PERFIL E PRINCIPAIS DEMANDAS CLINICAS DE UM PRONTO ATENDIMENTO EM CARIACICA NO ESPIRITO SANTO

João Vitor Lucas Paulino[1]

Juliana Rodrigues Tovar Garbin[2]

RESUMO

A unidade de pronto atendimento de urgência e emergência é um estabelecimento que atende a população 24 horas por dia de maneira ininterrupta. Para lidar com a grande demanda de forma humanizada esses serviços utilizam dispositivos de classificação de risco, normalmente empregados pelo enfermeiro, que avalia e classifica os pacientes em estado crítico ou não, organizando o fluxo de atendimento. Este projeto pressupõe de um estudo descritivo, baseado em dados secundários, com abordagem quantitativa que tem como objetivo analisar o perfil socioeconômico e as principais demandas clinicas dos pacientes atendidos em um pronto atendimento em Cariacica para conhecer o perfil dos usuários. Os dados foram coletados em novembro de 2020 através do sistema MV Gestor de Fluxo. A amostra é composta por todos os pacientes maiores de 18 anos de ambos os sexos atendidos no período de setembro a dezembro de 2019. Para a análise dos dados e resultado foi utilizada a estatística descritiva: frequência absoluta (Nº) e frequência relativa (%). A maior parte dos atendidos foram do sexo feminino (31.456) com predominância de idade entre 26 e 50 anos (46%). A queixa mais recorrente foi cefaleia (7.054 – 12,61%). O nível de prioridade “pouco urgente” (41.395 – 74%) foi o mais utilizado. Nota-se que o pronto atendimento de urgência e emergência acaba se tornando a porta de entrada, grande parte das vezes, transformando-se em um serviço de “atenção primária” para tratar demandas que poderiam ser tratadas em uma unidade básica de saúde na maioria dos casos, gerando sobrecarga nos profissionais atuantes.

Palavras-chave: Pronto Atendimento; Serviços de saúde; Triagem; Classificação de Risco.

[1] Graduando do Curso Enfermagem do Centro Universitário Católico de Vitória. E-mail:jv.lucas@hotmail.com

[2] Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva. E-mail: jgarbin@ucv.edu.br

ABSTRACT

The urgency and emergency care unit is an establishment that serves the population 24 hours a day, uninterrupted. To deal with the high demand in a humanized way, these services use the risk classification devices, commonly used by nurses, which assess and classify patients in critical condition or not, organizing the flow of care. This project presupposes a descriptive study, based on secondary data, with a quantitative approach that aims to analyze the socioeconomic profile and the main clinical demands of patients treated at an emergency care in Cariacica to know the perfil of users. The data were collected in November 2020 through the MV Gestor de Fluxo system. This study is compost of all patients over 18 years old of both sexes treated from September to December 2019. For data analysis and result, a descriptive statistic was used: absolute frequency (No.) and relative frequency (%) Most of those attended were female (31,456) with a predominance of age between 26 and 50 years (46%). The most recurrent complaint of headache (7,054 - 12.61%). The “low urgency” priority level (41,395 - 74%) was the most used. Note that the urgent and emergency emergency care ends up becoming the gateway, in most cases, becoming a “primary care” service to deal with the demand that can be treated in a basic health unit in the case of the cases, creating overload in the working professionals.

Keywords: Emergency Service; Health services; Medical screening; Risk rating.

1. INTRODUÇÃO

A unidade de pronto atendimento de urgência e emergência é um estabelecimento que atende a população 24 horas por dia de maneira ininterrupta, todos os dias da semana atendendo casos de urgência e emergência, trabalhando de maneira articulada com a Rede de Atenção à Saúde e outros serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O acesso a saúde é de extrema dificuldade a população de baixa renda pois a grande dificuldade em se obter consultas, exames, encaminhamentos, entre outras demandas e isso leva a população a procurar um serviço com maior eficiência para tratar suas queixas momentâneas. O pronto atendimento oferece consultas não agendadas, exames, medicações, internações e encaminhamentos para outro estabelecimento de nível terciário (MARQUES et. al. 2007).

Para lidar com a grande demanda de forma humanizada esses serviços utilizam dispositivos de classificação de risco, normalmente empregado pelo enfermeiro, que avalia e classifica os pacientes em estado crítico ou não, organizando o fluxo de atendimento (OLIVEIRA, 2017).

Podemos destacar a importância do trabalho do enfermeiro nas unidades de pronto atendimento para conduzir as demandas existentes, classificar, medicar e auxiliar o paciente. O enfermeiro necessita ser o líder e desenvolver sua competência de gerenciamento e de assistência (ARASZEWSKI et al., 2014).

Há uma grande necessidade em conhecer as características dos usuários que procuram as unidades de pronto atendimento pois esses serviços refletem a situação da região em relação ao serviço de atenção básica, podemos observar que municípios que não possuem uma atenção primaria bem estruturada possuem outros serviços de saúde sobrecarregados, com isso, uma análise da demanda atendida pode auxiliar na criação de ações para melhoria da saúde na região estudada. (AMARANTE, 2014).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEITO DE PRONTO ATENDIMENTO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela constituição federal e regulamentado pela Lei nº 8.080/90. Nessa lei no artigo 4, o SUS está definido como um grande conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990).

De acordo com a Portaria n°10 de 3 de janeiro de 2017 as unidades de pronto atendimentos 24 horas (UPA 24 h) são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediaria que não fazem parte de um hospital especifico e trabalham em conjunto com outros serviços como a atenção básica, Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, entre outros. O funcionamento deve ser ininterrupto, 24 horas, em todos os dias da semana, devendo prestar atendimento resolutivo a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, referenciar, prestar o primeiro atendimento em casos de cirurgia e trauma, estabilizando e realizando investigação diagnostica inicial e definindo a conduta necessária para cada caso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Os pronto atendimentos de urgência e emergência atendem usuários em situação clínica com ou sem risco de vida, cujo os agravos de saúde necessitam de auxílio imediato, estes dispõem de leitos de observação e aparato para lidar com situações de emergência no próprio estabelecimento e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Segundo a Portaria N°1863, de 29 de setembro de 2003, os serviços de urgência e emergência devem assegurar a universalidade, equidade, integralidade no atendimento às urgências clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, cirúrgicas, pediátricas e as relacionadas às causas externas como traumatismos violências e tentativas de suicídios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

2.2 A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOS USUÁRIOS

As percepções dos profissionais da saúde e dos pacientes atendidos mostram divergências. Para os profissionais da Saúde, situações de urgências são aquelas em que há risco de vida a partir de distúrbios na homeostase do paciente. Por outro lado, a população atendida julga como urgência problemas que atrapalham gravemente sua vida cotidiana. Para sistematizar e humanizar o atendimento é utilizado o sistema de classificação de risco (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Segundo um estudo realizado em 2013 que analisa o impacto da implementação do sistema de acolhimento com classificação de risco, que trata-se de um dispositivo de humanização da assistência visando agilizar o atendimento de acordo com a situação de saúde do paciente sob a ótica de um protocolo preestabelecido, promovendo atendimento de acordo com o grau de urgência e abandonando o sistema de atendimento por ordem de chegada (OLIVEIRA et al., 2013).

Os profissionais relataram que o uso do dispositivo atinge o objetivo de atender os pacientes em estado crítico e semicrítico com mais humanização, agilidade e eficiência, porém, relatam dificuldades de aceitação por parte de usuários que poderiam ter atendimento na atenção básica. Outro ponto é a falta de articulação com atenção básica como a falta de médicos e o horário de funcionamento limitado nas UBS (OLIVEIRA et al., 2013).

2.3 A PROCURA DA POPULAÇÃO PELO SERVIÇO

No Brasil, todo cidadão tem o direito a saúde, garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema é baseado no modelo de hierarquização dos serviços de saúde ações por nível de complexidade, ou seja, casos de menor urgência, são atendidos em instancias mais simples, deixando os casos mais urgentes para instancias de média e alta complexidade. O atendimento acontece em três níveis de atenção: no primeiro temos as Unidades Básicas (US), elas são apontadas como a porta de entrada para o sistema pois são nelas que o usuário pode marcar exames, consultas e realizar pequenos procedimentos como curativos e vacinas; no segundo nível temos as unidades de pronto atendimento e clinicas que realizam procedimentos em indivíduos em quadro agudo visando a cura do sintoma, atendem urgência e emergência e referenciam para um estabelecimento de maior complexidade, no terceiro nível temos os estabelecimentos de alta complexidade que realizam manobras mais invasivas e de maior risco a vida (MOLL et al., 2017).

Defender a atenção básica como principal porta é incontestável, pois segundo a Portaria 2.436, Artigo 2, parágrafo 1, 2017, a atenção básica é destacada como primeiro ponto de atenção e preferencial porta de entrada do sistema, deve orientar os fluxos e contra fluxos de pessoas e informações amplamente nos pontos de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

No Brasil, há um difícil acesso aos serviços das unidades básicas de saúde e o fácil acesso aos prontos atendimentos de urgência e emergência acabam transformando os mesmos em “porta de entrada” para a população reprimida que necessita de atendimento de nível básico. Esses estabelecimentos possibilitam o acesso à consultas não agendadas, exames, medicações, internações, pequenos procedimentos, entre outros suprindo parte da necessidade dos usuários por esses serviços (MARQUES; LIMA, 2007).

A dificuldade que a população enfrenta em conseguir acesso a outros pontos de atendimento, seja por conta do horário limitado para a classe trabalhadora, como na UBS, ou pela maior oferta de aparato tecnológico nos pronto atendimento, evitando o deslocamento para realização de exames são uma das maiores causas da procura pelo serviço de pronto atendimento em situações que não se caracterizam como urgência e emergência (BUBOLTZ; SILVEIRA; NEVES, 2015).

Muitos dos usuários que procuram o estabelecimento estão em situação de miséria, violência, solidão, entre outros, então buscam a assistência em saúde para uma melhor qualidade de vida. Com isso, o serviço de pronto atendimento é um apoio a pessoas em nível socioeconômico baixo (MARQUES; LIMA, 2007).

Os princípios do acolhimento e atendimento humanizado e integral realizados na assistência de nível primário tem papel fundamental nas famílias em situação de miséria ou pobreza e indivíduos em situação de rua. As equipes da atenção primaria

têm a possibilidade de estabelecer o vínculo com o usuário pois estão próxima do cotidiano e da vida das pessoas, de prestar cuidado individual e familiar, de gerir projetos terapêuticos e se responsabilizar em desenvolver ações coletivas de promoção e prevenção em território delimitado. Em momentos de vulnerabilidade, com uma atenção primaria bem estruturada é comum que o usuário procure a unidade básica de saúde pela proximidade de sua casa e lá é preciso do vínculo com o profissional, o fato de conhecer a história do indivíduo facilita a identificação do problema e a resolução do mesmo (ANDRADE; MORAIS; ANDRADE, 2012).

Em estudo realizado em um hospital geral de Pernambuco, concluiu-se que 74,5% dos atendimentos foram inadequados e poderiam ser realizados na atenção básica, por não serem caracterizados como urgências, pois se tratavam de queixas típicas causando superlotação e prejudicando os casos graves e agudos que necessitavam de atendimento, causando sobrecarga nas equipes de profissionais da saúde e nos gastos financeiros e materiais (FURTADO; ARAÚJO JR; CAVALCANTI, 2004).

Assim o pronto atendimento de urgência e emergência acaba se tornando a porta de entrada, invertendo os níveis de atenção e em grande parte das vezes transformando-se em um serviço de “atenção primária” para tratar demandas que poderiam ser tratadas em uma UBS em grande parte dos casos, causando sobrecarga nos profissionais atuantes. Segundo (BITTENCOURT; HORTALE, 2009, p.1439):

> [...] é um fenômeno mundial, caracteriza-se por: todos os leitos do serviço de urgência e emergência ocupados; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; alta-tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos. Indica, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde, como um todo e do hospital em particular, e induz à baixa qualidade assistencial [...]

A baixa qualidade assistencial contribui para uma menor segurança do paciente, risco de eventos adversos, agravos nos casos de pacientes em espera de atendimento, insatisfação por parte do usuário com a qualidade do serviço, insatisfação do profissional com seu próprio trabalho, escassez de recursos financeiros e de materiais (DUARTE et al., 2015).

Um estudo realizado em Porto Alegre assimilou através dos relatos dos enfermeiros a relação entre a sobrecarga de trabalho e eventos adversos, estes relatavam haver poucos profissionais para o tanto de tarefas exigidas, falta de comunicação, falta de preparo da equipe e falta de atenção na administração de medicamentos (DUARTE et al., 2015).

2.4 PROTOCOLOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Para unidades de pronto atendimento, o uso de um sistema de classificação é instituído pelas diretrizes da Portaria Nº 10 DE 3 de Janeiro de 2017, Art. 2° pois segundo a mesma, se trata de uma ferramenta de apoio a decisão clínica. Devendo ser no formato de protocolo com linguagem universal para urgências clínicas e traumáticas, utilizado por médicos e enfermeiros qualificados, sendo essa função mais comumente atribuída ao enfermeiro. Tem o objetivo de identificar a gravidade do paciente e promover o seu atendimento em tempo oportuno e seguro de acordo

com o potencial de risco baseado em evidências científicas existentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A superlotação nos pronto atendimentos promove a possibilidade de agravo. Assim a classificação de risco é, segundo SACOMAN et al. (2019, p.356), "[…] uma ferramenta de atenção à saúde efetiva, pois permite que os indivíduos com processos de adoecimento mais graves possam ser os primeiros a receber cuidados em urgência e emergência."

O protocolo de Manchester é um sistema de classificação de risco baseado em categorias de sinais e sintomas com 52 fluxogramas que são selecionados por um profissional da saúde qualificado através das queixas apresentadas pelo paciente. Cada fluxograma possui discriminadores pré-definidos que orientam a coleta das informações necessárias sobre a situação (JUNIOR; TORRES; RAUSCH, 2014).

Este sistema é amplamente utilizado no Brasil por sua abrangência e capacidade de triagem e é disponibilizado em várias versões que não mudam o seu objetivo principal. O protocolo teve origem em 1977 na cidade de Manchester, na Inglaterra e foi adotado em vários países da Europa. O protocolo se baseia em um sistema de algoritmos que é preenchido pelo enfermeiro ou médico (profissional qualificado), ao concluir a coleta de dados sobre a queixa/situação do paciente o sistema faz a classificação em um dos cinco níveis de prioridade preestabelecidos que são diferenciados por cores, através desses níveis é indicado um tempo máximo de espera para atendimento (TEIXEIRA; OSELAME; NEVES, 2014).

O nível 1 (emergente) é caracterizado pela cor vermelha, devendo ser atendido imediatamente; nível 2 (muito urgente) é caracterizado pela cor laranja e deve ser atendido em até 10 minutos; nível 3 (urgente) é caracterizado pela cor amarela e deve ser atendido em até 60 minutos; nível 4 (pouco urgente) é caracterizado pela cor verde e deve ser atendido em até 120 minutos; nível 5 (não urgente) é caracterizado pela cor azul e pode aguardar até 240 minutos por atendimento médico, há ainda a cor branca quando se trata de um atendimento eletivo (DINIZ et al., 2014).

Por esse sistema é possível identificar dados como idade, sexo, queixa principal, alergia medicamentosa, entre outros, que ficam à disposição para análises (SACOMAN et al., 2019).

2.5 O PAPEL DO ENFERMEIRO

O enfermeiro tem como órgão regulador o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), também possui suas atividades de enfermagem respaldadas pela Lei do exercício profissional número 7.498, de 25 de junho de 1986 e o código de ética dos profissionais de enfermagem, com a última versão aprovada pela Resolução COFEN número 311, de 8 de fevereiro de 2007 que tem poder normativo para regulamentar e suprir a legislação federal relacionado às atividades técnicas que cabem ao serviço de enfermagem (FILHO et al., 2016).

O enfermeiro tem papel crucial no acolhimento ao paciente pois o faz desde o início, seja no pré-hospitalar no serviço de urgência móvel ou na classificação de risco em que faz a triagem e primeira avaliação, também na fase do cuidado seguindo até a alta do paciente (SILVA; INVENÇÃO, 2018).

A função de triagem é uma competência exclusiva do enfermeiro, conferida pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) através da resolução 413/2012, apesar da afirmativa do Ministério da Saúde de que qualquer profissional de nível superior devidamente treinado possa atuar nessa função, ainda aponta o enfermeiro como o ideal. A triagem se trata da primeira avaliação realizada ao paciente que adentra o Pronto Atendimento oferecendo a ele cuidados em tempo oportuno com eficiência de modo a evitar agravos e insatisfação por demora no atendimento (FILHO et al., 2016).

Um estudo que tinha como base identificados achados na literatura sobre as atividades do enfermeiro no sistema de classificação de risco nos estabelecimentos de urgência e emergência evidenciou que o enfermeiro tem capacidade técnica e conhecimento avaliar e definir a prioridade do atendimento, contribuindo assim para um melhor fluxo no atendimento e diminuição da morbimortalidade. Entretanto, identificou-se que o profissional enfermeiro possui insegurança nos casos de hostilidade por parte de usuários que não concordam com a classificação, ou em mudanças clinicas após a classificação por parte de profissionais pouco experientes, destacando a importância de treinamentos e da educação permanente (FILHO et al., 2016).

Em relação as atribuições do enfermeiro na assistência do PA, seja na emergência ou no ambulatório podemos citar segundo Silva e Invenção (2001, p. 6):

> [...] prestação de cuidados ao paciente juntamente com o médico; preparação e administração de medicamentos; viabilização da execução de exames especiais, realizando a coleta; passagem de sondas nasogástricas, nasoenterais e vesicais em pacientes; realização de troca de traqueostomia e punção venosa com cateter; curativos complexos; preparação de instrumentos para intubação, aspiração, monitoramento cardíaco e desfibrilação, dando apoio a equipe médica diante da execução de diversos procedimentos; controle dos sinais vitais; evolução de paciente e anotação em prontuário [...].

As atitudes dos enfermeiros nos hospitais, pronto atendimentos, clinicas, entre outros, pode ser vista como algo que foge do que é aprendido no meio acadêmico, como expressa:

> Notamos a partir das considerações exaradas pelos autores aqui mencionados, que os diferentes subprocessos compositores do processo de trabalho da enfermagem precisam ser articulados na prática profissional, com foco no cuidado. Todavia, há uma divergência entre essa ideia e as demandas das instituições de saúde em que se inserem os enfermeiros, pois para a instituição, as funções administrativas desempenhadas por esses profissionais devem ser destinadas à produção com vistas a atender aos princípios capitalistas e não necessariamente à assistência de enfermagem. (MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2010 p.349)

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo baseado em dados secundários com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados em um pronto atendimento de Cariacica através do sistema MV Gestor de Fluxo, este sistema armazena dados das classificações de risco e do perfil socioeconômico e sociodemografico dos pacientes atendidos com intuito de conhecer o perfil dos usuários. A coleta foi realizada no período de novembro de 2020 obtendo os dados dos usuários atendidos do período de 01 de setembro de 2019 a 31 de dezembro de 2019.

O estudo foi aprovado pela diretoria do serviço de pronto atendimento através da carta de anuência e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer número 4.447.480.

A população do estudo é composta por todos os pacientes maiores de 18 anos de ambos os sexos atendidos no PA.

Os critérios de inclusão são: possuir 18 anos ou mais, registro no MV Gestor de Fluxo e ter sido classificado através do protocolo de classificação de risco, Manchester, versão 2.0 por um enfermeiro. O critério de exclusão é não atender aos critérios citados anteriormente.

Foram coletadas as seguintes informações: Sexo, idade, cidade, nível de prioridade de acordo com a classificação de risco, queixa principal de acordo com o fluxograma definido no protocolo de Manchester versão 2.0 e o número de óbitos por nível de prioridade.

Os resultados foram organizados em tabelas e gráficos no Excel 2013. Para a análise dos dados e resultado final será utilizada a estatística descritiva: frequência absoluta (Nº) e frequência relativa (%). Os dados serão relacionados conforme as avaliações previstas nos objetivos deste estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através das tabelas abaixo podemos identificar o perfil dos pacientes que procuraram o serviço de pronto atendimento no período de setembro a dezembro de 2019.

Em relação ao sexo, a maior procura por atendimento foi realizada por mulheres, sendo registrados 31.456 atendimentos, enquanto o número de homens atendidos foi de 22.211. (Tab.1)

Nota-se predominância de pacientes na idade de 26 a 50 anos, com total de 24.633 (46%) atendimentos e a faixa etária com menor número de atendimentos é a de 18 a 25 anos com 10.826 (20%). (Tab.1)

Tabela 1. Dados referente a faixa etária e sexo de 01/09/2019 à 31/12/2019

FAIXA ETARIA - SEXO						
FAIXA ETARIA	**MASCULINO**	**%**	**FEMININO**	**%**	**TOTAL**	**%**
18-25	4522	20	6304	20	10826	20
26-50	10203	46	14430	46	24633	46
51-150	7486	34	10812	34	18298	34
TOTAL	22211	100	31546	100	53757	100

(Fonte: MV - Sistema de Gestão do Fluxo da Urgência, 2020)

Os dados a seguir referem-se aos municípios de origem dos pacientes atendidos, o município de Cariacica é a principal cidade de origem desses pacientes, com 52.639 (94%) registros, porém, notamos que usuários residentes em toda Grande Vitória também procuraram o serviço, sendo o segundo maior município de origem, Viana com 988 (2%), seguido por Vila Velha com 549 (1%), Vitória com 182 (0%) e Serra com 127 (0%). Houve também 36 (0%) atendimentos de pacientes do município de Santa Leopoldina e atendimentos em menor número de outros municípios do Espirito Santo que foram agrupados e somaram 1.436 (3%). (Tab.2)

Tabela 2. Dados referente as Cidades de 01/09/2019 à 31/12/2019

CIDADES		
CIDADES	**QUANTIDADE**	**%**
CARIACICA	52639	94
VIANA	988	2
VILA VELHA	549	1
VITÓRIA	182	0
SERRA	127	0
SANTA LEOPOLDINA	36	0
OUTROS MUNICIPIOS	1436	3
TOTAL	55957	100

(Fonte: MV - Sistema de Gestão do Fluxo da Urgência, 2020)

Através da tabela 3 são evidenciados os principais fluxogramas utilizados na classificação de risco, dos 52 disponíveis, designados pelo enfermeiro por melhor se adequarem com as queixas apresentadas pelo paciente no momento do acolhimento. O fluxograma mais utilizado foi Cefaleia com 7.054 (12,61%), seguido por Problemas em Extremidades com 5.763 (10,30%) e outros fluxogramas com 16.894 (30%) registros. (Tab.3)

Tabela 3. Dados referente ao fluxograma de 01/09/2019 à 31/12/2019

FLUXOGRAMA		
FLUXOGRAMA	**QUANTIDADE**	**%**
CEFALEIA	7054	12.61
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	5763	10.30
DOR ABDOMINAL EM ADULTO	4146	7.41
INDEFINIDO	3621	6.47
DOR LOMBAR	3588	6.41
DOR TORÁCICA	3361	6.01
MAL-ESTAR EM ADULTO	3184	5.69
DISPNEIA EM ADULTO	3021	5.40
PROBLEMAS DENTÁRIOS	2690	4.81
DOR DE GARGANTA	2622	4.69
OUTROS FLUXOS	16894	30
TOTAL	55944	100

(Fonte: MV - Sistema de Gestão do Fluxo da Urgência, 2020)

A tabela 4 demonstra o número de pacientes classificados em cada nível de prioridade. A prioridade Pouco Urgente é a mais recorrente com 41.395 (74%) das classificações finalizadas, seguida pela classificação Urgente com 7.263 (13%), Não Urgente com 1.749 (3%). As situações incompatíveis com 3.628 (6%) dos registros, se tratam de retorno para terapia medicamentosa ou casos em que o paciente não está em situação aguda mas não pode esperar. (Tab.4)

Tabela 4 - Dados referente as prioridades de 01/09/2019 à 31/12/2019

PRIORIDADES		
PRIORIDADES	**QUANTIDADE**	**%**
SITUAÇÃO INCOMPATIVEL	3628	6
NÃO URGENTE	1749	3
POUCO URGENTE	41395	74
URGENTE	7263	13
MUITO URGENTE	1740	3
EMERGÊNCIA	100	0
TOTAL	55875	100

(Fonte: MV - Sistema de Gestão do Fluxo da Urgência, 2020)

Na tabela 5 os dados referem ao número de óbitos em cada nível de prioridade, esses pacientes deram entrada no ambulatório ao invés de entrarem diretamente na sala de emergência. Podemos observar que o a prioridade com mais óbitos é a Emergência com 15 (56%), seguido pela Muito Urgente com 9 (33%) óbitos. (Tab. 5)

Tabela 5 - Dados referente aos óbitos de 01/09/2019 à 31/12/2019

PRONTO ATENDIMENTO - ÓBITOS POR PRIORIDADE

PRIORIDADE	QUANTIDADE	%
EMERGENCIA	15	56
MUITO URGENTE	9	33
URGENTE	1	4
POUCO URGENTE	2	7
TOTAL	27	100

(Fonte: MV - Sistema de Gestão do Fluxo da Urgência, 2020)

Na tabela 1 a principal faixa etária dos atendidos no PA está entre 26 e 50 anos com 24.633 (46%) e a segunda entre 51 a 150 com 18.298 (34%), assim, observa-se que a maior procura é realizada pela população jovem e em boa parte por idosos, como acontece no estudo de Feijó et al. 2015, que busca analisar a classificação de risco em um serviço de urgência em um hospital, pacientes com 20 e 59 anos foram os mais predominantes com 63,2% dos atendimentos.

Segundo o estudo realizado por Olivati et al. 2010, com objetivo de analisar o perfil da população atendida em um pronto socorro no município de Capão Bonito, São Paulo, evidenciou que mulheres representavam 54,34% dos atendimentos. No estudo de Oliveira et al. 2011, realizado em uma unidade de emergência referenciada no interior de São Paulo 50,74% dos atendimentos foram solicitados por mulheres jovens ou de meia idade, revelando uma maior propensão do sexo feminino na busca espontânea pelos serviços de saúde.

Constata-se que a maior parte dos pacientes atendidos trata-se de mulheres, como demonstra-se na tabela 1, o número de mulheres atendidas é de 31.546 enquanto o número de homens é de 22.211. Segundo BOTTON; CÚNICO; STREY (2017, p.67), “As estatísticas que demonstram que a expectativa de vida dos homens é mais baixa que a das mulheres parecem se relacionar a essa dificuldade masculina em procurar serviços que contemplem a sua saúde”.

Como ocorre no estudo de Oliveira et al. 2011, o maior número de usuários tem procedência do município de localização do PA, apresentando 74,8% do número de atendimentos. Nesse estudo os atendidos residentes em Cariacica, de acordo com a tabela 2, representam 94% da população atendida.

Tendo como objetivo a universalidade proposta pelas diretrizes do SUS, o Pronto Atendimento funciona no modelo “porta aberta”, recebendo usuários de todos os municípios. Nota-se que de acordo com a tabela 2 o município de Viana é o segundo maior em relação a origem dos usuários atendidos com 988 (2%) dos atendimentos, seguido por Vila Velha 549 (1%), Vitoria com 182 (0%) e Serra com 127 (0%), através disso enfatiza-se novamente sobre o estudo de Oliveira et al. 2011, que o

maior uso do serviço se faz pelos moradores próximos ao estabelecimentos e também pela dificuldade de acesso a saúde na região de moradia.

De acordo com o estudo de Pícoli, Maurer e Santos, 2016, que busca identificar as características sociodemograficas da população atendida em uma unidade de Pronto Atendimento em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, cefaleia foi a principal queixa referida pelos atendidos, nota-se a similaridade com esse estudo pois cefaleia é o principal fluxograma utilizado na classificação de risco de acordo com a tabela 3 tendo 7.054 (12,61%) utilizações.

Os fluxogramas utilizados na classificação de risco não são específicos para traçar diagnósticos, porém, são achados clínicos para doenças infecciosas ou crônicas, o sintoma cefaleia pode estar relacionado as síndromes febris-hemorrágicas que segundo o boletim epidemiológico divulgado pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA), número 49° de 2019 teve o total de 78.022 casos de dengue no Espirito Santo. Também é um dos sintomas de meningites, gripes, crises hipertensivas, hipoglicemia, trauma cranioencefálico, entre outras patologias.

Problemas em extremidades representam 5763 (10,30%) dos atendimentos, muitas vezes está relacionado com dor, edema, feridas e qualquer outro problema nos membros superiores ou inferiores, podendo estar ligado a doenças crônicas como artrose, artrite, ulceras, outros tipos de feridas, traumas, entre outros.

Através da tabela 4 fica evidenciado que a classificação de risco pouco urgente foi a mais utilizada, isso significa que casos agudos com queixas recentes representam 74% dos atendimentos do serviço, assim como acontece no estudo realizado por Almeida, 2018, que analisa o perfil da demanda em um pronto socorro de Itaipava, as prioridades não urgentes caracterizadas pela cor azul e verde são as mais recorrentes no serviço com 80% dos atendimentos, o estudo de Almeida (2018, p. 20), também aponta que, “por terem seu funcionamento 24 horas do dia, os prontos-socorros acabam por se tornar porta de entrada do serviço de saúde, sendo diversas vezes utilizados de forma equivocada pelo usuário.”

Segundo o estudo de Garcia et al. 2014, que analisa a organização da atenção básica no Espirito Santo, a dificuldade na utilização do serviço pela população devido à falta de estrutura, horário de funcionamento reduzido, falta de articulação com serviços de referência e número insuficiente de profissionais médicos, enfermeiros, dentistas e técnicos de enfermagem acarretam o aumento da demanda e diminuição da resolutividade, fazendo com que a população procure atendimento em clinicas particulares especializadas, hospitais com “porta aberta” e serviços de urgência e emergência, ocasionando superlotação e má qualidade no atendimento.

Observa–se que de acordo com os dados da tabela 5, 56% dos óbitos aconteceram em pacientes classificados na prioridade emergente e 33% na classificação muito urgente, isso demonstra a eficiência do sistema de classificação de risco, pois dos 55.875 usuários registrados efetivamente pelo sistema de prontuário eletrônico nesse estudo, o maior número de óbitos se concentra nas prioridades de níveis mais altos. Como evidencia FEIJÓ, et al (2015, p.633): “Estudos realizados em diferentes países mostram que a implantação de protocolos de triagens nos serviços de emergência permitiu que os casos considerados de maior gravidade fossem priorizados, com impacto nas taxas de mortalidade.”

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu identificar dados sociais e características clinicas dos usuários atendidos em um PA de Cariacica. A prevalência de atendimentos a mulheres na faixa etária de 26 a 50 anos confirma o estereótipo de que o sexo feminino procura mais os serviços de saúde, com quase 10.000 atendimentos a mais em relação a usuários do sexo masculino, assim como acontece em outros estudos semelhantes.

O PA é um serviço universal garantido pelo SUS, 94% dos atendimento se origina por parte da população de Cariacica, os 6% restantes ocorrem da procura de usuários vindos de toda Grande Vitoria e interior do estado, seja por estarem mais próximo do estabelecimento ou por não possuírem uma referência em sua região de residência.

Constata-se que o fluxograma mais utilizado pelo enfermeiro na classificação de risco foi o de cefaleia sendo a queixa principal de 7054 dos atendidos, esta queixa pode estar relacionada a muitas patologias principalmente a doenças comuns nessa época do ano na região, como a dengue, chikungunya e zika vírus. Também possui relação com doenças crônicas ou traumas.

É evidenciado que a classificação de risco trouxe muitos benefícios, no que tange a baixa taxa de óbitos na classificação de baixa urgência, sendo identificados somente 2 óbitos nesse nível de classificação, atendimentos não urgentes e pouco urgentes representam 77% dos atendimentos do PA. Se tratam de casos agudos de baixa complexidade que poderiam facilmente ter sua resolutividade em uma unidade básica de saúde, porém, como apontado no estudo de Garcia et al. 2014, o Estado do Espirito Santo tem grandes dificuldades na oferta de um serviço resolutivo e de qualidade, enviando a demanda para Pronto Atendimentos, hospitais “porta aberta” ou clinicas particulares especializadas.

Para promover melhorias no atendimento aos pacientes e diminuir os problemas causados pela superlotação, dispositivos de atendimento por classificação de risco como o Protocolo de Manchester, foram adotados. Estes dispositivos buscam identificar rapidamente pacientes que mostram altos níveis de instabilidade com possibilidades de desenvolverem sequelas e pacientes que podem aguardar por um tempo maior ou serem encaminhados para o serviço de atenção primária, garantindo atendimento em tempo oportuno evitando a existência de danos. Assim a classificação dos pacientes é de acordo com a gravidade clínica, risco a saúde e nível de sofrimento e não pela ordem de chegada.

Em regiões onde a um serviço de atenção primaria bem estruturado com altas taxas de resolutividade, a uma menor procura impulsiva pelos PA’s, porém, em regiões onde os serviços de atenção primaria não funcionam de maneira eficiente, seja por demora em conseguir atendimento médico ou referência especializada, realização de exames, procedimentos de baixa complexidade como troca de curativo, passagem ou retirada de cateterismo de demora, medicação intravenosa, entre outros, a população passa a desconhecer os serviços que são dispostos pela UBS e/ou recear o atendimento nas mesmas, recorrendo aos PA’s, hospitais ou clinicas particulares, utilizando-os como porta de entrada, nesses casos o usuário perde pois não consegue cuidado integral.

O estudo possui a limitação de ter sido realizado em apenas um PA do município de Cariacica. Sugere-se que mais estudos com o intuito de analisar o perfil da demanda

de outros pronto atendimentos da região sejam realizadas, com amostras maiores e em período maior.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Kelviani Ludmila dos Santos. Perfil de uma unidade de pronto atendimento e ferramentas educativas relativas ao acolhimento com classificação de risco. 2018.

AMARANTE, Lidiane Cintia de Souza et al. Caracterização da demanda dos serviços de saúde em unidades de pronto atendimento segundo critérios classificação de risco, características sociodemográficas e super utilização. 2014.

ANDRADE, Luciana Farias de; MORAIS, Silvia Raquel Santos de; ANDRADE, Ângela Nobre de. Profissionais da saúde em campo: revisão integrativa das práticas de educação em saúde na atenção pública primária, secundária e terciária. **Revista de Educação do Vale do São Francisco-REVASF**, v. 2, n. 3, 2012.

ARASZEWSKI, Daniele et al. O exercício da liderança sob a ótica de enfermeiros de pronto socorro. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2014.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1439-1454, 2009.

BOTTON, Andressa; CÚNICO, Sabrina Daiana; STREY, Marlene Neves. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças–Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 67-72, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo de trabalho/Unidade de Sistema de desenvolvimento de serviços de saúde. **Terminologia básica em saúde**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html> Acesso em: 18 de abr. de 2020.

BUBOLTZ, Fernanda Luisa; SILVEIRA, Andressa da; NEVES, Eliane Tatsch. Estratégias de famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico: a busca pela construção da integralidade. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 1027-1034, 2015.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 252-264, 2014.

DINIZ, Aline Santos et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 312-20, 2014.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev bras enferm**, v. 68, n. 1, p. 144-54, 2015.

FEIJÓ, Vivian Biazon El Reda et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 627-636, 2015.

FILHO, Luiz Alves Morais et al. Competência legal do enfermeiro na urgência/emergência. **Enfermagem em Foco**, v 7, n. 1, p. 18-23, 2016.

FURTADO, Betise Mery Alencar SM; ARAÚJO JR, José Luiz C.; CAVALCANTI, Paulleti. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 3, p. 279-289, 2004.

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo:(des) velando cenários. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 221-236, 2014.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Editora Fiocruz, 2005.

JUNIOR, Welfane Cordeiro; TORRES, Barbara Lopes de Brito; RAUSCH, Maria do Carmo Paixão. Sistema Manchester de classificação de risco: comparando modelos. **Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Abril de2014**, 2014.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista latino-americana de enfermagem. Ribeirão Preto. vol. 15, n. 1 (jan./fev. 2007), p. 13-19**, 2007.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista latino-americana de enfermagem. Ribeirão Preto. vol. 15, n. 1 (jan./fev. 2007), p. 13-19**, 2007.

MOLL, Marciana Fernandes et al. O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. **Revista enfermagem UFPE online. Recife**, v. 11, n. 1, p. 86-93, 2017.

MONTEZELLI, Juliana Helena; PERES, Aida Maris; BERNARDINO, Elizabeth. Demandas institucionais e demandas do cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 348-354, 2011.

OLIVATI, Fabrício Narciso et al. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 15, n. 3, 2010.

OLIVEIRA, Gabriella Novelli et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência de referência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 548-556, 2011.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de et al. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 1, 2017.

OLIVEIRA, Kalyane Kelly Duarte de et al. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 149-165, 2013.

PÍCOLI, Renata Palópoli; DE OLIVEIRA CAZOLA, Luiza Helena; MAURER, Nilda M. de Jesus Santos. Usuários de classificação de risco azul em uma unidade de pronto atendimento. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2016.

Portaria de Consolidação N°6 de 28 de Setembro de 2017 (2017). Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações

e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf> Acesso em 29 de mar. de 2020.

Portaria n.10 de 3 jan. de 2017 (2017). Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de pronto atendimento como componente da rede de atenção as urgências, no âmbito do sistema Único de Saúde. Brasília. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html> Acesso em 18 de mar. de 2020.

Portaria n.1863 de 29 de Setembro de 2003 (2003). Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html.> Acesso em 24 de mar. de 2020.

SACOMAN, Thiago Marchi et al. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 354-367, 2019.

SANTOS, José Luis Guedes dos. A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência, p 24, 2010.

Secretaria de Estado de Saúde – SESA. Boletim epidemiológico da dengue 49º de 2019 [acesso em 10 de novembro de 2020 as 08:54]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Noticias%20Aedes%20aegypti/Boletins%20Dengue/49 Sa%C3%BAde%20divulga%2049%C2%BA%20boletim%20epidemiol%C3%B3gico%20da%20dengue.pdf>

SILVA, Amanda Mendes Silva Mendes; INVENÇÃO, Andréa Santos. A atuação do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 15, n. 39, p. 5-13, 2018.

SOUZA, Mayra Silva de; BAPTISTA, Makilim Nunes. Associações entre suporte familiar e saúde mental. **Psicologia Argumento**, v. 26, n. 54, p. 207-215, 2017.

TEIXEIRA, Valdeci de Assis; OSELAME, Gleidson Brandão; NEVES, Eduardo Borba. O Protocolo de Manchester no sistema único de saúde e a atuação do enfermeiro. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. 905-920, 2014.

WEHBE, Grasiela; GALVÃO, Cristina Maria. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 86-90, 2001.**