



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LARISSA OLIVEIRA DE JESUS

**PERFIL DO ATENDIMENTO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO  
DE RISCO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

SANTO ANTONIO DE JESUS  
2016

LARISSA OLIVEIRA DE JESUS

PERFIL DO ATENDIMENTO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE  
RISCO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Msc. Ana Paula Santos de Jesus

SANTO ANTONIO DE JESUS  
2016

**LARISSA OLIVEIRA DE JESUS**

**PERFIL DO ATENDIMENTO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Aprovado em 15 de fevereiro de 2016.

**Banca Examinadora**

---

Ana Paula Santos de Jesus – Orientadora  
Mestre em Enfermagem – Universidade Federal da Bahia (UFBA)  
Professora Assistente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

---

Djanilson Barbosa dos Santos – Membro Interno  
Doutor em Saúde Pública – Universidade Federal da Bahia (UFBA)  
Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

---

Edna Souza Aquino – Membro Externo  
Especialista em Saúde Pública – Universidade Estácio de Sá  
Gerente de Enfermagem do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus – BA

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me dar forças e acalento nos momentos difíceis, por me amparar nas fraquezas, sem Ti eu nada seria, toda honra e toda glória seja dada a Ti.

À minha mãe, Marisa, meu maior exemplo de fé e perseverança e de que para conquistarmos qualquer coisa precisamos de dedicação e luta, me fazendo sempre acreditar que posso ir mais além. Obrigada por todo amor, incentivo e apoio incondicional. Obrigada por além de ser mãe, ser pai, essa conquista é sua. Te amo!

A minha irmã, Laiza, que com uma simples conversa conseguia acalmar meu coração, me dando forças para continuar, me fazendo confirmar que a família é nosso bem mais precioso. Você foi essencial para que eu concluísse mais uma etapa.

A minha vó Carlinda (in memoriam), que apesar de não se encontrar presente fisicamente, sei que de onde você está com certeza deve estar feliz e orgulhosa por essa minha vitória.

Agradeço também aos meus tios (as), primos (as), por todo carinho e apoio, cada um à sua maneira, mas todos de um modo especial. As minhas primas Calila e Tainá, por todo amor e incentivo destinados a mim, desde a infância, até os dias de hoje. Sou grata a vocês por tudo.

A todos os amigos de longa data, aqueles que estão comigo desde que me entendo por gente, sempre torcendo e vibrando com cada conquista minha. Em especial a Uillian, Mateus, Janine, Dalila, Luiza, Naiara. Tenham certeza que apesar de distantes fisicamente, o amor não muda.

A Taise, por toda amizade, carinho, apoio, incentivo. Sou imensamente grata por toda ajuda em vários momentos da minha vida, muito em breve será você com o seu TCC e eu estarei aqui para te apoiar também.

A família que construí em Santo Antonio de Jesus (Keu, Rafa, Gui, Jay, Bella e Sara), vocês foram peças imprescindíveis na minha caminhada, os levarei comigo para sempre.

Aos colegas de sala que se tornaram amigos, sendo os presentes conquistados na UFRB. Em especial Ainara, Elaine e Natali, sem vocês eu não teria chegado até aqui. Muito obrigada, lindas!

A Thiago pelo incentivo nas horas mais difíceis, por suportar à sua maneira os meus momentos de estresse, e ainda conseguir arrancar sorrisos em meio a tudo isso.

A todos os mestres da minha trajetória acadêmica desde o ensino fundamental e médio (Centro Educacional Atenas), por todo carinho e incentivo tanto na escolha acadêmica, como na vida pessoal. A todos os docentes da UFRB por compartilharem e transmitirem conhecimentos e experiências, em especial as Professoras Francine, Patrícia Marques e Nêda.

A minha orientadora, amiga e incentivadora, Prof<sup>a</sup> Msc. Ana Paula, por ser exemplo de profissionalismo, competência, garra, força. Meu muito obrigada, serei eternamente grata por todo carinho, paciência, pelos puxões de orelha, mensagens de incentivo, risos e lágrimas ao longo dessa nossa trajetória, tornando o caminho menos árduo.

Ao Professor Dr. Djanilson e a Enfermeira Edna, pela disponibilidade em compor a banca examinadora deste trabalho.

JESUS, Larissa Oliveira de. Perfil do atendimento no acolhimento com classificação de risco em unidade de emergência. 71fls. 2015.Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2016.

## RESUMO

O estudo tem como objetivo caracterizar o atendimento realizado no serviço de acolhimento com avaliação e classificação de risco (AACR) em uma unidade de emergência. Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa, realizado em uma unidade de emergência de um hospital público da Bahia. Foram analisadas 1400 fichas de atendimento de pacientes com idade acima de 18 anos que passaram pelo AACR no período de dezembro/2014 a junho/2015. Os dados foram coletados através de formulário estruturado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, e analisados por meio da estatística descritiva utilizando o Programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22 for Windows. Os resultados apontaram que na população estudada predominaram os atendimentos de pacientes do sexo feminino (51,8%), faixa etária de 18 a 39 anos (52,7%) com média de idade aproximada de 42 anos, e residentes no município de Santo Antonio de Jesus (84,2%). Em relação a procedência, 95,9% vieram da própria residência, sendo 75,1% atendidos por médico clínico e 68% foram avaliados no consultório médico e receberam alta hospitalar em seguida. A maioria dos pacientes chegaram ao serviço para atendimentos no período matutino (39,6%), sendo a terça-feira o dia da semana de maior procura (16,6%). Em relação a classificação de risco, a maior prevalência foi para a classificação de cor verde, com 69,2% seguida da cor azul com 19,2%. Tratando-se de doenças crônicas prevalentes, 13,9% apresentaram Hipertensão Arterial, 7,3% Diabetes Mellitus e 3% Câncer. A principal queixa dos pacientes correspondeu a dor (66,4%), seguido de problemas inespecíficos (19,9%), dentre os quais estão inclusos mal-estar, tontura, entre outros. Conclui-se, portanto, que há a necessidade de reestruturação e organização da rede de saúde do município, pois é necessária a articulação entre os diversos níveis de atenção à saúde, bem como o desenvolvimento de atividades educativas junto aos usuários, no que concerne ao esclarecimento dos conceitos de urgências e emergências, bem como a finalidade do serviço de acolhimento com classificação de risco.

**Palavras-chave:** Acolhimento, Serviço Hospitalar de Emergência, Perfil de Saúde.

JESUS, Larissa Oliveira. Profile service at reception with credit rating in emergency unit .. 71fls. 2015. Trabalho Completion of course (Graduation) - Federal University of Bahia Reconcavo, 2016.

### **ABSTRACT**

The study aims to characterize the services provided in the host service with risk assessment and classification (AACR) in an emergency room. It is a cross-sectional and descriptive study with a quantitative approach performed in an emergency room of a public hospital in Bahia. It was analyzed 1400 records of patients over the age of 18 who has been at the AACR from December / 2014 to June / 2015. Data were collected with a appropriate form after approval by the Research Ethics Committee under number XX and analyzed using descriptive statistics using Statiscal Program Package for the Social Sciences (SPSS) version 22 for Windows. The results showed that in the study population predominated the female patient visits (51.8%), range 18-39 years (52.7%) with a mean age of about 42 years, and residents in the municipality of San Antonio Jesus (84.2%). Regarding the origin, 95.9% came from own home, in which 75.1% attended by general practitioner and 68% were evaluated at the doctor's office and then discharged. Most patients came to the service in the morning (39.6%), and on Tuesday, the day of peak demand (16.6%). Regarding the risk rating, the highest prevalence was to green color with 69.2%, followed by the blue color with 19.2%. In the case of prevalent chronic diseases, 13.9% had Hypertension, 7,3 had Diabetes Mellitus and 3% had cancer. The main complaint of patients corresponded to pain (66.4%), followed by non-specific problems (19.9%), among which are included malaise, dizziness. It follows, therefore, that there is a need for restructuring and organizing the municipal networks as the relationship between the various health care levels is required as well as the development of educational activities with the users, regarding the clarification of the concepts of emergency care and the purpose of hosting service with risk rating.

**Keywords:** User Embracement, Emergency Service, Health Profile

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Rede de Atenção às Urgências do Estado da Bahia, 2015.	19
Figura 2: Núcleos Regionais de Saúde do Estado da Bahia, 2015.	20
Gráfico 1: Distribuição dos pacientes atendidos no AACR segundo antecedentes pessoais. Santo Antônio Antonio de Jesus, BA. 2014-2015.	29
Gráfico 2: Distribuição dos pacientes atendidos no AACR segundo as doenças mais prevalentes e faixa etária. Santo Antônio Antonio de Jesus, BA, 2014-2015.	30
Gráfico 3: Distribuição das doenças prevalentes segundo sexo. Santo Antônio de Jesus, BA, 2014-2015.	30
Gráfico 4: Distribuição dos pacientes segundo as queixas apresentadas. Santo Antonio de Jesus, BA, 2014- 2015.	31
Gráfico 5: Percentual de pacientes atendidos no AACR segundo tipo de dor apresentada. Santo Antonio de Jesus, BA, 2014- 2015.	33
Gráfico 6: Distribuição dos pacientes segundo o dia da semana que foi atendido na Unidade de Emergência. Santo Antônio de Jesus, BA, 2014 - 2015.	37
Gráfico 7: Distribuição dos pacientes segundo a gravidade do problema e classificação de risco por cores. Santo Antonio de Jesus, BA, 2014-2015.	37
Gráfico 8: Distribuição dos pacientes segundo classificação de risco e tempo de espera para o atendimento médico após o AACR. Santo Antônio Antonio de Jesus, BA, 2014-2015.	38



## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1: Distribuição dos pacientes atendidos no ACCR segundo características sociodemográficas. Santo Antonio de Jesus, BA. 2014-2015. 28
- Tabela 2: Distribuição dos pacientes atendidos na Unidade de Emergência segundo as queixas referentes a problema respiratório, cardiológico e neurológico. Santo Antonio de Jesus - BA, 2014-2015. 31
- Tabela 3: Distribuição dos pacientes atendidos por intoxicação exógena e problemas inespecíficos. Santo Antonio de Jesus, BA, 2014-2015. 32
- Tabela 4: Distribuição dos pacientes atendidos segundo localização do trauma. Santo Antonio de Jesus, BA, 2014-2015. 33
- Tabela 5: Distribuição dos pacientes segundo procedência, especialidade médica e desfecho. Santo Antonio de Jesus, BA, 2014-2015. 33
- Tabela 6: Distribuição dos pacientes segundo horário de chegada na UE, classificação de risco, atendimento médico e alta. Santo Antônio de Jesus, BA, 2014- 2015. 35

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AACR	Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AME	Assistência Médica Especializada
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIAVE	Centro Antiveneno da Bahia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HRSAJ	Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMSA	Região Metropolitana de Salvador Ampliada
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SHE	Serviço Hospitalar de Emergência
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SUE	Serviço de Urgência e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
UBS	Unidade Básica de Saúde
UE	Unidade de Emergência
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
2.1	OBJETIVO GERAL	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>16</b>
3.1	REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	16
3.2	ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA REDE HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	21
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>25</b>
4.1	DESENHO DO ESTUDO	25
4.2	LOCAL DO ESTUDO	25
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	26
4.4	COLETA DE DADOS	26
4.5	DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS	26
4.6	ANÁLISE DE DADOS	27
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	27
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>28</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>36</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>50</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>53</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>59</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A procura por atendimentos no âmbito dos Serviços de Urgência e Emergência (SUE) vem apresentando elevado crescimento, sendo diversos os motivos, tais como: aumento da violência, questões socioeconômicas, e a escassez em resolutivas ações e serviços de saúde. Desta forma, essa busca dos usuários ao SUE acontece sem organização, o que gera sobrecarga nas emergências de todo o país (CAVEIÃO et al., 2014).

Com essa crescente demanda, torna-se necessária a reorganização do processo de trabalho destes serviços de saúde, de forma que ele possa atender os diferentes graus de necessidades e apresente resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos, tornando a assistência mais humanizada, deixando de ser realizada de maneira impessoal e por ordem de chegada (BRASIL, 2004).

Não é possível organizar hospitais terciários de urgência e emergência sem encaminhar para os serviços de baixa complexidade o grande número de pessoas portadoras de urgências menores. Entretanto, para que esses usuários sejam atendidos na atenção primária à saúde, é necessário que haja um modelo de atenção adequado às demandas das condições crônicas, para assim atender as urgências menores e, no médio e longo prazo, diminuir essa sobrecarga nas unidades de emergência (AZEVEDO et al., 2010).

Vale destacar que cada grupo populacional apresenta um padrão na utilização dos serviços de saúde, isso pode ser justificado pelo perfil de necessidade em saúde da população. As preferências e as escolhas desses usuários influenciam diretamente, tanto na procura desses serviços quanto na forma como a rede está estruturada (O'DWYER; MATA; PEPE, 2008).

Diante deste cenário, o Ministério da Saúde lançou em 2004 a Política Nacional de Humanização (PNH) que estabelece a ferramenta do “acolhimento com avaliação e classificação de risco” como instrumento modificador do trabalho e produção da saúde, principalmente, nos serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2004).

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, ou seja, pode ser entendido como uma atitude de inclusão, de apresentar relação com algo ou alguém. Para tanto, requer uma prestação de atendimento com responsabilidade, resolutividade e, quando necessário, orientar o usuário e a família acerca da continuidade da assistência em outros serviços, através de articulações a fim de garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2009).

A classificação de risco pode ser denominada como um processo dinâmico de identificação, que considera o potencial de risco, os agravos à saúde e o grau de sofrimento dos pacientes. Tem como objetivo avaliar o paciente assim que ele chega à unidade, humanizando o atendimento, uma vez que é determinada a área de atendimento primário e o tempo de espera para o atendimento médico levando em consideração a gravidade do paciente (GUEDES et al., 2014).

De acordo com a Resolução nº 423/2012 do Conselho Federal de Enfermagem no âmbito da equipe de enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em serviços de urgência é privativa do enfermeiro, e para executá-la o mesmo deverá estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento.

A utilização de escalas/protocolos que estratifiquem o risco em cinco níveis tem sido recomendada, já que apresentam maior fidedignidade, validade e confiabilidade ao avaliar o estado clínico do paciente. Dentre as escalas/ protocolos mais utilizados, pode-se citar: a escala norte-americana – Emergency Severity Index (ESI), escala australiana – Australasian Triage Scale (ATS), o protocolo canadense – Canadian Triage Acuity Scale (CTAS©) e o protocolo inglês Manchester Triage System – protocolo de Manchester (SOUZA et al., 2011).

O protocolo de Manchester é o que mais vem se destacando dentre os protocolos direcionadores da classificação de risco. Sendo amplamente empregado dentro dos serviços de urgência e emergência. Vale salientar, que este é um protocolo elaborado por médicos e enfermeiros atuantes em serviços de urgência, dividido em cinco cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e vermelho (DINIZ et al., 2014).

O Ministério da Saúde, criou o seu próprio protocolo para a classificação de risco, o qual é dividido em quatro cores: vermelho, amarelo, verde e azul. Sendo que o vermelho é destinado para pacientes com risco de morte, os quais necessitam de atendimento imediato, o amarelo para pacientes críticos e semicríticos, já aqueles classificados com a cor verde, correspondem aos casos não urgentes e o azul, para consultas de baixa complexidade (ROSSANEIS et al., 2011; BRASIL, 2009).

Entretanto ressalta-se que a realização da classificação de risco de forma isolada não garante uma melhoria na qualidade da assistência. Dessa maneira, é necessária a construção de pactuações internas e externas de modo a viabilizar o processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção. Ademais, com a organização do acesso aos serviços de urgência e emergência no Sistema Único de Saúde (SUS), espera-se que seja levada em consideração a relação entre o perfil epidemiológico e sanitário da

população e a oferta de serviços e os orçamentos públicos, sem restrições injustificadas ou que comprometam o direito à saúde (CONASS, 2009; DUBEUX, FREESE; FELISBERTO, 2013).

A justificativa deste trabalho destaca-se pela organização dos serviços de urgência e emergência, ser uma importante área de atuação do enfermeiro, pois são articuladas ações assistenciais e gerenciais relativas ao cuidado e à unidade. E conhecer as características do atendimento realizado no setor de acolhimento com classificação de risco e o perfil da clientela assistida em uma unidade de emergência contribuirá, através do fornecimento de informações, para a reestruturação e organização do serviço com conseguinte melhora no atendimento prestado, bem como o planejamento de ações de pactuação e reestruturação das redes de atenção do município.

Diante do exposto, levantou-se o seguinte questionamento: Quais as características e o perfil dos pacientes atendidos no setor de acolhimento com classificação de risco de uma unidade de emergência?

Vale ressaltar que a aproximação da pesquisadora com esta temática deu-se através da participação como bolsista do Programa de Iniciação Científica (PIBIC), e dos estudos realizados sobre acolhimento com classificação de risco no componente curricular Enfermagem nas Emergências, no 7º semestre da graduação. Além da vivência durante as atividades práticas em unidade de emergência com cenário de superlotação surgindo o interesse em aprofundar a temática, a fim de propor melhorias nesses serviços.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Caracterizar o perfil do atendimento realizado no acolhimento com classificação de risco em uma unidade de emergência.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o perfil demográfico, clínico e o desfecho dos pacientes após atendimento no AACR da unidade de emergência.
- Identificar o percentual das categorias de classificação de risco dos pacientes atendidos no AACR.
- Identificar as doenças crônicas mais prevalentes apresentadas pelos pacientes atendidos nessa unidade de emergência.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal Brasileira de 1988 simboliza uma vitória na luta pelos direitos de cidadania da população. No entanto, desde a sua implantação observa-se como desafio permanente a garantia do acesso universal e equânime de todos os cidadãos à atenção à saúde integral, humanizada e de qualidade. Percebe-se que existe uma dissonância entre a conquista desses direitos pela população e as reais e insuficientes condições para garanti-los. (GARCIA;REIS, 2014; PORTO; SANTOS; O'DWYER; MATA; PEPE, 2008).

O perfil de morbimortalidade da população brasileira vem se modificando nas últimas décadas e o sistema de saúde se mostra ineficiente para atender a essas mudanças. Concomitante a isso, a principal porta de entrada ao sistema de saúde têm sido os serviços de urgência e emergência, o que gera superlotação nessas unidades. Aliado a isso, é perceptível a falta de preparação da equipe para receber e organizar essa população (BRASIL, 2006; GUEDES *et al.*, 2014).

A superlotação nas Unidades de Emergência (UE) pode ser considerada um fenômeno crescente em todo o mundo, e caracteriza-se pelo elevado número de usuários, espera para atendimento por mais de uma hora, causando tensão na equipe assistencial e pressão para novos atendimentos. O crescimento da demanda e o desagrado dos usuários se relaciona diretamente à superlotação das UE. Por conseguinte, acarreta no baixo desempenho do hospital e das redes de saúde instituídas (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Levando em consideração a importância da área de Urgência e Emergência enquanto componente primordial da assistência à saúde, a elevada procura dos usuários por serviços neste âmbito e a insuficiente estruturação da rede assistencial, o Ministério da Saúde, em 2002, institui a Portaria GM/MS 2048, que:

Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgências e emergências, estabelecendo normas e critérios de funcionamento para o atendimento nos níveis pré-hospitalar, pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar, prevê a criação de Núcleos de Educação em Urgências e a proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos nesta área.

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), criada pela Portaria 1863/GM em 2003, inicia à organização dos sistemas regionalizados, a universalidade, equidade e



integralidade no atendimento às urgências. Em 2003, é instituída a Política Nacional de Humanização (PNH), e por meio das redes do Sistema Único de Saúde (SUS), traz o acolhimento com avaliação e classificação de risco como instrumento para melhoria dos atendimentos nas emergências (RODRIGUES et al., 2015; ANTUNES; GUIMARÃES, 2013, BRASIL, 2003).

Com a criação da Portaria nº 4.279 em 2010, o Ministério da Saúde já associava a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia fundamental para a consolidação dos princípios do SUS, além de realizar transparência na utilização de recursos. Sendo assim, esta portaria já destacava os fundamentos conceituais essenciais para a organização das RAS nos territórios, como método de superação da fragmentação da atenção à saúde em todos os níveis, bem como gestão nas regiões de saúde de modo a aperfeiçoar o funcionamento do SUS (BRASIL, 2013).

Em 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600, a qual reformula a PNAU (2003), e institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS. A implementação da RUE no Brasil tem como princípios, assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços em situações de urgência e emergência com resolutividade e em tempo oportuno (BRASIL, 2013).

A institucionalização dessas redes condiciona-se à interdependência dos atores e organizações que a compõem, de maneira a evidenciar potencialidades e competências destes. Sendo assim, percebe-se a necessidade de reformulação dos fluxos de referência e contrarreferência, bem como o encaminhamento com a implantação de modelos de classificação de risco (MENDES, 2011; DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013).

A implementação da RUE deverá ocorrer de maneira pactuada entre as três esferas de gestão, possibilitando uma melhor organização da assistência, de forma que haja articulação entre os diversos pontos de atenção, definindo os fluxos e as referências adequadas, buscando transformar o atual modelo de atenção hegemônico, fragmentado e desarticulado, além do dimensionado pautado na oferta de serviços (BRASIL, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, as RUE devem ser estruturadas em quatro componentes, sendo estes: O Pré-Hospitalar Fixo compreendido pelos serviços de atenção primária a saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, e unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências, inclui ainda as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e as salas de estabilização; O Pré-Hospitalar Móvel que inclui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 como componente; o Hospitalar que estão inclusas as portas hospitalares de atenção às urgências com os leitos gerais e

especializados de retaguarda, de longa permanência e os leitos de terapia semi-intensiva e intensiva; e por fim o Pós-Hospitalar com a atenção domiciliar, os hospitais-dia e projetos de reabilitação integral com componente de reabilitação de base comunitária (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011, BRASIL, 2013).

A população acometida por agravos agudos deve ser acolhida em qualquer nível de atenção do sistema de saúde, sendo assim, tanto a atenção primária quanto a secundária e terciária devem estar preparadas para acolher e encaminhar os pacientes para os demais níveis do sistema quando não houver possibilidade de atendimento devido à complexidade e necessidade de cada usuário (GARLET et al., 2009).

O MS reconheceu a importância da utilização de redes, estabelecendo na Portaria nº 2048/2002, princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, bem como as normas e os critérios de funcionamento e a classificação e cadastramento de serviços (BRASIL, 2002). Sendo assim, cada estado deve organizar o próprio sistema de UE, tendo a estruturação desta como peça essencial para a execução dos princípios do SUS (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

No que tange aos Serviços de Urgência e Emergência (SUE) no Brasil, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) existem 12.297 estabelecimentos que realizam atendimento às urgências e emergências tanto pelo SUS quanto pela rede privada, e o Estado da Bahia, concentra 1125 (9,1%) desses estabelecimentos. Na Bahia, destacam-se: Hospital Geral (423), Unidade móvel de nível pré-hospitalar (338), Pronto Atendimento (50), Pronto Socorro Especializado (13), Central de Regulação Médica das Urgências (6) (CNES, 2015),

Nessa perspectiva, o Estado da Bahia organizou a sua Rede de Atenção as Urgências, composta por: Unidades de Saúde da Família (componente da atenção básica), Central de Regulação, SAMU (componente pré-hospitalar), Hospitais (componente hospitalar) e a Atenção Domiciliar como componente pós-hospitalar, conforme demonstra abaixo a Figura 1:

Figura 1 – Rede de Atenção às Urgências do Estado da Bahia



Fonte: SESAB, 2015

Alguns serviços de emergências contam hoje com um sistema de acolhimento com classificação de risco, que estratifica o risco de deterioração do estado de saúde do paciente e o nível de sofrimento do mesmo; e adequa ao tempo de espera para o atendimento médico. O Estado da Bahia na perspectiva de apoiar a implantação do AACR nos diversos pontos de atenção da rede, em consonância com as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e da Política Nacional de Humanização (2004), aprovou em 2012, a Resolução de nº 044, que estabelece as diretrizes, critérios e requisitos para a construção dos Planos Estadual, Regionais e Municipais da Rede de Atenção às Urgências, e a ampliação do acesso com implantação do AACR, utilizando protocolos pactuados (SESAB, 2014).

Para a criação dos Planos de Ação Regionais da Rede de Urgências do Estado da Bahia utilizou-se o desenho de 9 núcleos regionais de saúde (antigas macrorregiões) e 28 regiões de saúde, antigas microrregiões de saúde (Figura 1). O Pacto pela Saúde (2006), define as Regiões de Saúde como recortes territoriais que estão inseridos em um espaço geográfico contínuo, tendo os gestores municipais e estaduais a responsabilidade de identifica-las a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território.

Figura 2 – Núcleos Regionais de Saúde do Estado da Bahia, 2015.



Fonte: SESAB, 2015.

A área de abrangência do Plano Regional de Urgências da Região Metropolitana de Salvador Ampliada é composta pelos municípios que compreende a Macrorregião Leste, formada pelas Microrregiões de Saúde de Salvador, Camaçari, Santo Antonio de Jesus e Cruz das Almas. A organização da Rede de Atenção às Urgências da Região Metropolitana de Salvador Ampliada (RMSA) lançada em 2012, tem como objetivo vincular todos os equipamentos e serviços de saúde para que o acesso humanizado e integral aos usuários ocorra em situações de urgência/emergência, com agilidade, priorizando algumas linhas de cuidado, tais como: linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica na rede de urgências do Estado e, regulamentar o AACR como parte primordial do processo do cuidado e dos fluxos de acesso à rede de urgências.

A realização de mudanças na lógica de atendimento dos serviços é imprescindível para que haja melhoria na qualidade da assistência prestada, em especial nos serviços de urgência e emergência, de forma que os trabalhadores passem a se posicionar de maneira impessoal, pois apresentam dificuldade para assistir os usuários de forma humanizada, em virtude de deficiências estruturais do sistema de saúde como um todo. Essa é uma demanda atual e crescente no cenário brasileiro que emerge da realidade em que usuários dos serviços de saúde queixam-se da qualidade do atendimento e, inclusive, de maus tratos (ANDRADE et al., 2009; GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

### 3.2 ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA REDE HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) ciente do cenário atual dos serviços de urgência e emergência hospitalar, reconheceu a necessidade de reorganizar o processo de trabalho destas unidades de forma a priorizar o atendimento de acordo com a maior complexidade do quadro clínico. Neste contexto, a assistência prestada deve ser realizada de acordo com os diferentes graus de necessidade ou sofrimento e não mais de forma impessoal e por ordem de chegada (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004).

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco vem então para reorganizar as portas de urgência e implementar a produção de saúde em rede, extrapolando o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas, através da implementação da produção de saúde em rede (BRASIL, 2009).

O acolhimento é um dos itens de maior relevância apontados nas diretrizes do Ministério da Saúde, que o define como um método de práticas de saúde que coloca o usuário como responsabilidade da equipe de saúde. Para que essa diretriz seja eficaz é necessária que o profissional esteja qualificado, de modo que consiga lidar com as singularidades dos sujeitos, saiba ouvir a queixa do usuário, prestando dessa maneira assistência integral, humanizada, com resolutividade no atendimento e acesso a serviços externos, visando a transversalização da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2009; ROSSANEIS et al., 2011).

Já em relação aos profissionais envolvidos no processo, o AACR tem o objetivo de promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; oferecer condições de trabalho melhores para os profissionais através de melhorias na ambiência e implantação do cuidado horizontalizado, aumentando assim a satisfação dos usuários e, principalmente, permitindo e instigando a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (FILHO; SOUSA; CASTANHEIRA, 2010).

O acolhimento não deve ser considerado como um espaço ou um local, mas sim uma postura ética, não pressupondo hora ou profissional específico para fazê-lo. Quem realiza o acolhimento tem a responsabilidade de acolher o outro em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão. Sendo assim, difere da triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2009).

A classificação de risco é uma ferramenta que, propõe a ordem de atendimento, pela gravidade apresentada através das queixas e sinais e sintomas evidenciadas pelos usuários. Além disso, objetiva a: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares e sobre o tempo provável de espera, diminuir a superlotação dessas unidades, possibilitando a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitando e instigando a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento. (BRASIL, 2009; BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Dessa maneira o AACR permeia a ideia de atendimento por prioridade de acordo com a gravidade do estado de saúde de cada indivíduo de forma humanizada e resolutiva e não mais por ordem de chegada ao serviço (DAMASCENO et al., 2014).

No Brasil a classificação de risco deve ser realizada pelo enfermeiro, que preferencialmente apresente experiência em serviços de urgência, devendo este ser capacitado para a utilização do protocolo direcionador utilizado na UE. A classificação é realizada através de protocolos e instrumentos que sistematizam a avaliação, e oferecem respaldo legal para que os enfermeiros atuem de forma segura. (DINIZ; SOUZA; CHIANCA, 2014; ARAUJO et al., 2014).

Entretanto, muitos enfermeiros passam a conhecer a classificação de risco quando vão atuar nesse cenário, sem a devida capacitação. De acordo com a Resolução Cofen nº 423/2012, a classificação de risco e a priorização da assistência nos serviços de urgência somente poderão ser executadas pelo enfermeiro e este deverá ter conhecimentos, competências e habilidades, de modo a garantir rigor técnico-científico ao procedimento, sendo indispensável a atualização específica e continuada.

Desse modo, deve-se levar em consideração que o ato de classificar o risco dos usuários que buscam o serviço de emergência é considerado uma atividade complexa, a qual exige competências e habilidades próprias do enfermeiro, bem como da sua bagagem profissional. Por outro lado, é necessário que haja uma rede de serviços estruturada, a fim de viabilizar os encaminhamentos necessários para a continuidade do cuidado aos pacientes (DINIZ; SOUZA; CHIANCA, 2014)

No entanto, não se pode perder de vista que para o processo de acolher e classificar atingir o objetivo central de assistência qualificada ao usuário do SUS, é necessário que se compreenda que a escuta é o princípio, e a disposição para escutar é o requisito para o início de uma relação acolhedora com o usuário (SOUZA; TODELO; CHIANCA, 2011).

Para a realização do AACR são utilizados protocolos em todo o mundo, são exemplos: o Australian Triage Scale (ATS), o pioneiro criado em 1993 na Austrália, o qual utiliza tempos de espera de acordo com a gravidade; O modelo canadense (CTAS – Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale) editado em 1997, se assemelha ao australiano; Já o modelo americano (ESI – Emergency Severity Index), utilizado nos Estados Unidos, desde 1998, opera com um único algoritmo e tem um foco maior na necessidade de recursos para o atendimento; O modelo de Andorra MAT – Model Andorra de Triatje), na Espanha, articulado em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas muito complexo e demorado; Por fim, o sistema de triagem de Manchester (STM) criado em 1997, com uma nova edição publicada em 2006, opera com algoritmos e determinantes, associado a tempos de espera simbolizados por cinco cores e que tem sido usado em vários países (SANTOS, 2010; MENDES, 2010).

O Sistema de Triagem de Manchester é o mais utilizado em todo o mundo e contém 52 fluxogramas para os diferentes problemas apresentados, sendo sete específicos para crianças e dois para situações de catástrofes. Os fluxogramas contêm discriminadores definidos como sinais e sintomas que estão entre as prioridades possíveis, os quais podem ser gerais e específicos. Os discriminadores gerais podem ser aplicados a todos os doentes, independentemente das condições que apresentam, e são características recorrentes nos fluxogramas. São eles: risco de morte, dor, hemorragia, grau de estado de consciência, temperatura e agravamento. Já os específicos devem ser aplicados em casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações, e tendem a se relacionar com características-chave de condições particulares (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Vários outros protocolos vêm sendo criados tendo como base o Protocolo de Manchester, a exemplo do protocolo instituído pelo Ministério da Saúde que tem por objetivo não demorar em prestar atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata. Ele é dividido por cores sendo a cor vermelha utilizada para sinalizar os pacientes com risco de vida e a cor amarela que se refere aos pacientes em estado crítico ou semicrítico. A cor verde classifica os casos não urgentes, mas que permanecem em observação. E a cor azul, utilizada para classificar as demandas consideradas de baixa complexidade, as quais podem ser encaminhadas para a atenção básica (BRASIL, 2009).

A construção de um protocolo de classificação de risco pode ser adaptada ao perfil de cada serviço e ao contexto de sua inserção na rede de saúde, sendo uma importante ferramenta (BRASIL, 2009). Nesse sentido, a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), elaborou o seu próprio protocolo estadual.

O Protocolo Estadual de Classificação de Risco proposto pela SESAB foi elaborado utilizando como base o Protocolo de Manchester, apresentando-se em uma versão adaptada com quatro cores: azul, verde, amarelo e vermelho. Anterior a sua criação foi realizado um mapeamento do perfil epidemiológico do Estado da Bahia para a partir deste foram construídos os descritores de classificação de risco. Eles permitem que a identificação do problema do usuário seja feita através do sistema queixa/evento/sintoma com posterior classificação de acordo o grau de prioridade clínica (SESAB, 2014a).

As condições agudas e os eventos agudos decorrentes de condições crônicas agudizadas exigem, para o seu manejo adequado, a implantação de modelos de atenção à saúde que, em geral, expressam-se num tipo de classificação de riscos. Isso se deve a que, nas condições agudas, a variável-chave para a organização das redes de atenção às urgências e às emergências é o tempo-resposta em relação ao risco (MENDES, 2010).



## 4 METODOLOGIA

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, descritivo com abordagem quantitativa, que fez parte de uma investigação mais ampla intitulada “Estudo transversal multicêntrico para avaliação da classificação de risco nos serviços de emergência no Brasil”.

Os estudos transversais produzem recortes da situação de saúde de uma população ou comunidade, baseando-se na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, sendo bastante útil para realizar diagnósticos da situação local de saúde (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011).

As pesquisas descritivas possibilitam o conhecimento das doenças ou agravos à saúde, através da descrição de como ocorre a sua distribuição ao longo do tempo e espaço levando em consideração os aspectos individuais. Procura também estabelecer relações entre as características individuais e a doença ou agravo à saúde, os quais podemos citar: raça, sexo, idade, ocupação, estado civil, dentre outras (VIZZOTTO; GOMES, 2005).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital público localizado do município de Santo Antonio de Jesus- Bahia que dispõe de serviço hospitalar de emergência (SHE). A escolha dessa instituição deu-se pelo fato de ser habilitada como unidade auxiliar de ensino e atender uma demanda exclusiva de pessoas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e possuir o SHE com funcionamento do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.

O Hospital encontra-se a 180 km de distância da capital do estado e atende aproximadamente a 900 mil habitantes distribuídos por 32 municípios circunvizinhos (SESAB, 2014). Trata-se de uma instituição de administração e gestão estadual, tendo como natureza da organização a administração indireta, do tipo organização social pública (CNES, 2015). A clientela é totalmente atendida pelo SUS, tanto pela demanda espontânea ou referenciada, da própria cidade e de municípios circunvizinhos. O hospital é referência para trauma/ortopedia na região. A Unidade de Emergência funciona 24 horas por dia, entre os meses de janeiro a junho de 2015, atendeu uma média de 7.518 pacientes/mês, e 250 pacientes por/dia nas diversas especialidades. O AACR funciona todos os dias em horário integral, e o enfermeiro é o profissional responsável pela realização deste.

#### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A amostra do estudo foi composta por 1400 fichas de pacientes atendidos no SHE durante o período de dezembro de 2014 a junho de 2015. Foram incluídas no estudo as fichas dos pacientes maiores de 18 anos atendidos no SHE e avaliados no setor de AACR e que continham os dados de interesse da pesquisa preenchidos. Foram excluídos do estudo as fichas dos pacientes menores de 18 anos atendidos no AACR, e as daqueles que não foram atendidos no setor de acolhimento com classificação de risco da instituição e as fichas incompletas ou ilegíveis, sendo excluídas 40 fichas por esses motivos.

O cálculo amostral baseou-se nas informações da emergência do período de dezembro de 2014 a junho de 2015 em um estudo piloto para levantamento das prevalências das classificações de interesse; utilizou-se a técnica de amostragem aleatória simples sem reposição (AASs). Essa investigação foi planejada para identificar a prevalência das categorias de classificação no atendimento para a emergência cor vermelha, amarelo, verde e azul. O delineamento amostral foi definido com base na prevalência de 6,2%, 12,7%, 62% e 20% respectivamente, com 95% de confiança e erro máximo admissível de 4%, estimando-se o número mínimo de 620 prontuários/pacientes na amostra. Neste sentido, a amostra estudada foi superior a amostra estimada.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Os dados de interesse foram coletados em prontuários arquivados no SAME da instituição. A coleta foi realizada por três alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) no período de janeiro a agosto de 2015. O instrumento eleito para a coleta dos dados de caracterização do AACR foi um formulário estruturado, previamente elaborado pelas pesquisadoras do estudo multicêntrico (ANEXO A), contendo as seguintes variáveis:

- Variáveis sociodemográficas: idade, sexo (masculino, feminino), cor da pele referida (branco, negro, pardo e, amarelo), município de residência
  
- Variáveis de caracterização do atendimento: Horário de chegada à emergência, horário da classificação de risco, horário do atendimento médico, horário da alta, dia da semana e mês do atendimento, procedência, queixa principal, sinais e sintomas (problema

neuroológico, problema respiratório, problema cardiológico, problema digestório, problema urinário, problema reprodutor, problema vascular, problema muscular-esquelético, problema endócrino, problema hematológico, pele e anexos, problema imunológico, problema mental, problemas inespecíficos), antecedentes pessoais e hábitos de vida (, classificação de risco ao final da avaliação realizada pelo enfermeiro (vermelho – 0 a 5 minutos, amarelo – 6 a 40 minutos, verde – 41 até 120 minutos, azul- 121 até 180 minutos), especialidade médica do atendimento e desfecho.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados e processados no Programa estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) for Windows versão 22. Para a análise descritiva das variáveis contínuas foi calculada a média e desvio padrão. E as variáveis categóricas foram analisadas de forma univariada e bivariada e representadas através de gráficos e tabelas descritivas de frequência absoluta e percentual.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa atendeu às exigências éticas da Resolução nº 466/12, a qual regulamenta a pesquisa com seres humanos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob o parecer nº 8140/12 (ANEXO B) com anuência do CEP da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (ANEXO C) sob o parecer nº 773.010/14, por se tratar de um recorte da pesquisa multicêntrica intitulada: “Estudo transversal multicêntrico para avaliação da classificação de risco nos serviços de emergência no Brasil” desenvolvida com a Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP, procedeu-se a assinatura da Carta de consentimento e confidencialidade de estudos multicêntricos (ANEXO D), através da qual obteve-se autorização para o uso dos dados obtidos, inclusive para fins de publicação.

Considerando que este estudo é observacional e a coleta de dados relacionados aos pacientes foi realizada por meio de prontuários, não ocasionando nenhum tipo de interferência no setor ou no atendimento foi mantido o anonimato dos pacientes assegurando o sigilo das informações através da solicitação de dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido para esta fase do estudo (ANEXO E).

## 5 RESULTADOS

A tabela 1 ilustra as principais variáveis sociodemográficas dos pacientes atendidos em um serviço de AACR da rede SUS. A média de idade foi de  $42,3 \pm (18,8)$ . Quanto ao sexo houve predominância do sexo feminino 725 (51,8%) vs 675 (48,2%) do sexo masculino. Em relação a faixa etária o maior percentual correspondeu a 18-28 anos com 27,4%, seguido de 29 a 39 anos com 25,3% vs 261(18,6%) de idosos com idade acima de 60 anos. Quanto ao local de residência constatou-se que 1179 (84,2%) residem no município de Santo Antonio de Jesus. As variáveis raça/cor e escolaridade não foram preenchidas em nenhuma das fichas coletadas.

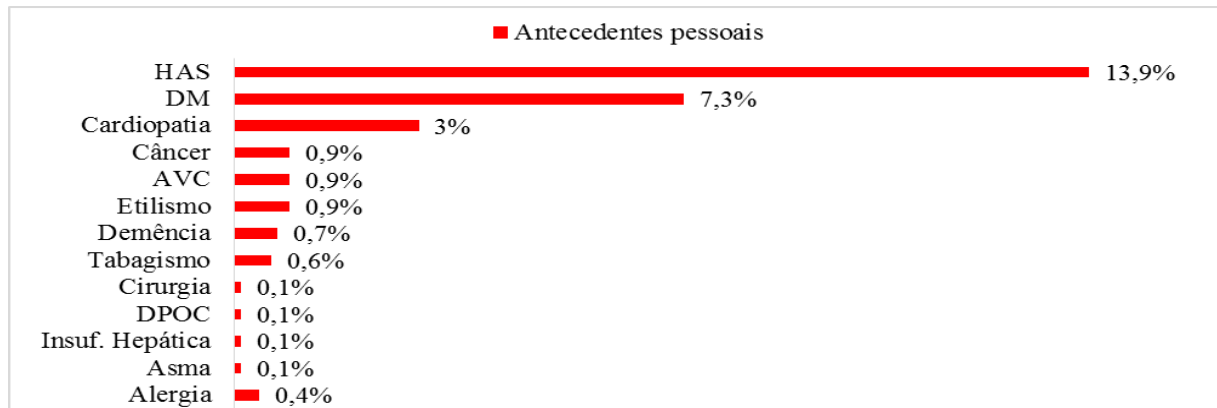
Tabela 1 – Distribuição dos pacientes atendidos no AACR segundo características sociodemográficas. Santo Antonio de Jesus, BA. 2014-2015 (n = 1400).

Variável	Categoria	n	%
<b>Medidas descritivas</b>	Idade média e Desvio padrão	42,3± (18,8)	
<b>Gênero</b>	Feminino	725	51,8
	Masculino	675	48,2
<b>Faixa etária</b>	18-28 anos	384	27,4
	29-39 anos	354	25,3
	40-50 anos	246	17,6
	51-60 anos	155	11,1
	Acima de 60 anos	261	18,6
<b>Raça/cor</b>	Negra	00	00
	Branca	00	00
	Parda	00	00
	Amarelo	00	00
	Não informado	1400	100
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	00	00
	1º grau incompleto	00	00
	1º grau completo	00	00
	2º grau incompleto	00	00
	2º grau completo	00	00
	Ensino superior incompleto	00	00
	Ensino superior completo	00	00
	Pós-graduação	00	00
	Não informado	1400	100
<b>Local de Residência</b>	Santo Antonio de Jesus	1179	84,2
	Outros municípios	197	14,0
	Salvador e região metropolitana	18	1,3
	Outros Estados	6	0,5
	<b>Total</b>	<b>1400</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados do estudo

No que se refere aos antecedentes pessoais apresentados pelos pacientes, o Gráfico 1 revela a prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre elas observa-se história prévia de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com 194(13,9%), seguida do Diabetes Mellitus (DM) com 102(7,3%) e 42 (3%) com Cardiopatias.

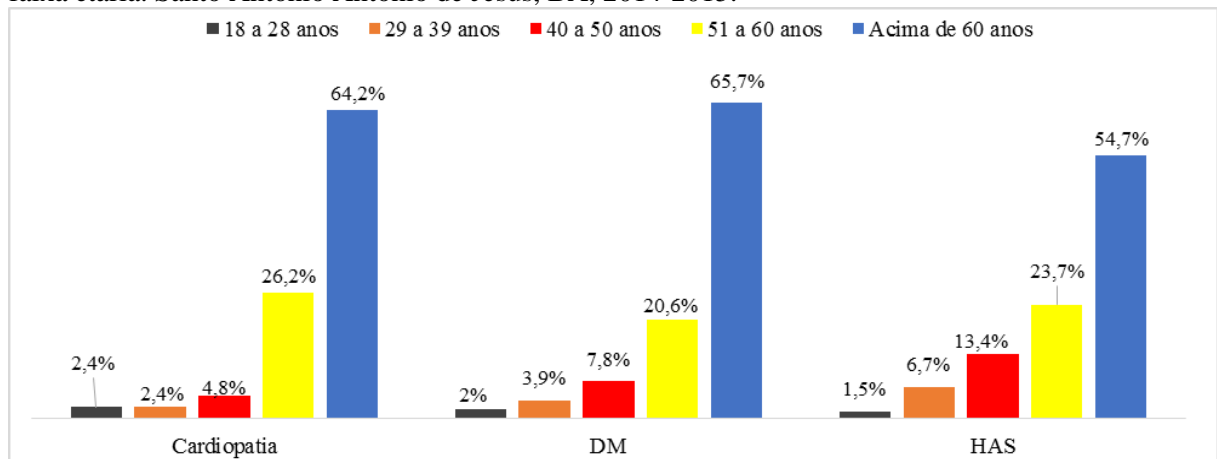
Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes atendidos no AACR segundo antecedentes pessoais. Santo Antônio Antonio de Jesus, BA. 2014-2015.



Fonte: Dados do estudo ( $n_{HAS}=194$ ;  $n_{DM} = 102$ ;  $n_{Cardiopatias}=42$ ;  $n_{Total}=1400$ ).

O gráfico 2 demonstra a prevalência das DCNT segundo a faixa etária. Houve uma maior prevalência nos pacientes idosos, com idade acima de 60 anos, seguido da faixa de 51 a 60 anos quando analisados os casos de HAS, DM e Cardiopatia.

Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes atendidos no AACR segundo as doenças mais prevalentes e faixa etária. Santo Antônio Antonio de Jesus, BA, 2014-2015.

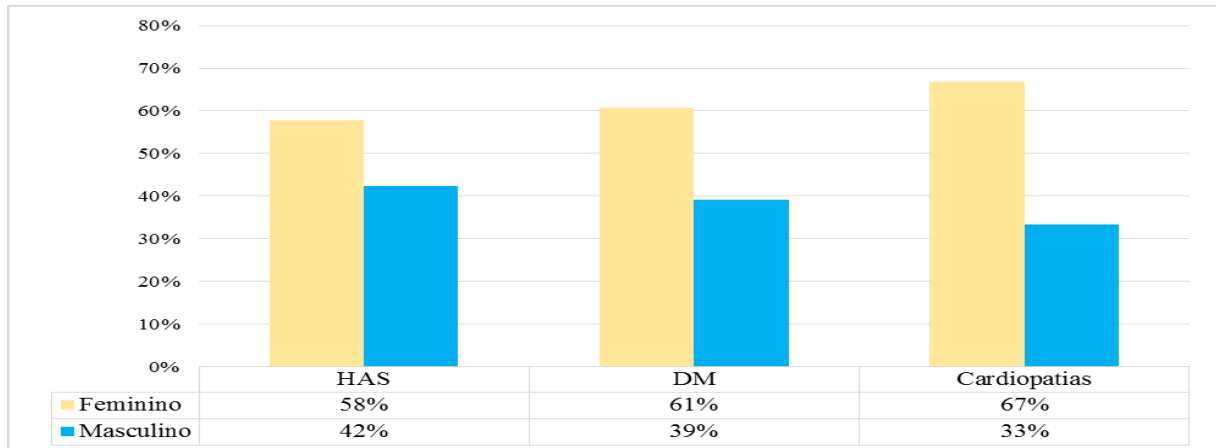


Fonte: Dados do estudo ( $n_{HAS}=194$ ;  $n_{DM} = 102$ ;  $n_{Cardiopatias}=42$ ;  $n_{Total}=1400$ ).

Por outro lado, o gráfico 3 demonstra uma maior predominância das doenças crônicas (HAS, DM e cardiopatias) no sexo feminino. Observa-se que 58% das mulheres tinham

história de HAS, 61% de DM, 67% com cardiopatias e destaque para história de AVC no sexo masculino com 67% dos casos.

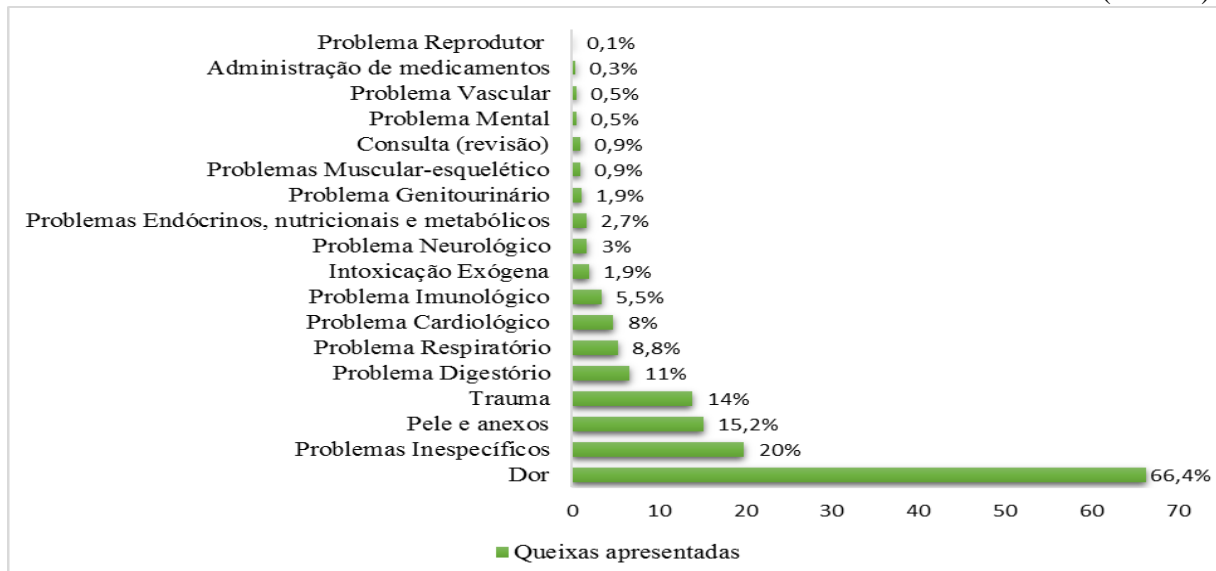
Gráfico 3 – Distribuição das doenças prevalentes segundo sexo. Santo Antônio de Jesus, BA, 2014-2015.



Fonte: Dados do estudo ( $n_{HAS}=194$ ;  $n_{DM} = 102$ ;  $n_{Cardiopia}=42$ ;  $n_{Total}=1400$ )

No que tange as queixas elucidadas pelos usuários, vale salientar que foi feita uma categorização destas queixas em grupos para facilitar a análise, sendo assim é notório que as mais prevalentes foram: dor (66,4%), seguido de problemas inespecíficos com 20%, problemas na pele e anexos (15,2%) e Trauma com 14% (GRÁFICO 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes segundo as queixas apresentadas. Santo Antonio de Jesus, BA, 2014-2015 (n=1400).



Fonte: Dados do estudo

Com relação as queixas referentes aos problemas respiratórios, cardiológicos e neurológicos, observa-se que dos 123 pacientes que apresentaram algum problema

respiratório, 69,1% desses chegaram até a UE apresentando dispneia. Dos 110 usuários com algum problema cardiológico, 87,3% apresentaram pico hipertensivo, e referente aos problemas neurológicos, 37,5% apresentaram quadro de parestesia (TABELA 2).

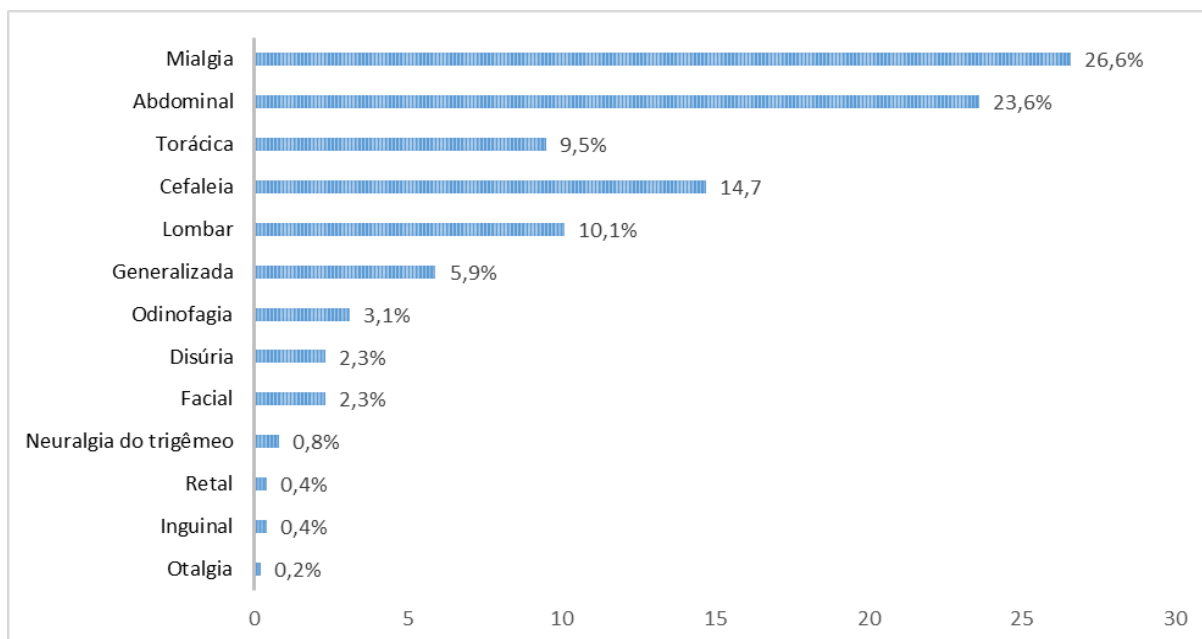
Tabela 2 – Distribuição dos pacientes atendidos na Unidade de Emergência segundo as queixas referentes a problema respiratório, cardiológico e neurológico. Santo Antonio de Jesus, BA, 2014-2015.

Variável	Categoria	(n = 1400)	%
<b>Problema Respiratório</b>	Dispneia	85	69,1
	Tosse	37	30,1
	Insuficiência Respiratória	1	0,8
	<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100</b>
<b>Problema Cardiológico</b>	PAS > ou igual a 140mmHg	96	87,3
	Palpitação	5	4,5
	FC>100bpm	5	4,5
	FC<60bpm	2	1,8
	PAD < 90mmHg	2	1,8
	<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>Problema Neurológico</b>	Parestesia	15	37,5
	Alteração na sensibilidade	6	15
	Paresia	6	15
	Convulsão	6	15
	Alteração no nível de consciência	5	12,5
	Alteração na fala	2	5
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados do estudo

No tocante a queixa principal identificadas nas fichas de atendimento, constatou-se que 930 pacientes apresentaram quadro de dor, com maior porcentual para queixa de mialgia (26,6%), seguido da dor abdominal com 23,6% (GRÁFICO 5).

Gráfico 5 – Percentual de pacientes atendidos no AACR segundo tipo de dor apresentada. Santo Antonio de Jesus - BA, 2014- 2015 (n=930).



Fonte: Dados do estudo

Outras queixas apresentadas pelos pacientes estavam relacionadas as causas de intoxicação exógena e problemas inespecíficos, como ilustrado na tabela 3. Constatou-se que 36,4% das intoxicações exógenas foi causada por mordedura/picada de animais peçonhentos e 31,8% de intoxicação por bebida alcoólica. Em relação aos problemas inespecíficos, verificou-se que 47% apresentou como queixa o mal-estar e 1,1% procurou o serviço para troca de dispositivos.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes atendidos por intoxicação exógena e problemas inespecíficos. Santo Antonio de Jesus - BA, 2014-2015.

Variável	Categoria	N	%
<b>Intoxicação Exógena</b>	Mordedura/picada	8	36,4
	Alcoólica	7	31,8
	Medicamentosa	2	9,1
	Corpo Estranho	2	9,1
	Soda caustica	2	9,1
	<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Problemas Inespecíficos</b>	Mal-estar	131	47
	Prurido	48	17,2
	Tontura	24	8,6
	Fraqueza	17	6,1
	Náusea	17	5,4
	Tremor	7	2,5
	Desmaio	7	2,5
	Sudorese	6	2,2
	Astenia	6	2,2
	Vertigem	6	2,2
	Nervosismo/alteração emocional	6	2,2
	Troca de dispositivos	3	1,1
	Calafrio	2	0,7
	Leishmaniose	1	0,4
	<b>Total</b>	<b>279</b>	<b>100</b>



Fonte: Dados do estudo

A Tabela 4 ilustra a distribuição dos pacientes acometidos por trauma segundo a sua localização. Observa-se que o trauma nos membros (inferiores e superiores) apresentaram o maior percentual 154(79%), seguido daqueles ocorridos na coluna vertebral 12(6,2%).

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes atendidos segundo localização do trauma. Santo Antonio de Jesus - BA, 2014-2015 (n=195).

<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Trauma</b>	Membros	154	79
	Coluna Vertebral	12	6,2
	Face	9	4,6
	Torácico	7	3,6
	Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE)	6	3,1
	Abdominal	5	2,6
	Politrauma	2	1
	<b>Total</b>	<b>195</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados do estudo

A Tabela 5 apresenta a procedência dos pacientes, as especialidades médicas que os mesmos foram encaminhados após ter sido avaliado pelo enfermeiro no AACR e, por conseguinte, o seu desfecho. Em relação a procedência houve predominância significativa dos oriundos da própria residência, 1342 (95,9%), seguido daqueles conduzidos pelo SAMU correspondendo a 30 (2,1%).

Quanto a especialidade médica do atendimento, 1052(75,1%) foram atendidos por médicos clínicos, seguido de 208(14,9%) atendimentos por ortopedistas. No tocante ao desfecho dos pacientes, 952(68%), foram avaliados no consultório médico e receberam alta hospitalar.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes segundo procedência, especialidade médica e desfecho. Santo Antonio de Jesus, BA, 2014-2015 (n=1400).

<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Procedência</b>	Casa	1342	95,9
	SAMU	30	2,1
	Não informado	18	1,3
	Unidade Básica de Saúde (UBS)	4	0,3
	Assistência Médica Ambulatorial (AMA)	4	0,3
	Assistência Médica Especializada (AME)	1	0,1
	Regulação	1	0,1

<b>Especialidade médica do atendimento</b>	Clínica Médica	1052	75,1
	Trauma- ortopedia	208	14,9
	Sem atendimento médico – Enc. pela enfermeira	74	5,3
	Cirurgia geral	34	2,4
	Cardiologista	13	0,9
	Médico do trabalho	10	0,7
	Ginecologia	6	0,4
	Angiologista	1	0,1
	Bucomaxilo	1	0,1
Vascular	1	0,1	
<b>Desfecho</b>	Avaliação no consultório médico e alta hospitalar	952	68
	Observação	198	14,2
	Avaliado no consultório médico e enc. para ambulatório	160	11,5
	Encaminhado para ambulatório após ACCR	71	5,1
	Evasão	6	0,4
	Óbito	5	0,3
	Avaliado no consultório médico e enc. para cirurgia	5	0,3
	Encaminhado para UBS após ACCR	3	0,2
	<b>Total</b>	<b>1400</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados do estudo

A tabela 6 ilustra os horários de chegada dos usuários no SHE, horário da classificação de risco, do atendimento médico e da alta hospitalar. Quanto ao horário de chegada no serviço observa-se que 326(39,6%) dos pacientes, deram entrada no período de 06h às 11:59h seguido de 248(30,2%) no período de 12h às 17:59.

Já em relação horário da classificação de risco observa-se que o período matutino também foi o que obteve maior percentual, com 481(41%), seguido do período vespertino com 367(31,3%). A maior parte do atendimento médico foi realizado entre 12 e 17:59 correspondendo a 471(35,8%) seguido de 458(34,8%) no período de 06 às 11:59, totalizando uma maior prevalência no período diurno com 70,6%. As altas médicas foram realizadas no turno vespertino 329(37,2%), seguido do turno noturno 284(32,2%).

Variável	n	%
----------	---	---

<b>Horário de chegada (n=822) *</b>		
<b>00 às 5:59</b>	54	6,6
<b>06 às 11:59h</b>	326	39,6
<b>12 às 17:59h</b>	248	30,2
<b>18 às 23:59h</b>	194	23,6
<b>Horário da classificação de risco (n=1172) *</b>		
<b>00 às 5:59</b>	64	5,5
<b>06 às 11:59h</b>	481	41
<b>12 às 17:59h</b>	367	31,3
<b>18 às 23:59h</b>	260	22,2
<b>Horário do atendimento médico (n=1317) *</b>		
<b>00 às 5:59</b>	86	6,5
<b>06 às 11:59h</b>	458	34,8
<b>12 às 17:59h</b>	471	35,8
<b>18 às 23:59h</b>	302	22,9
<b>Horário da alta (n=883) *</b>		
<b>00 às 5:59</b>	95	10,8
<b>06 às 11:59h</b>	175	19,8
<b>12 às 17:59h</b>	329	37,2
<b>18 às 23:59h</b>	284	32,2

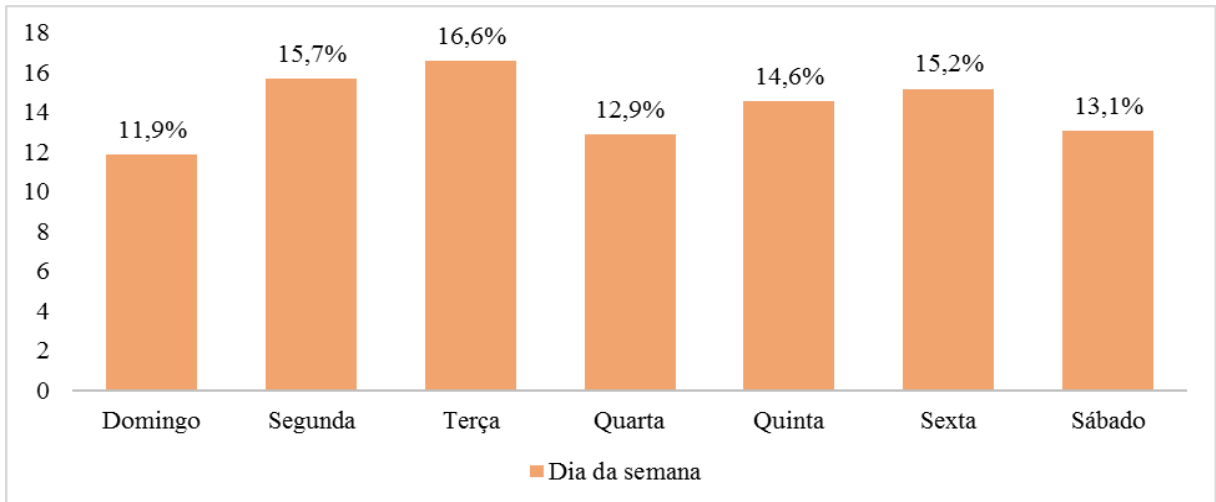
Tabela 6 – Distribuição dos pacientes segundo horário de chegada na UE, classificação de risco, atendimento médico e alta. Santo Antônio de Jesus, BA, 2014- 2015.

Fonte: dados do estudo

\* Os subtotais divergem devido a dados faltosos.

O gráfico 6 evidencia os dias da semana com maior número de atendimento. Houve uma maior prevalência nas terças-feiras com 232(16,6%) seguido das segundas-feiras com 220(15,7%). O dia com menor número de atendimento foi o domingo com 167 (11,9%).

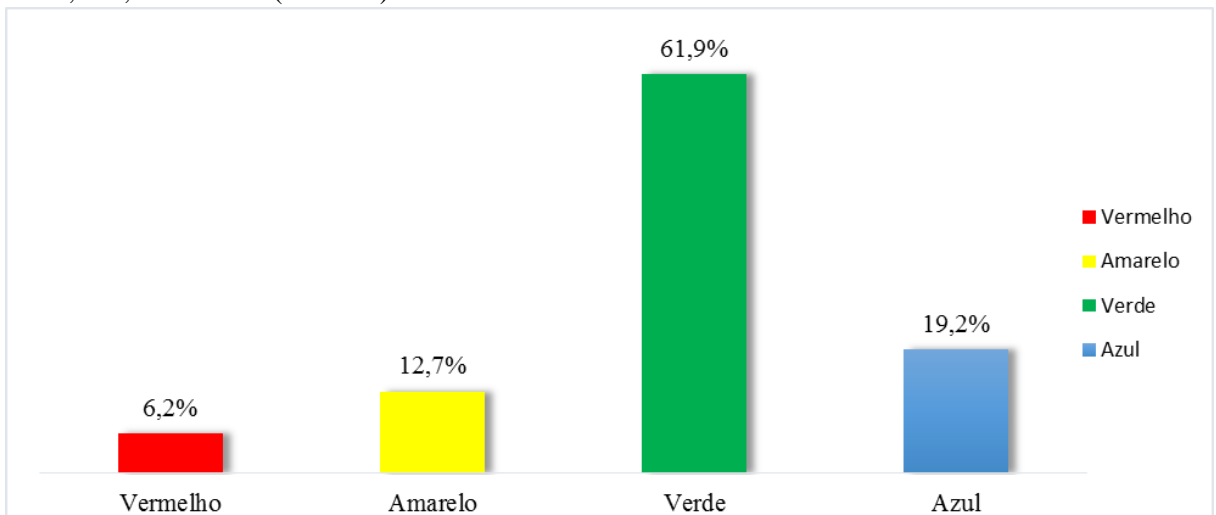
Gráfico 6 – Distribuição dos pacientes segundo o dia da semana que foi atendido na Unidade de Emergência. Santo Antônio de Jesus, BA, 2014 - 2015 (n = 1400).



Fonte: Dados do estudo

Foi investigado também a distribuição dos pacientes segundo a gravidade da queixa principal, através da classificação de risco. É importante salientar que na instituição estudado utiliza-se o protocolo por sistema de cores, conforme demonstrado no Gráfico 7. Constatou-se que na unidade em questão a maioria dos pacientes foram classificados pelos enfermeiros com a cor verde (61,9%), e a minoria com a cor vermelha (6,2%).

Gráfico 7 – Distribuição dos pacientes segundo a classificação de risco por cores. Santo Antonio de Jesus, BA, 2014-2015 (n =1400).

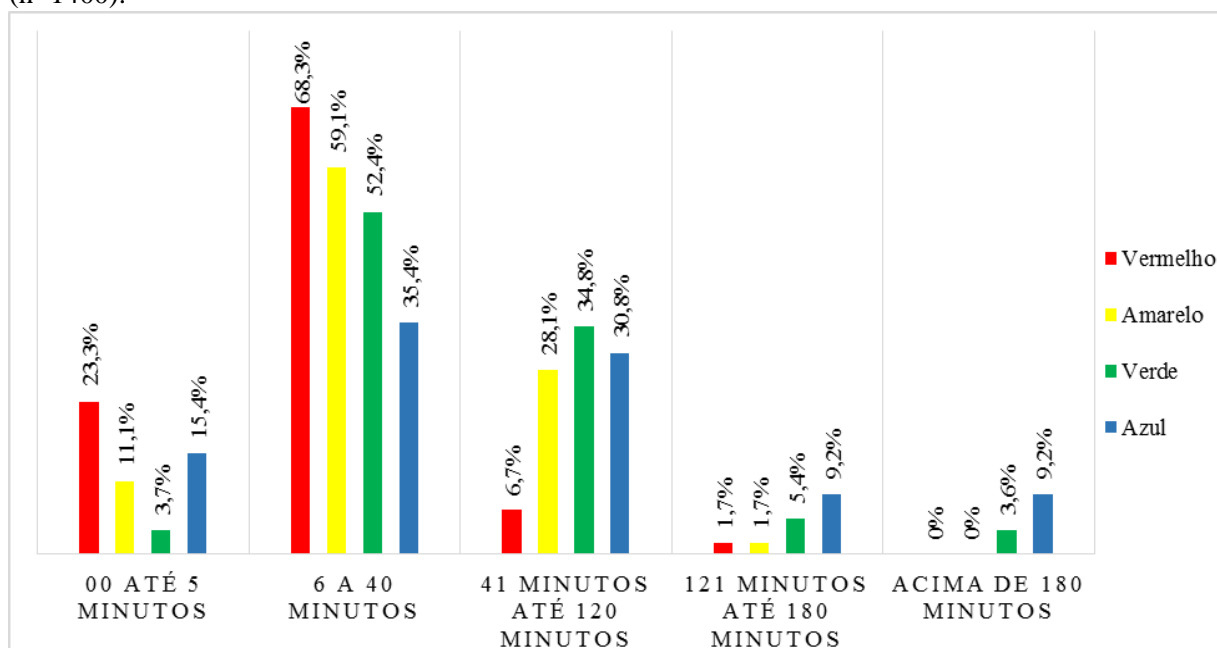


Fonte: Dados do estudo

Diante do exposto, o Gráfico 8 demonstra que apenas 23,3% dos pacientes classificados com a cor vermelha foram atendidos pelo médico no período considerado de 0 até 5 minutos (imediatamente), 68,3% destes levaram entre 6 até 40 minutos para serem assistidos. Em relação a cor amarela que deveria obedecer ao tempo de espera de 6 até 40 minutos, observa-

se que 59,1% foram atendidos nesse período de tempo. Aqueles classificados com a cor verde deveriam ser assistidos entre 41 minutos até 120 minutos, mas 52,4% destes foram atendidos no tempo estipulado para o atendimento daqueles classificados com a cor amarela, enquanto que 3,6% esperaram acima de 180 minutos para o atendimento médico.

Gráfico 8 - Distribuição dos pacientes segundo classificação de risco e tempo de espera para o atendimento médico após o AACR. Santo Antônio Antonio de Jesus, BA, 2014-2015 (n=1400).



Fonte: Dados do estudo

## 6 DISCUSSÃO

Na população estudada predominaram os atendimentos de pacientes do sexo feminino, faixa de 18 a 39 anos e média de idade aproximada de 42 anos, e residentes no município de Santo Antonio de Jesus, como ilustra a Tabela 1.

Estudos realizados em unidades de emergência de diferentes locais do país, tais como interior de São Paulo e Salvador, evidenciaram que a maior porcentagem de pacientes atendidos nesse serviço correspondeu ao sexo feminino (OLIVEIRA et al., 2011; JACOBS; MATOS, 2005). Essas pesquisas corroboram com os dados obtidos neste trabalho no que tange a predominância de mulheres nos atendimentos realizados em UE.

Entretanto, há autores que elucidam que os homens, em geral, sofrem mais de condições severas e crônicas de saúde em comparação com as mulheres, e devido a isso, procuram com

maior frequência os serviços de urgência. Isso está relacionado diretamente à baixa assiduidade do público masculino na atenção básica, ou seja, eles procuram se prevenir menos das doenças comparado às mulheres (GUEDES et al., 2014).

De modo geral, as mulheres mostram-se mais preocupadas com o processo de saúde-doença, se comparadas aos homens, seja por questões culturais ou educacionais (COSTA JUNIOR; MAIA, 2009). Dessa maneira elas procuram mais o serviço do que eles, os quais recorrem apenas quando a doença já está em um estágio mais avançado ou quando perdem sua capacidade de trabalho. Sendo assim, o percentual de homens deveria ser mais elevado nos serviços de urgência quando comparado com as mulheres.

Em relação a distribuição etária (Tabela 1), o percentual predominante foi de adultos na faixa de 18 a 39 anos com 52,7%, percebe-se, portanto, que a população que procura esse serviço é economicamente ativa. Este é um fator preocupante, pois leva o indivíduo a afastar-se do trabalho, com perda produtiva temporária ou permanente, caracterizando-se como um problema de saúde pública, social e econômico acentuado. Corroborando com os achados de outros estudos, quando apontaram que as faixas etárias mais jovens apresentam maior envolvimento em acidentes de trânsito, de recreação ou esportivos. (ULBRICH et al., 2010; BATISTA et al., 2006).

Outros estudos realizados no município de São Paulo e no interior do Rio Grande do Sul coadunam com os achados desta pesquisa no que se refere a faixa etária de indivíduos atendidos no SHE. Ambos sinalizaram que o maior número de atendimentos ocorreu na faixa etária de 18 a 29 anos, e a idade média de pacientes que procuraram atendimento em um serviço de urgência hospitalar foi de 41 anos (OLIVATI et al., 2011; ROSA et al., 2011).

O preenchimento das variáveis raça/cor e escolaridade selecionadas para traçar o perfil dos usuários que procuram o SHE foram ignoradas em 100% das fichas coletadas (Tabela 1). Dados como raça/cor são fundamentais para a correlação com diversas patologias, afinal é também pela diversidade genética, em sua interação ambiental, que são formuladas explicações para pessoas nascerem predispostas a determinadas doenças e, a depender de como ocorrerá a interação delas com as suas condições de vida, as quais podem ser desfavoráveis ou não, elas podem vir a desenvolver doenças (MALTA; MOURA; BERNAL, 2015).

A população negra morre mais jovem que a população branca, os homens negros com a faixa etária entre 10 a 29 anos apresentam risco de morrer 80% maior do que os jovens brancos, as mulheres negras da mesma idade, apresentam risco 30% maior do que o apresentado para as brancas. Esse risco de morte é maior tanto nas causas transmissíveis como

nas causas não transmissíveis, a chance de morrer por aids ou tuberculose é maior entre essa população, bem como por doenças falciformes e hipertensivas (SOARES FILHO, 2012)

A tabela 1 ilustra o grau de escolaridade dos indivíduos atendidos no SHE, entretanto, nenhuma das fichas coletadas apresentava esse dado preenchido. E conhecer o grau de instrução destes usuários torna-se imprescindível, pois as orientações dadas pelos profissionais bem como a adesão ao tratamento estão diretamente relacionadas. Relativamente ao sexo parece não haver influência ao nível da adesão aos tratamentos de saúde, mas o baixo nível socioeconômico e o baixo grau de escolaridade demonstram influenciar negativamente (DIAS et al., 2011)

Em relação ao local de residência dos pacientes atendidos, observa-se uma maior prevalência para os residentes de Santo Antônio de Jesus, 84,2%, local onde está instalado o SHE, 14% em municípios circunvizinhos, 1,3% moram em Salvador e região metropolitana e apenas 0,5% em outros estados (TABELA 1).

É importante salientar que a instituição pesquisada atende a uma população de 900 mil habitantes, abrangendo 32 municípios do Recôncavo, além de pacientes oriundos de outras regiões, da capital do estado e até mesmo de outros estados. No entanto, o percentual de pacientes atendidos no SHE de Santo Antônio de Jesus que habitavam em Salvador e região metropolitana, bem como em outros estados ocorreu no mês de junho, mês dos festejos juninos, festa tradicional que mobiliza para o município pessoas provenientes de diversos lugares do Brasil, o que pode justificar a procura desses pacientes pelo serviço.

No que tange ao direito dos usuários à assistência nos serviços de emergências, a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, Art. 2º, parágrafo 1, ressalta que nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve atender o usuário, bem como encaminhá-lo para outro serviço em caso de necessidade (BRASIL, 2011).

Estudos realizados em serviços de emergência de um hospital público da região metropolitana de Salvador e na cidade de Pelotas, constataram que a maioria dos pacientes atendidos procederam do próprio município, evidenciando que quanto menor a distância da moradia ao serviço de emergência, maior será a procura por este (OLIVEIRA; PINTO, 2015; TOMBERG et al., 2013).

Assim, acredita-se que a demanda externa ao município de Santo Antonio de Jesus não representa interferência de forte impacto na superlotação do serviço já que a grande maioria dos pacientes atendidos são oriundos do próprio município onde o hospital está instalado.

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil são consideradas um problema de saúde de grande magnitude. Sendo as responsáveis por 72% das causas de

mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as classes sociais e, de forma mais intensa, os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011).

Neste estudo, 13,9% dos pacientes atendidos referem apresentar Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), seguida do Diabetes Mellitus (DM) com 7,3% e Cardiopatias com 3%. Um estudo realizado em uma unidade de emergência também verificou a procura pelo SHE por pacientes que convivem com Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Cardiopatias (OLIVEIRA et al., 2011).

Percebe-se que a maior porcentagem de HAS, DM e cardiopatias se encontra presente na faixa etária acima de 60 anos, seguido da faixa etária de 51 a 60 anos. Sendo assim, a maioria das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem na própria idade seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais a exceção do que a regra. Por isso, o envelhecimento tem relação direta com a incidência das patologias crônicas não transmissíveis e, conseqüentemente, vem sofrendo destaque, pois a pirâmide etária brasileira encontra-se em transição com aumento do número de idosos (SILVA et al, 2011; VERAS, 2012).

Portanto, é fundamental que sejam realizadas ações de prevenção a essas doenças, e não apenas o tratamento destas, através de ações de educação e promoção a saúde, assegurando assim, mais expectativa e qualidade de vida a população idosa, bem como diminuindo a busca destes usuários aos SHE, decorrentes de doenças crônicas não tratadas, detectadas e com possibilidade de resolução na Atenção Básica.

Já a relação entre sexo e as doenças crônicas prevalentes, observa-se que o sexo mais acometido, foi o feminino, apresentando 58% com HAS, 61% com DM e 67% com cardiopatia. Os homens apresentam expectativa de vida sempre menor quando comparada à das mulheres, e as taxas de mortalidade por faixa etária apontam que a mortalidade é maior neste sexo em todos os grupos etários (COSTA JUNIOR; MAIA, 2009).

O elevado percentual de doenças crônicas nas mulheres, pode ser justificado pela sobrevivência do sexo feminino ser maior que a do sexo masculino. Sendo assim, as mulheres estão mais propensas ao desenvolvimento dessas doenças, porém tais acometimentos são considerados menos severos.

O sistema de saúde brasileiro necessita ser fortalecido para ofertar assistência adequada aos portadores de DCNT, através da expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família, bem como ampliar o acesso dos usuários a medicamentos custo-efetivos e apresentar



comunicação eficaz entre a atenção básica e outros níveis de cuidado, oferecendo integração entre ações programáticas para doenças crônicas e outras em andamento, tais como as relacionadas à saúde da mulher (SCHMIDT et al., 2011).

Desta forma, a busca pelo SHE pode estar relacionada as doenças crônicas e a fatores socioeconômicos, o que revela a necessidade e importância de ações continuadas para a prevenção de agravos e de pronto atendimento a essas condições nos diversos pontos da rede de atenção à saúde.

Quanto as queixas apresentadas pelos usuários que recorreram ao SHE participante desta pesquisa, destaca-se no gráfico 4 que 66,4% queixavam-se de dor, seguido de problemas inespecíficos (20%), problemas relacionados a pele e anexos (15,2%) e trauma (14%).

Em relação aos motivos de busca pelo serviço de emergência, um estudo semelhante a este, observou que as principais queixas dos usuários corresponderam a dor aguda, representando a maior parte dos problemas dos que procuraram o serviço, seguida por problemas respiratórios, trauma, mal-estar e sintomas de dengue (GARCIA; REIS, 2014).

É notório no gráfico 4 que 0,9% procurou o serviço apenas para consulta e avaliação de exames e 0,3% dos pacientes atendidos recorreram ao serviço somente para administração de medicamentos, tais como vacinas e aplicação de benzetacil. Esses dados elucidam a importância de se trabalhar junto à comunidade não só os conceitos de urgência e emergência, mas também os itinerários terapêuticos que podem ser seguidos no município, pois tais situações não são consideradas como agravos emergenciais..

A maior parte das emergências clínicas atendidas em uma unidade de emergência correspondeu as causas desconhecidas, seguida das neurológicas, cardiológicas e pneumológicas. Em outra UE, foram identificadas 186 queixas e entre as dez mais frequentes encontravam-se: a tosse a dispneia (RIBEIRO et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2011).

Observa-se que a mialgia correspondeu ao principal tipo de dor correspondendo a 26,6%, seguida da dor abdominal com 23,6%. A dor é considerada subjetiva, e, portanto, é imprescindível que esse sintoma seja avaliado com atenção, ainda mais tratando-se dos serviços que prestam assistência de urgência e emergência. Neste sentido, é necessário conhecimento específico para detecção da dor através de técnicas específicas para a avaliação desta dor e, por conseguinte o tratamento mais adequado, sendo, portanto, uma responsabilidade não apenas do enfermeiro que realiza o AACR, mas de toda a equipe atuante em serviços de urgência e emergência.

Dentre os atendimentos realizado em um SHE relacionados a dor, houve maior destaque para a cefaleia, dor abdominal, e os problemas nos membros. O termo problema nos membros

refere-se a qualquer lesão que os tenha acometido, sendo esta uma causa frequente em serviços de emergência (MADEIRA et al., 2007). Outro estudo evidencia que as queixas e os diagnósticos médicos dos usuários atendidos no serviço de emergência foram bem variados. Destacando-se entre as relacionadas a dor, as mais frequentes foram lombalgia, mialgia, cefaleia e dor no joelho (GARCIA; REIS, 2014).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) apresenta um importante componente, que é a avaliação da dor. Como a dor compreende aspectos subjetivos e complexos que envolvem tanto o paciente como o profissional responsável pela classificação de risco, o STM institui uma escala de dor numérica e visual, que vai do zero (sem dor) ao 10 (a pior dor). Cada número da escala corresponde uma classificação de dor e uma prioridade, podendo ser leve e recente – com início até sete dias (um ao quatro) correspondente à prioridade verde, moderada (cinco ao sete) – prioridade amarela ou grave (oito ao 10) – prioridade laranja.

Vários aspectos interferem na avaliação da dor e o profissional que realiza o AACR precisa atentar-se a isso, fatores como idade, percepção se a dor está aumentando, experiência prévia de dor, influências culturais, ansiedade, bem como o comprometimento das atividades de vida diária e sinais clínicos de dor (COUTINHO; CECILIO; MOTA, 2013).

A quantidade de pacientes que recorreram ao SHE devido a intoxicação exógena, observa-se que a intoxicação por mordedura/picada foi a que apresentou o maior percentual (36,4%), seguida da intoxicação por bebidas alcóolicas com 31,8%.

A intoxicação exógena pode ser definida como a consequência clínica e/ou bioquímica da exposição a substâncias químicas, as quais podem ser encontradas no ambiente ou isoladas. São exemplos de substâncias intoxicantes ambientais: o ar, água, alimentos, bebidas, plantas, animais peçonhentos ou venenosos (DANTAS et al., 2013).

Os acidentes com animais peçonhentos constituem o grupo de maior número de casos de intoxicação registrados no estado da Bahia, isso ocorre porque é um estado que apresenta extensa área rural, sendo propício a ocorrência de acidentes com estes animais. O Centro de Referência Estadual em Toxicologia, o CIAVE é o órgão estadual responsável pelo Programa Nacional de Controle de Acidentes por Animais Peçonhentos do Ministério da Saúde (SESAB, 2009).

O consumo de bebida alcóolica é um problema de saúde pública que além de causar doenças hepáticas, cardiovasculares, dependência, entre outros, gera milhões de morte por ano. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), aproximadamente 2 bilhões de pessoas fazem uso de bebidas alcoólicas. Sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil (BRASIL, 2007).

As queixas consideradas como problemas inespecíficos, destaque para o mal-estar com percentual mais elevado, 47%. Foram considerados como problemas inespecíficos, aqueles que não estão relacionados diretamente com um sistema específico do corpo humano, podendo ser causado por qualquer alteração em um dos sistemas e/ou órgãos, dentre eles foram identificados mal-estar, tontura, fraqueza.

Em um estudo similar a este, destaca-se que os atendimentos caracterizados como diversas causas, sendo estes: cefaleia, mal-estar, troca de sondas, dentre outras, atingiu o segundo lugar no estudo. Esses atendimentos no âmbito de uma unidade de emergência, são caracterizados como uma assistência de baixa complexidade (RODRIGUES et al., 2015).

Todos esses fatores listados acima podem estar relacionados à falta de conhecimento da população ou despreparo dos profissionais de saúde atuantes no AACR, levando assim, a superlotação do setor, acarretando em diminuição na qualidade da assistência adequada aos pacientes que realmente necessitam de tratamento emergencial.

A Tabela 4 ilustra as queixas referentes ao tipo de trauma sofrido pelos pacientes atendidos no SHE, a lesão em membros representou 79% dos atendimentos. O trauma é definido como o conjunto das perturbações - qualquer lesão de tecido, órgão ou parte do corpo - causadas subitamente por um agente físico de etiologia, natureza e extensão variadas e predominantemente de origens externas (FRIGO et al., 2013).

Considerando que as causas externas constituem a terceira causa de mortalidade no Brasil e que é imprescindível realizar a prevenção para reduzir a mortalidade decorrente das causas externas, o Ministério da Saúde percebeu a necessidade de implantar e implementar uma rede de atendimento integral ao paciente vítima de trauma, e em 2013, foi instituída a Portaria GM nº 1365/13 que aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

A ocorrência de trauma na população, vem apresentando crescimento elevado, de forma significativa, isso vem ocorrendo devido ao estilo de vida mais ativa da população, imprudência no trânsito, o que acarreta em inúmeros acidentes de trânsito e o aumento da violência, fato que eleva a exposição dos indivíduos ao risco de sofrerem algum tipo de trauma. Um estudo realizado no SAMU de Teresina identificou que em relação a trauma, os membros foi a região corpórea mais atingida correspondendo a 36,9% dos casos, seguido de TCE e do trauma em tórax. (CARVALHO; SARAIVA, 2015).

Uma pesquisa realizada no Hospital público de referência à politraumatizados na cidade de Chapecó verificou que em relação à localização das lesões 20,4% casos confirmados de lesões exclusivamente torácicas e 6,1% de lesões exclusivamente abdominais, 4,0%, e 61,2%

casos de lesões em outras partes do corpo. As lesões torácicas apresentam um grau considerável de gravidade e, a cada quatro vítimas de trauma que morrem, pelo menos uma apresenta como causa de óbito alguma lesão torácica (FRIGO et al., 2013).

Identificar a população envolvida e as circunstâncias que levarão a ocorrência do trauma é necessário para que se detecte quais são as principais causas desse tipo de agravo, sendo passível de modificações através de intervenções preventivas. É necessárias ações de conscientização para a sociedade em geral. Torna-se, imprescindível e imediato a adoção dessas medidas, levando a redução de acidentes, melhoria do comportamento no trânsito, e diminuição da violência.

Tão importante quanto conhecer o perfil demográfico e clínico da clientela assistida, é identificar como ocorre o atendimento dos pacientes que procuram uma unidade de emergência, possibilitando caracterizar o fluxo dos pacientes dentro desse estabelecimento de saúde, bem como identificar a necessidade de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde, e a criação de estratégias para melhorias no atendimento e resolubilidade dentro do próprio serviço.

Estudos realizados no interior de São Paulo evidenciaram que a demanda espontânea pelo serviço hospitalar de emergência corresponde a maior parte dos atendimentos, seguido dos encaminhados pelo Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (GARCIA; REIS, 2014).

A tabela 5 evidencia a distribuição dos pacientes segundo a procedência, sendo perceptível que a maior parte (95,9%) procedera da própria residência, seguidos daqueles conduzidos pelo SAMU (2,1%). É importante salientar que o SAMU exerce um papel fundamental na rede de atenção às urgências e emergências. Realiza atendimento com agilidade e atua no transporte das vítimas de intoxicação exógena, de queimaduras graves, de maus-tratos, tentativas de suicídio, acidentes/traumas, casos de afogamento, de choque elétrico, acidentes com produtos perigosos e em casos de crises hipertensivas, problemas cardiorrespiratórios, trabalhos de parto no qual haja risco de morte para a mãe e/ou o feto, bem como na transferência inter-hospitalar de doentes com risco de morte (BRASIL, 2013)

A articulação do pré-hospitalar móvel com os demais serviços de saúde através de central de regulação deve ser considerada como ponto positivo, pois no município cenário deste estudo há uma pactuação do SAMU regionalizado com a rede hospitalar, conforme preconizado na Portaria GM/MS 2048. Essa pactuação é essencial, considerando que uma parcela de 2,1% da população estudada chegou até o SHE conduzidos pelo SAMU.

O estudo de Minayo e Deslandes (2009) realizado no interior de pernambucano verificou que a utilização desse recurso foi responsável pela transferência de poucos

entrevistados até o ambiente hospitalar. O que pode significar demanda espontânea do usuário a procura pelo serviço ou situações de saúde consideradas não urgentes.

Alguns motivos podem justificar uma procura dos usuários pelos serviços hospitalares de emergência por demanda espontânea, dentre eles a demora no agendamento das consultas nas UBS, a quantidade reduzida de atendimentos, os horários de funcionamento destas que coincide com os turnos de trabalho da clientela assistida, bem como a facilidade na realização de exames, maior complexidade e densidade tecnológica no âmbito hospitalar.

Quanto ao encaminhamento dos pacientes realizado pela enfermeira após a avaliação e classificação de risco, pode-se observar que 75,1% apresentaram ocorrências clínicas sendo avaliados pelo médico clínico, seguido do atendimento com a especialidade de ortopedia com 14,9% (tabela 5). Vale ressaltar, que a instituição do estudo é referência em traumatologia e ortopedia no Recôncavo Baiano, pois de acordo com a SESAB (2014b) é o único hospital nessa região que realiza cirurgias ortopédicas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Corroborando com os achados desta pesquisa, o estudo de Brito, Ribeiro, Souza (2013) realizado em um Pronto-Socorro de Belém, revelou que a especialidade de atendimento com maior percentual de procura foi a Clínica Médica, seguida da Traumatologia e Pequena Cirurgia.

No que tange ao desfecho dos pacientes, a tabela 5, destaca uma maior prevalência para a alta, 68% dos usuários receberam alta após a avaliação no consultório médico, não necessitando de observação na UE. No entanto, 14,2% precisaram ficar em observação antes da alta hospitalar. Vale destacar, que na instituição estudada a (o) enfermeira (o) do AACR tem autonomia para encaminhar os pacientes para o ambulatório do próprio hospital ou para uma UBS nos casos considerados de baixa complexidade.

Estes achados coincidem com um estudo realizado em uma unidade de emergência de Salvador, apontando que o destino dos pacientes atendidos com emergência clínica foi de alta médica seguida daqueles que ficaram em observação antes da alta hospitalar (JACOBS; MATOS, 2005).

Do total dos pacientes encaminhados para ambulatório, 11,5% foram consultados pelos médicos e direcionados e 5,1% foram encaminhados após o AACR realizado pela enfermeira (Tabela 5). Esses dados revelam que os usuários estão procurando os serviços de emergência com quadros não-urgentes, uma vez que após o AACR e o atendimento médico recebe alta ou são encaminhados para os níveis primários da atenção à saúde.

Não é esperado que um atendimento de urgência e emergência em um hospital de alta complexidade seja finalizado com a liberação do paciente, sem continuidade de tratamento. A

maior parte dos atendimentos realizados em um serviço hospitalar de urgência teve como desfecho a alta médica logo em seguida, o que levou os autores a questionarem sobre o real motivo de procura da unidade (COELHO et al., 2010).

A tabela 6, ilustra a distribuição dos pacientes segundo o horário de chegada, classificação de risco e alta. Em relação ao horário de chegada, percebe-se que a maioria dos pacientes chegaram ao serviço entre às 06 e 11:59 da manhã (39,6%), sendo em sua maioria classificados também nesse período (41%). Entretanto, a maior parte dos pacientes só foram atendidos no período das 12 às 17:59 (35,8%) e receberam alta em sua maioria também nesse período (37,2%).

Mesmo em hospitais acreditados, com protocolos de AACR estabelecidos e implantados, um número significativo de prontuários não apresenta o registro do horário da avaliação médica inicial, dificultando na determinação do tempo de espera (BRASIL, 2012). Tal acontecimento foi identificado no SHE estudado (Tabela 6), no entanto das fichas analisadas 1347 fichas de atendimento apresentavam o horário de atendimento médico, representando um percentual, de 0,9% não possuíam essa informação.

Os achados deste estudo podem ser equiparados aos encontrados na pesquisa de Oliveira et al. (2011), demonstrou que o maior volume de atendimentos ocorreu no período da manhã seguido pelo período da tarde.

No período matutino e vespertino há um elevado número de usuários em busca de atendimentos na unidade de emergência, o que corresponde aos horários em que as UBS estão funcionando e, portanto, deveriam absorver parte dessa demanda. Essa busca por atendimento no período diurno evidencia a preferência dos indivíduos pelas unidades hospitalares, mesmo que suas queixas possam ser resolvidas em unidades de menor complexidade (DINIZ et al., 2014).

Os pacientes preferem procurar o serviço de emergência por este ser considerado como um serviço porta aberta, resolvendo suas necessidades de saúde instantaneamente, demonstrando que o modelo hierarquizado da atenção à saúde ainda não obtém resultado satisfatório às necessidades da população (GARCIA; REIS, 2014).

Ainda que as Unidades Básicas de Saúde estejam abertas, a resolubilidade, a densidade tecnológica, e o quantitativo de profissionais são considerados pelos usuários fatores importantes na hora de buscar determinados serviços, mesmo apresentando problemas de saúde considerados de baixa complexidade, demonstrando que infelizmente a crença no modelo hospitalocêntrico ainda vigora no nosso país.

A disponibilidade de atendimento médico sem agendamento prévio, à facilidade de acesso ao sistema, e o acúmulo de “urgências” que não foram resolvidas no fim de semana podem justificar o elevado número de atendimentos no início da semana (JACOBS; MATOS, 2005).

A análise desses dados pode ser considerada um indicador de qualidade para o serviço, entendendo que essas variáveis devam orientar o planejamento do dimensionamento de pessoal necessários nos três turnos de atendimento desse setor. Vale ressaltar que o planejamento faz parte das competências do enfermeiro, portanto, informações como esta podem permitir a elaboração de estratégias para melhor adequar recursos humanos e tecnológicos, visando atender as necessidades dos usuários no período de maior procura ao serviço.

No gráfico 6, verifica-se que o dia da semana com mais atendimentos realizados no SHE foi a terça-feira com 16,6%, seguido da segunda-feira com 15,7%. No interior paulista, um estudo, identificando que os dias de maior procura a UE foram as quintas e as segundas-feiras. A busca durante o serviço nos finais de semana foi pequena, e o domingo foi o dia de menor utilização do serviço. Esperava-se que a procura fosse maior no final de semana, já que esse serviço funciona como suporte para todas as UBS e USF do município estudado, visto que elas funcionam apenas durante a semana (GARCIA; REIS, 2014).

Em contrapartida, um estudo realizado em Pelotas, demonstrou que os dias da semana de maior demanda na UE foram domingo e feriado, com média de 155 consultas por dia. Tais achados podem estar associados ao fato do município apresentar uma rede de atenção básica ampla, que funciona nos dias úteis, principalmente em turnos diurnos, filtrando dessa maneira, a demanda que procura o serviço de emergência (CARRET et al., 2011).

A Atenção Básica em Saúde tem como objetivos ampliar o acesso, fortalecer o vínculo, se responsabilizar e realizar o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado, até que seja possível a transferência/encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando isso se faz necessário, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2013). Entretanto, apesar do município estudado apresentar uma rede de atenção básica a saúde composta de 24 USF e 1 policlínica, é notório ainda a sobrecarga do SHE participante da pesquisa.

Para tanto, percebe-se a necessidade da implantação de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no município, a fim de minimizar os atendimentos considerados não urgentes e de baixa complexidade. As UPAs são estruturas de complexidade intermediária entre as UBS/USF e, a rede hospitalar, a qual deve funcionar 24h por dia, todos os dias da

semana, e compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos.

Elas têm como objetivo garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contrarreferencia-los para os demais pontos de atenção da RAS, possibilitando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população (BRASIL, 2013).

Nesta perspectiva, fica evidente que o itinerário terapêutico dos pacientes que procuram este serviço de urgência e emergência no município de Santo Antonio de Jesus ocorre de maneira inversa, sem seguir o fluxo proposto pela Rede de Urgência e Emergência, buscando primeiro o serviço de alta complexidade, mesmo apresentando problemas considerados de baixa complexidade.

Percebe-se então no gráfico 7 que a maioria dos usuários que procuram este serviço apresentam problemas considerados não-urgentes pelo Ministério da Saúde (61,9%), seguido daqueles considerados de baixa complexidade (19,2%). E, apesar da maior prevalência ter sido para a classificação azul, 5,1% dos pacientes atendidos após o AACR realizado pela enfermeira foram encaminhados diretamente para o ambulatório, e 0,3% para UBS (TABELA 5).

Em relação à classificação de risco, ela é tarefa exclusiva do enfermeiro e deve ser feita por profissionais capacitados e com habilidades para reconhecer sinais e sintomas de gravidade, sendo realizado logo após a chegada do paciente na unidade de emergência (OLIVEIRA et al., 2011).

As ocorrências identificadas como incompatíveis à urgência e emergência, em um estudo realizado dentro de uma unidade de emergência, foram classificadas pela cor azul, tais como: necessidade de avaliação de exames, prescrição médica e realização de curativos (TOMBERG et al., 2013).

Entretanto, a inapropriada e a ausência da referência e contrarreferência, bem como a falta da efetivação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) em totais instâncias, o não conhecimento dos usuários sobre os serviços de saúde ou a utilização incorreta dos mesmos, torna o acolhimento e a avaliação com classificação de risco insuficiente em alguns aspectos (NASCIMENTO et al., 2011).

A realização de capacitações prévias com os enfermeiros responsáveis pela classificação de risco de acordo com o protocolo utilizado pela instituição, são necessárias para que a avaliação do risco seja realizada em cada paciente da maneira mais fidedigna possível,



diminuindo assim erros de classificação decorrentes da utilização incorreta do protocolo estabelecido.

Um estudo realizado em uma UE de um município em Minas Gerais, observou que os pacientes residentes no próprio município que foram classificados nas cores verde ou azul não receberam atendimento médico, eles foram contrarreferenciados para a UBS, sendo que em uma parte considerável dos casos o encaminhamento foi realizado diretamente pelo enfermeiro. Em outros, o enfermeiro encaminhou para o serviço social da unidade de emergência para agendamento de consulta na UBS (GUEDES et al., 2014).

A maior parte dos atendimentos realizados em um SHE se enquadrou na classificação verde, seguido daqueles classificados pela cor azul, o que compreende consultas de média e baixa complexidade, sendo que os pacientes que receberam essa classificação foram encaminhados para as UBS, ou tiveram ações passíveis de serem resolvidas pelo enfermeiro do serviço, tais como a troca de curativo, sondagem vesical e orientações (ULBRICH et al., 2010).

Vale salientar que os significados de urgência para os profissionais e para a população são bem distintos, assim como também são diferentes os conceitos de doença e saúde tanto nos seus conceitos biomédicos quanto nas representações e práticas. A população relaciona esse termo a necessidades diversas tais como: aflição, angústia, abandono e miséria. Necessitando de ajuda e/ou assistência, com solução imediata a uma dificuldade passageira. Já os profissionais, entendem as urgências como patologias que comprometem a vida ou função vital importante (OLIVEIRA; PINTO, 2015; NEVES, 2006).

Essa realidade é determinante para a superlotação do serviço e pode estar indicando a fragilidade de serviços de média complexidade, embora se estime que muitas dessas situações possam ter sido decorrentes de doenças crônicas não tratadas e que tenham agudizado por falta de suporte básico à saúde (TOMBERG et al., 2013). Por outro lado, pode ser um reflexo da falta de conhecimento dos usuários acerca dos fluxos e itinerários que devem ser seguidos, bem como ausência de credibilidade nos serviços de baixa complexidade.

No que tange a classificação de risco, a Política Nacional de Humanização, sinaliza que ela deve ocorrer nos seguintes níveis: Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato. Amarelo: urgência, atendimento o mais rápido possível. Verdes: prioridade não urgente. Azuis: consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada (BRASIL, 2004).

A Unidade de Emergência participante desta pesquisa, definiu tempo de espera para o atendimento, conforme protocolo próprio adaptado do Ministério da Saúde, obedecendo as

seguintes cores utilizadas para classificação de risco e respectivos tempos: vermelho - o atendimento deve ser imediato; amarelo - atendimento em até 40 minutos, verde de 60 a 120 minutos, e azul em média pode haver espera de até 180 minutos. Considerando a mudança atualmente realizada no SHE, o tempo de espera para a classificação laranja está estabelecida em até 10 minutos.

Entretanto, isso não é o que se verifica no gráfico 8, no qual destaca-se que 68,3% dos pacientes classificados com a cor vermelha levaram entre 6 a 40 minutos para serem atendidos, sendo que estes devem ser atendidos imediatamente, afinal a cor vermelha significa prioridade urgente, considerando risco de morte.

Um estudo realizado em Fortaleza observou que o tempo de espera foi breve após a chegada ao hospital, sendo que a maior parte das pessoas foram atendidas em até uma hora e, uma parcela significativa foi atendida imediatamente após a chegada na UE. Contudo, houveram usuários que passaram mais de 5 horas esperando para receber assistência médica, demonstrando assim, dificuldades no atendimento frente à grande demanda do serviço (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

O tempo de espera conforme a cor da classificação de risco também pode ser considerado um indicador de desempenho dentro dos serviços de urgência e emergência, uma vez que a redução do tempo de espera, principalmente de pacientes com quadros urgentes, pode melhorar a qualidade da assistência prestada, em decorrência do diagnóstico ser realizado rapidamente, com conseguinte início precoce do tratamento específico para cada indivíduo.

A classificação de risco é considerada um processo dinâmico, e, portanto, os pacientes podem apresentar necessidade de serem reclassificados, se os sinais e sintomas apresentados evoluem, tendo tempo de espera modificado (GBACR, 2015).

Isso mostra que o serviço vem apresentando equívocos no tempo de atendimento estipulado para cada cor, o que pode acarretar em prejuízos à saúde do indivíduo, levando em consideração que a classificação de risco foi criada com o intuito de minimizar esses acontecimentos. Inúmeros fatores podem justificar esses equívocos, desde falta de preparo da equipe atuante no serviço de emergência, bem como a sobrecarga de usuários nesse serviço.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos pacientes atendidos foram do sexo feminino, entre 18 a 39 anos de idade, residentes no município de Santo Antonio de Jesus, procedentes da própria residência, atendidos em sua maioria por médico clínico, grande parte foi avaliada no consultório médico e recebeu alta hospitalar em seguida. Chegaram ao serviço no período matutino, sendo a terça-feira o dia da semana de maior procura. Em relação a classificação de risco o percentual mais elevado foi classificado com a cor verde, sendo a dor a principal queixa dos usuários que procuraram o serviço de urgência e emergência.

Vale salientar que esse estudo apresentou limitações, devido a utilização de dados secundários, os quais apresentaram dados sem preenchimento, dificultando a análise de algumas variáveis. Portanto, o preenchimento das fichas de atendimento deve ser revisto, para que apresentem preenchimento completo de todos os dados.

Com esse trabalho sugere-se que seja realizada uma reclassificação de risco por parte do enfermeiro responsável pelo AACR, pois como foi possível observar existe uma demora significativa entre o tempo de classificação de risco e o atendimento médico, o que pode ocasionar mudanças no estado de saúde do indivíduo, agravando a sua condição clínica.

Percebe-se também a necessidade de reestruturação e organização entre as redes do município, pois é necessária a articulação entre os diversos níveis de atenção à saúde, definindo os fluxos e as referências adequadas, pois neste trabalho verificou-se que a referência e contrarreferência entre os níveis de atenção é quase inexistente. Essa reformulação levaria a uma diminuição significativa na unidade de emergência dos casos passíveis de resolução no componente pré-hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, por exemplo. Nesse sentido a finalização da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no município se faz imprescindível para que essa melhoria no âmbito hospitalar ocorra.

Por outro lado, recomenda-se o desenvolvimento de atividades educativas junto aos usuários, no que concerne ao esclarecimento dos conceitos de urgências e emergências, bem como a finalidade do serviço de acolhimento com classificação de risco, considerando os resultados desta pesquisa quando revelou que os pacientes recorrem ao SHE, mesmo sem apresentar quadros de emergências, o que pode ser justificado também pela falta de conhecimento da população. Essas atividades poderão ser desenvolvidas em parceria com a UFRB, ou outras instituições de ensino, já que o hospital é uma unidade auxiliar de ensino e acolhe com frequência estudantes e docentes da área de saúde.

Entretanto, apesar dessas limitações na unidade de emergência do hospital participante desta pesquisa, é notório que muitas conquistas já foram alcançadas, e que o mesmo vem se empenhando para que seja prestada uma assistência de excelência aos pacientes atendidos.

Espera-se que os resultados aqui obtidos contribuam de alguma forma na realização de mudanças no cenário atual da unidade de emergência da instituição participante da pesquisa, resultando em melhorias na assistência prestada, servindo de subsídios para a reestruturação e consolidação das ações e políticas já pactuadas no âmbito da Rede de Atenção às Urgências.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. S. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. p. 564-573, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17526>>. Acesso: 13 de mar. de 2015.
- ALMEIDA FILHO, N.; BARETTO M. L. Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**; 2011.
- ANDRADE, L. M. et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online], v. 11, n. 1, pg. 151-157. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19>>. Acesso em: 28 de out. 2015.
- ANTUNES D. O.; GUIMARÃES, J. P. A Importância do Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 2, n. 2 pg. 26-44, 2013. Disponível em: <<http://www.grupouninter.com.br/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/197/101>>. Acesso: 08 de dez. 2015.
- ARAUJO, Y. B. et al. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: limites e possibilidades uma questão para os enfermeiros. **Perspectiva online: biologia e saúde**. v.15, n. 4, pg. 25-49, 2014. Disponível em: <[http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas\\_e\\_saude/article/view/566/489](http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/566/489)>. Acesso em: 29 de nov. 2015.
- AZEVEDO, A. L. C. S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n.4, pg. 736-45, 2010. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n4/pdf/v12n4a20.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a20.pdf)>. Acesso: 15 ago. 2015.
- BATISTA, S.E.A. et al. Análise comparativa entre os mecanismos de trauma, as lesões e o perfil de gravidade das vítimas, em Catanduva – SP. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. v.33, n.1, pg. 6-10, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v33n1/v33n1a02.pdf>>. Acesso em 09 de jan. 2016.
- BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública** [online], vol.25, n.7, pp. 1439-1454, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009000700002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009000700002&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 de jan. 2016.
- 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: Ministério da saúde, 2009. <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)> Acesso: 15 de jul. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.use.ufscar.br/direitos-e-deveres-dos-usuarios/carta-direitos-usuarios>>. Acesso em: 18 de nov. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira** / Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira ...[et al.]; Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas,

2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_padroes\\_consumo\\_alcool.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf)>. Acesso em 20 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1365/13. Aprova e institui a linha de cuidado ao trauma na rede de atenção às urgências e emergências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365\\_08\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html)>. Acesso em 02 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução 466/12. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 de ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 423/2012. Normatiza no âmbito do COFEN. Conselhos Regionais de Enfermagem a participação do enfermeiro na atividade e classificação de riscos. Disponível em: <[http://cofen.gov.br/resoluco-cofen-4232012\\_8956.html](http://cofen.gov.br/resoluco-cofen-4232012_8956.html)>. Acesso em: 13 de fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: **Diário Oficial da União**: 2003. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_urgencias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf)>. Acesso: 28 de jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: **Diário Oficial da União**: 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_urgencias\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf)>. Acesso: 28 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf)>. Acesso em: 28 de nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial da União**: 2011. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso: 18 de jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso**. Brasília: CONASS, 2009. (CONASS Documenta; 19). Disponível: <<http://www.cosemms.org.br/files/publicacoes/conassdocumenta19.pdf>>. Acesso em: 20 de fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Secretaria de Atenção à Saúde. **Estabelecimentos Cadastrados – Brasil**. CNESnet, 2015. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp)>. Acesso em: 27 de set. 2015.

\_\_\_\_\_. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ministério da

Saúde, 2006. Disponível em: < <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>>. Acesso em: 20 de out. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1990. Disponível em: < [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04\\_lei\\_8080.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf)>. Acesso: 09 de set. 2015.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: [http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/con1988\\_05.10.1988/](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/con1988_05.10.1988/). Acesso: 02 ago. 2015.

BRITO, M.V.H.; RIBEIRO, B.C.; SOUZA, I.C.B. Perfil da demanda do serviço de urgência e emergência do hospital pronto socorro municipal - Mario Pinotti. **Ciência & Cuidado em Saúde**, vol.12, n.1, pg. 80-87, 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2013/v27n1/a3528.pdf>>. Acesso em: 23 de set. 2015.

CARRET, M.L.V. et al. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. vol.16, n.1, pp. 1069-1079, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a39v16s1.pdf>>. Acesso em: 14 de jun. 2015.

CARVALHO, I.C.C.M.; SARAIVA, I.S. Perfil das vítimas de trauma atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Interdisciplinar**, v.8, n.1, p. 137-148, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/21.pdf>>. Acesso em 17 de out. 2015.

CAVEIÃO, C. et al. Desafios ao enfermeiro na implantação da classificação de risco em unidade mista. *Revista de Enfermagem da UFSM*, vol. 4, n.1, pg.189-196, 2014. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/10527/pdf>. Acesso em: 15 de jul. 2015.

COELHO, M.F.; CHAVES, L.D.P.; ANSEMI, M.L.; HAYASHIDA, M., SANTOS, C.B. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.18, n.4, [09 telas], 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt\\_16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_16.pdf)>. Acesso em: 16 de jul. 2015.

CORDEIRO JUNIOR, W. A classificação de risco como linguagem da rede de urgência e emergência. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 2, n. 2, pg. 23-28, 2009. Disponível em: < <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/787>>. Acesso em: 28 de nov. 2015.

COUTINHO A.A.P. CECILIO, L.C.O.; MOTA, J.A.C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Médica Minas Gerais**, v. 22, n.2, pg. 188-198, 2012. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/101>>. Acesso em: 19 de dez. 2015.

DAMASCENO, F.P.C. et al. Acolhimento com classificação de risco na rede de urgência e emergência: perspectivas para enfermagem. **Ciências Biológicas e da Saúde**. Aracaju, v. 2, n. 2, pg. 45-58, 2014. Disponível em: < <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/1181>>. Acesso em: 27 de ago. 2015.

DANTAS, J.S.S. et al. Perfil do paciente com intoxicação exógena por “chumbinho” na abordagem inicial em serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online].

- Vol.15, n.1, pg.54-60, 2013. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v15/n1/pdf/v15n1a06.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a06.pdf)>. Acesso em: 15 de jun. 2015.
- DINIZ, A.S. et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 2, pg. 312-20, 2014. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v16/n2/pdf/v16n2a06.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a06.pdf)>. Acesso em: 06 de set. 2015.
- DUBEUX, L.S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva** [online]. vol.23, n.2, pp. 345-369, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a03.pdf>>. Acesso em: 20 de dez. 2015.
- FILHO, A.D.D. et al. Acolhimento com classificação de risco: humanização nos serviços de emergência. **Revista Pesquisa Saúde**. n. 2, 2010. Disponível em: <<http://revista.universo.edu.br/>>. Acesso em: 28 de ago. 2015.
- FRIGO, J. et al. Trauma torácico: análise da população atendida em um hospital público de referência no trauma. **Revista de Enfermagem UFPE** [online]. Recife, vol.7, n.8, pg.5305-5312, 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/4015/6985>>. Acesso em: 08 de jun. 2015.
- GARCIA, V.M.; REIS, R.K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista brasileira de enfermagem** [online], vol.67, n.2, pg. 261-267. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0261.pdf>>. Acesso em: 10 de dez. 2015.
- GARLET, E.R. et al. organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, pg. 266-72, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09.pdf>>. Acesso em: 23 de out. 2015.
- GBACR – Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco. História da Classificação de Risco. Disponível em: <http://www.gbacr.com.br/>>. Acesso: 18 de dez. 2015.
- GROUSE A.I.; BISHOP, R.O.; BANNON, A.M. The Manchester Triage System provides good reliability in an Australian emergency department. **Emergency Medicine Journal**. Vol.26, n.7, pg. 487-496, 2009. Disponível em: <<http://emj.bmj.com/content/26/7/484>>. Acesso em: 07 de jan. 2016.
- GUEDES, H.M. et al. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a05.pdf>>. Acesso em: 01 de nov. 2015.
- GUEDES, M.V.C.; HENRIQUES, A.C.P.T.; LIMA, M.M.N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. vol.66, n.1, pp. 31-37, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a05.pdf>>. Acesso em 17 de set. 2015.
- JACOBS, P.C.; MATOS, E.P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador - Bahia. **Revista Associação Médica Brasileira** [online]. vol.51, n.6, pp. 348-353, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n6/27537.pdf>>. Acesso em: 14 de jun. 2015.
- MACHADO, C.V.; SALVADOR, F.G.F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública** [online], vol.45, n.3, pp. 519-528, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2335.pdf>>. Acesso em: 23 de nov. 2015.



MARTIN, J.F.V. et al. Perfil de crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia** [online]. vol.83, n.2, pp. 125-130, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v83n2/v83n2a04.pdf>>. Acesso em: 09 de jan. 2016.

MASCARENHAS, M.D. et al. Atendimentos de emergência por causas externas e consumo de bebida alcoólica - Capitais e Distrito Federal, Brasil, 2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.20, n.4, pg.1037-1046, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/pt\\_1413-8123-csc-20-04-01037.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/pt_1413-8123-csc-20-04-01037.pdf)>. Acesso em out. 2015.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e saúde coletiva** [online]. vol.15, n.5, pp. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 10 de jan. 2016.

MINAYO, M.C.DE S.; DESLANDES, S.F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciência e saúde coletiva**. v.14, n.5, p.1641-1649, 2009.

NASCIMENTO, E. R. P. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 13, n. 4, p. 597-603, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf>>. Acesso em: 10 de nov. 2015.

NEVES, C.A.B. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. **Caderno de Saúde Pública** [online]. vol.22, n.3, pp. 691-693, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/24.pdf>>. Acesso em: 20 de set. 2015.

O'DWYER, G.; I. MATTA, E. A.; PEPE V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n.5, pg. 1637-1648, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/27.pdf>>. Acesso em: 20 de dez. 2015.

OLIVATI, F.N. et al. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 15, n. 3, p. 247-252, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-4012/2010/v15n3/a1847.pdf>>. Acesso em: 18 de nov. 2015

OLIVEIRA, G.N.; SILVA, M.F.N.; ARAUJO, I.E.M.; FILHO, M.A.C. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.19, n.3 [09 telas], 2011. Disponível em:< [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_14](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14)>. Acesso em: 09 de ago.2015.

OLIVEIRA, T.A.; PINTO, K.A. Acolhimento com classificação de risco e acesso em serviço de emergência: avaliação de usuários. **Ciência & Cuidado em Saúde**, vol.14, n.2, pg.1122-1129, 2015. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22897>>. Acesso em 18 de set. 2015.

RODRIGUES, A.I.G. et al. Perfil dos usuários atendidos no serviço de emergência em um hospital universitário em Pernambuco. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.39, n.1, p.13-24, 2015. Disponível em: <[http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1690/pdf\\_604](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1690/pdf_604)>. Acesso em: 19 de set. 2015.

ROSA, T.P. et al. Perfil dos pacientes atendidos na sala de emergência do pronto socorro de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Vol.1, n.1, pg. 51-60, 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2090/1511>>. Acesso em 05 de dez. 2015.

ROSSANEIS, M.A. et al. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online]. n. 13, v. 4, pg. 648-656, 2011. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v13/n4/pdf/v13n4a08.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a08.pdf). Acesso em: 23 de jul. 2015.

SANTOS, A.F.A.B. **Projeto de Implantação de Acolhimento com Classificação de Risco no Laboratório Municipal de Camaragibe** - PE. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: < <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010santos-afab.pdf>>. Acesso em: 20 de out. 2015.

SESAB. **Protocolo Estadual de Classificação de Risco** / Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2014a. Disponível em:< [http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/images/stories/PDF/protocolo\\_classificacaoderisco\\_cour.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/images/stories/PDF/protocolo_classificacaoderisco_cour.pdf)>. Acesso em: 20 de nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Pesquisa aponta 94% de aprovação no HRSAJ. / Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2014b. Disponível em:< [http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8484:pesquisa-aponta-94-de-aprovacao-no-hrsaj&catid=13:noticias&Itemid=25](http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8484:pesquisa-aponta-94-de-aprovacao-no-hrsaj&catid=13:noticias&Itemid=25)>. Acesso em: 18 de dez. 2015.

SOUZA, C.C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.1, 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf)>. Acesso em: 03 de set. 2015.

TOMBERG, J.O. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, v. 12, n.1, pg. 080-087, 2013. Disponível em: < <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/94574/000913307.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 18 de ago. 2015.

ULBRICH, E.M. et al. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. **Cogitare Enfermagem**. Vol.15, n.2, pg.286-292, 2010. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/17863/11655>>. Acesso em:15 de set. 2015.

VERAS, R.P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012001000003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 de nov. 2015.

VIZZOTTO, M. M.; GOMES, R. C. A metodologia em ciências da saúde. **Revista Mudanças – Psicologia da Saúde**, vol.13, n.1, pg. 223-245, 2005. Disponível em: <<http://metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/download/847/873>>. Acesso em: 15 de set. 2015.

## ANEXOS

## ANEXO A – FORMULÁRIO ESTRUTURADO PARA CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA E DO ATENDIMENTO

1. Idade	_____anos completos
2. Sexo	Masc ( ) Fem ( )
3. Cor da pele referida	Branco ( ) Negro ( ) Pardo ( ) Amarelo ( )
4. Escolaridade	Analfabeto ( ) Primeiro grau incompleto ( ) Primeiro grau completo ( ) Segundo grau incompleto ( ) Segundo grau completo ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino Superior completo ( ) Pós graduação ( )
5. Horário de chegada à emergência	____h ____min
6. Horário da classificação de risco	____h ____min
7. Horário do atendimento médico	____h ____min
8. Horário da alta	____h ____min
9. Dia da semana e mês do atendimento	<b>Dia da semana:</b> segunda-feira ( ) terça-feira ( ) quarta-feira ( ) quinta-feira ( ) sexta-feira ( ) sábado ( ) domingo ( ) <b>Mês de atendimento:</b> janeiro ( ) fevereiro ( ) março ( ) abril ( ) maio ( ) junho ( ) julho ( ) agosto ( ) setembro ( ) outubro ( ) novembro ( ) dezembro ( )
10.Procedência	Casa ( ) Unidade Básica de Saúde ( ) Assistência Médica Ambulatorial (AMA) ( ) Assistência Médica de Especialidade (AME) ( ) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ( )
11.Queixa principal	Problema neurológico ( ) Problema respiratório ( ) Problema cardiológico ( ) Problema digestório ( ) Problema urinário ( ) Problema reprodutor ( ) Problema vascular ( ) Problema muscular-esquelético ( ) Problema endócrino ( ) Problema hematológico ( ) Pele e anexos ( ) Problema imunológico ( ) Problema mental ( ) Problemas inespecíficos ( )
12.Sinais e sintomas	<b>Problema neurológico ( )</b> ( ) Alteração no nível de consciência ( ) Alteração na fala ( ) Alteração sensibilidade ( ) Alteração pupilar ( ) Paresia ( ) Parestesia ( ) Plegia ( ) Desvio de rima ( ) Convulsão ( ) Rigidez de nuca <b>Problema respiratório ( )</b> ( ) FR > 20irpm ( ) FR < 12irpm ( ) Dispneia ( ) Tosse <b>Problema cardiológico ( )</b> ( ) FC > 100bpm ( ) FC < 60bpm ( ) PAS ≥ 140mmHg ou PAD ≥ 90mmHg ( ) PAD < 90mmHg ( ) Palpitação <b>Problema digestório ( )</b> ( ) Pirose ( ) Vômito ( ) Diarréia ( ) Acolia fecal ( ) Flatulência ( ) Parada de eliminação de fezes ( ) Parada de eliminação de gazes <b>Problema urinário ( )</b> ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Poliúria ( ) Colúria ( ) Urina fétida ( ) Retenção urinária <b>Problema reprodutor ( )</b> ( ) Priapismo

	<p><b>Problema vascular ( )</b>  <input type="checkbox"/> Hiperemia em membro ( ) Palidez em membro  <input type="checkbox"/> Cianose em membro ( ) Pele fria em membro  <input type="checkbox"/> Empastamento em membro ( ) Ausência ou diminuição de pulso em membro ( ) Claudicação</p> <p><b>Problema muscular-esquelético ( )</b>  <input type="checkbox"/> Incapacidade ou dificuldade de movimentar alguma parte do corpo ( ) Deformidade em membro</p> <p><b>Problema endócrino ( )</b>  <input type="checkbox"/> Glicemia capilar de jejum superior a 140mg/dl ou pós-prandial superior a 160mg/dl ( ) Glicemia capilar inferior a 70mg/dl</p> <p><b>Problema hematológico ( )</b>  <input type="checkbox"/> Linfadenomegalia</p> <p><b>Pele e anexos ( )</b>  <input type="checkbox"/> Cianose ( ) Icterícia  <input type="checkbox"/> Hematoma  Local: _____  <input type="checkbox"/> Hiperemia  Local: _____  <input type="checkbox"/> Erupção cutânea  Local: _____  <input type="checkbox"/> Escoriação  Local: _____  <input type="checkbox"/> Ferimento  Local: _____  <input type="checkbox"/> Ferida  Local: _____  <input type="checkbox"/> Palidez ( ) Petéquias</p> <p><b>Problema imunológico ( )</b>  <input type="checkbox"/> Alergia ( ) Temperatura axilar superior a 37,3°C  <input type="checkbox"/> Temperatura axilar inferior a 35°C</p> <p><b>Problema mental ( )</b>  <input type="checkbox"/> Alteração na aparência ( ) Alteração de afetividade e humor  <input type="checkbox"/> Alteração de comportamento ( ) Alucinações ( ) Delírios  <input type="checkbox"/> Desatenção ( ) Fala acelerada ( ) Fala lentificada  <input type="checkbox"/> Hiperatividade ( ) Hipoatividade</p> <p><b>Problemas inespecíficos ( )</b>  <input type="checkbox"/> Anorexia ( ) Ascite ( ) Astenia ( ) Cãimbra ( ) Calafrio ( )  Confusão mental ( ) Corpo Estranho ( ) Desmaio  <input type="checkbox"/> Dor  Local: _____  <input type="checkbox"/> Edema  Local: _____  <input type="checkbox"/> Fraqueza  <input type="checkbox"/> Infecção  Local: _____  <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena  <input type="checkbox"/> Agente tóxico: _____  <input type="checkbox"/> Via de contaminação: _____  <input type="checkbox"/> Mal-estar ( ) Mordedura ou picada ( ) Náusea  <input type="checkbox"/> Prurido  Local: _____  <input type="checkbox"/> Queimadura  <input type="checkbox"/> Sangramento</p>
--	---

	Local: _____ ( ) Sinais de embriaguez ( ) Secreção Local: _____ ( ) Sonolência ( ) Sudorese ( ) Tontura ( ) Trauma Local: _____ ( ) Tremor ( ) Vertigem ( ) Outros: _____
<b>13.Hipótese diagnóstica</b>	CID: _____
<b>14.Exames complementares</b>	ECG - sim ( ) não ( ) RX - sim ( ) não ( ) Laboratoriais - sim ( ) não ( ) Outros - sim ( ) não ( ) _____
<b>15.Antecedentes pessoais e hábitos de vida</b>	HAS ( ) DM ( ) Cardiopatia ( ) Insuficiência Renal ( ) DPOC ( ) Asma ( ) Insuficiência Hepática ( ) Demência ( ) AVC ( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Cirurgia ( ) Outros ( ): _____
<b>16.Classificação de risco ao final da avaliação realizada pelo enfermeiro</b>	
<b>17.Especialidade médica de atendimento</b>	Clínica- Médica ( ) Pediatria ( ) Cirurgia- Geral ( ) Ginecologista-obstetrícia ( ) Trauma-ortopedia ( ) Outras: _____
<b>18.Desfecho</b>	Observação ( ) Alta hospitalar ( ) Óbito ( ) Internação hospitalar ( ) Encaminhamento para outro Serviço ( ): _____

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP)

### PROJETO DE PESQUISA

<b>Título:</b> Estudo transversal, multicêntrico para avaliação da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência do Brasil	
<b>Área Temática:</b>	
<b>Pesquisador:</b> Ruth Ester Assayag Batista	<b>Versão:</b> 2
<b>Instituição:</b> Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/IEPM	<b>CAAE:</b> 05739412.9.1001.5505

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 81406

**Data da Relatoria:** 24/08/2012

**Apresentação do Projeto:**

Conforme parecer CEP 73023 de 13/8/2012

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme parecer CEP 73023 de 13/8/2012

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme parecer CEP 73023 de 13/8/2012

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Conforme parecer CEP 73023 de 13/8/2012

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Conforme parecer CEP 73023 de 13/8/2012

**Recomendações:**

Conforme parecer CEP 73023 de 13/8/2012

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

pendências adequadamente respondidas, projeto aprovado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Aprovação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

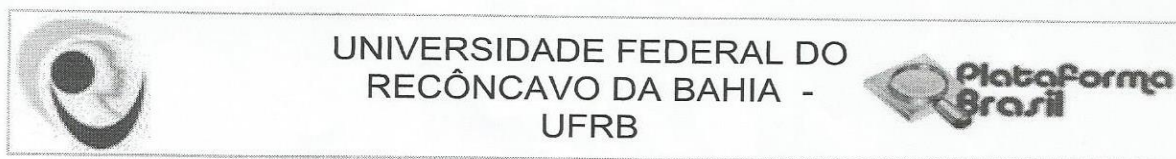
As pendências foram atendidas, o colegiado acatou o parecer do relator. Projeto aprovado.

**Na data de emissão desse parecer estavam pendentes (9) pareceres de instituições coparticipantes.**

SAO PAULO, 24 de Agosto de 2012

Assinado por:  
José Osmar Medina Pestana

## ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA (UFRB)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Estudo transversal, multicêntrico para avaliação da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência do Brasil

**Pesquisador:** Ruth Ester Assayag Batista

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 05739412.9.3003.0056

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 773.010

**Data da Relatoria:** 12/09/2014

#### Apresentação do Projeto:

Estudo será realizado em 10 centros, sendo o proponente UNIFESP, 2 / Universidade Federal de Juiz de Fora, 3 / Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 4-Universidade Federal de Minas Gerais, 5 / Universidade Federal do Paraná, 6 / Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 7 / Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 8 / Universidade Federal do Rio de Janeiro, 9 / Universidade Federal de São Carlos, A demanda nos Serviços de Emergência tem aumentando nas últimas décadas, devido à dificuldade de acesso à rede básica, aos centros ambulatoriais especializadas, aos serviços hospitalares e ao crescimento do número

de acidentes e violência urbana, gerando grande impacto nos atendimentos destas unidades(1,2). Muitos dos atendimentos realizados nestes locais são por doenças de baixa gravidade, afecções crônicas decorrentes do aumento da expectativa de vida e pelo modelo de enfrentamento das condições crônicas na lógica das condições agudas(3).

Este aumento da demanda, acrescido à insuficiente estruturação da rede assistencial, tem contribuído de forma substancial para a sobrecarga dos serviços de atendimento de Urgências e Emergências disponibilizados à população(1).

Historicamente, no Brasil, em razão da dificuldade na prestação de serviços de saúde nas Unidades de Atenção Básica a população recorre aos pronto-socorros para a resolução dos mais diversos

**Endereço:** Rua Rui Barbosa, 710

**Bairro:** Centro

**CEP:** 44.380-000

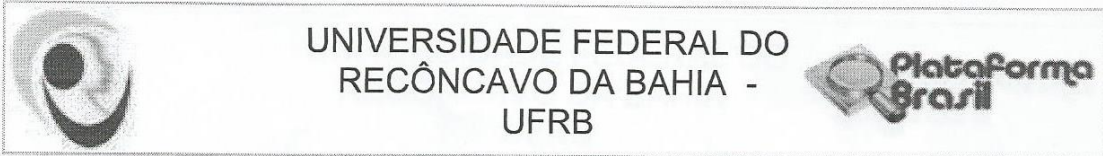
**UF:** BA

**Município:** CRUZ DAS ALMAS

**Telefone:** (75)3621-6850

**Fax:** (75)3621-9767

**E-mail:** eticaempesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 773.010

problemas, tornando estes setores a principal porta de entrada da demanda reprimida ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Este perfil de atendimento revela, entre outras coisas, uma distribuição desigual da oferta de serviços, não apenas do ponto de vista quantitativo, mas também qualitativo(4).

Neste contexto a Emergência assume a função de encaminhar esses pacientes na tentativa de prestar uma assistência de melhor qualidade para esta população e aliviar o serviço.

O que acontece há mais de uma década são serviços lotados devido a um deslocamento da população, configurando-os como prestadores de atenção primária e secundária de assistência à saúde e não de fato destinados ao atendimento de emergências(6).

O Ministério da Saúde em 2003 instituiu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS - Humaniza SUS -, que, também, propõem o Acolhimento com Classificação de Risco como estratégia de melhor atendimento com controle da superlotação do Serviço de Emergência(8,9). A Portaria 1600/11 do Ministério da Saúde reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e tem como uma de suas diretrizes a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos. Dispõe, também, que o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção(10). O Acolhimento com Classificação de Risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização do atendimento das urgências e na implementação da produção de saúde em rede. Os resultados esperados com sua implantação nas emergências são a diminuição do risco de mortes evitáveis, extinção da triagem por funcionário não qualificado, priorização de acordo com critérios clínicos, obrigatoriedade de encaminhamento responsável do usuário a outro serviço, quando houver necessidade, redução do tempo de espera, detecção de casos que se agravarão se o atendimento for postergado, melhoria da assistência nas emergências, redução da ansiedade e aumento da satisfação dos profissionais e usuários(11).

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Elaborar um Curso de Educação à Distância para os enfermeiros dos Hospitais Públicos sobre classificação de risco.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710  
 Bairro: Centro CEP: 44.380-000  
 UF: BA Município: CRUZ DAS ALMAS  
 Telefone: (75)3621-6850 Fax: (75)3621-9767 E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br





UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RECÔNCAVO DA BAHIA -  
UFRB



Continuação do Parecer: 773.010

#### FASE I

Identificar as características dos sistemas de classificação de risco utilizados nacionalmente.

1. Caracterizar as Instituições envolvidas no estudo;
2. Caracterizar os profissionais que atuam na classificação de risco nestas Instituições;
3. Identificar o protocolo de classificação de risco utilizado nas Instituições participantes no estudo;
4. Identificar os recursos materiais e físicos disponíveis para a realização da classificação de risco nas instituições
5. Identificar o número diário de atendimentos durante um mês.

#### FASE II

1. Caracterizar a demanda dos Serviços de Urgência e Emergência incluídas neste estudo;
2. Identificar as doenças prevalentes nos Serviços de Urgência e Emergência incluídas neste estudo;
3. Mensurar os indicadores de qualidade de classificação de risco nas Instituições.

#### FASE III -

1. Elaborar e ministrar um curso a distância para subsidiar o julgamento clínico dos profissionais na realização da Classificação de Risco.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em acordo com a Res. 466/12

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo preserva os princípios de cientificidade e mostra-se relevante para a aquisição de conhecimento científico e também como retorno para a comunidade pesquisada.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados

#### **Recomendações:**

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto encontra-se em acordo com a Res. 466/12

#### **Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Rua Rui Barbosa, 710

**Bairro:** Centro

**CEP:** 44.380-000

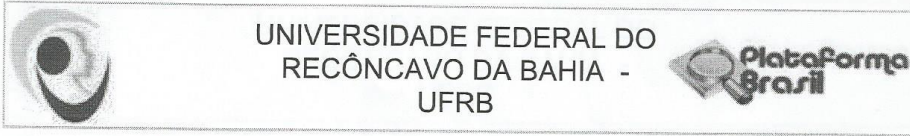
**UF:** BA

**Município:** CRUZ DAS ALMAS

**Telefone:** (75)3621-6850

**Fax:** (75)3621-9767

**E-mail:** eticaempesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 773.010

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CRUZ DAS ALMAS, 01 de Setembro de 2014

*p/ Elissandra B. W.*

**Assinado por:  
Cintia Mota Cardeal  
(Coordenador)**

*Elissandra Ulrich Winkler*  
Professora Adjunta - CCAAB/UFRB  
SIAPE: 1716209

**Vice-Coord. do Comitê de Ética  
em Pesquisa com Seres Humanos  
UFRB**

**Endereço:** Rua Rui Barbosa, 710  
**Bairro:** Centro **CEP:** 44.380-000  
**UF:** BA **Município:** CRUZ DAS ALMAS  
**Telefone:** (75)3621-6850 **Fax:** (75)3621-9767 **E-mail:** eticaempesquisa@ufrb.edu.br

## **ANEXO D – CARTA DE CONSENTIMENTO E CONFIDENCIALIDADE ENVOLVENDO ESTUDOS MULTICÊNTRICOS**

O estudo que será desenvolvido sob coordenação e responsabilidade da Prof. Dra. Ruth Ester Assayag Batista, obedece as normas de ética em pesquisa com seres humanos segundo a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de São Paulo.

### **1. Objetivos do acordo:**

O objetivo deste acordo é constituir uma colaboração estritamente acadêmica entre as duas instituições que participam deste contrato e que estão interessadas em contribuir com o estudo sobre Classificação de Risco nos Serviços de Emergência do Brasil (CRISE Brasil) em Serviços Públicos de Urgência e Emergência no Brasil. Neste contrato, estabelecemos condições de participação da instituição parceira para este estudo.

### **2. Sobre as condições de participação:**

- a. O pesquisador da instituição parceira compromete-se a observar rigorosamente a metodologia prevista na coleta de dados epidemiológicos que foi detalhada no protocolo de estudo;
- b. O pesquisador da Instituição parceira compromete-se ainda a:
  - i. Encaminhar o projeto para o Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição a qual pertence;
  - ii. Zelar para que todo e qualquer procedimento do estudo seja conduzido dentro das normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos.
- c. Responder, em tempo hábil, a todas as solicitações e dúvidas referentes à coleta e preenchimento de fichas clínicas;

d. Participar das reuniões organizadas para discussão deste estudo e de seus resultados e que serão patrocinadas pelos organizadores do estudo.

### **3. Duração do acordo:**

Esta colaboração iniciar-se-á após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética das Instituições envolvidas já deverá estar disponível. Estima-se que o período de coleta de dados da Fase I e da Fase II será de doze meses, podendo haver prorrogação neste período e conseqüentemente no contrato caso haja interesse entre as partes.

A qualquer momento, havendo problemas na condução do estudo, este acordo poderá ser desfeito. Neste caso, a parte renunciante do acordo deverá avisar a outra parte com 30 dias de antecedência. A utilização dos dados já coletados pelo centro para a pesquisa será decidida pelo Centro coordenador.

### **4. Contrapartida e transferência de recursos para a Instituição parceira:**

Após o aceite das Universidades Contratadas será encaminhado projeto para Agência de Fomento, caso o projeto seja aceite:

a. Faremos uma transferência mensal de recursos à instituição parceira para condução do estudo. Esta transferência de recursos será mantida na dependência de repasse pela agência de fomento;

b. Importante realçar que esta colaboração não estabelece qualquer vínculo comercial ou empregatício entre as partes que assinam este contrato.

### **5. Publicações:**

- a. A instituição investigadora e os demais pesquisadores envolvidos na pesquisa podem usar os dados analisados para melhoria da unidade em que está sendo desenvolvido o estudo;
- b. A política de publicação definida prevê que um artigo deverá ser escrito e coordenado pela Dra. Ruth Ester Assayag Batista e pelo Dr. Aécio Flávio Teixeira de Góis;
- c. Ao final do estudo, faremos um relatório completo sobre a caracterização geral de cada instituição e do perfil da população atendida. Os dados documentados em seu centro poderão ser utilizados pelo pesquisador para fins de publicação;
- d. O crédito da autoria deve ser baseado na contribuição substancial para a concepção e desenho do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados ou na redação do artigo ou revisão crítica, com importante contribuição intelectual;
- e. Ao submeter um artigo de colaboração da CRISE Brasil, o autor correspondente deve indicar claramente a citação preferencial dos autores do Centro (identificar todos os autores individuais), bem como o nome da colaboração, pois as revistas, em geral, citam os outros membros do grupo nos Agradecimentos ou Informações adicionais sobre autoria. Os participantes de todos os outros centros serão indexados ao nome da colaboração na publicação;
- f. A instituição, investigadora principal e os outros centros de investigação comprometem-se a não divulgar os dados em qualquer campo oral ou por escrito, antes da publicação final. Após a publicação final pode ser usado tais informações em qualquer mídia.

## **6. Divulgação:**

a. Todos os pontos do protocolo e etapas do estudo serão apresentados e discutidos detalhadamente em evento com a participação das partes que assinaram este contrato;

b. A instituição investigadora principal e os outros centros de investigação comprometem-se a não utilizar os materiais do método da pesquisa para outro uso diferente do que o propósito do estudo multicêntrico.

E por estarem justos e acordados, assinam o presente contrato em duas vias de igual teor e forma.

---

**Coordenador do Centro Colaborador**

---

**Profa. Dra. Ruth Ester Assayag Batista**

**ANEXO E – PEDIDO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES**

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Estou encaminhando para avaliação do CEP/UNIFESP o projeto de pesquisa intitulado **“Estudo transversal, multicêntrico para avaliação da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência do Brasil”**, projeto sob minha responsabilidade. Trata-se de um estudo que pretende avaliar a Classificação de Risco realizada nos Serviço de Emergência no Brasil.

Venho solicitar a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido para os pacientes envolvidos neste estudo pelos motivos descritos abaixo:

1. Estudo observacional com coleta de dados por meio da avaliação de prontuários.
2. Não haverá interferência nos procedimentos realizados no Serviço de Emergência.

Aguardando a manifestação de VSa.

Atenciosamente,

---

Ruth Ester Assayag Batista  
Investigadora Principal