

AGLOMERAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: FATORES QUE RESULTAM NESTE CENÁRIO NO PRONTO-SOCORRO REFERÊNCIA EM RONDÔNIA

Recebido em: 14/03/2024

Aceito em: 01/04/2025

DOI: 10.25110/arqsaud.v30i1.2026-12203



Maria Juliana Vasconcellos Bragado¹
Cássia Raíssa Lopes Valente França²
Cyntia da Silva Alvares³
Débora Suâny Favalessa Costa⁴
Laís Xavier de Araújo⁵
Tainara Lima Viana Colombo⁶
Geiferson Santos do Nascimento⁷

RESUMO: A aglomeração dos serviços de emergência, configura um problema mundial, com repercussões na assistência, produção do sistema e desenvolvimento da equipe. Este estudo buscou identificar os fatores que resultam na aglomeração do serviço de urgência e emergência no pronto-socorro referência em Rondônia. Trata-se de um estudo observacional, transversal de abordagem quantitativa. A população do estudo foi analisada de forma retrospectiva, através da exploração de prontuários dos pacientes que deram entrada no Hospital Estadual e Pronto-Socorro João Paulo II, no período de julho a setembro de 2022. Foram incluídos na pesquisa 1.983 prontuários. Uma taxa de 23,3% dos pacientes foi classificada com a cor amarelo e 41,77% com a cor verde, sendo que 35,9% deram entrada por demanda espontânea, seguido por 29,9% de encaminhamentos dos demais componentes da Rede de Atenção à Saúde. A maioria dos pacientes ficaram internados por um período de 1 a 5 dias (61,4%), seguido de 6 a 10 dias (24,0%), sendo que 41,8% destes necessitaram aguardar por algum procedimento ou transferência por um período de 1 a 10 dias, 6,3% aguardaram 11 a 29 dias e apenas 1,3% aguardaram por um tempo inferior a 24 horas. Portanto, foi possível constatar uma variedade de fatores que contribuem para a superlotação, como a dificuldade no acesso e resolutividade dos demais pontos da Rede de Atenção e o déficit na comunicação e ausência de fluxo bem estabelecido entre a central de regulação e os hospitais de retaguarda, ocasionando um tempo de espera fora do comum no hospital da pesquisa.

¹ Fisioterapeuta. Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia.

E-mail: juh.v19.bragado@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8495-966X>

² Psicóloga. Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia.

E-mail: cassialvalente023@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7560-2052>

³ Enfermeira. Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia.

E-mail: cyntiaalvares15@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0116-7363>

⁴ Enfermeira. Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia.

E-mail: deborafavalessa@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0464-6944>

⁵ Enfermeira. Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia.

E-mail: laís.xavier.77@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6739-2518>

⁶ Enfermeira. Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia.

E-mail: tainara.viana99@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0288-8949>

⁷ Fisioterapeuta. Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia.

E-mail: geiffersson@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1726-0936>

PALAVRAS-CHAVE: Aglomeração; Serviço Hospitalar de Emergência; Atenção à Saúde.

CROWDING IN THE URGENCY AND EMERGENCY SERVICE: FACTORS THAT RESULT IN THIS SCENARIO IN THE REFERENCE EMERGENCY ROOM IN RONDÔNIA

ABSTRACT: The crowding of emergency services is a global problem, with repercussions on assistance, system production and team development. This study sought to identify the factors that result in crowding in the urgent and emergency service in the reference emergency room in Rondônia. This is an observational, cross-sectional study with a quantitative approach. The study population was analyzed retrospectively, through the exploration of medical records of patients who were admitted to the Hospital Estadual e Pronto-Socorro João Paulo II, from July to September 2022. 1,983 medical records were included in the research. A rate of 23.3% of patients was classified as yellow and 41.77% as green, with 35.9% admitted due to spontaneous demand, followed by 29.9% of referrals from other components of the Network of Health Care. Most patients were hospitalized for a period of 1 to 5 days (61.4%), followed by 6 to 10 days (24.0%), and 41.8% of these needed to wait for some procedure or transfer for a period of 1 to 10 days, 6.3% waited 11 to 29 days and only 1.3% waited for less than 24 hours. Therefore, it was possible to verify a variety of factors that contribute to overcrowding, such as the difficulty in accessing and resolving other points of the Care Network and the deficit in communication and lack of well-established flow between the regulation center and the back hospitals, causing an unusual waiting time at the research hospital.

KEYWORDS: Crowding; Emergency Service; Hospital; Delivery of Health Care.

AGLOMERACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIA Y EMERGENCIA: FACTORES QUE RESULTAN EN ESTE ESCENARIO EN LA SALA DE EMERGENCIA DE REFERENCIA EN RONDÔNIA

RESUMEN: La saturación de los servicios de emergencia constituye un problema global, con repercusiones en la asistencia, la producción de sistemas y el desarrollo de equipos. Este estudio buscó identificar los factores que resultan en el hacinamiento en el servicio de urgencia y emergencia en la sala de emergencia de referencia en Rondônia. Se trata de un estudio observacional, transversal y con enfoque cuantitativo. La población de estudio fue analizada retrospectivamente, a través de la exploración de prontuarios de pacientes que ingresaron en el Hospital Estadual e Pronto-Socorro João Paulo II, de julio a septiembre de 2022. Fueron incluidos en la investigación 1.983 prontuarios. Una tasa del 23,3% de los pacientes se clasificó como amarilla y el 41,77% como verde, con un 35,9% ingresados por demanda espontánea, seguido por un 29,9% de derivaciones de otros componentes de la Red de Atención a la Salud. de 1 a 5 días (61,4%), seguido de 6 a 10 días (24,0%), de estos el 41,8% tuvo que esperar algún trámite o traslado por un período de 1 a 10 días, el 6,3% esperó de 11 a 29 días y sólo el 1,3% esperó menos de 24 horas. Por lo tanto, se pudo verificar una variedad de factores que contribuyen al hacinamiento, como la dificultad para acceder y resolver otros puntos de la Red de Atención y el déficit de comunicación y falta de flujo establecido entre el centro de regulación y los hospitales traseros, provocando un tiempo de espera inusual en el hospital de investigación.

PALABRAS CLAVE: Aglomeración, Servicios Médicos de Urgencia, Atención a la Salud.

1. INTRODUÇÃO

A superlotação dos serviços de emergência configura um problema mundial, com repercussões na assistência ao paciente, produção do sistema e desenvolvimento da equipe (Clouston *et al.*, 2021). É caracterizada quando o serviço atinge uma taxa de ocupação superior a 90% de sua capacidade pela ausência de leitos e pacientes acomodados em espaços inadequados (Soster, 2022). Três componentes são atribuídos como causa do problema: entrada no serviço, número de transferências e saídas (Tuominen *et al.*, 2023).

No Brasil, a fim de reduzir a utilização inadequada das unidades de emergência foi implementada a rede de urgência e emergência, instituída pelo Ministério da Saúde (MS) através da portaria nº 1600 de 7 de julho de 2011. Apesar dessa iniciativa, os serviços de emergência no Brasil, funcionam acima de sua capacidade, com taxa de ocupação de leitos superior a 100%, números insuficientes de recursos humanos e materiais, deficiência de treinamento ou reciclagem, excesso de demanda, gerenciamento precário de recursos, ausência de leitos de retaguarda e inexistência de planejamento efetivo (Santos; Freitas; Oliveira, 2018).

Em Rondônia, o Hospital Estadual e Pronto Socorro João Paulo II (HEPSJPII) é referência no atendimento de urgência e emergência para o estado e regiões adjacentes, dispondo em sua estrutura física de 195 leitos hospitalares. Dados da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), apontaram que de janeiro a julho de 2019 ao primeiro semestre do referido ano, foram realizados 23.770 atendimentos, 7.275 internações e 2.196 cirurgias, números precursores da apresentação do problema da superlotação neste serviço (SESAU, 2019).

Tendo em vista que a superlotação do serviço de urgência e emergência repercute negativamente na integralidade do cuidado e qualidade da assistência e considerando as lacunas existentes nesta temática, a presente pesquisa buscou identificar os fatores que resultam na aglomeração do serviço de urgência e emergência no pronto-socorro referência em Rondônia.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa realizado no Hospital Estadual e Pronto Socorro João Paulo II (HEPSJPII), localizado na Zona Sul do município de Porto Velho, Rondônia. A unidade hospitalar é de nível terciário, grande porte e realiza atendimentos de urgência e emergência em diversas especialidades para a população do estado de Rondônia, outros estados como Acre e Amazonas e países como Bolívia e Venezuela.

A população do estudo foi analisada de forma retrospectiva, através da exploração de prontuários dos pacientes que deram entrada no HEPSJPII, no período de julho a setembro de 2022 por demanda espontânea, encaminhamentos e/ou transferências. Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, com idade a partir de 13 anos, cujo motivo de entrada fosse referente a condições ortopédicas, cardiológicas, neurológicas e cirurgias gerais. Não foram incluídos pacientes classificados com a cor “vermelha”, em uso de ventilação mecânica invasiva e os pacientes que progrediram para alta hospitalar ou óbito em um período inferior a 24 horas, uma vez que se considera internação hospitalar com consequente contribuição na superlotação os pacientes admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas.

Os dados para a realização do presente estudo foram extraídos do Sistema de Gerenciamento Hospitalar (Hospub) do Ministério da Saúde. Inicialmente, foi disponibilizado pelos funcionários do setor do Hospub do HEPSJPII uma lista de atendimentos realizados diariamente no período de julho a setembro de 2022, no qual constava o número do Boletim de Entrada (BE), nome do paciente, setor encaminhado (ortopedia, cirurgia geral, clínica médica) e data de admissão. Após acessar essa lista, o BE foi inserido no Hospub para extração dos demais dados dos prontuários. Em seguida, foi aplicado o *checklist* de Elegibilidade para verificação dos critérios de inclusão do presente estudo. Quanto aos pacientes elegíveis, as seguintes informações foram coletadas: a) Características sociodemográficas; b) Forma de entrada no serviço; c) Classificação de risco; d) Tempo de permanência no hospital; e) Tempo de aguardo por procedimento e/ou transferência; f) Desfecho da internação.

Os dados obtidos foram organizados e tabulados em um banco de dados próprio, elaborado pelas pesquisadoras especificamente para este estudo. As informações foram caracterizadas e analisadas no Software Microsoft Excel com base em estatística

descritiva, utilizando frequência absoluta, medidas de porcentagens (intervalo de confiança de 95%) e análise de tendência central (média, percentis, desvio padrão).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa em Medicina Tropical de Rondônia (CEPEM/RO) sob o parecer n.5.762.787/CEPEM. Os dados foram analisados de forma anônima e os resultados apresentados de forma agregada. Os princípios éticos para pesquisas foram respeitados de acordo com as normas estabelecidas pela resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos na pesquisa 1.983 prontuários. Quanto ao perfil sociodemográfico, observou-se que a maioria era do sexo masculino (68,2%) e possuía idade igual ou superior a 18 anos (96,8%). A grande maioria dos pacientes possuía nacionalidade brasileira (99,4%) e mais da metade dos atendimentos foram realizados à moradores da capital do estado (65,7%). Ademais, evidenciou-se um número expressivo de informações faltosas observada pela ausência do preenchimento da ficha social no sistema eletrônico Hospub.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa, 2022 (n=1983).

Variável	N = 1983 (%)	Média	Desvio Padrão (DP)
Sexo		991,5	511,2
Feminino	630 (31,8)		
Masculino	1353 (68,2)		
Idade		991,5	1311,7
De 12 a 17 anos	64 (3,2)		
≥ 18 anos	1919 (96,8)		
Estado Civil		330,5	650
Solteiro(a)	118 (6)		
Casado(a)	108 (5,4)		
União Estável	42 (2,1)		
Viúvo(a)	32 (1,6)		
Divorciado(a)	28 (1,4)		
Não informado	1655 (83,5)		
Raça/cor da pele		330,5	663
Branca	75 (3,8)		
Parda	204 (10,3)		
Negra	26 (1,3)		
Indígena	2 (0,1)		
Amarela	1 (0)		
Não informado	1675 (84,5)		
Escolaridade		220,33	554,9
Ensino Superior	19 (1)		

Superior incompleto	8 (0,4)		
Ensino Médio	49 (2,5)		
Ensino Médio Incompleto	16 (0,8)		
Ensino Fundamental	17 (0,9)		
Fundamental incompleto	151 (7,6)		
Não alfabetizado(a)	27 (1,4)		
Não informado	1695 (85,5)		
Escola para Surdos	1 (0)		
Nacionalidade		991,5	1386,6
Brasil	1972 (99,4)		
Outros países	11 (0,6)		
Local de Residência		396,6	562,8
Capital	1303 (65,7)		
Interior	591 (29,8)		
Outro Estado	80 (4)		
Outro País	2 (0,1)		
Não informado	7 (0,4)		

Fonte: Elaborado pelos autores.

3.1 Classificação de risco e modo de entrada

Quanto à classificação de risco e modo de entrada dos pacientes, identificou-se classificados com a cor amarelo (23,3%), cor verde (41,77%) e cor azul (0,3%) (Figura 1). Além disso, destaca-se uma quantidade significativa (34,7%) de pacientes que seguiram no atendimento hospitalar sem nenhuma classificação de risco, revelando uma grande fragilidade no serviço.

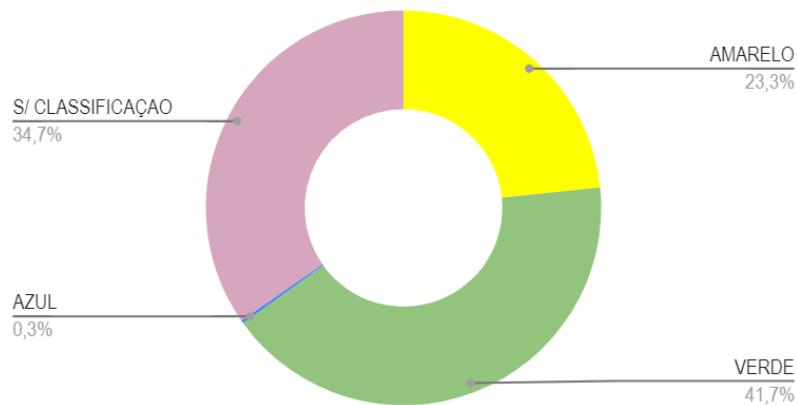


Figura 1: Classificação de risco dos pacientes internados no HEPSJII, no período de julho a setembro de 2022.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A Classificação de Risco é uma importante ferramenta dos processos de saúde em unidades de pronto atendimento. Gouveia e colaboradores (2019) discorrem sobre como a estratificação dos riscos, como um processo dinâmico, firmado em critérios predefinidos, utilizando o sistema de cores sugerido pelo MS. A Portaria nº 1600 de 2011,

que institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU), aponta o acolhimento com classificação de risco como um objeto de alicerce para a continuidade de fluxo no atendimento, de qualidade e caráter resolutivo e, em todos os componentes da rede (Brasil, 2011). Amparada no objetivo de potencializar com segurança o manejo clínico é essencial a utilização de protocolos bem alicerçados e de conhecimento do profissional (Silva *et al.*, 2019).

No presente estudo, é evidente o percentual de pacientes classificados em cor verde - demanda caracterizada pela baixa urgência e que apresenta menor complexidade - o que contribui com o aumento da espera do usuário pelo atendimento. Alguns fatores podem justificar a procura por estes serviços: baixa resolutividade nos serviços primários e secundários, pouca concentração de recursos humanos e tecnológicos, eficácia da assistência disponível no nível terciário e a ampla confiança na instituição hospitalar.

Pesquisa realizada na região sudeste do país, comparado a região centro-oeste, apontou a prevalência dos atendimentos de média e baixa complexidade em hospitais com atendimento de nível terciário, associando a cultura da população, que troca a busca por um atendimento na atenção primária (Deus *et al.*, 2018). Essa cultura é evidenciada nos resultados deste estudo, realizado na região norte do país, demonstrando a fragilidade do uso correto das redes de serviço de saúde, da qual o serviço terciário é utilizado como porta de entrada preferencial.

O percentual de pacientes neste estudo classificados com a cor verde (pouca urgência), permite ainda a reflexão paciente-profissional, associando a supremacia desta classificação com a busca errônea do serviço público pelo paciente e também com a atuação imprecisa do profissional em sua tomada de decisão. O acolhimento com classificação de risco é uma atividade privativa do enfermeiro e conforme a Resolução COFEN nº 661/2021, o profissional deverá ter curso de capacitação além de consultório em adequadas condições de ambiente e equipamentos para desenvolvimento da atividade.

Um estudo realizado na Etiópia, investigou o conhecimento dos enfermeiros que atuavam no setor da classificação de risco e constatou que os profissionais apresentavam pouco conhecimento (48,5%) e encontravam-se erroneamente preparados (23,8%), com ausência das habilidades necessárias. Na Suécia, Indonésia e Suíça, o percentual é um pouco maior, mas também não tão satisfatório (59,6%), evidenciando que o preparo e capacitação do profissional interferem nos resultados (Duko *et al.*, 2019). Isso aponta a importância para a qualificação do profissional que está responsável por esse

atendimento, pois uma equipe com o conhecimento adequado contribui no dimensionamento efetivo de atendimento e se apropria da autonomia profissional.

Ademais, a pesquisa demonstrou um percentual importante de pacientes sem classificação de risco. Esse resultado aponta uma falha no processo de trabalho, que reflete no reordenamento do fluxo de atendimento. Além disso, dificulta a exatidão dos dados obtidos, visto que não é possível mensurar a quantidade de pacientes que de fato contribuem para a superlotação da unidade.

No que diz respeito à forma de entrada no serviço, percebe-se que 35,9% deram entrada no pronto atendimento por demanda espontânea, seguido por 29,9% de encaminhamentos dos demais componentes da RAU (Figura 2). A entrada por transferência de outros municípios do estado, devido a pactuação de atendimento com estados vizinhos, bem como municípios de outros estados próximos contabilizou 25,7% da amostra. Entre as informações faltantes, no eixo do modo de entrada constatou-se 8,6%.

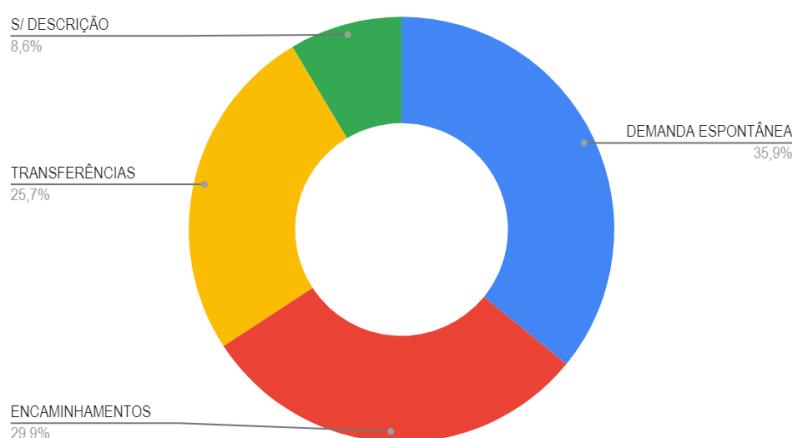


Figura 2: Motivo de entrada no serviço dos pacientes internados no HEPSJPII, no período de julho a setembro de 2022.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A entrada por demanda espontânea inclui pacientes que buscaram o serviço através de meios próprios, ou ainda conduzido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), bombeiros ou polícia. O percentual de demanda espontânea deste estudo, permite a associação da procura pela unidade hospitalar como uma cultura da busca pela resolutividade ou até mesmo pela dificuldade de acesso nos demais componentes da RAS. Na perspectiva apresentada por Mendonça e colaboradores (2022) é apontado o serviço de emergência como principal opção de escolha do usuário para adentrar ao serviço de saúde, gerando impactos negativos na qualidade dos cuidados e

contribuindo para a superlotação dos prontos-socorros. Essa variável está intimamente ligada ao quantitativo de classificações verdes discutidas neste estudo.

A busca do atendimento por pacientes trazidos pelo SAMU, na concepção desta pesquisa foi contabilizada como uma demanda espontânea. Estudo produzido em Porto Velho-RO em 2021 sobre o perfil das ocorrências realizadas pelo SAMU, alcançou um total de 10.140 atendimentos, sendo que cerca de 5.918 (46%) destes foram destinados ao hospital deste estudo, que é o único com suporte para alta complexidade (Cavalheiro *et al.*, 2023).

Outro fator expressivo, é o quantitativo de encaminhamentos para este pronto-socorro proposto pelos demais componentes da RAS, representado por 29,9%. O sistema de referência e contrarreferência constitui-se na estruturação entre as unidades de Atenção Primária, Secundária e Terciária em Saúde, sendo o padrão ideal compreendido no trajeto do nível menor para o de maior complexidade.

Santos (2015), atribui a referência como uma ferramenta de efetivação da integralidade, um dos princípios SUS que objetiva possibilitar aos indivíduos receber assistência em todos os níveis de saúde, destacando a importância da comunicação entre as redes, a fim de favorecer a continuidade do cuidado ao indivíduo. Para a contrarreferência, o mais adequado seria o fluxo inverso - receber alta da Atenção Terciária ou Secundária, e prontamente ser acolhido pela Atenção Primária - de forma a dar seguimento aos princípios e as diretrizes do SUS, garantidos pela Lei 8.080 (1990). Com esse propósito, os serviços de atendimento à saúde demandam uma estruturação eficaz e se faz necessário melhorar o vínculo da RAU, com grades de referência e contrarreferência efetivamente pactuadas e definidas as responsabilidades, de modo a minimizar as interferências ainda existentes no sistema.

Por ser referência em urgência e trauma para o estado de Rondônia e estados vizinhos, os encaminhamentos de outras unidades de saúde e transferências intraestadual e interestadual contribui na taxa percentual representada por 25,7%. Conforme Martinelli e colaboradores (2023), por meio da pactuação da regionalização iniciou-se a apresentação de experiências exitosas, com o Pacto pela Saúde, ocorrido no ano de 2000. Destacando o exercício de poder e mudanças relevantes no cenário da saúde pública no país, desenvolveu-se então, a organização da RAS, estabelecendo novos arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, entre eles a pactuação de acordos interfederativos, garantindo abrangência no fluxo de atendimento. Entretanto, outro fator

a ser analisado, é que esta situação impacta nos gastos econômicos do Estado e a estruturação para atendimento dessa demanda, uma vez que a previsão de custos atende somente às necessidades da população que reside em Rondônia.

Como uma fragilidade nos resultados da pesquisa, apontamos as informações faltantes caracterizadas com um percentual de 8,6%, impossibilitando a associação da forma de entrada do paciente neste serviço, o que indica uma fragilidade do processo de trabalho e desenvolvimento da Classificação de Risco, visto que mesmo com as informações faltantes o paciente prossegue com o atendimento.

3.2 Setor de entrada

Em relação a variável setor de entrada, os resultados obtidos mostram que 45,9% dos atendimentos foram direcionados ao setor das cirurgias gerais - destinada ao atendimento e abordagem terapêutica de pacientes vítimas de traumas em geral, bem como diagnóstico e tratamento cirúrgico de diversas afecções como hérnias, colelitíase, úlceras, entre outros. Enquanto a segunda maior demanda foi verificada no setor de ortopedia com 36,1% dos atendimentos, conforme elencado na figura 3.

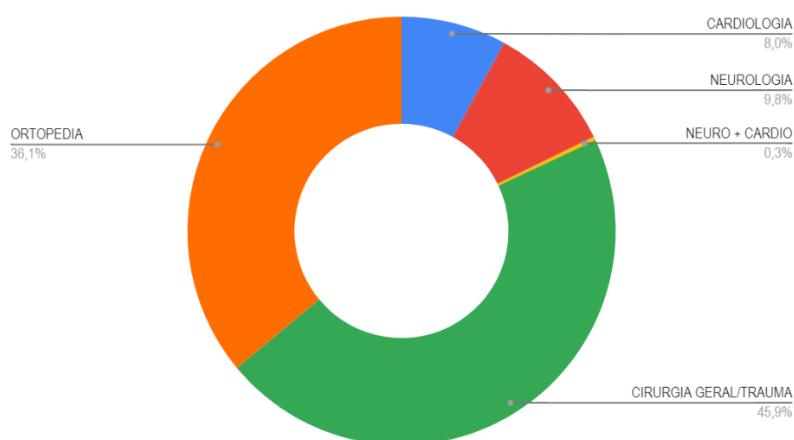


Figura 3: Setor de entrada dos pacientes internados no HEPSJII, no período de julho a setembro, 2022.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os resultados encontrados neste estudo corroboram com o estudo de Nouri e colaboradores (2020) que avaliou a taxa de internação, causas e consequências no pronto-socorro de um Hospital localizado em Urmia e constatou que o maior número de internações ocorreu em decorrência de condições cirúrgicas e ortopédicas, com 450 (28,0%) pacientes para avaliação e/ou abordagem cirúrgica e 320 (19,9%) para ortopedia.

Ademais, ressalta-se que dentre as internações, a maioria dos pacientes admitidos no departamento de ortopedia são vítimas de trauma.

De acordo com o Anuário Estatístico de Sinistro de Trânsito de Rondônia, publicado pelo Departamento Estadual de Trânsito, em 2022 foram registrados no estado 18.130 sinistros, envolvendo cerca de 11.950 vítimas. Esse alto índice de acidentes de trânsito no estado corrobora com os achados encontrados no presente estudo, tendo em vista que a depender da gravidade do acidente, as vítimas envolvidas são encaminhadas para o pronto-socorro com traumas neurológicos, torácicos e/ou ortopédicos, o que esclarece o predomínio dessas duas especialidades no direcionamento dos pacientes dentro do serviço de urgência (Detran, 2022).

Em contrapartida, no estudo de Van Leerdam e colaboradores (2022) que objetivou descrever a epidemiologia e o tratamento das lesões nas mãos e punhos apresentados mostrou que a internação de emergência ou cirurgia foi necessária em apenas 3% dos casos, enquanto 30% das lesões não necessitaram de intervenção ou acompanhamento subsequente, mesmo a maioria dos pacientes apresentando fratura (55%) ou laceração/ferida (33%). Tal resultado pode implicar que um clínico geral dispõe de habilidade e recursos para realizar a triagem e o tratamento adequado destes pacientes, resultando numa redução considerável de custos, diminuição da superlotação e da carga de trabalho e subsequente redução dos tempos de espera nos prontos-socorros.

É importante destacar também, que os pacientes encaminhados à ortopedia com demanda que não apresentem características de urgência e emergência, são regulados para outros serviços de retaguarda ou recebem alta hospitalar para aguardar o procedimento eletivo no domicílio. Nesse contexto, a depender da situação de vagas de leitos nestes outros serviços, o paciente esbarra em duas possibilidades: transferência em até 24 horas ou permanência por mais dias na espera pela liberação de vaga nos hospitais de retaguarda.

Dessa forma, estudo realizado por Gutzeit e colaboradores (2021), analisou o perfil do paciente traumatizado e das fraturas de antebraço em um serviço de urgência e emergência de Porto Velho. Os resultados obtidos mostraram que a média do tempo de internação foi 3,07 com o maior quantitativo de internações verdes - classificação em cores - para internações que duraram de 1 a 3 dias.

Considerando esta problemática, Fokkema e colaboradores (2023) desenvolveram um estudo objetivando otimizar o caminho para fraturas estáveis simples em um hospital

universitário na Holanda. A intervenção envolveu o encaminhamento de pacientes com fraturas diagnosticadas radiologicamente, solicitada pelo médico de família para o ambulatório de traumatologia em vez do pronto-socorro. Foi possível constatar uma redução de 25 minutos no tempo gasto durante a visita inicial ao hospital no grupo de investigação (62 vs 87 minutos; $p < 0,001$), diminuição das consultas hospitalares (2 vs 3; $p = 0,001$) e realização de menos procedimentos médicos ($p < 0,001$). Além disso, os custos totais com cuidados de saúde foram inferiores para o grupo de investigação (308,70€ vs 612,10€; $p < 0,001$).

3.3 Tempo de espera, tempo de internação e desfecho

Em se tratando do tempo de internação, a maioria dos pacientes ficaram internados por um período de 1 a 5 dias (61,4%), seguido de 6 a 10 dias (24,0%), sendo que apenas 1,1% permaneceram internados por um tempo igual ou superior a 30 dias (Figura 4).

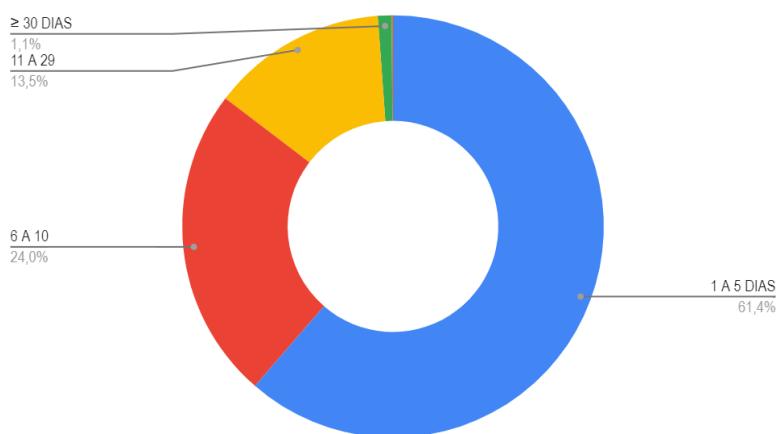


Figura 4: Tempo de internação dos pacientes internados no HEPSJII, no período de julho a setembro, 2022.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Esses achados corroboram com o estudo de Alemu e colaboradores (2019) que objetivou avaliar o padrão e os fatores associados ao tempo de permanência dos pacientes nos serviços de emergência na Etiópia, sendo que a permanência por 24 horas a 4 dias, 5 a 7 dias, 8 a 10 dias e mais de 10 dias foi de 37,2%, 42,6%, 7,8% e 4,0%, respectivamente. Além disso, a tendência indicou que 91,5% dos indivíduos permaneceram por mais de 24 horas.

O tempo de permanência no hospital é um indicador vital dos serviços de saúde, utilizado para avaliar a eficácia, o atendimento ofertado, a gestão organizacional e o sistema de saúde. Internações mais curtas reduzem despesas médicas desnecessárias e

aumentam a taxa de rotatividade de leitos (Alemu *et al.*, 2019). Em hospitais de grande porte, a média de permanência geral ideal varia de 4 a 5 dias (Grala; Araújo; Guerreiro, 2020). Dessa forma, o hospital analisado nesta pesquisa está em consonância com o parâmetro esperado.

Mashao, Heyns e White (2021) realizaram um estudo cujo objetivo foi descrever as áreas de atraso relacionadas ao prolongamento do tempo de permanência no pronto-socorro de um hospital universitário na África do Sul, no qual constatou que o tempo total médio que um paciente levou desde a apresentação na área de recepção (fase de entrada) até a transferência/alta do pronto-socorro (fase de saída) foi de 73 horas e 49 minutos, o que equivale a 3,04 dias, sendo que a fase de rendimento somado a fase de saída foi a que mais contribuiu para este tempo de permanência.

A saber, as operações são caracterizadas em três elementos: o componente de entrada, que está relacionado à procura e chegada nos serviços; o rendimento, que centra-se nas operações e atividades implementadas, incluindo consultas com prestadores de cuidados de saúde, realização de testes de diagnóstico e encaminhamento para especialistas; e a saída, a qual representa a admissão ou alta de pacientes (Eiset; Kirkegaard; Erlandsen, 2019).

Tal constatação vai de encontro com os achados do presente estudo, uma vez que ao analisar o tempo de espera por procedimento e/ou transferência dos pacientes internados no HEPSJPII, 41,8% aguardaram por um período de 1 a 10 dias, 6,3% aguardaram 11 a 29 dias e apenas 1,3% aguardaram por um tempo inferior a 24 horas (Figura 5). Ressalta-se ainda, que 50,2% não apresentaram necessidade de aguardo por procedimento específico e/ou transferências.

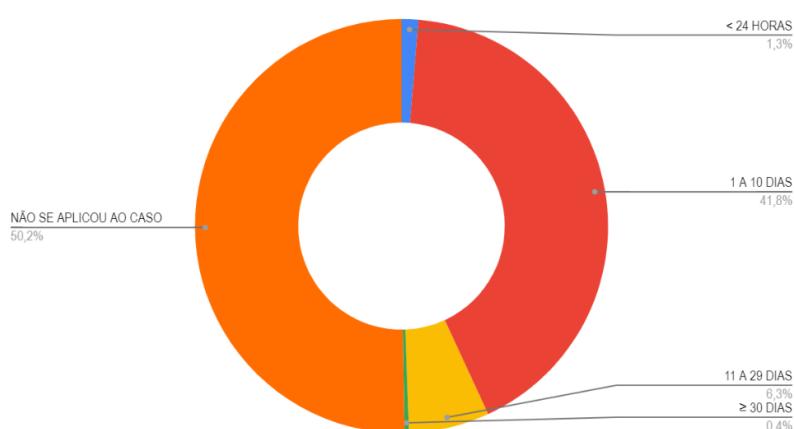


Figura 5: Tempo de espera por procedimento e/ou transferência dos pacientes internados no HEPSJPII, no período de julho a setembro, 2022.

Fonte: Elaborado pelos autores.

De acordo com a resolução do CFM nº 2.077/14, que dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, o tempo máximo de permanência dos pacientes nesses serviços deve ser de até 24h (CFM, 2014). Todavia, alguns procedimentos são fundamentais para a decisão clínica e condução do tratamento e podem influenciar de forma substancial no tempo de permanência, dentre estes ressaltam-se os atrasos na realização e acesso aos resultados dos testes diagnósticos (Ienghong *et al.*, 2023).

Tal afirmação é evidenciada no estudo de Alemu e colaboradores (2019), no qual 49,1% (196) dos pacientes foram encaminhados para laboratório e 50,9% (201) foram encaminhados para salas de radiologia para diagnóstico de raios X, ressonância magnética, ultrassonografia e tomografia computadorizada, sendo que somente 60 pacientes (15%) acessaram seus resultados diagnósticos em 1 hora, enquanto 98 (24,5%) acessaram após 24 horas, ou seja, o atraso nos exames laboratoriais e serviços radiológicos contribuiu para um aumento significativo no tempo de permanência maior a 24 horas no pronto-socorro.

Outro fator que contribui para o aumento do tempo de permanência e, consequentemente, para a superlotação é a indisponibilidade de leitos de internação. De acordo com os resultados do estudo de Yun e colaboradores (2022), até 90% dos pacientes que visitaram o pronto-socorro permaneceram por mais de 48 horas devido à falta de leitos.

Em se tratando do município de Porto Velho, Rondônia, existem dois hospitais que oferecem leitos de retaguarda para o HEPSJPII, o Hospital de Retaguarda de Rondônia (HRRO) e o Hospital Santa Marcelina (HSM), além de contar com parcerias com o Centro de Medicina Tropical de Rondônia (CEMETRON), referência no atendimento às doenças infectocontagiosas e tropicais e o Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP) referência no tratamento de média e alta complexidade, em especial para procedimentos cardíacos. Entretanto, este fluxo por vezes é falho, visto que a transferência do paciente está sendo um entrave na unidade hospitalar mesmo dispondendo dos serviços do Núcleo Interno de Regulação (NIR) que atua em conjunto com a Central de Regulação de Leitos (CEREL).

Moon e colaboradores (2022) realizaram um estudo cujo objetivo foi investigar se um Centro de Coordenação de Transferências de Emergência é eficaz na redução do tempo de permanência no pronto-socorro em pacientes que necessitam de cuidados

intensivos, sendo evidenciado que para os pacientes com internação na UTI prevista antecipadamente pelo Centro de Coordenação o tempo de avaliação no pronto-socorro foi de 46.205 minutos, enquanto o tempo de avaliação no grupo sem aprovação foi de 136.492 minutos, o que foi estatisticamente significativo (valor $P < 0,02$).

Observa-se então, um tempo de espera por leito de retaguarda fora do comum para os pacientes internados no HEPSJPII, o que gera um tempo de internação mais prolongado que trazem riscos à saúde física e mental destes pacientes, que por sua vez acabam ficando mais expostos e suscetíveis, aumentando o risco de complicações decorrentes da internação prolongada, como as infecções hospitalares, além de outros fatores associados, como custos excessivos e ocupação de leitos.

Em se tratando dos desfechos da internação dos pacientes do HEPSJPII, percebe-se que em mais da metade dos prontuários não constam a descrição de nenhum desfecho (63,4%), em seguida, têm-se a alta hospitalar (27,8%), transferências (5,0%), admissões no Serviço de Assistência Multidisciplinar Domiciliar (1,5%), óbitos (1,4%), evasões (0,9%) e desistência/recusa do tratamento (0,2%) conforme elencado na figura abaixo.

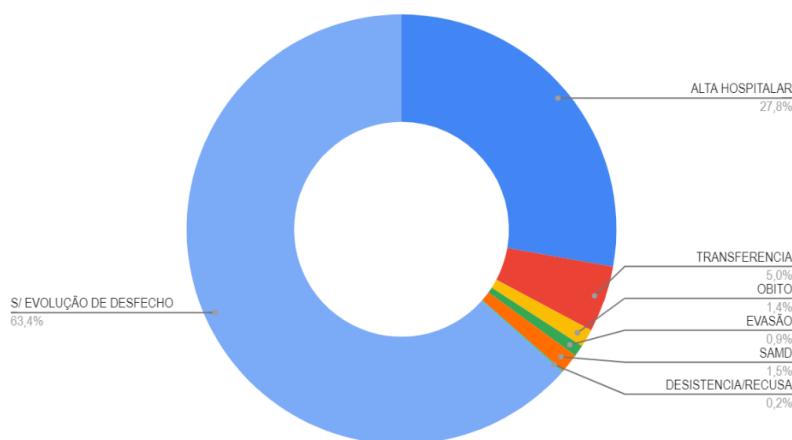


Figura 6: Desfecho da internação dos pacientes internados no HEPSJPII, no período de julho a setembro, 2022.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Segundo a portaria nº 2048/2002, as unidades devem possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e evolução, escritas de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável, com informações mínimas que devem constar no prontuário como a identificação do paciente, histórico clínico, avaliação inicial, indicação e descrição do procedimento cirúrgico (quando indicado), descrição da evolução e prescrições e condições na alta hospitalar ou transferência (Brasil, 2002).

Ao analisar o quantitativo de prontuários com dados essenciais faltantes, percebe-se que não houve preenchimento das informações sobre o que ocorreu com os pacientes, em específico os desfechos de internação, o que infere a reflexão sobre a importância do preenchimento efetivo do prontuário eletrônico, com informações atualizadas acerca dos procedimentos do paciente até o fim de sua internação, demonstrando assim clareza e qualidade no serviço prestado.

O estudo de Trout e colaboradores (2022), que objetivou determinar o impacto do uso significativo dos registros eletrônicos de saúde nos resultados de segurança do paciente, revelou uma diminuição significativa nos eventos adversos. Além disso, a taxa de mortalidade diminuiu 291% para os hospitais com um sistema totalmente implementado, em comparação com hospitais com sistemas parcialmente implementados ou nenhum, indicando um impacto positivo.

Não obstante, ao avaliar as dimensões de adoção de um sistema de registro eletrônico de saúde para profissionais clínicos, obteve-se como resultados relatos de que o sistema é útil para melhorar o acesso às informações, a continuidade e a coordenação do cuidado. Além disso, relataram também uma busca mais rápida por informações e o fácil acesso por meio de aparelhos eletrônicos móveis, despendendo menos tempo e possibilitando maior contato na assistência ao paciente. Quanto às avaliações negativas, ressaltaram a instabilidade do sistema, pois devido à infraestrutura de rede das instituições, o sistema ocasionalmente travava ou ficava lento (Yoo *et al.*, 2022).

No tocante aos demais desfechos, alguns resultados convergem com o estudo de Ferreira e colaboradores (2021) que teve por objetivo descrever o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pelo serviço de fisioterapia em um hospital de referência em doenças infectocontagiosas, analisando um tempo de internação semelhante, com mediana de 14 dias e intervalo de 8 a 24 dias. Foi verificado 441 altas (69,1%), 160 óbitos (25,1%), 26 transferências (4,1%) e 11 evasões hospitalares (1,7%). Foi possível observar maior quantitativo de óbitos em detrimento das transferências hospitalares, todavia tém-se um perfil de pacientes diferentes do Hospital do presente estudo, referência em trauma.

Já no estudo de Monteiro e colaboradores (2020) que teve por finalidade descrever as características dos acidentes de motocicleta e das vítimas hospitalizadas em um hospital referência em trauma em Pernambuco, com um tempo médio de internação de $15,9 \pm 23,8$ (1-161) dias, o principal desfecho foi a alta hospitalar ($n=284$; 88,5%) e foram registrados apenas 22 óbitos (6,4%).

Ao correlacionar com o presente estudo, percebe-se que apesar de um menor percentual de óbitos (1,4%), a alta hospitalar não foi tão evidenciada em comparação com o estudo supracitado, 27,8% e 88,5% respectivamente. Vale ressaltar que devido à falha de preenchimento nos registros eletrônicos de saúde, pode-se ter havido subnotificação dos desfechos, principalmente no que se refere às transferências, uma vez que havia descrição da regulação e aguardo de vaga nos hospitais de retaguarda, porém ao efetivar as transferências o evento não era registrado, deixando assim uma lacuna acerca do destino deste paciente.

Além disso, dentre os desfechos apresentados, destaca-se as admissões no Serviço de Assistência Multidisciplinar Domiciliar (SAMD), correspondendo a 1,5%. O SAMD é um dos serviços que colabora com a redução nos índices de superlotação do HEPSJPII, atuando como referência no processo de desospitalização. Conforme relata Silva (2015), o SAMD realiza a desospitalização precocemente, exercendo acompanhamento do paciente no domicílio, contribuindo com a redução da superlotação dos hospitais da capital, além da melhora clínica do paciente sem os abalos físicos e psicológicos, diminuição dos riscos de infecções, menor tempo de internação e maior disponibilidade de leitos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o exposto neste artigo, foi possível constatar uma variedade de fatores que contribuem para a superlotação dos serviços de urgência e emergência no pronto-socorro de um hospital de referência em Rondônia. Dentre estes fatores, destaca-se a dificuldade no acesso e resolutividade dos demais pontos da RAS, gerando uma cultura populacional de utilização do serviço de urgência e emergência como porta de entrada preferencial e resultando em encaminhamentos errôneos pelos demais estabelecimentos de saúde, bem como o déficit na comunicação e ausência de fluxo bem estabelecido entre a central de regulação e os hospitais de retaguarda, ocasionando um tempo de espera fora do comum no hospital da pesquisa.

Vale ressaltar, que este estudo apresentou como limitação a falha no preenchimento no registro eletrônico de saúde, no qual foi evidenciado um quantitativo considerável de informações faltosas, dificultando e até ocultando informações na análise dos dados na maioria das variáveis elencadas. Tal registro é crucial para uma assistência

de qualidade, com segurança, continuidade e coordenação do cuidado durante a internação do usuário.

Por fim, este estudo demonstrou resultados importantes para a compreensão desta problemática que assola os serviços de urgência e emergência mundialmente e que necessitam de intervenção, evitando a sobrecarga da equipe assistencial, ocorrência de eventos adversos e custos hospitalares desproporcionais, contribuindo para alcançar uma assistência mais segura e de qualidade.

REFERÊNCIAS

ALEMU, G. H. M.; NEGARI, K. G., RODAMO, K. M. *et al.* Factors associated with the length of stay in emergency departments in Southern-Ethiopia. **BMC research notes**, v. 12, p. 1-5, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13104-019-4271-7>. Acesso em: 8 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.600**, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 17 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048**, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 15out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**, 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, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 06 dez. 2023.

CAVALHEIRO E. B.; SOBRAL, L. L.; SANTOS, N. M. R.; LEITE, P. D. M. Perfil das ocorrências realizadas pelo serviço de atendimento móvel de urgência (samu) do município de Porto Velho/RO. **Revista FT**, Edição 120, 2023. Disponível em: <https://revistaft.com.br/perfil-das-ocorrencias-realizadas-pelo-servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-do-municipio-de-porto-velho-ro/>. Acesso em: 4 out. 2023.

CLOUSTON, R.; ATKINSON, P.; CANALES, D. D. *et al.* Emergency department occupancy is useful as a simple real-time measure of crowding. **Can J Emerg Med**, p. 1-4, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s43678-021-00098-8>. Acesso em: 25 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 661/2021**, de 9 de março de 2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. Brasília. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021/>. Acesso em: 08 dez. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução Nº 2.077**, de 24 de julho de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>. Acesso em: 15 set. 2023.

DATASUS. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – **DATASUS [Internet]**, 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiro.def>.

DETRAN RO - Departamento Estadual de Trânsito de Rondônia. **Anuário Estatístico de Sinistros de Trânsito de Rondônia [Internet]**. 2023. Disponível em: <https://www.detran.ro.gov.br/post/39/2023/9/12/anuario-estatistico-de-sinistros-de-transito-de-rondonia/>. Acesso em: 4 dez. 2023.

DEUS, G. A. D.; FERREIRA, J. H.; MONTANDON, D. S. *et al.* Acolhimento com avaliação e classificação de risco em um pronto socorro: estudo comparativo. **Arch. Health Sci. (Online)**, p. 20-23, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046446/a4.pdf>. Acesso em: 17 set. 2023.

DUKO, B.; GEJA, E.; OLTAYE, Z. *et al.* Triage knowledge and skills among nurses in emergency units of Specialized Hospital in Hawassa, Ethiopia: cross sectional study. **BMC research notes**, v. 12, n. 1, p. 1-4, 2019. Disponível em: <https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-019-4062-1>. Acesso em: 4 out. 2023.

EISET, A. H.; KIRKEGAARD, H.; ERLANDSEN, M. Crowding in the emergency department in the absence of boarding—a transition regression model to predict departures and waiting time. **BMC Medical Research Methodology**, v. 19, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12874-019-0710-3>. Acesso em: 8 set. 2023.

FERREIRA, A. C. G.; ARAUJO, I. R.; VENTO, D. A. *et al.* Preditores de piora da mobilidade ao final da internação em hospital de referência em doenças infectocontagiosas. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 28, p. 70-76, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/20021528012021>. Acesso em: 02 out. 2023.

FOKKEMA, C. B.; JANSSEN, L.; ROUMEN, R. M.; VAN DIJK, W. A. Optimizing the pathway for simple stable fractures. **Bone & Joint Open**, v. 4, n. 10, p. 728-734, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1302/2633-1462.410.BJO-2023-0079.R1>. Acesso em: 05 out. 2023.

GOUVEIA, M. T.; MELO, S. R.; COSTA, M. W. *et al.* Análise do acolhimento com classificação de risco em unidades de pronto-atendimento. **REME rev. min. enferm**, v. 23, e-1210, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190058>. Acesso em: 16 set. 2023.

GRALA, A. P.; ARAÚJO, A. C.; GUERREIRO, P. O. Taxa de ocupação e média de permanência em quatro hospitais de um município sul-brasileiro. **Journal of Nursing & Health**, v. 10, n. 3, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129503/1.pdf>. Acesso em: 9 set. 2023.

GUTZEIT, E. M.; CAMPOS, S. C.; BARRETO, B. O. *et al.* Estudo epidemiológico das fraturas de antebraço em um serviço de urgência e emergência de Rondônia. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, p. e165101724622-e165101724622, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24622/21458>. Acesso em: 29 nov. 2023.

IENGHONG, K.; CHEUNG, L. W.; TIAMKAO, S. *et al.* The Impact of Prehospital Point of Care Ultrasounds on Emergency Patients Length of Stay in Thailand. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, p. 219-226, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S396986>. Acesso em: 8 set. 2023.

MARTINELLI, N. L.; SCATENA, J. H. G.; CASTRO, M. de L. *et al.* Análise da estruturação da Rede de Atenção à Saúde no estado de Mato Grosso, Brasil, no contexto da Regionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n.2, p. 585–598, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.12952021>. Acesso em: 09 dez. 2023

MASHAO, K.; HEYNS, T.; WHITE, Z. Areas of delay related to prolonged length of stay in an emergency department of an academic hospital in South Africa. **African Journal of Emergency Medicine**, v. 11, n. 2, p. 237-241, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211419X21000124>. Acesso em: 8 set. 2023.

MENDONÇA, G. S.; ALVES, R. P.; MEDEIROS, R. M. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de pacientes classificados com o discriminador sepse possível no departamento de emergência. **Nursing (São Paulo)**, p. 8578-8591, 2022. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2729/3311>. Acesso em: 11 out. 2023.

MONTEIRO, C. D.; ALMEIDA, A. C.; BONFIM, C. V. *et al.* Características de acidentes e padrões de lesões em motociclistas hospitalizados: estudo retrospectivo de emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, p. eAPE20190115, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0115>. Acesso em: 15 set. 2023.

MOON, S. W.; LEE, J. H.; LEE, H. S. *et al.* Effects of Emergency Transfer Coordination Center on Length of Stay of Critically Ill Patients in the Emergency Department. **Western Journal of Emergency Medicine**, v. 23, n. 6, p. 846, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9683775/>. Acesso em: 13 set. 2023.

NOURI, Y.; GHOLPOUR, C.; AGHAZADEH, J. *et al.* Evaluation of the risk factors associated with emergency department boarding: A retrospective cross-sectional study. **Chinese Journal of Traumatology**, v. 23, n. 06, p. 346-350, 2020. Disponível em: <https://mednexus.org/doi/full/10.1016/j.cjtee.2020.09.002>. Acesso em: 5 out. 2023.

SANTOS, E. T. S; FREITAS, A. A.; OLIVEIRA, D. M. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: frente a superlotação dos serviços hospitalares de urgência. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE**, v. 5, n. 1, p. 187-187, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5760/3008>. Acesso em: 15 out. 2023.

SANTOS, M. C. Sistema de Referência–Contrarreferência em saúde em São Sebastião da Vitória, Distrito de São João Del Rei–MG: O papel da rede na atenção básica. **Minas Gerais**, 2015. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Sistema_de_referencia_contra_rreferencia.pdf. Acesso em: 4 out. 2023.

SESAU - Secretaria de Estado da Saúde. Mais de 23 mil atendimentos são realizados no Pronto Socorro João Paulo II no primeiro semestre deste ano. **Portal do Governo do estado de Rondônia**, publicado em 05 de agosto de 2019. Disponível em: <https://rondonia.ro.gov.br/pronto-socorro-joao-paulo-ii-realiza-mais-de-23-mil-atendimentos-no-primeiro-semestre-de-2019/>. Acesso em: 11 set. 2023.

SILVA, A. D.; CHIANCA, T. C.; PÁDUA, D. R. *et al.* Caracterização dos atendimentos de um pronto-socorro público segundo o Sistema de Triagem de Manchester. **Reme: Rev. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 23, e1178, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/53675/2/Carateriza%a7%C3%A3o%20dos%20atendimentos%20de%20um%20pronto-socorro%20p%C3%ABlico%20segundo%20o%20Sistema%20de%20Triagem%20de%20Manchester.pdf>. Acesso em: 17 set. 2023.

SILVA, D. Estudo do perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos pelo Serviço de Assistência Multidisciplinar Domiciliar - SAMD em Porto Velho - RO / Daniele da Silva. Porto Velho, 2015. 25p.

SOSTER, C. B.; ANSCHAU, F.; RODRIGUES, N. H.; SILVA, L. G.; KLAFLKE, A. Protocolos de triagem avançada no serviço de emergência: revisão sistemática e metanálise. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5479.3511>. Acesso em: 10 set. 2023.

TROUT, K. E.; CHEN, L. W.; WILSON, F. A. *et al.* The Impact of Meaningful Use and Electronic Health Records on Hospital Patient Safety. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 19, p. 12525, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph191912525>. Acesso em: 13 set. 2023.

TUOMINEN, J.; KOIVISTOINEN, T.; KANNIAINEN, J. *et al.* Early Warning Software for Emergency Department Crowding. **Journal of Medical Systems**, v. 47, n. 1, p. 1-10, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10916-023-01958-9>. Acesso em: 8 set. 2023.

VAN LEERDAM, R. H. V.; KRIJNEN, P.; PANNEMAN, M. J. *et al.* Incidence and treatment of hand and wrist injuries in Dutch emergency departments. **European journal of trauma and emergency surgery**, v. 48, n. 6, p. 4327-4332, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00068-021-01732-x>. Acesso em: 5 out. 2023.

YOO, S.; LIM, K.; JUNG, S. Y. *et al.* Examining the adoption and implementation of behavioral electronic health records by healthcare professionals based on the clinical adoption framework. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 22, n. 1, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://bmcmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12911-022-01959-7>. Acesso em: 9 set. 2023.

YUN, C. C.; HUANG, S. J.; KUO, T. *et al.* Impact of New Bed Assignment Information System on Emergency Department Length of Stay: An Effect Evaluation for Lean Intervention by Using Interrupted Time Series and Propensity Score Matching Analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 9, p. 5364, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19095364>. Acesso em: 12 set. 2023.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Maria Juliana Vasconcellos Bragado: Revisão de literatura. Coleta de dados. Análise e interpretação dos dados. Elaboração do manuscrito. Formatação do manuscrito.

Cássia Raíssa Lopes Valente França: Revisão de literatura. Coleta de dados. Análise e interpretação dos dados. Elaboração do manuscrito.

Cyntia da Silva Alvares: Revisão de literatura. Coleta de dados. Análise e interpretação dos dados. Elaboração do manuscrito.

Débora Suãny Favalessa Costa: Revisão de literatura. Coleta de dados. Análise e interpretação dos dados. Elaboração do manuscrito.

Laís Xavier de Araújo: Revisão de literatura. Coleta de dados. Análise e interpretação dos dados. Elaboração do manuscrito.

Tainara Lima Viana Colombo: Revisão de literatura. Coleta de dados. Análise e interpretação dos dados. Elaboração do manuscrito.

Geiferson Santos do Nascimento: Orientação na concepção e desenho do estudo. Revisão intelectual do manuscrito.