

## PERFIL CLÍNICO/EPIDEMIOLÓGICO: Uma Proposta de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência do Município de Miracema/RJ

<sup>1</sup>Thamyres de Oliveira Feijó de Souza

<sup>2</sup>Emerson dos Santos Duarte Mafia

<sup>1</sup>Faculdade Santo Antônio de Pádua – FASAP. Enfermeira Coren 000.504.360/RJ. E-mail: [thamyres\\_feijo@hotmail.com](mailto:thamyres_feijo@hotmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeiro/ Especialista em Saúde da Família-REDENTOR / Mestrando em Saúde da Família(UNESA-RJ) / Professor Universitário:CESUNPEG / Consultor de Saúde do Projeto Ciclo Saúde(VALE,CEDAPS e UNESA) Acadêmico de Medicina na FAMINAS. E-mail: [mafiaemerson@gmail.com](mailto:mafiaemerson@gmail.com) Aceito para publicação 08/12/2017

**RESUMO:** Os serviços de urgência e emergência atualmente vem gerando uma preocupação significativa, pois deve-se levar em consideração que nos últimos anos houve um acréscimo significativo na procura por esses serviços e que isso vem gerando uma superlotação nesses locais. Em decorrência disso, o presente estudo tem como objetivo principal, identificar o perfil clínico/epidemiológico de uma unidade de urgência e emergência do município de Miracema/RJ, a fim de demonstrar que conhecer esse perfil é de suma importância para que possam ocorrer mudanças no processo de trabalho. O estudo trata-se de uma pesquisa com referencial teórico, abordagem quantitativa, documental, transversal, descritiva e exploratória, onde os dados colhidos através dos boletins de atendimento médico por meio de um formulário foram apresentados em forma de tabela percentual. Assim, destaca-se a necessidade da implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), uma vez que é fundamental para que usuários que realmente necessitam de atendimento imediato não esperem mais que o tempo permitido para serem atendidos, reorganizando assim o serviço.

**Palavras-chave:** Urgência e Emergência, Acolhimento, Classificação de Risco, Perfil clínico/epidemiológico.

### CLINICAL / EPIDEMIOLOGICAL PROFILE: A Proposal for Risk Classification in the Emergency and Emergency Services of the Municipality of Miracema/ RJ

**ABSTRACT:** Emergency and emergency services are currently generating a significant concern, since it should be taken into account that in recent years there has been a significant increase in demand for these services and that this has led to overcrowding in these places. As a result, the main objective of this study is to identify the clinical / epidemiological profile of an emergency and emergency unit in the municipality of Miracema / RJ, in order to demonstrate that knowing this profile is extremely important for work process. The study is a research with theoretical reference, quantitative, documentary, transverse, descriptive and exploratory approach, where the data collected through the medical service bulletins through a form were presented as a percentage table. Thus, it is important to highlight the need to implement the Acceptance

with Evaluation and Risk Classification (AACR), since it is fundamental for users who really need immediate care, they do not wait longer than the time allowed to be attended, reorganizing the service.

**Keywords:** Urgency and Emergency, Reception, Risk Classification, Clinical/epidemiological profile.

## 1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira no ano de 1988, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que por sua vez se tornou um dos maiores sistemas públicos na área da saúde. A implantação do SUS ainda se configura em um grande desafio entre as esferas de governo e o empenho desses segmentos é a base para que se tenha qualificação e resolutividade nos serviços de saúde.

Embora a legislação do SUS não tenha tratado especificamente da atenção às urgências e emergências, o Ministério da Saúde (MS) no ano de 2003, instituiu algumas políticas públicas que estão ligadas diretamente com esses serviços, como a Política Nacional de Qualificação do SUS (QualiSUS), a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) e a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) que anos depois foi reformulada instituindo-se assim, a Rede de Atenção às Urgências (RAU).

Como as unidades de urgência e emergência são organizadas para funcionar 24 horas por dia ininterruptamente, se constituem em uma importante forma de acesso para os usuários no sistema de saúde. Atualmente esse serviço se tornou uma preocupação para a saúde pública, uma vez que seu uso tem passado por um importante crescimento nas últimas décadas gerando assim uma superlotação de pessoas nesses locais, fazendo-se necessário obter uma metodologia que solucionasse esse problema e melhorasse assim a assistência. Diante desse paradigma, o Ministério da Saúde adota como estratégia para reorganização dos atendimentos nos serviços de urgência e emergência o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), permitindo um atendimento ágil através de escalas/protocolos preestabelecidos dos diferentes graus de necessidades e não mais por ordem de chegada.

Neste contexto, o objeto de estudo desse trabalho é uma unidade de urgência e emergência do município de Miracema/RJ onde o AACR não é implantado. Para tanto, foi levantado o seguinte problema de pesquisa: Qual o perfil clínico/epidemiológico dos usuários atendidos em uma unidade de urgência e emergência do município de Miracema/RJ? Pois, pode-se dizer que conhecer o perfil clínico/epidemiológico dos usuários atendidos nessa unidade constitui-se como uma ferramenta importante para que se possam propor mudanças na maneira de gerenciar os atendimentos e assim diminuir as superlotações e o tempo de espera nesse local, visando uma assistência mais eficaz, eficiente e resolutiva para os usuários.

Tendo como objetivo geral deste estudo: Identificar o perfil clínico/epidemiológico do atendimento em uma unidade de urgência e emergência do município de Miracema/RJ. E como objetivos específicos: Descrever as políticas de saúde e redes de atenção dos serviços de urgência e emergência; Apresentar o instrumento de acolhimento com avaliação e classificação de risco e apontar a atuação do Enfermeiro diante do mesmo.

Dentre tudo, o presente trabalho justifica-se pelo interesse em identificar as características que levam as pessoas a procurar esse tipo de serviço e conseqüentemente, na maioria das vezes gerarem uma superlotação nas unidades, como também trazer a reflexão dos profissionais em reorganizar os serviços de urgência e emergência e a necessidade de implantação do AACR, assegurando tanto aos profissionais de saúde quanto aos usuários dos serviços uma assistência digna, com qualidade, resolutividade e que atenda suas necessidades de forma que não prejudique as necessidades mais graves e o fluxo do atendimento.

## **1 Políticas de saúde e redes de atenção dos serviços de urgência e emergência**

Existem algumas políticas de saúde e rede de atenção que estão diretamente relacionadas aos serviços de urgência e emergência, como a política nacional de qualificação do SUS (QUALISUS), política nacional de humanização (PNH ou HUMANIZASUS), política nacional de atenção às urgências (PNAU) e rede de atenção às urgências (RAU). Onde as três primeiras foram lançadas no de 2003 pelo ministério

da saúde e tratam de modificações na maneira de gerir e cuidar, além de indicarem o atendimento de acordo com o grau de risco. E no ano de 2011 com a portaria 1.600 a PNAU foi reformulada e com isso foi instituída a RAU onde a base do processo e o fluxo assistencial da rede deve ser o acolhimento com classificação de risco. Antes de entender do que se trata o acolhimento com classificação de risco é preciso conhecer algumas definições.

## **2 Conceituando urgência e emergência**

A resolução nº 1.451/95 do Conselho Federal de Medicina (CFM) traz a definição de Urgência e Emergência como sendo:

Urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (BRASIL, 2016a, s/p).

Sendo assim, a ameaça à vida é maior na emergência do que na urgência. Além de compreender essas definições é preciso entender o que é uma triagem, pois ela é o alicerce para a classificação.

## **3 Entendendo sobre a triagem**

O termo triagem vem do francês trier que significa classificar, escolher. Mas no Brasil optou-se por usar o termo classificação de risco ao invés de triagem, porque a classificação avalia e prioriza mediante a gravidade clínica e não pela forma de escolher da triagem (SOUZA, 2009).

## **4 Acolhimento com avaliação e classificação de risco**

Tendo em vista que nos serviços de urgência e emergência houve um aumento na demanda, percebeu-se ainda mais a necessidade de reorganização do método de trabalho de maneira que a assistência fosse de acordo com os distintos graus de necessidade e não por ordem de chegada (BRASIL, 2004).

Devido a tudo isso, no ano de 2004 a PNH apresenta o Acolhimento com

Avaliação e Classificação de Risco (AACR) como um instrumento de transformação no processo de trabalho nos serviços emergenciais (BONH, 2013).

E existem algumas escalas e protocolos que avaliam o usuário em cinco níveis de prioridade. Como o protocolo de Manchester que simboliza o tempo de espera por meio de cores.

**Figura 2** – Classificação das cores do Protocolo de Manchester

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO ALVO
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: Ulhoa et al. (2010).

## 5 A atuação do enfermeiro no acolhimento com avaliação e classificação de risco

Nesse contexto, o enfermeiro tem sido o profissional indicado para classificar o risco nos serviços emergenciais (ULHOA et al, 2010). E a lei do exercício profissional de 1986 traz que o cuidado direto de enfermagem a pacientes graves com risco de vida é privativo do enfermeiro (BRASIL, 2016b, s/p). . Mas somente no ano de 2012 com a resolução do Conselho Federal de Enfermagem- COFEN é que foi considerado que dentro da equipe de enfermagem a classificação de risco e priorização da assistência nos serviços de urgência é privativa do enfermeiro (BRASIL, 2016c). Contudo, Neto et al. 2013, complementa dizendo que “o enfermeiro é o profissional indicado para classificar após treinamento específico e que deve ser orientado por protocolos padronizados pelas instituições”.

## MATERIAL E MÉTODO

Com o intuito de identificar o perfil clínico/epidemiológico do atendimento de uma

unidade de urgência e emergência do município de Miracema/RJ, foi necessário utilizar para o desenho do estudo o referencial teórico, abordagem quantitativa, documental, transversal, descritiva e exploratória.

De acordo com Diehl (2004 apud DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008, p. 6), “a pesquisa quantitativa pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança”.

A pesquisa documental para Marconi e Lakatos (2010), é uma fonte para se colher dados restritos a documentos que podem ser escritos ou não, podendo-se denomina de fonte primária, que pode ser feita no momento ou após a ocorrência do fato.

O estudo transversal segundo Klein e Bloch (2009, p. 193), “é uma estratégia de estudo epidemiológico que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade”.

Por sua vez, a pesquisa descritiva tem como principal objetivo a descrição de todas as características de uma determinada população ou fenômeno (GIL, 2008).

E as pesquisas exploratórias “têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (GIL, 2008, p. 27).

Posteriormente a definição do tema, foi feita uma busca em bases de dados virtuais como: Scielo, Google Acadêmico, Repositório Lume e impressos como: cartilhas e manuais do Ministério da Saúde, artigos, revistas, livros e monografias relacionadas ao tema abordado.

A pesquisa foi realizada no Pronto Socorro Dr. Sebastião Bruno do município de Miracema que fica localizada na Região Noroeste Fluminense, no Estado do Rio de Janeiro, sendo composta por 26.810 habitantes. O Pronto Socorro presta atendimento de urgência e emergência para clínica médica, funcionando com portas abertas durante 24 horas e atendendo exclusivamente pelo SUS.

A população escolhida para compor este estudo foi oriunda do município de Miracema/RJ que buscou atendimento no Pronto Socorro no período de janeiro de 2016

a abril de 2016, onde foi analisada uma amostra de 14.908 Boletins de Atendimento Médico (BAMs) para que fosse possível realizar a pesquisa desejada.

Os dados obtidos através do levantamento das informações pelos BAMs foram analisados de forma quantitativa e para a operacionalização desta análise foi utilizado o programa Microsoft Excel 2013, que possibilitou a compreensão e interpretação dos dados através de tabelas percentuais, sendo que esses dados foram colhidos por meio de instrumento denominado Formulário (APÊNDICE A) que foi dividido em dados epidemiológicos, onde nos dados clínicos foram coletadas informações como as principais queixas, principais hipóteses diagnósticas, exames complementares, especialidades médicas, procedimentos realizados e motivo da procura e nos dados epidemiológicos foram coletadas informações como gênero (masculino e feminino), faixa etária (0 à > 91 anos) e a demanda da população pertencente a área de abrangência das Estratégias Saúde da Família (ESF). As informações obtidas foram analisadas e quantificadas a fim de caracterizar o percentual do perfil clínico/epidemiológico do atendimento do Pronto Socorro Dr. Sebastião Bruno do município de Miracema/RJ.

Objetivando manter a fidedignidade da pesquisa foi necessário obter alguns critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: BAMs legíveis e com todas as informações devidamente preenchidas para que fosse realizada a coleta de dados, áreas de abrangência das ESF e atendimentos feitos a indivíduos do município de Miracema/RJ. E os critérios de exclusão foram: BAMs ilegíveis, sem preenchimento das informações corretas, áreas sem cobertura da ESF e atendimentos referentes a outros municípios.

E mediante aos aspectos éticos para que fosse utilizado os Boletins de Atendimento Médico dos pacientes foi autorizado pela diretora do Pronto Socorro e por todos os envolvidos nesta pesquisa uma Solicitação de Autorização para Pesquisa (APÊNDICE B).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise dos dados revelou que entre os 14.908 BAMs analisados no período de

janeiro a abril de 2016 no Pronto Socorro Dr. Sebastião Bruno do município de Miracema/RJ, somente 9.730 BAMs puderam ser utilizados para a quantificação dos resultados da pesquisa devido aos critérios de inclusão e exclusão adotados, onde esses resultados foram exibidos através de tabelas percentuais.

### 5.1.1 Caracterização Quanto ao Gênero

Ao analisar os dados obtidos sobre os gêneros dos usuários atendidos no Pronto Socorro, verificou-se uma maior frequência de atendimentos relacionados à pacientes do sexo feminino (5.471- 56%) em relação ao masculino (4.259 – 44%) (TABELA 2).

TABELA 2- Distribuição dos gêneros dos usuários atendidos no pronto-socorro Dr. Sebastião Bruno do município de Miracema/ RJ, no período de janeiro a abril de 2016.

Variáveis	Número (n)	Porcentagem (%)
<b>Gênero</b>		
Feminino	5. 471	56
Masculino	4. 259	44

Fonte: Dados da autora (2016).

Considerando que a distribuição por gênero da população atendida obteve maior percentual no sexo feminino em relação ao masculino, esse perfil condiz com os dados obtidos pelo DATASUS do último censo realizado no ano de 2012 do município estudado, que aponta que 51 % da população residente no município de Miracema/RJ são do sexo feminino e 49 % do sexo masculino (DATASUS, 2016).

### 5.1.2 Caracterização Quanto a Faixa Etária

Em relação aos dados obtidos sobre a faixa etária dos usuários atendidos no Pronto Socorro, foi possível constatar que a idade predominante foi de 0 a 10 anos (1.669- 17%), seguida de 21 a 30 anos (1.553- 16%) e de 31 a 40 anos (1.513- 16%) com o mesmo valor percentual, ou seja, 32 % pertenciam a faixa etária entre 21 e 40 anos, logo após de 11 a 20 anos (1.345 – 14%), 41 a 50 anos (1.277 – 13%), 51 a 60 anos (1.055 – 11%), 61 a 70 anos (688 – 7%), 71 a 80 anos (421 – 4%), 81 a 90 anos

(172 – 2%) e maiores de 90 anos (37 – 0%) (TABELA 3).

TABELA 3- Distribuição da faixa etária dos usuários atendidos no pronto-socorro Dr. Sebastião Bruno do município de Miracema/ RJ, no período de janeiro a abril de 2016.

Variáveis	Número (n)	Porcentagem (%)
<b>Faixa etária (meses, anos)</b>		
0 – 10	1.669	17
11 – 20	1.345	14
21 – 30	1.553	16
31 – 40	1.513	16
41 – 50	1.277	13
51 – 60	1.055	11
61 – 70	688	7
71 – 80	421	4
81 – 90	172	2
> 91	37	0

Fonte: Dados da autora (2016).

Com relação à faixa etária que obteve maior prevalência de 0 a 10 anos seguida de 21 a 30 anos e 31 a 40 anos, o DATASUS do último censo realizado no ano de 2012 aponta que no município de Miracema/RJ aproximadamente 36 % da população corresponde à faixa etária do perfil encontrado (DATASUS, 2016).

### 5.1.3 Caracterização Quanto a Demanda da População Pertencente a Área de Abrangência das ESF

Diante da análise dos dados sobre a demanda da população que buscou atendimento no Pronto Socorro, pode-se verificar que a maioria era residente da área de abrangência da ESF Jardim Beverly (2.786- 29%) seguido da ESF Maria da Glória M. Padilha (2.634 – 26%), ESF Frederico Guilherme Barroso (2.208- 23%), ESF Cehab (935 – 10%), ESF Scilio Tardin Faver (479 – 5%) e posteriormente pela ESF José

Adelino da Costa do distrito de Paraíso do Tobias (444 – 4%) e da ESF Edson A. Bastos do Distrito de Venda das Flores (244 – 2%) (TABELA 4).

TABELA 4- Distribuição das áreas de abrangência pertencentes aos usuários atendidos no pronto-socorro Dr. Sebastião Bruno do município de Miracema/ RJ, no período de janeiro a abril de 2016.

Variáveis	Número (n)	Porcentagem (%)
<b>Áreas de Abrangência das ESF</b>		
Jardim Bervely	2. 786	29
Maria da Glória M. Padilha	2. 634	27
Frederico Guilherme Barroso	2. 208	23
Cehab	935	10
Scilio Tardin Faver	479	5
José Adelino da Costa	444	4
Edson A. Bastos	244	2

Fonte: Dados da autora (2016).

Mediante aos dados analisados com relação à demanda da população oriunda das áreas de abrangência das ESF, as três que obtiveram maior predomínio foram a ESF Jardim Bervely, seguido pela ESF Maria da Glória M. Padilha e posteriormente pela ESF Frederico Guilherme Barroso.

Considerando essa informação Freire et al. (2015), dizem que o cuidado em saúde é ordenado em níveis de atenção, e para tanto possui a assistência básica, média e de alta complexidade. Diante disso, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm como principal função ser porta de entrada para o sistema de saúde. O autor ainda relata que quando essas unidades funcionam adequadamente, a população na maioria das vezes consegue resolver seus problemas lá, e conseqüentemente isso reduziria as filas para consultas nas unidades de níveis de média e alta complexidade.

### 5.1.4 Caracterização das Principais Queixas da População Atendida

Com base nos resultados analisados foi possível identificar que as dez principais queixas relatadas pelos usuários atendidos no Pronto Socorro foram: cefaleia (1.473 - 22%), vômito (762 - 11%), mialgia (753 - 11%), dor (668 - 10%), tosse (590 - 9%), dor abdominal (562 - 8%), exantema (502 - 8%), lombalgia (472 - 7%), diarreia (438 - 7%) e prurido (434 - 7%) (TABELA 5).

TABELA 5– Distribuição das principais queixas dos usuários atendidos no pronto socorro Dr. Sebastião Bruno do município de Miracema/ RJ, no período de janeiro a abril de 2016.

Variáveis	Número (n)	Porcentagem (%)
<b>Queixas</b>		
Cefaleia	1.473	22
Vômito	762	11
Mialgia	753	11
Dor	668	10
Tosse	590	9
Dor Abdominal	562	8
Exantema	502	8
Lombalgia	472	7
Diarreia	438	7
Prurido	434	7

Fonte: Dados da autora (2016).

Coincidindo com os dados acima descritos, o estudo realizado por Oliveira et al. (2011), revelou que após a análise dos boletins de atendimento, a maioria das emergências eram de baixa complexidade, onde as dez principais queixas encontradas foram: cefaleia (316 – 9,22%), lombalgia (225 – 6,57), dor abdominal (174 – 5,08%), dor torácica (161 – 4,70%), dor em membros inferiores (122 – 3,56%), dor de garganta (109 – 3,18%), tosse (104 – 3,03%), epigastralgia (103 – 3%), dispneia (98 – 2,89%) e

disúria (79 – 2,30%).

### 5.1.5 Caracterização das Principais Hipóteses Diagnósticas da População Atendida

Os resultados obtidos após a análise dos BAMs dos usuários atendidos no Pronto Socorro, mostrou que as dez principais hipóteses diagnósticas encontradas foram: hipertensão (941 - 41%), quedas (249 - 11%), hiperglicemia (248 - 11%), trauma (174 - 8%), amigdalite (164 - 7%), lesão corto contusa (158 - 7%), zika vírus (109 - 5%), crise alérgica (100 - 4%), infecção do trato urinário (ITU) (62 - 3%) e lesão de pele (59 - 3%) (TABELA 6).

TABELA 6- Distribuição das principais hipóteses diagnósticas dos usuários atendidos no pronto socorro Dr. Sebastião Bruno do município de Miracema/ RJ, no período de janeiro a abril de 2016.

Variáveis	Número (n)	Porcentagem (%)
<b>Hipóteses Diagnósticas</b>		
Hipertensão	941	41
Quedas	249	11
Hiperglicemia	248	11
Trauma	174	8
Amigdalite	164	7
Lesão corto contusa	158	7
Zika Vírus	109	5
Crise Alérgica	100	4
ITU	62	3
Lesão de Pele	59	3

Fonte: Dados da autora (2016).

Primeiramente cabe ressaltar que o Pronto Socorro não é o local apropriado para se fechar um diagnóstico completo, mais sim, para atender a principal gravidade do paciente no momento. Considerando que a hipertensão se enquadra em primeiro lugar

no presente estudo das hipóteses diagnósticas e a hiperglicemia em terceiro lugar, o DATASUS pela produção ambulatorial de abril de 2015 revela que 9% da população do município de Miracema/RJ é hipertensa e 2 % é diabética (DATASUS, 2016). Vale considerar que de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares.

### 5.1.6 Caracterização dos Exames Complementares

Diante dos resultados encontrados sobre os exames complementares que são realizados nos usuários atendidos no Pronto Socorro mediante solicitação médica, constatou-se que a maior demanda foi pelo exame de imagem Raio X (706 – 69%) seguido pelo eletrocardiograma (290 – 28%), tomografia (18 – 2%), ultrassonografia (06 – 1%) (TABELA 7).

TABELA 7- Distribuição dos exames complementares realizados nos usuários atendidos no pronto socorro Dr. Sebastião Bruno do município de Miracema/ RJ, no período de janeiro a abril de 2016.

Variáveis	Número (n)	Porcentagem (%)
<b>Exames complementares</b>		
Raio X	706	69
Eletrocardiograma (ECG)	290	28
Tomografia (TC)	18	2
Ultrassonografia (USG)	6	1

Fonte: Dados da autora (2016).

Cavalcante e Menezes (2001), relatam que aproximadamente 50% dos pacientes que buscam um setor de urgência e emergência, como por exemplo, um pronto socorro realiza algum exame radiológico.

### 5.1.7 Caracterização das Especialidades Médicas

Quanto as especialidades médicas que atendem os usuários em caráter de

sobreaviso mediante a solicitação do médico clínico plantonista do Pronto Socorro, pode-se observar uma maior frequência dos atendimentos relacionados a especialidade de cardiologia (46 – 61%) seguida pela especialidade de ortopedia (30 – 39%) (TABELA 8).

TABELA 8- Distribuição das especialidades médicas oferecidas aos pacientes atendidos no pronto socorro Dr. Sebastião Bruno do município de Miracema/ RJ, no período de janeiro a abril de 2016.

Variáveis	Número (n)	Porcentagem (%)
<b>Especialidades médicas</b>		
Cardiologia	46	61
Ortopedia	30	39

Fonte: Dados da autora (2016).

Como mostra os resultados do presente estudo a Cardiologia foi a especialidade mais solicitada. Isso se deve pelo fato das doenças relacionadas ao aparelho circulatório ou sistema cardiovascular está entre as principais causas de óbito e internações perante a população (BRASIL, 2013b). Para tanto, pode-se inferir que a principal hipótese diagnóstica desse estudo tenha sido a hipertensão com o valor correspondente a 41%, justamente por ser uma morbidade do sistema cardiovascular.

#### 5.1.8 Caracterização dos Procedimentos Realizados

Com relação aos procedimentos realizados pela equipe nos usuários atendidos no Pronto Socorro, verificou-se que a maioria dos procedimentos foi de aferição da pressão arterial (2.338 – 45%), glicemia capilar (1.026 – 20%), temperatura (89 – 17%), curativo (422 – 8%), nebulização (264 – 5%), sutura (158 – 3%) e imobilização gessada (103 – 2%) (TABELA 9).

TABELA 9- Distribuição dos procedimentos realizados nos usuários atendidos no pronto socorro Dr. Sebastião Bruno do município de Miracema/ RJ, no período de janeiro a abril de 2016.

Variáveis	Número (n)	Porcentagem (%)
<b>Procedimentos realizados</b>		
Pressão arterial	2.338	45
Glicemia capilar	1.026	20
Temperatura	891	17
Curativo	422	8
Nebulização	264	5
Sutura	158	3
Imobilização gessada	103	2

Fonte: Dados da autora (2016).

Levando em consideração que a pressão arterial é um dos fatores que está relacionado à morbidade e mortalidade do sistema cardiovascular, há um consenso para que o método de aferição da pressão seja fundamental para um diagnóstico e para o acompanhamento e avaliação do tratamento de pessoas já diagnósticas com hipertensão arterial. Assim sendo, este procedimento deve ser efetuado em toda avaliação de saúde por profissionais devidamente habilitados (GUSMÃO et al., 2011).

“Estudos apontam que o maior uso do serviço de emergência está relacionado [...], além da cultura imediatista dos usuários e, aqui, pode se fazer analogia dos pacientes que esperam acesso e tratamento fáceis e rápido” (OLIVEIRA et al., 2011, p. 6).

### 5.1.9 Caracterização dos Motivos de Procura a Unidade

Os resultados da análise relacionada aos motivos de procura pelos pacientes atendidos no Pronto Socorro Dr. Sebastião Bruno, evidenciou uma maior procura para solicitação de receita médica (166 – 33%), seguida pela amostra de exames (154 – 31%), solicitação de exame (126 – 25%) e encaminhamentos (52 – 11%) (TABELA 10).

TABELA 10- Distribuição dos motivos de procura pelos usuários atendidos no pronto socorro Dr. Sebastião Bruno do município de Miracema/ RJ, no período de janeiro a abril de 2016.

Variáveis	Número (n)	Porcentagem (%)
<b>Motivos de procura</b>		
Solicitação de receita	166	33
Amostra de exame	154	31
Solicitação de exame	126	25
Encaminhamentos	52	11

Fonte: Dados da autora (2016).

Considerando o que diz La Rua (2016), o pronto socorro não é o lugar mais adequado para que faça solicitação de exames, trocas de receitas, atestados e outros processos que não estejam de acordo com o estabelecido para cuidados de urgência e emergência.

Paula et al. (2014), dizem que existe um padrão cultural que faz com que muitos usuários procurem os serviços de urgência e emergência. Esse culturalismo é denominado de imediatismo, ou seja, o usuário deseja ser atendido imediatamente e assim, receber um diagnóstico e a medicação, alegando que nas UBS o atendimento é prolongado.

## CONCLUSÃO

Através da realização deste estudo, foi possível constatar no que diz respeito aos serviços de urgência e emergência, que o tempo para o atendimento é primordial, uma vez que cada minuto pode salvar uma vida. No entanto, pode-se compreender que quanto mais se conhece o perfil clínico/epidemiológico dos usuários que são atendidos nessas unidades emergenciais, mais fácil será a contribuição para que se possa planejar ações que diminuam a crescente demanda nesses locais. Para isso, deve-se haver um acolhimento com um protocolo clínico de avaliação do usuário, onde é possível classificá-lo de acordo com suas queixas, sinais vitais, entre outras. Com isso

os usuários mais graves seriam atendidos primeiro e os menos graves esperariam o tempo indicado pelo protocolo, e assim haveria um aperfeiçoamento no atendimento.

Além disso, é preciso que haja profissionais enfermeiros habilitados para desempenhar a função de acolher e classificar o usuário, considerando que o mesmo é o profissional mais apropriado para uma escuta qualificada e para uma avaliação integral.

O problema de pesquisa que norteou este estudo foi: Qual o perfil clínico/epidemiológico dos usuários atendidos em uma unidade de urgência e emergência do município de Miracema/RJ? Pode-se concluir que mediante o perfil clínico analisado, foi possível encontrar um perfil com diversos sinais e sintomas, dificultando assim a necessidade de priorização ou não do atendimento imediato. O perfil epidemiológico mostrou que a maioria dos usuários era do sexo feminino (56%), crianças de 0 a 10 anos (17%) e adultos entre 21 a 41 (32%) anos e oriundos da área de abrangência da ESF Jardim Beverly (29%).

Ao longo da análise, conseguiu-se extrair conclusões sobre a relevância de se conhecer um perfil de uma unidade de urgência e emergência, pois através deste estudo foi possível verificar os agravos que mais acometem a população do município em estudo, assim como as características da mesma. Com isso, pode-se inferir que a maioria dos atendimentos poderiam ser resolvidos em uma atenção primária, o que conseqüentemente melhoraria o fluxo da unidade.

Contudo, uma conduta que talvez melhore a questão da superlotação e do tempo de espera dos usuários nos serviços emergenciais, seria que as unidades emergências que ainda não possuem o instrumento AACR implantado, implantassem o mesmo nas unidades. Assim, haveria uma agilidade no atendimento através da avaliação do usuário por um protocolo preestabelecido, onde a gravidade do mesmo classificaria seu atendimento pelo nível de complexidade e não pela ordem de chegada, ou seja, o usuário seria atendido por meio do grau de risco em que se encontrar. Além disso, esse instrumento serve para que ocorram mudanças no processo de trabalho, bem como na atenção à saúde, pois promove um atendimento mais qualificado e resolutivo,

identificando os usuários através das suas prioridades clínicas.

## REFERÊNCIAS

BONH, M. L. S. **Classificação de risco de Manchester**: opinião dos enfermeiros do serviço de emergência do hospital de clínicas de Porto Alegre. 2013. 62 f. Monografia (Curso de Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa**. Brasília – DF, de 25 de junho de 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm). Acesso: 08 de jul. de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: hipertensão arterial e sistêmica**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2006. 58 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. 1ª Edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 49 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p., il. color.

\_\_\_\_\_. Resolução CFM nº 1.451, de 10 de março de 1995. **Diário Oficial da União**. Brasília- DF, de 17 de março de 1995, Seção 1, pág. 3.666. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451\\_1995.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm). Acesso: 08 de jul. de 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução COFEN nº 423, de 9 de abril de 2012. Normatiza no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, nº 70, de 11 de abril de 2012, Seção 1, pág. 195. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012\\_8956.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html). Acesso em: 08 de jul. de 2016.

CAVALCANTE, A. F.; MENEZES, M. R. Radiologia de emergência: perspectivas. **Revista Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 5-6, 2001.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico, **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, 2008.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. 2016. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de set. de 2016.

FREIRE, A. B. et al. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 195-200, Jan./Jul. 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6<sup>o</sup>. Edição. São Paulo: Editora Atlas, 2008. 220 p.

GUSMÃO, J. L. et al. Fontes de erro na medida da pressão arterial: papel do esfigmomanômetro e do observador. **Revista Hipertensão**, São Paulo, v. 14, n. 2, set./out. 2011.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. 2<sup>o</sup> Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. 685 p.

LA RUA, C. Função do Pronto Socorro. Santa Casa de Misericórdia Itapeva. 2016. Disponível em: <http://www.santacasadeitapeva.org.br/pronto-socorro/funcao-pronto-socorro/>. Acesso em: 11 de set. de 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7<sup>o</sup> Edição. São Paulo: Editora Atlas S. A, 2010. 297 p.

NETO, A. V. L. et al. Humanização e acolhimento em emergência hospitalar: fatores condicionantes sob o olhar dos enfermeiros. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 519-528. out./dez. 2013.

OLIVEIRA, G. N. et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 1-9, maio./jun. 2011.

PAULA, R. et al. Porque os pacientes com tuberculose procuram as unidades de urgência e emergência para serem diagnosticados: um estudo de representação social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, p. 600-614, jul./set. 2014.

SOUZA, C. C. **Grau de concordância de classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando diferentes protocolos**. 2009. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

ULHOA, M. I. et al. A implantação de nova tecnologia: implicação na eficiência do trabalho na unidade de pronto atendimento de um hospital público de urgência e emergência. **RGO – Revista Gestão Organizacional**, Minas Gerais, v. 3, p. 99-118, Jan./Fev. 2010., il. color.