatórios	91	2,6
Outros	83	2,4
HC***	39	1,1

*NI – dados não informados em prontuários físico e/ou eletrônico

**UBS - Unidade Básica de Saúde

***HC - Hospital das Clínicas

Fonte: elaborado pelo autor.

A associação das cores do ACR com as variáveis períodos de horário de atendimento, comorbidades e permanência em observação na urgência e emergência estão representadas na Tabela 4. Destacam-se que não foram identificadas o registro da cor atribuída pelo ACR em 590 (17%) atendimentos, indicadas como NI.

Tabela 4-Associação do ACR por cores com períodos de horário de atendimento e comorbidades. Laranjal Paulista - SP, Brasil 2019.

ACR por Cores (n=3467)				
Vermelho	Amarelo	Verde	Azul	NI

Períodos					
1 (00h00 – 05h59)	2 (0,7)	32 (12,2)	18 (6,9)	3 (1,1)	221 (80,0)
2 (06h00 – 11h59)	5 (0,5)	116 (11,5)	474 (47,0)	387 (38,3)	107 (9,8)
3 (12h00 – 17h59)	2 (0,1)	153 (14,7)	483 (46,6)	381 (36,7)	67 (6,2)
4 (18h00 – 23h59)	2 (0,2)	128 (13,2)	452 (46,6)	239 (24,6)	195 (19,2)
Comorbidades					
Hipertensão	1 (0,3)	73 (22,2)	186 (56,7)	64 (19,5)	4 (1,2)
Diabetes (I e II)	1 (0,6)	48 (29,2)	92 (56,1)	20 (12,2)	3 (1,8)
Observação	6 (3,0)	77 (39,6)	80 (41,2)	12 (6,1)	19 (9,7)

*NI - dados não informados em prontuário físico e/ou eletrônico

Fonte: elaborado pelo autor.

A análise a seguir fundamentou-se em somar o número de atendimentos considerados de Alto Risco, cor vermelha e amarela; e de Baixo Risco, nas cores verde e azul.

As 590 (17%) fichas de atendimento que não possuíam registro da cor atribuída pelo ACR foram excluídas. Assim restaram para esta análise 2877 atendimentos.

Foi realizada a comparação das médias de idade e sexo segundo a estratificação de Alto e Baixo Risco, apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5-Comparação de médias de idade e sexo segundo a gravidade Alto e Baixo Risco. Laranjal Paulista - SP, Brasil 2019.

Variáveis	Alto Risco			Baixo Risco			p-valor
	n	Média	DP	N	Média	DP	
Idade	440	38.11	22.89	2437	32.61	21.54	<0,0001
Idade/Sexo F	240	37.14	22.15	1285	32.34	21.10	0,0013
Idade/Sexo M	199	39.20	23.79	1142	32.92	22.10	0,0003

Fonte: elaborado pelo autor.

Segundo a Tabela 5, pode-se observar que houve diferença estatística entre a média de idade baseada na gravidade ($p < 0,0001$) e estratificadas por sexo ($p = 0,0013$ para feminino e $p = 0,0003$ para masculino).

Porém, não há diferença estatística na idade média entre homens e mulheres ($p = 0,5093$), onde a idade média dos homens foi de 33 anos (desvio padrão de 23 anos) e das mulheres foi de 33,5 anos (desvio padrão de 22,8 anos).

A Tabela 6 demonstra as frequências relativa e absoluta da gravidade com as variáveis demográficas e comorbidades.

Tabela 6-Associação entre variáveis demográficas e comorbidades com a gravidade do risco. Laranjal Paulista - SP, Brasil 2019.

Variáveis	Categorias	Alto Risco (440)	%	Baixo Risco (2437)	%	p-valor
Sexo						0,6797
	F	240	54,5	1285	52,7	
	M	199	45,2	1142	46,9	
	NI*	1	0,2	10	0,4	
Faixa Etária						<0,0001
	2 (19 – 59 anos)	263	59,8	1459	59,9	
	3 (60 anos ou mais)	99	22,5	300	12,3	
	1 (≤ 18 anos)	78	17,7	678	27,8	
Escolaridade						0,7459
	NI*	378	85,9	2027	83,2	
	Fund. II Incompleto	32	7,3	215	8,8	

	Fund. II Completo	11	2,5	77	3,1	
	Médio Completo	8	1,8	57	2,3	
	Médio Incompleto	7	1,6	32	1,3	
	Analfabeto	4	0,9	14	0,6	
	Fund. I Completo	0	0,0	6	0,2	
	Fund. I Incompleto	0	0,0	4	0,2	
	Superior Completo	0	0,0	4	0,2	
	Superior Incompleto	0	0,0	1	0,0	
Motivo da Procura						<0,0001
	Dor e Desconforto	157	35,7	1156	47,4	
	Ferimentos	40	9,1	63	2,6	
	Proces. Inf. e Inflam	32	7,3	268	11,0	
	Queixa Gastroint.	13	2,9	233	9,6	
	Queixa Neurológica	20	4,5	89	3,6	
	Queixa Respiratória	23	5,2	196	8,0	
	Trauma	56	12,7	145	5,9	
	NI*	7	1,6	40	1,6	
	Outros	92	20,9	247	10,1	
Internação						
	Sim	7	1,6	13	0,5	0,014
Observação						
	Sim	83	19,0	92	3,8	<0,0001
Comorbidades						
	Hipertensão (Sim)	74	16,8	250	10,2	<0,0001
	Diabetes (Sim)	49	11,1	112	4,6	<0,0001

Diagnóstico

<0,0001

R00 – R99	114	25,9	536	22,0
J00 – J99	36	8,2	429	17,6
S00 – T98	112	25,4	335	13,7
M00 – M99	28	6,4	331	13,6
A00 – B99	6	1,4	211	8,6
K00 – K93	17	3,9	127	5,2
N00 – N99	13	2,9	123	5,0
I00 – I99	49	11,1	54	2,2
NI*	4	0,9	77	3,1
Outros	61	13,9	214	8,8

Procedimentos

<0,0001

IM	107	24,3	832	34,1
SSVV	95	21,6	110	4,5
VO	85	19,3	212	8,7
SC	15	3,4	9	0,4
NI*	89	20,2	553	22,7
Outros	49	11,1	721	29,6

*NI - dados não informados em prontuário físico e/ou eletrônico

Fonte: elaborado pelo autor.

Conforme a Tabela 6, nota-se que não há uma associação da gravidade com a variável sexo ($p=0,6797$). Com as demais variáveis, houve associação significativa, segundo as frequências para casos de Baixo Risco que se apresentaram em percentuais maiores, por isso a significância na associação.

A Tabela 7 demonstra o cruzamento das variáveis “Motivo da Procura” e “Procedimentos”.

Tabela 7-Associação entre motivo da procura e procedimentos. Laranjal Paulista - SP, Brasil 2019.

Motivo da Procura	Procedimentos (p-valor = <0,0001)			
	SC (26)	VO (348)	IM (1055)	SSVV (244)
Dor e Desconforto	11 (42,3)	147 (42,2)	570 (54,0)	93 (38,1)
Ferimentos	0 (0,0)	11 (3,2)	22 (2,1)	2 (0,8)
Processos Infec. e Infl.	2 (7,7)	35 (10,0)	113 (10,7)	21 (8,6)
Queixa Gastrointestinal	1 (3,8)	28 (8,0)	56 (5,3)	14 (5,7)
Queixa Neurológica	2 (7,7)	17 (4,9)	37 (3,5)	15 (6,1)
Queixa Respiratória	1 (3,8)	21 (6,0)	61 (5,8)	14 (5,7)
Trauma	1 (3,8)	18 (5,2)	84 (8,0)	8 (3,3)
NI*	1 (3,8)	7 (2,0)	51 (4,8)	24 (9,8)
Outros	7 (26,9)	64 (18,4)	61 (5,8)	53 (21,7)

*NI - dados não informados em prontuário físico e/ou eletrônico

Fonte: elaborado pelo autor.

Na Tabela 8 verificou-se a associação entre variáveis demográficas e clínicas com as faixas etárias.

Tabela 8-Associação entre variáveis demográficas e clínicas com as faixas etárias. Laranjal Paulista - SP, Brasil 2019.

Variáveis	Faixas Etárias			p-valor
	1 (922)	2 (2079)	3 (466)	
Escolaridade				<0.0001
NI*	916	1663	327	
Fundamental II Incompleto	3	207	85	
Fundamental II Completo	1	86	16	
Fundamental I Incompleto	1	3	1	
Fundamental I Completo	1	6	1	
Médio Incompleto	0	45	3	
Médio Completo	0	63	16	
Superior Incompleto	0	1	0	

Superior Completo	0	3	1
Analfabeto	0	2	16
Comorbidades			<0.0001
NI*	875	1528	145
Hipertensão	1	171	156
Diabetes	1	75	88
Gestação/Puerpério	10	138	0
Câncer/Tumor	0	14	9
Doenças Cardiocirculatórias	3	13	23
Doenças Endocrinológicas	1	10	3
Doenças Neurológicas	2	12	10
Doenças Respiratórias	17	23	12
Dor Crônica	0	8	1
Transtorno Mental	3	38	2
Outros	9	49	17
Procedimentos			<0.0001
Outros	547	1063	184
IM	235	698	122
VO	108	167	73
SSVV	32	138	74
SC	0	13	13

*NI - dados não informados em prontuário físico e/ou eletrônico

Fonte: elaborado pelo autor.

Na análise por regressão logística das variáveis e os agrupamentos das cores considerando Alto Risco como variável resposta, demonstrou-se que os usuários de maior risco foram: os atendidos no Período 1 (00h00min a 5h59min); os medicados por via subcutânea e via oral; e os que necessitaram verificar sinais vitais durante a permanência em PS.

Verificou-se que o fator de proteção foi a variável medicação por via intramuscular.

O fator de proteção da medicação IM se dá devido à idade média da população ser jovem (33,2 anos), portanto é um fator de proteção que está ligado indiretamente ao procedimento de medicação IM por ser um dos procedimentos mais frequentes no serviço, estando atrás apenas da medicação EV (Tabelas 1 e 3).

Também se dá pelo fato de a instituição utilizar como tratamento padrão anti-inflamatórios por via IM para casos de queixas de dor ou desconforto agudo, como uma lombalgia, por exemplo, sendo então, um procedimento abundantemente utilizado no local do estudo, principalmente por aqueles usuários com menor grau de risco e vulnerabilidade e que podem ser dispensados após este procedimento, que se considera ser relativamente rápido de ser realizado, o que facilita a dinâmica do trabalho no PS.

Já o fator de risco de ser atendido no Período 1 explica-se por ser um horário não comercial, onde a maior parte da população não se mantém ativa com suas atividades diárias, fazendo com que apenas procurem o serviço de PS neste período aqueles usuários que estão necessitando de atendimento o mais breve possível, não podendo esperar, enquadrando-se em casos de atendimentos de Alto Risco, como pode-se verificar na Tabela 4.

A medicação SC está relacionada aos pacientes diabéticos que necessitam fazer correções glicêmicas com insulina SC. Tal comorbidade, leva o usuário a ter um maior risco e vulnerabilidade, conforme Tabelas 4 e 6, confirmando então, seu fator de risco.

Já a medicação VO relaciona-se com um usuário de maior risco pois, uma das medicações largamente utilizadas no local de estudo é o Ácido Acetil Salicílico por esta via, principalmente em casos de usuários com queixas sugestivas de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral e/ou outras doenças vasculares.

A necessidade de verificação de SSVV em ambiente de PS se esclarece por se tratar de usuários que estejam com seus parâmetros vitais instáveis, necessitando, portanto, de uma reanálise de SSVV após ter passado pelo ACR (Tabela 6).

A Tabela 9 demonstra os resultados da Regressão Logística.

Tabela 9-Regressão Logística. Laranjal Paulista - SP, Brasil 2019.

Variáveis	Categorias	Estimativa	Erro padrão	p-valor	OR	IC 95%	
Intercepto		-0,12	0,32	0,71			
Período	1	1,29	0,31	<,0001	5,67	2,41 - 13,33	risco
	2	-0,50	0,15	0,00	0,95	0,64 – 1,41	NS*
	3	-0,35	0,15	0,02	1,10	0,74 – 1,62	NS
	4	1,00			-		
SC	S	0,64	0,30	0,03	3,59	1,11 – 11,57	risco
	N	1,00			-		
VO	S	0,39	0,10	<,0001	2,19	1,49 – 3,22	risco
	N	1,00			-		
IM	S	-0,30	0,10	0,00	0,55	0,37 – 0,8-	protetor
	N	1,00			-		
SSVV	S	0,52	0,12	<,0001	2,84	1,78 – 4,52	risco
	N	1,00			-		

*NS - Não Significativo

Fonte: elaborado pelo autor.

5. DISCUSSÃO

Discute-se a seguir os resultados obtidos baseando-se em literatura nacional e internacional.

Definem-se como aspectos que limitaram o estudo, as ausências dos registros de variáveis em PEP e “Ficha de Atendimento” que foram identificadas com NI nas tabelas acima.

5.1 Perfil dos usuários

Todos os atendimentos analisados foram via SUS e o usuário que procurou o serviço de PS possuía em média 33 anos, do sexo feminino, branco, solteiro, católico, residente da cidade de Laranjal Paulista, com Ensino Fundamental II Incompleto e sem comorbidades.

O período da manhã das 06h00min até 11h59min aos domingos obteve a maior frequência de procura pelo usuário. As queixas nesse período referiam-se a algum tipo de dor ou desconforto, com atribuição pela ACR correspondente a classificação Cor Verde, ou seja, Risco Pouco Urgente, referente àquele usuário que pode esperar por um período de até duas horas; esses usuários necessitaram de terapia endovenosa e não houve demanda de encaminhamentos, necessidade de internação ou de permanência em observação no ambiente de PS.

A seguir, para um melhor entendimento, a discussão será guiada conforme as características sociodemográficas, de fluxo e clínicas.

5.1.1 Características sociodemográficas

A média de idade variou entre 32 - 62,3 anos, com uma variação de faixas etárias de 0 até 110 anos, similarmente a outros estudos (BECKER et al., 2015; GONÇALES et al., 2015; GUEDES et al., 2015; ANZILIERO et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2016; FRANCO et al., 2017; MARCONATO &

MONTEIRO, 2017; NISHI et al., 2018; VIVEIROS et al., 2018; TIENSOLI et al., 2019).

A população idosa atendida correspondeu a 466 (13,4%) da amostra. Marconato e Monteiro (2017) obtiveram achados maiores dessa faixa etária (22,3%) em uma unidade de emergência referenciada de Campinas.

Tiensoli et al. (2019) identificaram em seu estudo descritivo, dados semelhantes ao do presente estudo, com 1460 idosos que sofreram queda e procuraram o serviço de PS, sendo que 27,2% desses possuíam idade acima de 80 anos.

O aumento de atendimentos em PS da população idosa é decorrente de seu maior risco e vulnerabilidade gerada por comorbidades muito presentes nesta faixa etária, como diabetes e hipertensão. Tais comorbidades, que apareceram não somente neste estudo, mas também em outros já citados anteriormente, faz com que o idoso procure atendimento pelos serviços de PS devido, complicações do seu estado de saúde.

Em relação à frequência da população feminina atendida no PS do presente trabalho, outros relatos também verificaram que a população feminina é a que mais procura o serviço de PS, variando de 53,6% a 66,9% da amostra (BECKER et al., 2015; GONÇALES et al., 2015; ANZILIERO et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2016; SILVA et al., 2016; GOMES & CHERPAK, 2017; VIVEIROS et al., 2018; TIENSOLI et al., 2019).

Entretanto, Guedes et al. (2015), Paixão et al. (2015), Franco et al. (2018) e El Rassi et al. (2020) verificaram que o sexo masculino frequentava o PS nas seguintes frequências 59,3%, 58,4%, 50,2% e 58%, respectivamente.

Demonstra-se aqui que as variações de procura pelo serviço de PS podem ser não representativas em relação ao sexo do usuário, pois as variações são muito discretas. Isso pode ser devido aos serviços terem

uma natureza de atendimento não especializada, ou seja, não se trata de um serviço de PS com especialidade em uma determinada área da saúde que possa ter um atendimento com maior ou menor representatividade de um dos sexos.

Como no estudo de Barbosa et al. (2019) onde verificou que 81,2% de sua amostra de pacientes com fraturas faciais era do sexo masculino. No estudo de Acar et al. (2020), que verificou uma frequência de 73,4% de pacientes do sexo masculino atendidos em um PS devido trauma na mão. Demonstrem-se que serviços especializados e/ou referenciados para trauma tem uma expressiva relação com o sexo masculino, por se tratar de uma população que apresenta duas vezes mais chances de sofrerem acidentes de trabalho.

No presente estudo 71,7% autorrelataram-se brancos e 27,9% como pardos/negros. Paixão et al. (2015) verificou que 36,2% da sua amostra era parda.

Silva et al. (2016) encontraram que o estado civil “casado” foi o mais prevalente (58,5%); no estudo de Tiensooli et al. (2019), a população idosa foi representada como solteira, em 41,3% da amostra. No presente estudo identificou-se “solteiro” em 44,8%.

No presente estudo identificou-se ausência de informações em relação à algumas variáveis, principalmente as sociodemográficas. Tais informações deveriam ser registradas pelo atendente da recepção no momento da abertura da “Ficha de Atendimento”. Essa deficiência pode conferir à instituição dificuldades de identificação e caracterização da clientela atendida, além de não proporcionar subsídios estatísticos para a melhoria dos atendimentos e para a educação em saúde da população que procura o serviço.

Assim remete-se à necessidade de treinamento e capacitação dos colaboradores da instituição para estimular o preenchimento correto e a completude dos dados nas fichas de atendimentos.

Todavia, de acordo com Responsável Técnico de Enfermagem da instituição, verificou-se que o preenchimento destes dados cadastrais está sendo retomado pela equipe administrativa da recepção, responsável pela abertura e preenchimento dos dados das variáveis descritas anteriormente em PEP.

Apesar de 2906 (83,8%) dos registros sobre o nível de escolaridade não ter sido informada em PEP, dos 16,2% restantes, 8,5% tinham o Ensino Fundamental II Incompleto. Sendo o dado mais frequente dos informados em PEP.

Resultado semelhante foi identificado por Silva et al. (2016), Franco et al. (2018) e Paixão et al. (2015), com respectivamente, 43,9%, 31,5% e 40,4% dos registros que apontaram nível de escolaridade de Ensino Fundamental sendo o mais frequente.

O estudo de Paixão et al. (2015) relaciona a classificação de risco de alta prioridade com a escolaridade, evidenciando que quanto menor o grau de escolaridade, maiores são as necessidades de cuidados de saúde mais complexos.

Este dado também foi evidenciado em nosso estudo na Tabela 6, onde pode ser identificado que o usuário com Fundamental II Incompleto aparece em 7,3% dos atendimentos de Alto Risco, enquanto o usuário com Ensino Médio Completo representa apenas 1,8% nesta mesma população.

5.1.2 Fluxo do atendimento

O domingo foi o dia da semana em que houve maior procura da população por atendimento em nosso estudo (23,1%), tendo uma variação mínima em relação aos outros dias da semana com um pouco mais de 10%.

Diferentemente de Tiensoli et al. (2019), que verificou em seu

estudo que o dia da semana de maior frequência de atendimentos foi a terça-feira (14,8%). Entretanto, a variação entre os dias da semana não foi expressiva (menor que 10% entre os dias).

Resultado semelhante foi identificado por Silva et al. (2019), sendo que a segunda-feira e a terça-feira foram os dias com maior procura, 15,2% e 15,1% respectivamente, porém com distribuição homogênea e ligeira variação entre os demais dias da semana.

Em nosso estudo, o domingo pode ter aparecido como um dia prevalente, apesar da pouca variação entre os outros dias da semana, por conta da maneira pseudo aleatorizada que definimos o período de coleta de dados, já que em reunião com Responsável Técnica de Enfermagem, esta informou que sua experiência demonstra que os atendimentos ocorrem com maior frequência às segundas-feiras na instituição, assim como na literatura mencionada anteriormente.

Uma outra possibilidade seria a relação de apego do usuário ao seu cargo no local de trabalho, preferindo, assim, procurar um serviço de saúde de urgência em seu horário não comercial, ao invés de procurar uma unidade de APS nos dias e horários comerciais, corroborando com a procura pelo PS aos domingos, oportunamente como um dia de folga semanal quando o usuário teria tempo hábil para tratar de algum problema de saúde.

Segundo dados do Censo Demográfico de 2010, Laranjal Paulista se caracteriza como uma cidade de polo industrial e agropecuário da região que possui dezenas de fábricas como de brinquedos, cerâmica, plástico, madeira, arame, equipamentos industriais, dentre outros, e com uma considerável porção da população que trabalha no campo como produtor individual (IBGE, 2010).

Também apresenta 14211 pessoas economicamente ativas, contra 7844 pessoas não economicamente ativas, demonstrando que há uma parcela considerável da população acima de 10 anos desempregada. A população empregada representa 37,6% de toda a população da cidade,

com salário médio mensal de 2,1 salários-mínimos. Entretanto, 25,8% da população empregada tem uma renda de até meio salário-mínimo, demonstrando que este apego com o ambiente de trabalho pode estar, até mesmo, relacionado com o receio da perda do emprego (IBGE, 2010).

O período matutino foi o que apresentou maior frequência de atendimentos, e a menor frequência foi no período da madrugada. Ao relacionar os períodos com os atendimentos, verificou-se que a maioria dos atendimentos classificados como Emergente (Cor Vermelha) foram atendidos no período de menor procura. Este dado também foi confirmado pela Regressão Logística, que identificou o período das 00h até 05h59 como fator de risco.

Yang et al. (2018), em estudo quantitativo realizado em um departamento de emergência de um centro de atendimento oncológico, verificou que o período das 04h às 07h apresentou menor frequência nos atendimentos de pacientes, enquanto o período com maior frequência foi das 12h às 15h, e com menor frequência de atendimento aos sábados.

Em relação ao período do dia e a gravidade do usuário, Becker et al. (2015), em seu estudo realizado em um hospital universitário de São Paulo, verificou que 13,6% dos usuários classificados como alta prioridade ocorreram no período noturno e 11,8% no período diurno.

Destaca-se que, infelizmente, existe alta procura pelo atendimento de urgência no PS pelos usuários, por motivos que poderiam ser resolvidos e orientados em atendimentos ambulatoriais e/ou na APS.

Essa problemática já havia sido levantada em 2019 por Pereira et al., onde identificou em sua revisão de literatura de 2000 a 2019 que segundo o STM há uma alta demanda de usuários classificados como baixa complexidade que poderiam ser absorvidos pelas APS.

Em 2020, Alkmim & Santos também identificaram este déficit da RAS através de um estudo descritivo e quantitativo, onde se verificou que apenas 10,9% dos usuários foram classificados como graves.

Percebe-se que há a necessidade de se melhor esclarecer para a

população as prerrogativas de cada serviço presente na RAS, para que não haja uma subestimação e descaracterização do porte de serviço de um PS, bem como para um melhor funcionamento e fortalecimento da RAS a partir da implementação de políticas públicas de saúde (MELO et al., 2017; HERTEL et al., 2017).

É necessário que os próprios profissionais da saúde compreendam o funcionamento da RAS, para que se consolide e cumpra os princípios do SUS. Deve haver articulação entre os níveis de atenção e entre os diversos serviços de saúde com adequada ampliação, cobertura e fortalecimento da APS, assim, o respaldo técnico e operacional é garantido (MOLL et al., 2017; SILVA et al., 2017; LAUER, 2018; FREITAS & ARAÚJO, 2018; CASTRO et al., 2018).

Em relação à taxa de internação e de observação, identificaram-se nesse estudo 3,1% e 5,6%, respectivamente. Gonçalves et al. (2015) verificaram em estudo com idosos no Rio Grande do Sul uma taxa de internação ainda menor, com 1,4%.

Paixão et al. (2015) verificou que dos usuários que passaram pela sala de emergência, 19,6% necessitaram de internação. Tais dados demonstram e confirmam que o ambiente da sala de emergência está restrito a usuários mais graves e que estes acabam por evoluir para um leito de internação, necessitando maior assistência da equipe de saúde.

Becker et al. (2015) encontraram dados semelhantes em sua amostra, onde 3,5% dos classificados com baixa prioridade necessitaram de internação hospitalar, enquanto o mesmo desfecho foi encontrado em 17,6% dos classificados como alta prioridade.

É possível notar a diferença estatística que o usuário de maior gravidade tem em comparação ao usuário não grave, pois se trata de um usuário que demanda mais internação, conseqüentemente necessita de mais profissionais e aparato médico, elevando o custo do tratamento e riscos à saúde.

5.1.3 Características clínicas

Em relação às comorbidades, foi identificado que 66,4% dos registros não havia este dado. Entre os 33,6% restantes identificaram-se com maior frequência: hipertensão; diabetes e alergia.

Isso corrobora para a afirmação sobre a utilização do PS para atendimentos que poderiam ser realizados na APS, e que devem fazer os acompanhamentos e controle das doenças crônicas não transmissíveis. Dessa maneira, os usuários também passam a ter maior vínculo com a equipe do serviço de urgência, em detrimento aos atendimentos que deveriam ser realizados pela equipe da APS, com maior incentivo à prevenção e a educação em saúde.

Estes resultados assemelham-se a um estudo transversal brasileiro de 2016, realizado em um PS de São Paulo e vinculado a uma instituição acadêmica com usuários maiores de 18 anos, que identificou a hipertensão e o diabetes como as comorbidades mais prevalentes, com 18,1% e 7,8% respectivamente (OLIVEIRA et al., 2016).

Corroboram os achados de Viveiros et al. (2018), que identificaram respectivamente as frequências das comorbidades, hipertensão e diabetes, com 18,3% e 7,1%; e do estudo de Paixão et al. (2015) com as frequências de hipertensos de 49% e 24,2% tabagistas.

Tais dados vão ao encontro de Franco et al. (2018) que realizou um estudo transversal em uma unidade de emergência de um hospital universitário no Sul do Brasil, onde as comorbidades mais predominantes foram a hipertensão arterial (54,3%) e diabetes mellitus (28,3%).

O estudo de 2018 de Nishi et al. verificou porcentagens ainda maiores para comorbidades como hipertensão e diabetes em usuários com quadro de IAM confirmado, sendo 67,6% e 28,0% respectivamente. O mesmo autor encontrou o tabagismo e a dislipidemia em 36,7%, para cada variável, nesta mesma população.

Tais comorbidades podem e devem ser acompanhadas na APS, pois é o serviço de saúde presente no SUS com melhor estrutura para o manejo de doenças, como a hipertensão e o diabetes, por exemplo. É o serviço de saúde que consegue ter maior controle destes casos na população por estar mais perto e melhor vivenciar a cultura e os costumes de uma determinada região, em função da territorialização realizada (MENESES et al., 2019), tendo aporte técnico dos profissionais de saúde que constroem a equipe multidisciplinar.

Havendo um melhor manejo de usuários com comorbidades crônicas passíveis de serem acompanhadas pela APS, conseqüentemente, há uma melhor prevenção de agravos à saúde, fazendo com que o usuário procure com menor frequência o serviço de PS com estados agudizados de sua condição crônica de modo a serem medicados.

O usuário que busca o PS quer um atendimento rápido e garantido de melhora do seu estado de saúde atual com resolução de seu problema de saúde, entretanto, sua real resolução somente é possível a partir da promoção e prevenção de saúde, que são mais bem alcançados com serviços primários bem estruturados.

Marconato e Monteiro (2017) verificaram que a população idosa obteve maior frequência de comorbidades e de necessidades de saúde. Dados que são consolidados por Tiensooli et al. (2019) que apontam que idosos tinham como principais comorbidades a hipertensão, diabetes, demência e osteoporose, fatores estes que contribuem para a ocorrência de queda, fraturas de extremidades e até mesmo para o óbito, demonstrando que a população idosa necessita de mais cuidados e é mais vulnerável.

A dor foi o motivo de procura mais frequente (42,3%) no estudo de Viveiros et al. (2018) em um PS universitário de São Paulo e relacionou-se à: queixa ortopédica; doença oncológica; doença musculoesquelética; e

com maior frequência, na população de idosos e mulheres atendidas pelo serviço.

A dor também foi o principal motivo de procura de usuários da amostra no estudo de Oliveira et al. (2016) com prevalência de 44,1%. Tais achados convergem com o presente estudo que encontrou a dor como principal motivo de procura em 42,6% da amostra.

Um estudo de coorte de 2015 relacionou as queixas apresentadas pelos pacientes de um PS de Minas Gerais com o desfecho final, sendo as principais queixas: mal-estar (25,5%), dor (22,8%) sendo a abdominal a mais prevalente, dispneia (15,9%) e alterações de comportamento (6,7%) (GUEDES et al., 2015).

No estudo de Franco et al. (2018), identificaram-se diagnósticos de enfermagem, como o Padrão Respiratório Ineficaz (28,3%) e Dor Aguda (22,3%), com maior frequência na população adulta atendida em um PS universitário (FRANCO et al., 2018).

Silva et al. (2016) em estudo transversal e descritivo verificou a presença de dor em pacientes maiores de 18 anos, triados pelo ACR. A intensidade da dor foi avaliada com uma pontuação de 1 – 10 e a média foi de 7,4, sendo 95,1% relacionado a dor aguda; 53,7% referindo dor intensa (referentes a pontuações de 8 – 10) e 56,1% a classificaram como uma dor contínua.

Nishi et al. (2018) verificaram em sua amostra de usuários com diagnóstico médico de IAM que 79,9% dos discriminadores selecionados estavam relacionados a dor e que a grande maioria dessa população teve classificações correspondentes a alta prioridade, apenas 7,9% foram classificados na Cor Verde – Risco = Pouco Urgente e nenhum na Cor Azul – Risco = Não Urgente.

Tratando-se dos diagnósticos médicos mais frequentes, um estudo observacional prospectivo de 2015, avaliou pacientes maiores de 18 anos que ficaram internados por mais de 24 horas. Os pacientes que obtiveram a classificação Cor Vermelha – Risco = Emergente obtiveram maiores

pontuações no Therapeutic Intervention Scoring System – 28 (TISS – 28) que mensura a gravidade dos pacientes, demonstrando que estes apresentam maior gravidade e que devido ao tempo de permanência hospitalar maior, devido à prioridade clínica, a evolução para o óbito é de 42,8% nesta classificação, representando um risco 5,9 vezes maior quando comparado as demais cores do ACR (GUEDES et al., 2015).

Guedes et al. em 2015 apontaram que o desfecho óbito foi mais recorrente com a população classificada na Cor Laranja – Risco = Muito Urgente (5,3%), confirmando que pacientes classificados como alta prioridade apresentam maior risco de morte em relação aos de baixa prioridade.

Becker et al. (2015) confirmaram o alto risco desta população ao verificar que apesar de os casos de alta prioridade terem sido a minoria em seu estudo (10,3%), estes estavam relacionados ao maior número de óbitos, internação e usuários idosos, necessitando, portanto, de maiores cuidados de saúde.

A classificação Cor Vermelha – Risco = Emergente em nosso estudo significou apenas 0,3% da amostra, dados semelhantes ao de Nishi et al. que verificou em seu estudo de 2018 a sensibilidade e a especificidade da classificação de risco com cinco cores do STM, onde apenas 0,02% da amostra teve esta mesma classificação.

Paixão et al. (2015) realizou um estudo em um hospital-escola de São Paulo e verificou entre os entrevistados que passaram por sala de emergência, que 76,4% foram classificados com a Cor Vermelha – Risco = Emergente.

Um estudo de coorte de 2015 verificou a classificação Cor Amarela – Risco = Urgente em 52,5% da amostra, seguida da Cor Laranja – Risco = Muito Urgente com 31%, Cores Verde e Azul (Pouco Urgente e Não Urgente) com 12,4% e Cor Vermelha – Risco = Emergente com 4,1% (GUEDES et al., 2015).

Identificou-se no presente estudo maior frequência de procura por atendimento pelos usuários com Baixo Risco, que correspondem às cores verde e azul. Apenas 12,7% dos atendimentos correspondiam aos atendimentos de maior risco, que são correspondentes às cores amarelo e vermelho.

Aliado a isso verificou-se a falta do preenchimento da cor da classificação de risco em 80,0% das “Fichas de Atendimento” registradas no Período 1 (00h00min – 05h59min). Essa frequência é elevada, a considerar o ACR como triagem de um PS. Isto ocorre devido ao dimensionamento de enfermagem deficitário deste período, visto que a instituição conta com apenas um enfermeiro durante o plantão noturno (19h – 7h) e com isso a classificação não ocorre na maioria dos casos. O usuário ao procurar o serviço e passar pelo guichê da recepção, é encaminhado diretamente para o atendimento médico.

A ausência dessas informações caracteriza-se como um indicador de resultado desse processo de ACR e pode fragilizar o serviço de saúde institucional e não representar a totalidade e as necessidades reais da população atendida.

Gonçalves et al. (2015) identificou a Cor Amarela – Risco = Urgente como a mais frequente (47,4%) e a Cor Verde – Risco = Pouco Urgente ficando como a segunda mais frequente (36,5%). Dados semelhantes ao de Silva et al. (2016) que verificou a classificação Cor Amarela – Risco = Urgente em 34,1% seguido da classificação Cor Verde – Risco = Pouco Urgente em 30,5%.

Guedes et al. (2015) também encontrou a Cor Amarela – Risco = Urgente em 46,3% da amostra, seguida da Cor Laranja – Risco = Muito Urgente em 27,4%. Entretanto, cabe ressaltar que foram avaliados apenas usuários que permaneceram por mais de 24 horas internados em ambiente de urgência, tratando-se, portanto, de usuários mais complexos, o que condiz com os achados referentes à cor do ACR.

Outro estudo brasileiro realizado em 2018 em um PS vinculado a uma instituição pública acadêmica, demonstrou que a cor do ACR mais frequente foi a Cor Verde – Risco = Pouco Urgente com 58,9% da amostra, seguido da Cor Amarela – Risco = Urgente com 22,7%, Cor Laranja – Risco = Muito Urgente com 7,9%, Cor Azul – Risco = Não Urgente com 5,9% e por fim, Cor Vermelha – Risco = Emergente com 4,6% (VIVEIROS et al., 2018).

Nishi et al. (2018) verificaram que 50,0% da amostra estudada foi classificada com a Cor Verde – Risco = Pouco Urgente. Dados semelhantes ao presente estudo onde a Cor Verde – Risco = Pouco Urgente representou 41,2% da amostra.

Becker et al. (2015) identificaram em seu estudo de coorte retrospectivo uma alta procura pelo serviço com baixo risco, 73,7% dos atendimentos eram classificados na Cor Verde – Risco = Pouco Urgente e Cor Azul – Risco = Não Urgente.

Um estudo retrospectivo de 2016 verificou frequências ainda maiores em relação à classificação Cor Verde – Risco = Pouco Urgente, onde 69,7% da amostra teve essa classificação e apenas 0,5% obtiveram a classificação Cor Vermelha – Risco = Emergente (ANZILIERO et al., 2016).

Por outro lado, um estudo sueco de 2015, verificou o atendimento de Baixo Risco em apenas 13% da amostra. Enquanto isso, a classificação Cor Verde – Risco = Pouco Urgente foi identificada em 47% dos atendimentos na APS (NORBERG et al., 2015). Tal dado demonstra que populações e culturas distintas podem buscar meios e serviços de saúde de maneiras diferentes, priorizando certos serviços, seja por uma efetiva educação em saúde e/ou por uma adequada organização da RAS.

Isso foi mais bem explicitado no estudo de Mukamel et al. (2019) realizado nos Estados Unidos da América (EUA), cujo objetivo foi avaliar a relação da preferência dos usuários no momento de a escolha de qual serviço de saúde procurar dependendo da situação e/ou condição clínica,

e percebeu que o fator custo e tempo de espera tiveram maior relevância no momento da escolha, quando comparados ao tempo de viagem até o serviço.

Vale lembrar que os EUA não têm um sistema de saúde público como temos no Brasil, e tampouco serviços de APS que tenham localizações estratégicas para melhor atender toda a população e assim facilitar o acesso à saúde, com isso é relevante que no estudo de Mukamel et al. (2019) o fator custo seja significativo.

O conhecimento dos usuários em relação à triagem com ACR é um aspecto estudado por Alhabdan et al. (2019) na Arábia Saudita, onde se verificaram que apenas 40% dos entrevistados sabiam o porquê da ordem de atendimentos, e apenas 11% sabiam a definição de sistema de triagem, e quando interrogados sobre isso 21% responderam ser injusto esse critério.

Isso demonstra uma falha na educação em saúde, pois parte significativa da população desconhece o sistema de triagem e a importância deste para diminuir riscos e aperfeiçoar o atendimento.

Uma possível falha da RAS pode ser representada por um estudo realizado por Oliveira et al. (2015), que avaliou a percepção da equipe de enfermagem sobre a finalidade e o processo de trabalho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A maioria dos casos atendidos nas UPA's não se enquadravam como urgências e deveriam ser atendidos em serviços de saúde de nível primário.

Esse fluxo causa um aumento de atendimentos e reflete em capacidade excedida de oferta de serviço. A sobrecarga de trabalho para a enfermagem, reflete em prejuízo na elaboração do processo de enfermagem no atendimento à população. O sistema de ACR absorve mais atendimentos e pode também projetar um aumento dos tempos de espera (OLIVEIRA et al., 2015).

Improta et al. (2018) verificou que o tempo de espera é um fator importante na melhora da qualidade do atendimento. E Anzillero et al.

(2016) verificaram que metade dos atendimentos avaliados tiveram um tempo de espera entre a chegada ao serviço de emergência até o ACR maior do que o esperado, que deveria ser imediato. Entretanto, apesar da alta procura da população com classificações de baixa prioridade não contribuírem para um melhor fluxo de atendimento, a eficiência do sistema de ACR ainda assim, com uma circulação desordenada e tempos de espera e de permanência aumentados, se mostrou eficiente.

Uma síntese realista realizada no Reino Unido em 2019 identificou os mecanismos que levam ao uso “cl clinicamente desnecessário” no atendimento de urgência e emergência. Os mecanismos são: a) necessidade de minimizar riscos; b) necessidade de atendimento rápido; c) necessidade de baixo esforço para busca de ajuda; d) conselho de familiares ou amigos; e) satisfação com o serviço; f) frustração com outros serviços (O’CATHAIN et al., 2019).

Este estudo demonstra que a maioria dos mecanismos utilizados pelos usuários ao procurar um PS, e não a APS, está ligado com a facilidade de acesso do PS, sendo esta uma das portas de entrada para o serviço de saúde, porém, não a principal.

Referindo-se aos principais procedimentos identificados em ambiente de PS, Silva et al. (2016) verificou que a principal via de administração utilizada para alívio da dor foi a endovenosa com 80,5%, seguida de endovenosa associada a intramuscular com 13,4%. Dentre os analgésicos utilizados no serviço, 72% eram analgésicos simples associados a Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINES), 19,5% opioides fracos, 4,9% analgésicos simples associados a opioides fracos, 1,2% opioide forte e 2,4% não receberam analgesia.

No presente estudo os principais procedimentos foram as medicações endovenosa e intramuscular, que correspondem a 66,8% de todas as condutas identificadas. Procedimentos estes que tem a finalidade de correção do quadro atual do usuário de maneira rápida e condiz com o

ambiente de PS onde a circulação e permanência tende a ser mais breve e corretiva possível.

Oliveira et al. (2016) constataram que os procedimentos mais frequentes foram os exames de imagem (40,4%) e exames laboratoriais (30,7%), que caracterizam exames de grande valia para determinarem diagnósticos e iniciar tratamento especializado. Tais procedimentos encontram-se na amostra deste estudo em quarto e sétimo lugar em prevalência, respectivamente, somando 19% de todas as condutas.

A regressão logística demonstrou que o procedimento de medicação intramuscular foi um fator de proteção para a classificação de Alto Risco. As medicações por via subcutânea, via oral e a necessidade de verificar sinais vitais configuraram-se como fatores de risco. Observou-se então, que mesmo os atendimentos que se configuraram como urgentes, não representavam problemas de saúde que deveriam ser resolvidos em um tempo de 60 minutos, pois uma medicação intramuscular foi o procedimento mais invasivo realizado.

Em relação ao período de atendimento das 00h00min a 05h59min, a regressão logística demonstrou também que a procura pelo atendimento foi resolvida com procedimento de medicação intramuscular, o que confere com a frequência de queixa mais expressiva ser relacionada a alguma dor ou desconforto, sendo uma real necessidade de procura pelo serviço na madrugada.

Em relação à variável encaminhamento, um estudo de coorte retrospectivo de 2016 realizado em um serviço de emergência de grande porte analisou 139.556 atendimentos e verificou que 62% da amostra foi encaminhada para alguma especialidade, dentre elas estão a clínica (62%), cirurgia (17,8%), ginecologia (8,5%), odontologia (6,5%), UBS (0,9%) e enfermagem (0,4%) (ANZILIERO et al., 2016).

Becker et al. (2015) verificou em seu estudo que 85,4% e 92,4% da população classificada como baixa prioridade, recebiam encaminhamentos para clínica e cirurgia, respectivamente. Tais dados são

bem distintos deste estudo, onde 93,8% da amostra não necessitou de nenhum encaminhamento.

Entretanto, dos 6,2% dos usuários que são encaminhados, 2,9% foram para UBS (Tabela 3) e ao contatar com o Responsável Técnico de enfermagem do serviço onde os dados foram coletados, este informou que a contrarreferência informa que tais pacientes acabam por não procurar o serviço primário após passagem pelo PS.

Demonstra-se finalmente que a população de usuários atendidos possui vínculo expressivo com a instituição hospitalar, representada por um serviço de urgência e emergência eficaz e de qualidade.

Os recursos da APS da cidade devem ser divulgados e promovidos entre os usuários do SUS, e estímulos para isso devem corroborar com o seu incremento.

A formação de vínculo entre o usuário e o equipamento de saúde é um dos fatores importantes para se estabelecer um adequado tratamento. A resolubilidade também é um fator indispensável na manutenção desse vínculo e na obtenção de resultados positivos para a saúde da população.

6. CONCLUSÃO

Quanto à análise e caracterização do perfil epidemiológico dos usuários atendidos e triados pelo sistema de Acolhimento com Classificação de Risco por Cores identificaram-se:

- a população mais prevalente foi a atendida pelo SUS; jovem; branca; solteira; sem comorbidades e que reside na cidade de Laranjal Paulista;
- os usuários procuram mais o serviço aos domingos e no período da manhã com queixas relacionadas a algum tipo de dor ou desconforto que foi tratado com procedimentos invasivos como medicações endovenosa e intramuscular;
- não foi identificado necessidade de realizar encaminhamento na maioria dos atendimentos, com baixa frequência de necessidade de internação ou de manter o paciente em observação na unidade;
- houve uma maior demanda de procura pelo serviço de usuários classificados como Baixo Risco, correspondente às cores Azul e Verde, respectivamente Não Urgente e Pouco Urgente;
- os atendimentos de Alto Risco foram a minoria e ocorreram em maior prevalência no período da madrugada e em idosos com comorbidades;
- os usuários adultos e idosos apresentaram mais comorbidades e necessitaram de mais procedimentos invasivos em comparação à população infantil;
- a regressão logística mostrou que o usuário de maior risco é aquele que foi atendido no período das 00h às 05h59, que necessitou verificar sinais vitais e teve como procedimentos a medicação por via subcutânea e via oral. Enquanto o fator de proteção é aquele usuário que necessitou de medicação por via intramuscular.

7. FINANCIAMENTO

Projeto Financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

A Diretoria da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP financiou as passagens intermunicipais para a discente – Botucatu/Laranjal Paulista – durante a coleta dos dados quantitativos, no período de outubro de 2019 a fevereiro de 2020.

8. REFERÊNCIAS

ACAR, T. M. A.; VIEIRA, L. H. T.; NETO, A. P. M. Relation between the prevalent nosology in hand trauma treatments and the medical procedure performed, Emergency Hospital João XXIII, Belo Horizonte/MG. Rev Med Minas Gerais 2020; 30: e-30113. DOI: 10.5935/2238-3182.20200060.

AFTAB, M. L.; HASSAN, N. U.; NASIR, M.; FATIMA, S.; HASSAN; N. Impact of triage System Implementation in Fatima Memorial Hospital Emergency Department. P J M H S Vol. 12, NO. 4, OCT – DEC 2018.

ALBUQUERQUE, E. S.; COSTA, M. T.; ARAÚJO, J. B.; VASCONCELOS, I. P. S.; SOUZA, E. L. A Política Nacional de Humanização e a formação dos profissionais de saúde. Saúde Coletiva, 2020; (10) N.59. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2020v10i59p4172-4183.

ALHABDAN, N.; ALHUSAIN, F.; ALHARBI, A.; ALSADHAN, M.; HAKAMI, M.; MASUADI, E. Exploring emergency department visits: factors influencing individuals' decisions, knowledge of triage systems and waiting times, and experiences during visits to a tertiary hospital in Saudi Arabia. International Journal of Emergency Medicine. (2019) 12:35. DOI: 10.1186/s12245-019-0254-7.

ALKMIM, A. K. S.; SANTOS, F.C. Perfil sociodemográfico e clínico dos idosos atendidos em uma unidade de pronto atendimento de Minas Gerais. REAS/EJCH. Vol. 12(9),e4209, 2020. DOI: 10.25248/reas.e4209.2020.

ANZILIERO F.; DAL SOLER, B. E.; SILVA, B. A.; BEGHETTO, M. G. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e

prioridade para atendimento em uma emergência. Rev Gaúcha Enferm. 2016 dez;37(4):e64753. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.04.64753.

AMTHAUER, C.; CUNHA, M. L. C. Manchester Triage System: main flowcharts, discriminators and outcomes of a pediatric emergency care. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016;24:e2779. DOI: 10.1590/1518-8345.1078.2779.

BARBOSA, A. P. C.; MATRONE, M. A.; SANTOS, T. I.; BORBA, A. M.; SEGUNDO, A. S. Análise epidemiológica das fraturas faciais no hospital e pronto socorro municipal de Cuiabá – Brasil. Revista Faipe, v.9, n.2, p.29-35, jul./dez. 2019.

BECKER, J. B.; LOPES, M. C. B. T.; PINTO, M. F.; CAMPANHARO, C. R. V.; BARBOSA, D. A.; BATISTA, R. E. A. Triage at the Emergency Department: association between triage levels and patient outcome. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(5):779-785. DOI: 10.1590/S0080-623420150000500011.

BELLUCCI, J. J. A.; VITURI, D. W.; VERSA, G. L. G. S.; FURUYA, P. S.; VIDOR, R. C.; MATSUDA, L. M. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2015. DOI: 10.12957/reuerj.2015.4976.

BENINI, F.; CONGEDI, S.; ROSSIN, S.; PENNELLA, A. The PIPER WEEKEND study. Children's and adults satisfaction regarding paediatric pain in Italian Emergency Department. Ann Ist Super Sanità. 2018; 54(1): 12-19. DOI: 10.4415/ANN_18_01_05.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990, 169º da Independência e 102º da República.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. Ministério da Saúde. – 3. Ed. Ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde). ISBN 85-334-1166-9.

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: MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde; Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): o que é e como implementar (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.080/90 / 1. Ed., 4. Reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Política Nacional de Humanização (PNH) - HumanizaSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da RAS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

CAMARGO, D. S.; CASTANHEIRA, E. R. L. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). Interface (Botucatu). 2020; 24 (Supl. 1): e190600. DOI: 10.1590/Interface.190600.

CAMPOS, T. S.; ARBOIT, E. L.; MISTURA, C.; THUM, C.; ARBOIT, J.; CAMPONOGARA, S. Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários. Rev Bras Promoç Saúde. 2020;33:9786. DOI: 10.5020/18061230.2020.9786.

CASTRO, L. S.; PESSOA, E. V. C.; PESSOA, N. M.; SIQUEIRA, H. D. S.; SIQUEIRA, F. F. F. S.; RODRIGUES, L. A. S. et al. Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em uma população da zona urbana do Maranhão. REAS/EJCH. Vol.Sup.18, e125, 2018. DOI: 10.25248/reas.e125.2019.

CAVALCANTE, R. B.; RATES, H. F.; CASTRO E SILVA, L. T.; MELLO, R. A.; DAYRREL, K. M. B. Acolhimento com Classificação de Risco: Proposta de Humanização nos Serviços de Urgência. R. Enferm. Cent. O. Min. 2012 set/dez; 2(3):428-437. DOI: 10.19175/recom.v0i0.288.

CHANG, W.; LIU, H. E.; GOOPY, S.; CHEN, L. C.; CHEN, H. J.; HAN, C. Y. Using the five-level Taiwan triage and acuity scale computerized system: factors in decision making by Emergency Department Triage Nurses. Clin Nurs Res. 2017;26(5):651-66. DOI: 10.1177/1054773816636360.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados [Internet]. Brasília: COFEN; 2009

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 423/2012. Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Risco [Internet]. Brasília: COFEN; 2012.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 544/2017. Revoga a Resolução COFEN nº 159/1993 – Consulta de Enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 2017.

COSTA, M. A. R.; SILVA, V. G. L. G.; BELLUCCI, J. J. A.; INOUE, K. C.; SALES, C. A.; MATSUDA, L. M. Admittance of risk-classified cases: assessment of hospital emergency services. Esc Anna Nery [Internet]. 2015; 19(3):491-7. DOI: 10.5935/1414-8145.20150065.

CULTZ, A. A configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2020.

DAMACENO, A. N.; LIMA, M. A. D. S.; PUCCI, V. R.; WEILLER, T. H. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. Rev. Enferm. UFSM – REUFSM. Santa Maria, RS, v. 10, e14, p. 1-14, 2020. DOI: 10.5902/2179769236832.

DAYTON, J. R.; DARK, C. K.; CRUZEN, E. S.; SIMON E. L. Acuity, treatment times, and patient experience in Freestanding Emergency Departments affiliated with academic institutions. American Journal of Emergency Medicine 36 (2018) 134-168. DOI: 10.1016/j.ajem.2017.07.004.

DONK, P. V.; TANTI, E. R.; PORTER, J. E. Triage and treat model of care: Effective management of minor injuries in the emergency department. Collegian. 2016 Mai 26; 24 (2017) 325–330. DOI:10.1016/j.colegn.2016.05.003.

EL RASSI, A. J.; NASCIMENTO, J. L. R.; DUARTE, L. C. R.; FREITAS, L. P.; DI FILICE, L. C.; MORAIS, L. T. et al. Epidemiologic profile of ophthalmic emergencies in a Tertiary University Hospital. Rev Bras Oftalmol. 2020;79 (4): 227-30. DOI: 10.5935/0034-7280.20200049.

FRANCO, B.; BUSIN, L.; CHIANCA, T. C. M.; MORAES, V. M.; PIRES, A. U. B.; LUCENA, A. F. Associações entre discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester e diagnósticos de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0131. DOI: 10.1590/1983-1447.2018.2017- 0131.

FREITAS, M. A. S.; ARAÚJO, M. R. N. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. Rev. Bras. Polít. Públicas, Brasília, v. 8, nº 3, 2018 p. 14-33. DOI: 10.5102/rbpp.v8i3.5739.

FORERO, R.; NAHIDI, S.; COSTA, J.; FATOVICH, D.; FITZGERALD, D.; TOLOO, S.; MCCARTHY, S.; MOUNTAIN, D.; GIBSON, N.; MOHSIN, M.; MAN, W. N. Perceptions and experiences of emergency department staff during the implementation of the four-hour rule/national emergency access target policy in Australia: a qualitative social dynamic perspective. BMC Health Services Research (2019) 19:82. DOI: 10.1186/s12913-019-3877-8.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health. 1987;10(1):1-.

GOMES, D. S. C.; CHERPAK, P. C. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes assistidos em um serviço de pronto atendimento referenciado para adultos na cidade do Recife. Monografia (Graduação em Medicina) - Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife, p.22. 2017.

GONÇALES, P. C.; JÚNIOR, D. P.; SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M. Relationship between risk stratification, mortality and length of stay in an Emergency Hospital. Invest Educ Enferm. 2015;33(3): 424-431. DOI: 10.17533/undea.iee.v33n3a05.

GONÇALES, A. V. F.; BIERHALS, C. C. K.; PASKULIN, L. M. G. Acolhimento com classificação de risco em serviço de emergência na perspectiva do idoso. Rev. Gaúcha Enferm. Jul/Set 2015. vol.36 no.3. DOI: 10.1590/1983- 1447.2015.03.52422.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Rev. Bras. Enferm.* 2013;66(1):31-37. DOI: 10.1590/s0034-71672013000100005.

GUEDES, H. M.; MARTINS, J. C. A.; CHIANCA, T. C. M. Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. *Rev Bras Enferm.* 2015 jan-fev;68(1):45-51. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680107p.

GUEDES, H. M.; Souza, K. M.; LIMA, P. O.; MARTINS, J. C. A.; CHIANCA T. C. M. Relação entre queixas apresentadas por pacientes na urgência e o desfecho final. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* Jul.-ago. 2015; 23(4):587-94. DOI: 10.1590/0104-1169.0227.2592.

HERMIDA, P. M. V.; NASCIMENTO, E. R. P.; ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M.; MALFUSSI, L. B. H. User embracement with risk classification in an emergency care unit: an evaluative study. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03318. DOI: 10.1590/S1980-220X2017001303318.

HERRERA-ESCOBAR, J. P.; COLUMBUS, A.; CASTILLO-ANGELES, M.; RIOS-DIAZ, A. J.; WEED, C. N.; KASOTAKIS, G. et al. Discontinuity of Patient-Provider Communication throughout the Phases of Care: Time to Be More Patient Centered in Trauma? *J AM Coll Surg.* Scientific Poster Presentations: 2017 Clinical Congress, e176. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2017.07.1006.

HERTEL, V. L.; GUIMARÃES, K. S.; CARDOSO, R. A. O. Perfil sociodemográfico e clínico dos usuários de um pronto Socorro de uma instituição do Vale do Paraíba. *Rev. Ciências em Saúde* v7, n2, 2017. DOI: 10.21876/rcsfmit.v7i2.662.

HUANG, Y. H.; SABLJAK, L. L. A.; PUHALA, Z. A. Emergency department patient experience and waiting time. *Correspondence / American Journal of Emergency Medicine* 36 (2018) 498-523. DOI: 10.1016/j.ajem.2017.07.093.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).

IMPROTA, G. et al. Lean thinking to improve emergency department throughput at AORN Cardarelli hospital. *BMC Health Services Research*. (2018) 18:914. DOI: 10.1186/s12913-018-3654-0.

LAUER, P. C. Apoio no SUS: potências e desafios na efetivação das Redes de Atenção à Saúde. 2018. 80 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2018.

MARCONATO, R. S. & MONTEIRO, M. I. Risk classification priorities in an emergency unit and outcomes of the service provided. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25: e2974. DOI: 10.1590/1518-8345.2345.2974.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E, Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. P. 3-24.

MELO, J. V.; SANTOS, A. L. M.; FARIA, L. R.; ALVES, W. A.; REZENDE, A. A. A.; CALÁBRIA, L. K. Perfil de saúde dos idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) em Ituiutaba, Minas Gerais. *Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul*, v. 15, n. 53, p. 66-75, jul./set., 2017. DOI: 10.13037/ras.vol15n53.4730.

MENESES, M. O.; GOMES, A. T.; MARQUES, J. S.; BRANDÃO, S. A. S. M.; LEAL, S. R. M. D. Processo de territorialização realizado em unidades básicas de saúde sob o olhar da enfermagem. BJSCR. Vol.26, n.2, pp.33-37, Mar – Mai,2019. ISSN online: 2317-4404.

MOLL, M. F.; GOULART, M. B.; CAPRIO, A. P.; VENTURA, C. A. A.; OGOSHI, A. A. C. M. O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. Rev enferm UFPE on line., Recife, 11 (1):86-93, jan., 2017. DOI: 10.5205/reuol.9978-88449-6-11O1201711.

MUKAMEL, D. B.; LADD, H.; AMIN, A.; SORKIN, D. H. Patients' preferences over care settings for minor illnesses and injuries. Health Serv Res. 2019;54:827-838. DOI: 10.1111/1475-6773.13154.

NAKATA, L. C.; FELTRIN, A. F. S.; CHAVES, L. D. P.; FERREIRA, J. B. B. Concept of health care network and its key characteristics: a scoping review. Esc Anna Nery. 2020;24(2):e20190154. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154.

NETO, A. V. L.; NUNES, V. M. A.; FERNANDES, R. L.; BARBOSA, I. M. L.; CARVALHO, G. R. P. Acolhimento e Humanização da Assistência em Pronto-Socorro Adulto: Percepções de enfermeiros. Rev. Enferm. UFSM. 2013;3(2):276–86. DOI: 10.5902/217976928279.

NISHI, F. A.; POLAK, C.; CRUZ, D. A. L. M. Sensitivity and specificity of the Manchester Triage System in risk prioritization of patients with acute myocardial infarction who presented with chest pain. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2018. DOI: 10.1177//474515118777402.

NORBERG, G.; SUNDSTRÖM, B. W.; CHRISTENSSON, L.; NYSTRÖM, M.; HERLITZ, J. (2015) Swedish emergency medical services' identification of potential candidates for primary healthcare: Retrospective patient record study, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33:4, 311-317, DOI: 10.3109/02813432.2015.1114347.

O'CATHAIN, A.; CONNELL, J.; LONG, J.; COSTER, J. 'Clinically unnecessary' use of emergency and urgent care: A realist review of patients' decision making. *Health Expectations*. 2019; 00:1-22. DOI: 10.1111/hex.12995.

OLIVEIRA, D. A.; GUIMARÃES, J. P. A. A Importância do Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*. 2013;2(2):26-44.

OLIVEIRA, G. N.; VANCINI-CAMPANHARO, C. R.; LOPES, M. C. B. T.; BARBOSA, D. A.; OKUNO, M. F. P.; BATISTA, R. E. A. Correlation between classification in risk categories and clinical aspects and outcomes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2842. DOI: 10.1590/1518-8345.1284.2842.

OLIVEIRA, G. N.; VANCINI-CAMPANHARO, C. R.; OKUNO, M. F. P.; BATISTA, R. E. A. (2013). Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2), 500–506. DOI:10.1590/s0104-11692013000200005.

OLIVEIRA, S. N. et al. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: Percepção da Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(1): 238-44. DOI: 10.1590/0104-07072015003390011.

ÖZHANLI, Y.; AKYOLCU, N. (2020). Satisfaction of patients with triage and nursing practice in emergency departments. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 28(1), 49-60. DOI: 10.5152/FNJN.2020.18041.

PAIXÃO, T. C. R.; CAMPANHARO, C. R. V.; LOPES, M. C. B. T.; OKUNO, M. F. P.; BATISTA, R. E. A. Nursing staff sizing in the emergency room of a university hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(3):486-493. DOI: 10.1590/S0080-623420150000300017.

PAULA, C. F. B.; RIBEIRO, R. C. H. M.; WERNECK, A. L. Humanização da assistência: acolhimento e triage na classificação de risco. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 13(4):997-1005, abr., 2019. DOI: 10.5205/1981-8963-v13i04a238728p997-1005-2019.

PEREIRA, J. A.; RUAS, J. P. P.; FLAUSINO, V. O.; BARBOSA, A. F. N.; FERREIRA, T. V. S.; CORREIA, T. C. Perfil epidemiológico da demanda em unidades de emergência hospitalar: uma revisão de literatura. *REAS/EJCH*. Vol.SP.32, e1178, 2019. DOI: 10.25248/reas.e1178.2019.

PEREIRA, R. A.; COELHO, C. F. C. Implantação do acolhimento com classificação de risco na rede hospitalar e seu impacto na atenção primária a saúde. *Rev extensão* – 2019 – v.3, n.1.

RATES, H. F.; ALVES M.; CAVALCANTE, R. B. O processo de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco. *REME – Rev Min Enferm*. 2016; 20: e969. DOI: 10.5935/1415-2762.20160039.

RECH, R. S.; HUGO, F. N.; GIORDANI, J. M. A.; PASSERO, L. G.; HILGERT, J. B. Contextual and individual factors associated with dissatisfaction with public emergency health services in Brazil, 2011-2012.

Cad. Saúde Pública 2018; 34(1):e00175416. DOI: 10.1590/0102-311X00175416.

SACOMAN, T. M.; BELTRAMMI, D. G. M.; ANDREZZA, R.; CECÍLIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v.43, n.121, p. 354-367, abr-jun, 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912105.

SILVA, A. D. C.; CHIANCA, T. C. M.; PÁDUA, D. R.; GUIMARÃES, G. L.; MANZO, B. F.; CORREA, A. R. Characteristics of care of a public emergency room according to the Manchester Triage System. Rev Min Enferm. 2019;23:e-1178. DOI: 10.5935/1415-2762.20190026.

SILVA, K. S.; SANTOS, A. M.; CARVALHO, J. A.; KOCHERGIN, C. N.; ALMEIDA, P. F. Percepção de gestores e enfermeiros sobre a organização do fluxo assistencial na rede de serviços de saúde. Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2017 abr.-jun.; 11(2). DOI: 10.29397/reciis.v11i2.1226.

SILVA, P. L., PAIVA, L.; FARIA, V. B.; OHL, R. I. B.; CHAVAGLIA, S. R. R. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(3):427-432. DOI: 10.1590/S0080-623420160000400008.

SILVA, R. C. F.; SANTOS, E. R. R.; MARTELLI, P. J. L.; SOBRINHO, J. E. L.; SOUTO, C. C. L. A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300331, 2020. DOI: 10.1590/S0103-73312020300331.

SILVA, V. B.; SOUZA, J. F.; HANG, A. T.; FILHO, J. D. S.; MARTELLET, M. G.; XAVIER, J. M. Qualificando profissionais de saúde para o acolhimento

com classificação de risco: um relato de experiência. Rev. Saúde Digital Tec. Educ., Fortaleza, CE, v. 5, n. 1, p. 88-98, jan./abr. 2020. DOI: 10.36517/resdite.v5.n1.2020.re8.

SOUZA, C. C.; DINIZ, A. S.; SILVA, L. L. T.; MATA, L. R. F.; CHIANCA T. C. M. Nurses' perception about risk classification in an emergency service. Invest Educ Enferm [Internet]. 2013;32(1):78-86.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D., CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo) 8 (2010):102-106.

SOUZA, Q. V. Padrão protocolar suficiente e necessário para qualificar o processo de acolhimento com classificação de risco nas unidades de pronto atendimento – UPAS vinculadas à secretaria municipal de saúde do Florianópolis. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade do Sul de Santa Catarina. Santa Catarina, p.20. 2020.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 [Internet]. Adelaide: JBI; 2015. Available from: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

TIENSOLI, S. D.; SANTOS, M. L.; MOREIRA, A.D.; CORRÊA, A. R.; GOMES, F. S. L. Características dos idosos atendidos em um pronto-socorro em decorrência de queda. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20180285. DOI: 0.1590/1983-1447.2019.20180285.

VERSA, G. L. G. S.; VITURI, D. W.; BURIOLA, A. A.; OLIVEIRA, C. A.; MATSUDA, L. M. (2014). Assessment of user embracement with risk rating in emergency hospital services. Revista Gaúcha de Enfermagem, 35(3), 21–28. DOI:10.1590/1983-1447.2014.03.45475.

VIVEIROS, W. L.; OKUNO, M. F. P.; CAMPANHARO, C. R. V.; LOPES, M. C. B. T.; OLIVEIRA, G. N.; BATISTA, R. E. A. Pain in emergency units: correlation with risk classification categories. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3070. DOI: 10.1590/1518-8345.2415.3070.

WEYKAMP, J. M.; PICKERGILL, C. S.; CECAGNO, D.; VIEIRA, F. P.; SIQUEIRA, H. C. H. Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. *Rev RENE* [Internet]. 2015;16(3):327-36. DOI: 10.15253/2175-6783.2015000300005.

YANG, Z.; YANG, R.; KWAK, M. J.; QDAISAT, A.; LIN, J.; BEGLEY, C. E. et al. (2018) Oncologic emergencies in a cancer center emergency department and in general emergency departments countywide and nationwide. *PLoS ONE* 13(2): e0191658. DOI: 10.1371/journal.pone.0191658.

9. APÊNDICES E ANEXOS

9.1 Apêndice 1

Em 2303 (66,4%) dos atendimentos não estava relatada a presença de comorbidade. Dentre as comorbidades identificadas tem-se: hipertensão em 328 (9,5%) usuários; alergia em 254 (7,3%), Diabetes (I e II) em 164 (4,7%), Gestação/Puerpério em 148 (4,3%), Doença Respiratória em 52 (1,5%), Transtorno Mental 43 (1,2%), Doença Cardiocirculatória 39 (1,1%), Câncer/Tumor 23 (0,7%), Doença Neurológica 24 (0,7%), Outras 16 (0,5%), Doença Endocrinológica 14 (0,4%), Doença Hepática 12 (0,3%), Etilista 12 (0,3%), Doença Renal 9 (0,3%), Dor Crônica 9 (0,3%), Tabagista 7 (0,2%), Usuário de Droga 7 (0,2%), Doença Gastrointestinal 6 (0,2%) e Doença Musculoesquelética 6 (0,2%).

O principal motivo de procura no PS foi para Dor e Desconforto com 1477 (42,6%), seguido de Processos Infeciosos e Inflamatórios com 328 (9,5%), Queixa Gastrointestinal 286 (8,2%), Queixas Não Informadas (NI) 288 (8,3%), Queixa Respiratória 246 (7,1%), Trauma 215 (6,2%), Queixa Neurológica 117 (3,4%), Ferimentos 112 (3,2%), Outras Queixas 83 (2,4%), Alterações Pressóricas 53 (1,5%), Alcoolismo 30 (0,9%), Queixa Psiquiátrica 28 (0,8%), Queixa Ortopédica 27 (0,8%), Gripe/Resfriado 25 (0,7%), Queixa Dermatológica 24 (0,7%), Acidente com animais peçonhentos e insetos 23 (0,7%), Violência Física 20 (0,6%), Intoxicação 15 (0,4%), Queixa Menstrual 14 (0,4%), Alterações Glicêmicas 13 (0,4%), Hemorragia 12 (0,3%), Corpo Estranho 10 (0,3%), Queixa Urinária 8 (0,2%), Avaliação 7 (0,2%), Queixa Genital 3 (0,1%), Remoção de Dispositivos Médicos 2 (0,0%) e Receituário 1 (0,0%).

Os diagnósticos médicos identificados foram agrupados de acordo com o Código Internacional de Doença (CID) e estão representados a

seguir com suas respectivas frequência e porcentagem:

- A00 – B99 Doenças infecciosas e parasitárias 249 (7,2%);
- C00 – D48 Neoplasias (tumores) 2 (0,0%);
- D50 – D89 Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários 5 (0,1%);
- E00 – E90 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas 47 (1,4%);
- F00 – F99 Transtornos mentais e comportamentais 44 (1,3%);
- G00 – G99 Doenças do Sistema Nervoso 43 (1,2%);
- H00 – H59 Doenças do olho e anexos 19 (0,5%);
- H60 – H95 Doenças do ouvido e da apófise mastóide 56 (1,6%);
- I00 – I99 Doenças do aparelho circulatório 116 (3,3%);
- J00 – J99 Doenças do aparelho respiratório 513 (14,8%);
- K00 – K93 Doenças do aparelho digestivo 178 (5,1%);
- L00 – L99 Doenças da pele e do tecido subcutâneo 55 (1,6%);
- M00 – M99 Doenças do Sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo 398 (11,5%);
- N00 – N99 Doenças do aparelho geniturinário 154 (4,4%);
- O00 – O99 Grávidas, parto e puerpério 14 (0,4%);
- P00 – P96 Algumas afecções originadas no período perinatal 1 (0,0%);
- R00 – R99 Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte 762 (22,0%);
- S00 – T98 Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas 503 (14,5%);
- V01 – Y98 Causas externas de morbidade e de mortalidade 30 (0,9%).

9.2 Anexo 1

	UNESP -FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU	
---	---	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE USUÁRIOS DE UM PRONTO SOCORRO DO INTERIOR PAULISTA.

Pesquisador: Bianca lauch

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08066818.7.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.226.859

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por Bianca Lauch e orientador pela professora Dra. Cassiana Mendes Berioncello Fontes do Departamento de Enfermagem. O projeto propõe um estudo retrospectivo, descritivo, qualitativo e quantitativo a ser conduzido na Santa

Casa de Laranjal Paulista. Depois do atendimento e tratamento oferecido pela equipe de saúde ao paciente os mesmos serão convidados a participar do estudo. Será realizada entrevista com previsão de duração de 15 minutos. Serão coletadas variáveis quantitativas (idade, sexo, raça, estado civil, procedência, motivo da procura do serviço, tipo de convênio, cor da classificação de risco, encaminhamentos, tratamentos, hipóteses diagnósticas e desfecho final). Quanto a análise qualitativa será obtida por dados demográficos e será realizada a pergunta norteadora "Como você experienciou a triagem do seu atendimento nesse serviço pela classificação por cores?"

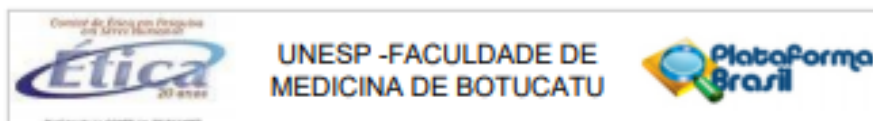
Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar o perfil epidemiológico e de atendimentos realizados e, caracterizar os fluxogramas dos atendimentos mais frequentes pelo sistema de Classificação de Risco por cores utilizado; compreender a experiência dos usuários adultos maiores de 18 anos atendidos no serviço de urgência e emergência e triados pelo sistema de Classificação de Risco por cores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores relatam que: "O usuário não correrá o risco de não ser atendido no pronto

Endereço: Chácara Butignoli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.226.859

socorro pois iremos entrevistá-lo depois do seu atendimento concluído. Um risco relativo ao projeto será o fato do usuário não querer aceitar a participar da pesquisa." Em caráter orientativo esclarece-se que no item riscos deve ser reportado pelos pesquisadores os possíveis riscos ao participante da pesquisa. Assim, existe um risco

quanto ao sigilo ético o que os pesquisadores afirmam que as entrevistas serão em sala reservada para garantir o sigilo. Quanto aos benefícios, o benefício da pesquisa seria que os resultados poderiam trazer informações para aprimorar o atendimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora enviou carta ao CEP esclarecendo que a discrepância no n amostral se deveu a erro de digitação e, que o correto é o n de 50 que consta na folha de rosto. Embora não tenha realizado a correção em tamanho amostral na plataforma Brasil a avaliação realizada por este colegiado com base na carta resposta do pesquisador considerou o n de 50 como o tamanho amostral válido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram apresentados os documentos obrigatórios conforme seguem:

- folha de rosto adequadamente preenchida e assinada pelo diretor da instituição proponente;
- anuência do Escritório de Apoio à Pesquisa (EAP) em cumprimento ao fluxo institucional de projetos de pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu e Hospital das Clínicas da FMB;
- anuência do Instituto Imadade da Santa Casa de Misericórdia de Laranjal Paulista;
- O TCLE está redigido na forma de convite, em linguagem acessível, garantindo o sigilo e com todas as informações necessárias ao participante sendo considerado adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVADO o projeto de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

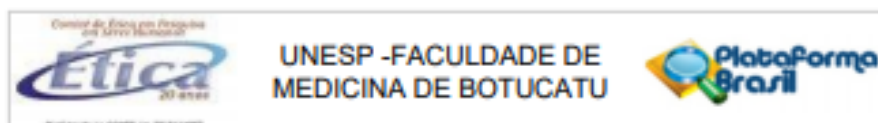
Conforme deliberação do Colegiado em reunião EXTRAORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 26 de MARÇO de 2019, o projeto reanalisado está APROVADO para ser iniciado, sem (com) necessidade de envio à CONEP.

No entanto, ao final da execução do projeto de pesquisa, é necessário enviar o "Relatório Final de Atividades", na forma de "NOTIFICAÇÃO", via sistema Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Endereço: Chácara Butignoli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3883-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.226.858

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PIB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1268056.pdf	13/03/2019 17:54:51		Aceito
Outros	cartaresposta.pdf	13/03/2019 17:54:26	Bianca lauch	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	13/02/2019 11:38:14	Bianca lauch	Aceito
Outros	entrevista.pdf	12/02/2019 14:35:14	Bianca lauch	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	18/12/2018 13:30:55	Bianca lauch	Aceito
Outros	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	18/12/2018 13:29:38	Bianca lauch	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	consentimento.pdf	18/12/2018 13:03:28	Bianca lauch	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	casa.pdf	18/12/2018 13:03:05	Bianca lauch	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 27 de Março de 2019

Assinado por:

SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Sulgnoti, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3883-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br