

Perfil clínico-epidemiológico: uma proposta de classificação de risco nos serviços de urgência e emergência do município de Miracema (RJ)

Thamyres de Oliveira Feijó de **SOUZA**¹, thamyres_feijo@hotmail.com; Emerson dos Santos Duarte **MAFIA**²

1. Enfermeira.
2. Especialista em Saúde da Família pelo Centro Universitário Redentor, Itaperuna (RJ); enfermeiro; docente na Faculdade Santo Antônio de Pádua (Fasap) e FASFI/CESUNPEG.

RESUMO: Nos últimos anos cresceu a procura por serviços de urgência e emergência, o que vem gerando uma superlotação nesses locais. O presente estudo identificou o perfil clínico-epidemiológico de uma unidade de urgência e emergência do município de Miracema (RJ). Destacou-se a necessidade da implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), fundamental para que usuários não esperem mais que o tempo permitido para serem atendidos, reorganizando assim o serviço.

Palavras-chave: urgência e emergência, acolhimento, classificação de risco.

Introdução

A Constituição Federal Brasileira, no ano de 1988, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que 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 a 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 foi implantado. Para tanto, pesquisou-se o perfil clínico-epidemiológico dos usuários desta unidade para que se possa propor mudanças na maneira de gerenciar os atendimentos e assim diminuir as superlotações e o tempo de espera, visando uma assistência mais eficaz, eficiente e resolutiva para os usuários.

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.

II – Revisão de literatura

2.1 – 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). As três primeiras foram lançadas em 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. No ano de 2011, a PNAU foi reformulada e com isso foi instituída a RAU, onde a base do processo e o fluxo assistencial deve ser o acolhimento com classificação de risco.

2.2 – Conceituando urgência, emergência e triagem

A resolução nº 1.451/95 do Conselho Federal de Medicina (CFM) traz as seguintes definições: urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata; emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que implicam risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (BRASIL, 1995), ou seja, 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.

O termo triagem vem do francês *trier*, que significa escolher (ALBINO *et al.*, 2007). 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).

2.3 – Acolhimento com avaliação e classificação de risco

Nas últimas décadas, aumentou a demanda nos serviços emergenciais e foi necessário reorganizar esses serviços. Assim, em 2004, surgiu o AACR como instrumento de agilização do atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário através de um protocolo preestabelecido e não pela ordem de chegada (BRASIL, 2004). 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: o vermelho indica emergência e o tempo é de 0 minutos; o laranja é muito urgente, podendo esperar até 10 minutos; o amarelo é urgente, podendo esperar até 60 minutos; o verde é pouco urgente, 120 minutos; e o azul é não urgente, 240 minutos (PINHEIRO, 2015).

Nesse contexto, o enfermeiro tem sido o profissional indicado para classificar o risco nos serviços emergenciais. E a lei do exercício profissional de 86 traz que o cuidado direto de enfermagem a pacientes graves com risco de vida é privativo do enfermeiro. Mas somente no ano de 2012, com a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), ficou claro que, dentro da equipe de enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência nos serviços de urgência é privativa do enfermeiro. Porém, Neto *et al.* (2013) complementam dizendo que o enfermeiro é o profissional indicado para classificar após treinamento específico e que deve ser orientado por protocolos padronizados pelas instituições (ULHOA *et al.*, 2010).

III – Metodologia

Com o intuito de identificar o perfil clínico-epidemiológico do atendimento de uma unidade de urgência e emergência do município de Miracema (RJ), utilizou-se uma abordagem quantitativa, documental, transversal, descritiva e exploratória (DALFOVO *et al.*, 2008; MARCONI *et al.*, 2010; KLEIN *et al.*, 2009; GIL, 2008).

Posteriormente à definição do tema, foi feita uma busca em bases de dados virtuais – como Scielo, Google Acadêmico, Repositório Lume – e em 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, localizado no Noroeste Fluminense, no Estado do Rio de Janeiro, com 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 a de moradores de Miracema que buscou atendimento no período de janeiro a abril de 2016, sendo analisada uma amostra de 14.908 boletins de atendimento médico (BAMs).

Os dados obtidos através do levantamento das informações pelos BAMs foram analisados de forma quantitativa, o que possibilitou a compreensão e interpretação dos dados através de tabelas percentuais, sendo os dados colhidos por meio de um formulário dividido em dados clínicos e dados epidemiológicos. Os dados clínicos evidenciaram as principais queixas, as principais hipóteses diagnósticas, os exames complementares, as especialidades

médicas, os procedimentos realizados e os motivos da procura. Os dados epidemiológicos agruparam informações sobre gênero (masculino e feminino), faixa etária (0 a > 91 anos) e a demanda da população pertencente a área de abrangência das Estratégias Saúde da Família (ESF).

Os critérios de inclusão na pesquisa 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). Os critérios de exclusão foram: BAMs ilegíveis, sem preenchimento das informações corretas, áreas sem cobertura da ESF e atendimentos referentes a outros municípios.

IV – 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.

4.1 – Caracterização quanto ao gênero

Ao analisar os dados obtidos sobre os gêneros dos usuários atendidos, verificou-se 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 (%) |
|------------------|-------------------|------------------------|
| Gênero | | |
| 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).

4.2 – Caracterização quanto à faixa etária

Em relação aos dados obtidos sobre a faixa etária dos usuários atendidos, 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%), 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 (%) |
|-----------------------------------|------------|-----------------|
| Faixa etária (meses, anos) | | |
| 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).

4.3 – Caracterização quanto à demanda da população pertencente à área de abrangência das ESF

Diante da análise dos dados sobre a demanda da população que buscou atendimento, pode-se verificar que a maioria era residente da área de abrangência da ESF Jardim Beverly (2.786 – 29%), seguida 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%), ESF José Adelino da Costa do distrito de Paraíso do Tobias (444 – 4%), e 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 (%) |
|-------------------------------------|------------|-----------------|
| Áreas de Abrangência das ESF | | |
| 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).

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.

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 nelas resolver seus problemas, o que reduziria as filas para consultas nas unidades de níveis de média e alta complexidade.

4.4 – Caracterização das principais queixas da população atendida

Com base nos resultados analisados, foi possível identificar que as dez principais queixas relatadas pelos usuários atendidos 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 (%) |
|----------------|------------|-----------------|
| Queixas | | |
| 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%), epigastria (103 – 3%), dispneia (98 – 2,89%) e disúria (79 – 2,30%).

4.5 – Caracterização das principais hipóteses diagnósticas da população atendida

Os resultados obtidos após a análise dos BAMs dos usuários atendidos, 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 (%) |
|-------------------------------|------------|-----------------|
| Hipóteses diagnósticas | | |
| 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 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.

4.6 – Caracterização dos exames complementares

Diante dos resultados encontrados sobre os exames complementares que são realizados nos usuários atendidos 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%), e 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 (%) |
|------------------------------|------------|-----------------|
| Exames complementares | | |
| 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, realizam algum exame radiológico.

4.7 – Caracterização das especialidades médicas

Quanto às 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 (%) |
|-------------------------------|------------|-----------------|
| Especialidades médicas | | |
| Cardiologia | 46 | 61 |
| Ortopedia | 30 | 39 |

Fonte: Dados da autora (2016).

Como mostram os resultados do presente estudo, a cardiologia foi a especialidade mais solicitada. Isso se deve ao fato de as doenças relacionadas ao aparelho circulatório ou sistema cardiovascular estarem entre as principais causas de óbito e internações (BRASIL, 2013). 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.

4.8 – Caracterização dos procedimentos realizados

Com relação aos procedimentos realizados pela equipe nos usuários atendidos, 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 (%) |
|---------------------------------|------------|-----------------|
| Procedimentos realizados | | |
| 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).

4.9 – Caracterização dos motivos de procura à 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 (%) |
|---------------------------|------------|-----------------|
| Motivos de procura | | |
| 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 delongado.

V – 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 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, levando a 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.

A pesquisa encontrou 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, extraiu-se conclusões sobre a relevância de se conhecer o perfil de uma unidade de urgência e emergência, pois isso permite 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.

Ficou clara a necessidade da implantação do instrumento AACR nas unidades de urgência e emergência que ainda não o fizeram, o que possibilitaria agilidade no atendimento, através da avaliação do usuário por um protocolo preestabelecido, organizando o 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

ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis (SC), v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: hipertensão arterial e sistêmica**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. 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.

_____. Resolução CFM n. 1.451, de 10 de março de 1995. **Diário Oficial da União**. Brasília- DF, de 17 de março de 1995, Seção 1, p. 3.666. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso: 08 jul. 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 set. 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. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

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. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

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

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

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.

PINHEIRO, F. R. **Implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco no setor de emergência de um hospital público no Sul do Brasil**. 2015. 57 f. Monografia (Pós-

Graduação em Administração Gestão em Saúde) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

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.