

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - RIMS
ATENÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - AUE
ENFERMAGEM - ENF**

**PERFIL CLÍNICO DOS ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE SANTA CATARINA**

Daniela Aparecida dos Santos
Orientadora Prof. Dra. Keyla Cristiane do Nascimento

RESUMO

Objetivo: conhecer o perfil clínico da demanda de atendimentos do serviço de emergência de um hospital universitário.

Método: descritiva e documental, do tipo transversal, retrospectiva, com abordagem quantitativa, utilizados os dados dos relatórios gerenciais do serviço de emergência interna do ano de 2019.

Resultados: Foram registrados 18 304 atendimentos, a classificação de risco mais utilizada foi a amarela; o mês com maior número de atendimentos foi janeiro, porém com menor complexidade de casos; o maior número de atendimentos foi realizado pela clínica médica e cerca de 18% resultou em internações.

Conclusão: A emergência é majoritariamente clínica, atendendo casos de média complexidade.

O pico de atendimento se dá nos meses de verão e resulta em uma taxa considerável de internações.

DESCRITORES: Serviço Hospitalar de Emergência; Perfil de Saúde; Emergências; Enfermagem em Emergência;

INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência se caracterizam por serem atendimentos rápidos, de média e alta complexidade, com a utilização de recursos de apoio diagnóstico e terapêutico,

além de intervenções clínicas e cirúrgicas. Desta maneira, são caracterizados por serem imprevisíveis, diversificados e com alta demanda de carga de trabalho. Configura-se como uma das principais, não sendo a prioritária, portas de acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁽¹⁾.

As RAS se configuram de modo que o usuário seja o centro da rede e articula os serviços de saúde conforme suas necessidades e os diversos componentes. Dentre estas redes foi instituída a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), pela portaria nº 1600, de 7 de julho de 2011, que reformula a antiga Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), de modo a garantir a ampliação do acesso e acolhimento, a universalidade, equidade e integralidade, em atendimentos humanizados em modelos de saúde pautados nas necessidades do usuário⁽²⁾.

Conhecer as características de atendimento de um serviço em particular, possibilita melhor entendimento sobre as demandas em saúde da população adstrita, tornando-se um importante instrumento de gestão⁽³⁾. O conhecimento do perfil clínico dos pacientes atendidos possibilita ao gestor o melhor planejamento das ações em saúde do serviço que está envolvido, através do melhor emprego de recursos físicos, materiais, estruturais e humanos⁽⁴⁾. Neste sentido, pode-se traçar também um perfil clínico das ocorrências atendidas durante um período de tempo, identificando e analisando diversas variáveis da procura pelo atendimento e como este se tem realizado⁽⁵⁾.

Isto vai de encontro ao preconizado na RUE, pois esta recomenda a constante avaliação da qualidade da assistência e o monitoramento dos atendimentos, através do uso de indicadores de desempenho, definindo a efetividade e resolutividade⁽²⁾. Além disso, também cita a necessidade de ações coordenadas e contínuas de aprimoramento profissional e de gestão visando a longitudinalidade do cuidado⁽²⁾.

O processo de trabalho em urgência e emergência tende a ter um fluxo intenso, sobretudo nos grandes centros urbanos, onde a demanda de pacientes é alta. Desse modo, existe uma

tendência de trabalho em equipe multiprofissional, na qual diversos profissionais convergem suas ações com o intuito de melhorar a qualidade do atendimento prestado, fundamentais para uma assistência humanizada e que vise a segurança do paciente.

A Classificação de risco (CR) é um instrumento que procura não apenas humanizar o atendimento, mas sim dinamizar o processo, organizar o serviço e oferecer um atendimento adequado e seguro frente a situação exposta pelos pacientes que estão buscando os serviços de emergência⁽⁶⁾. A realização da classificação de risco passa por um processo dinâmico, desde o reconhecimento dos pacientes que estão precisando de um tratamento imediato, perpassando em seguida com o nível de risco, agravos à saúde ou nível de sofrimento, para o melhor manejo da demanda emergencial^(7,8).

Estudo realizado por Oliveski et al.⁽¹⁾, em um hospital de médio porte no Rio Grande do Sul, analisou os atendimentos realizados em um período de 3 meses, evidenciando que apenas 15% dos 8.400 atendimentos foram classificados como urgência ou emergência. Isto indica que os serviços podem estar sendo hiper utilizados devido à grande procura de demanda de queixas típicas, fato este que ocorre devido à maior disponibilidade de recursos tecnológicos e assistenciais e melhor resolutividade de casos agudos⁽¹⁾.

O Hospital Universitário (HU) *locus* deste estudo, 100% Sistema Único de Saúde (SUS), é um hospital geral com três portas de entrada para a rede: adulto, pediatria e gineco-obstetrícia, além de ambulatório com cerca de 47 especialidades, maternidade e serviços de média e alta complexidade. Desde 2012, o hospital tem sido referência para atendimentos de alta complexidade em portadores de obesidade grave (cirurgia bariátrica), cirurgia vascular, oncologia, nefrologia, terapia nutricional, implante coclear e procedimentos endovasculares extracardíacos, além de contar com Programa de Transplantes de Órgãos e Tecidos⁽⁹⁾.

No plano diretor estratégico de 2017-2018 da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), para o HU, foi identificado como situação problema o “modelo assistencial

insuficiente para atendimento às políticas do SUS”, onde um dos nós críticos foi definido como “emergência do HU de porta aberta” e intervenção sugerida foi “articular com o gestor o referenciamento da emergência adulto”. Desta maneira, busca-se melhorar a qualidade da assistência prestada ao usuário com maior grau de gravidade, além de diminuir as demandas de atenção básica atendidas⁽⁹⁾. Portanto, espera-se que haja uma mudança do perfil de atendimentos de emergência após a implantação destas ações de referenciamento.

Reconhecendo a importância de conhecer o público que é atendido em uma unidade de saúde, por possibilitar uma visibilidade das necessidades referentes à realidade que se apresenta, o estudo traz como objetivo conhecer o perfil clínico da demanda de atendimentos do serviço de emergência de um hospital universitário.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva e documental, do tipo transversal, retrospectiva, com abordagem quantitativa. A opção pela pesquisa descritiva foi por ter a intenção de descrever detalhadamente cada elemento presente no contexto de emergência e, assim, visualizar melhor as especificidades presentes na unidade, considerando o delineamento de suas variáveis, a partir de sua frequência, características, condutas e correlações.

A pesquisa foi realizada no Serviço de Emergência Interna (SEI) de um hospital universitário, público e federal. O SEI do referido hospital, conta com uma estrutura de 27 leitos, onde dois são leitos de sala de estabilização, 13 leitos de internação e 12 leitos de observação. Em 2016, teve uma média de 9 mil atendimentos realizados por mês, contando-se as três emergências⁽⁹⁾. Atualmente, encontra-se como emergência de porta aberta.

Para a coleta dos dados foram utilizados os relatórios gerenciais do SEI, do ano de 2019. Os dados apresentados no relatório são referentes aos contidos nas fichas de atendimento de emergência. Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: dados completos dos relatórios

gerenciais do sistema e que se referem a atendimentos de emergência realizados no SEI no período do estudo. Informações repetidas ou incompletas foram excluídas do estudo.

O relatório do SEI apresenta subcategorias em relação as áreas profissionais e de atendimento. Desse modo, as informações transcritas dos referidos relatórios foram definidas à partir de um roteiro pré-estabelecido contendo as variáveis: mês do atendimento, número de atendimentos mensal, setor de atendimento na emergência e classificação de risco.

Mês do atendimento: janeiro a dezembro.

Número de atendimentos mensal: registro dos atendimentos por mês.

Setor de atendimento: clínica médica, clínica cirúrgica ou sem classificação. Clínica médica é caracterizada pela consulta e investigação de injúrias agudas e agudização ou descompensação de doenças crônicas; na clínica cirúrgica há o predomínio pela realização de procedimentos como suturas e curativos; sem classificação que se refere a fichas de atendimento diretos, que muitas vezes não passam pelo acolhimento com classificação de risco, como no caso das ambulâncias, transferências inter-hospitalares ou encaminhamentos de fluxo interno.

Classificação de risco: sistema de cores utilizado para atribuir gravidade e tempo de espera máximo para cada atendimento, dividido em vermelho, laranja, amarelo, verde, azul e sem classificação. Este último refere-se a atendimentos em que a ficha não passou pelo classificador, como por exemplo pacientes de ambulância ou do fluxo interno, vindos dos ambulatórios.

Os dados coletados foram tabulados no programa Excel e analisados por meio de estatística descritiva analítica. Para a apresentação dos dados quantitativos estes foram organizados em tabelas. A estatística é um instrumento matemático necessário para recolher, organizar, apresentar, analisar e interpretar adequadamente um conjunto de dados. Ou seja, a análise estatística descreve e resume as informações coletadas e mostra informações de dados em análise para que se tenha maior compreensão dos fatos que os representam⁽¹⁰⁾.

O presente estudo observou os aspectos éticos em pesquisa com seres humanos, que por sua caracterização, análise de dados em relatórios estatísticos, preservou o anonimato da instituição. Neste momento, para apreciação da banca de Conclusão de Residência, não submetido à avaliação do comitê de ética em pesquisa para apreciação e aprovação. Foi solicitada a permissão da instituição para consulta dos dados, devido a serem de domínio privado do referido hospital. Foram seguidas as normas da resolução nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

No ano de 2019 foram registrados 18 304 atendimentos, média de 50,1 atendimentos por dia, sendo estes 77 (0,4%) atendimentos vermelhos, 512 (2,8%) laranjas, 5254 (28,7%) amarelos, 3466 (19%) verdes e 212 (1,1%) azuis, além de 8783 (48%) sem classificação de risco, conforme distribuição mensal apresentado na Tabela 1. Nenhum atendimento foi excluído da amostra do estudo.

Tabela 1 – Estratificação de risco dos atendimentos realizados mensalmente no Setor de Emergência de um Hospital Universitário. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020

Mês / Classificação	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	S/C*	Total
Janeiro	3 (0,2%)	60 (3,5%)	737 (42,2%)	887 (51,2%)	46 (2,65%)	1166	2899
Fevereiro	4 (0,4%)	43 (4%)	451 (42,7%)	543 (51,4%)	16 (1,5%)	671	1728
Março	3 (0,4%)	29 (3,7%)	411 (52,3%)	324 (41,2%)	19 (2,4%)	714	1500
Abril	6 (1,3%)	18 (4%)	318 (71,5%)	92 (20,7%)	11 (2,5%)	570	1015
Maiο	8 (1,9%)	32 (7,5%)	290 (67,6%)	95 (22,2%)	3 (0,7%)	547	975
Junho	9 (2,05%)	26 (5,9%)	299 (68,3%)	93 (21,2%)	11 (2,5%)	538	976
Julho	5 (6,7%)	6 (4,4%)	84 (61,8%)	41 (30,1%)	0 (0%)	922	1058
Agosto	4 (0,8%)	29 (5,7%)	214 (42,2%)	233 (45,9%)	27 (5,3%)	1262	1769
Setembro	7 (1%)	31 (4,57%)	437 (64,4%)	194 (28,6%)	9 (1,3%)	720	1398

Outubro	4 (0,5%)	56 (8%)	491 (69,8%)	142 (20,3%)	10 (1,4%)	703	1428
Novembro	6 (0,5%)	91 (7,5%)	751 (61,8%)	340 (28%)	27 (2,2%)	441	1656
Dezembro	18 (1,2%)	91 (6,5%)	771 (55,3%)	482 (34,5%)	33 (2,4%)	507	1902
Total	77 (0,4%)	512 (2,8%)	5254 (28,7%)	3466 (19%)	212 (1,1%)	8783 (48%)	18 304

Nota: *S/C - Sem classificação.

Entre as classificações a de cor Amarela foi a mais utilizada para determinar prioridade, com 5.254 (56,8%) atendimentos, seguindo pela classificação Verde, com 3.466 (34,5%) registros. A menos utilizada foi a de cor vermelha 77 (0,8%).

O mês que apresentou o maior número de atendimentos foi o mês de janeiro com 2.899 (15,8%) atendimentos, contudo, foi o mês com menor complexidade de casos, registrando o maior número de atendimentos verdes 887 (51,2%) e azuis 46 (2,65%) em relação aos outros meses. O mês de menor atendimento foi maio com 975 (5,32%).

Dezembro, foi o mês com maior número de atendimentos vermelhos 18 (1,2%) e, amarelos 771 (55,3%), assim como o laranja, compartilhado com novembro, com 91 (6,5%) registros, apesar de constatar 1902 atendimentos no mês, mantendo a média do ano.

O maior número de atendimentos foi realizado pela clínica médica, com 8.843 (48,3%), seguido pelos atendimentos cirúrgicos com 4.226 (23,1%). Vale informar que 5.235 (28,6%) atendimentos não apresentaram o registro dessa informação.

Do total de atendimentos, 3.398 (18,5%) resultaram em internações, com média de 9,3 internações/dia, onde 1.902 (10,4%) foram transferidos do SEI para a internação terapêutica, 1.385 (7,6%) receberam alta hospitalar do SEI e 99 (0,5%) foram a óbito.

DISCUSSÃO

Os protocolos de Classificação de Risco (CR) foram criados a fim de organizar os serviços de urgência e emergência quanto à prioridade de atendimento dos pacientes, de forma a

estratificar e classificar o risco à vida, atribuindo um tempo de espera máximo. Desta maneira, os atendimentos passam de ser por ordem de chegada para os de maior risco de morte. Dentre os protocolos internacionais, destacam-se o *Australasian Triage Scale (ATS)*, o *Canadian Triage Acuity Scale (CTAS)*, o *Emergency Severity Index (ESI)* e o *Manchester Triage System (MTS)*⁽¹¹⁾. Atualmente o protocolo de CR mais utilizado no Brasil é o Protocolo de Triagem de Manchester e adaptações.

O uso das cores está atrelado a um recurso de informação, onde trata-se de um elemento visual de atração que pode facilitar a identificação da informação a que a cor está atribuída. Seu uso pode ser empregado como ferramenta de organização e hierarquização, auxiliando a orientar e focar a atenção, atraindo o olhar para a mensagem constante nela⁽¹²⁾. Desta maneira, os protocolos de CR utilizam-se de cores atribuídas ao grau de gravidade de cada nível de classificação.

O vermelho é frequentemente associado ao maior nível de gravidade, indicando o maior risco à vida e o menor tempo de espera possível, por muitas vezes considerado de atendimento imediato. O protocolo CTAS é um dos poucos que não utiliza a classificação vermelha como nível 1 ou 0, mas traz como azul⁽¹³⁾. Outras cores frequentemente utilizadas são o laranja, amarelo, verde, azul, branco e preto, onde cada protocolo define a sua escala cromática e seus níveis. Alguns dos protocolos internacionais, não atribuem um tempo máximo de espera para cada cor.

O hospital onde o estudo foi realizado adota o Sistema Catarinense de Acolhimento e Classificação de Risco, implantado em outubro de 2014, considera a estratificação nas seguintes cores: Vermelho, prioridade máxima com atendimento imediato; Laranja, prioridade alta com tempo de 15 minutos; Amarelo, prioridade média, até 60 minutos; Verde, prioridade baixa, até 120 minutos e, por fim Azul, prioridade mínima, até 240 minutos⁽¹⁴⁾.

Espera-se que as portas de emergência hospitalares prestem atendimentos de média e alta complexidade devido aos serviços de apoio e os recursos tecnológicos disponíveis, assim, as classificações esperadas para estes serviços são as vermelhas e laranjas, acompanhadas das amarelas. Porém, frequentemente é comprovado que os serviços de atendimento estão sendo lotados com demandas reprimidas de baixa complexidade, que poderiam ser atendidas na atenção básica ou outros pontos da rede de média complexidade.

Este fato que é sustentado pelos achados no perfil de atendimento, quando consideramos apenas 77 (0,4%) atendimentos vermelhos e 512 (2,8%) laranjas, no período de um ano. A classificação mais utilizada foi a amarela (5254 28,7%), que indica média complexidade dos casos, levando em consideração o tempo médio de espera de até 01 hora. A cor amarela empregada neste protocolo não é vista no CTAS ou no ATS. Já a cor laranja não é encontrada no protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) do Ministério da Saúde.

Rinaldi⁽¹⁵⁾, demonstrou que 42,7% dos pacientes, de um serviço de emergência de um hospital do interior de São Paulo, foram classificados como amarelos no período de um mês. Além disso, 42,6% dos atendimentos foram de menor complexidade (verdes, azuis e brancos). Amthauer e Cunha⁽¹⁶⁾, ao analisar os prontuários de uma emergência pediátrica, encontraram 43,6% de seus atendimentos classificados como amarelos, seguidos dos verdes, no período de um ano de análise.

Dados encontrados por Anziliero, Dal Soler e Beghetto⁽¹⁷⁾, evidenciaram que 69,7% dos pacientes do serviço foram classificados como verdes, assim como Oliveski et al.⁽¹⁾, que também demonstrou que 81,65% dos atendimentos eram de baixa complexidade. O mesmo se repete com Amorim et al.⁽⁴⁾ ao demonstrar que 61% dos pacientes foram classificados em verde. Pontes e Vêras⁽¹⁸⁾, evidenciam o mesmo em uma unidade de emergência pediátrica ao constatar 64% dos atendimentos verdes. Percentual este próximo ao encontrado por Coelho e Stein⁽¹⁹⁾, onde 66,8% dos atendimentos foram verdes, seguidos pelos azuis.

Importante ressaltar aqui a comparação entre os protocolos de CR adotados. No sistema de ACCR do MS, o qual é utilizado no estudo de Oliveski et al⁽¹⁾, não há a cor laranja, então os pacientes classificados em amarelo têm grau de prioridade 1 e deverão ser atendidos em 30 minutos. Já os classificados como verdes, considerados pouco urgentes, deverão ter atendimento em até 01 hora. Desta maneira, observamos que em um protocolo é atribuído maior grau de risco e prioridade, no outro pode haver subestimação deste risco. Portanto, o paciente classificado como amarelo em um protocolo, pode ser classificado como verde em outro protocolo.

Investigação realizada por Narzetti⁽²⁰⁾, no mesmo cenário do atual estudo, demonstrou que 19,1% das fichas triadas como amarelas inicialmente, no processo de reclassificação se tornaram verdes. Este fato foi atribuído a superestimação das queixas do paciente pelo enfermeiro classificador, assim o atribuindo maior grau de gravidade. Rinaldi⁽¹⁵⁾ ao avaliar a acurácia das classificações dos pacientes urgentes, também demonstrou grau de 16% de inconcordância entre elas. Relaciona, ainda, que algumas das discordâncias podem estar relacionadas a organização dos discriminadores, a falta de clareza em sua definição e a repetição dos descritores.

Oliveira et al.⁽²¹⁾, traz à luz a discussão do acesso de pacientes aos serviços de saúde de maneira contrafluxo, muitas vezes por conhecer um profissional de saúde dentro do serviço que possa possibilitar o atendimento mais rápido e priorizado. Este fato contribui não somente para a lotação dos serviços de emergência, como também, no tempo de espera dos usuários mais graves, que realmente necessitam de atendimento rápido.

Chama a atenção ainda o número de fichas atendidas sem a classificação de risco (8783 48%), fato esse justificado pelos casos onde o paciente veio conduzido por unidades móveis ou pré-hospitalares, onde o paciente acaba entrando diretamente no fluxo de atendimento e, por vezes, sem passar pelo olhar do enfermeiro classificador. Souza et al.⁽²²⁾, demonstrou em suas

análises que apenas 30,7% dos pacientes, admitidos na sala amarela de um centro de trauma, foram classificados segundo o protocolo de Manchester. Traz ainda que a maneira de transporte do paciente influencia para essa não classificação, quando o paciente é levado diretamente ao atendimento e uma pessoa da equipe de condução é quem abre a ficha de emergência. Amthauer e Cunha⁽¹⁶⁾ também demonstraram atendimentos sem classificação, embora a uma taxa muito menor que os anteriores citados, com apenas 5%, contudo, ainda sendo superior a categoria azul e vermelha.

Os meses de Janeiro, Novembro e Dezembro, foram os que representaram crescimento do número de atendimentos apesar de se manterem em uma média para baixa complexidade de casos. Este aumento pode ser relacionado ao fato de o hospital em questão estar localizado em uma cidade litorânea e o único hospital para a população do norte e parte do leste da ilha. Rinaldi⁽¹⁵⁾, em suas revisões corrobora com a visão de que o espaço demográfico influencia nas mudanças do perfil de demandas atendidas. Além de que, nestes meses, o município recebe quantidade considerável de turistas e estrangeiros, e por ser um hospital 100% SUS, oferece atendimento gratuito e universal a estes usuários transeuntes.

Além dos problemas demográficos de procura do atendimento há ainda a questão, muitas vezes cultural ou de falta de informação, que muitos usuários dão preferência por buscar atendimento hospitalar para resolução de suas demandas de saúde, seja por acreditar que seu caso é grave o bastante para tal, seja por achar que a atenção básica não consiga resolver seu caso em tempo desejado ou, pela não efetividade do atendimento primário em sua área de atuação⁽²¹⁾.

Importante destacar a falta de estudos longitudinais acerca dos atendimentos do serviço de emergência. Parte dos artigos consultados nesta revisão, o recorte de estudo era limitado a um mês do ano e a apresentação dos dados e frequência expresso em dias da semana ou período do

dia de maior procura. Necessário o investimento em estudos mais amplos para que se possa haver uma melhor avaliação do comportamento da busca por serviços de emergência.

Apesar de o mês de maio ter sido o de menor número de atendimentos, com apenas 975 (5,32%), o estudo de Coelho e Stein⁽¹⁹⁾ aponta que, dos seis meses analisados, maio foi o de maior procura (17,4%).

O hospital cenário deste estudo é maioritariamente clínico, não prestando atendimentos referenciados a traumas devido a inobservância de um ortopedista e traumatologista presente de plantão no serviço. Desta maneira, pode-se observar pelos dados que 48,3% (8 843) foram prestados pela clínica médica.

Souza et al.⁽²²⁾ demonstra em seu estudo que 99,6% dos pacientes foram avaliados inicialmente pelo serviço de cirurgia geral e, destes, 40,3% foram encaminhados a avaliações secundárias de acordo com a clínica apresentada. Apesar de o hospital citado na pesquisa de Rinaldi⁽¹⁵⁾, ser referência para atendimentos de trauma, apenas 37,3% dos pacientes internados, classificados em amarelo, foram internados aos cuidados da cirurgia geral. Assim como nos estudos de Amorim et al.⁽⁴⁾ também demonstram que 59% dos pacientes tiveram agravos clínicos, superando os agravos traumáticos.

As internações hospitalares são um desfecho para casos atendidos na emergência que necessitem de tempo prolongado de observação e intervenção para a resolução do agravo agudo da doença. Dias et al.⁽²³⁾, traçou o perfil das internações hospitalares no Brasil, no período de 2013 a 2017, com isto, evidenciou que 79,27% das mais de 56 milhões de internações, foram realizadas em caráter de urgência. Este dado reforça o fato de a emergência ser uma das principais portas de entrada para as RAS⁽¹⁾.

Neste estudo 18,5% (3398) atendimentos resultaram em internações, com média de 9,3 ao dia. Uma taxa alta, se comparado ao estudo de Souza et al.⁽²²⁾, que encontrou uma taxa de 1,08%

de internações. Rinaldi⁽¹⁵⁾ também demonstra que apenas 7,9% dos pacientes, classificados como amarelo, obtiveram a internação como desfecho hospitalar. Coelho e Stein⁽¹⁹⁾, também evidenciaram uma taxa baixa de internação, em seis meses de análise, apenas 5,4% dos atendimentos tiveram a internação hospitalar como desfecho clínico. Amthauer e Cunha⁽¹⁶⁾, descrevem que 10,4% dos atendimentos pediátricos de urgência, foram encaminhados a internação hospitalar.

Esta taxa elevada, comparada aos demais estudos, pode ser relacionada ao fluxo de internações eletivas, onde os pacientes são orientados a realizar internação para cirurgias, procedimentos ou tratamentos eletivos, via emergência. Esta prática pode acarretar desorganização nos fluxos de atendimentos dos pacientes que realmente são de urgência e que necessitam de atendimento pontual, visto que as internações eletivas levam a realização de rotinas e protocolos, empregando tempo e recurso da equipe de emergência.

CONCLUSÃO

A emergência do Hospital Universitário em questão é majoritariamente clínica, atendendo casos de média complexidade principalmente. O pico de atendimento se dá nos meses de verão, onde encontra-se maior fluxo de pessoas na cidade. Há uma taxa considerável de atendimentos que resultam em internação, fato este que pode estar relacionado a essa média complexidade de casos, como também pelas internações eletivas que entram via emergência.

É necessário o aprofundamento de estudos da análise dos atendimentos de emergência, para que maiores fatores sejam investigados e analisados. Além disso, estudos mais longitudinais e que possibilitem comparação entre meses de atendimentos, também se fazem necessários, para entender o comportamento populacional quanto aos serviços de emergência.

REFERÊNCIAS

1. Oliveski CC, Santos LE dos, Marco VR, Lorenzoni AMC, Bonfada MS, Silva LAA da.

Perfil clínico de usuários de um serviço de emergência. Espaço Ciência e Saúde [Internet]. 2017 Dec;5:45–56. Disponível em:
<http://www.revistaeletronicaocs.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/5474>

2. Ministério da Saúde (BR). PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011 Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. 2011. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html

3. Gil CRR, Luiz IC, Gil MCR. Gestão Pública em Saúde - A importância do planejamento na gestão do SUS [Internet]. Vol. ano 2, Cadernos FGV Projetos. 2016. 12–13 p. Disponível em:
<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7359>

4. Amorim LM, Pinheiro LS, Soares MMN, Maciel C, Rocha PZ, Bragança US De, et al. Perfil do paciente que chega à emergência do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves, Estado do Espírito Santo. 2017;18–27. Disponível em: <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2018/10/revista-esfera-saude-v02-n02-artigo-02.pdf>

5. Gomes IV, Sousa L dos S, Meneses ASS de, Mendes JMS, Almeida XSBA, Almeida T da CF. Caracterização dos usuários hipertensos atendidos em unidade de pronto atendimento 24 horas. Rev Nurs [Internet]. 2018; Disponível em:
http://www.revistanursing.com.br/revistas/239-Abril2018/caracterizacao_dos_usuarios_hipertensos_atendidos.pdf

6. Pereira KC, Ferreira WF da S. Classificação de Riscos no atendimento de urgência e emergência: contribuição do enfermeiro. Rev Jurídica Uniandrade [Internet]. 2020; Disponível em:
<https://mail.uniandrade.br/revistauniandrade/index.php/juridica/article/view/1737>

7. Ferreira WF da S, Dutra D de A. Urgência e emergência nas dimensões da pessoa idosa: sistema manchester. Rev Saúde e Desenvolv [Internet]. 2016;11. Disponível em:
<https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/637>

8. Lima SR de, Proença TJ, Ferreira WF da S, Tetzlaff AA da S. Uma revisão sobre a enfermagem forense no pronto atendimento. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2019;30. Disponível em: <https://revista.uniandrade.br/index.php/juridica/article/view/1241>

9. Gelbcke FL, Schmidt HM, Amaral HCM, Canabarro IM, Shiroma LMB, Dutra LS, et al. Plano diretor estratégico do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago. 2016;01(01):1689–99. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/antigo/wp-content/uploads/2017/04/PDE-HUUFSC-OFICIAL.pdf>

10. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS. 2014.

11. Pagliotto LF, Barbosa De Souza P, Ornelas Thomazini J, Barboza De Almeida Ortega A, Mirella De Fávere Vavra S. Classificação de risco em uma unidade de urgência e emergência do interior paulista Cuid Enferm [Internet]. 2016;10(2):148–55. Disponível em:
<http://webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2016v2/148-155.pdf>

12. Menezes HF, Pereira CP de A. O uso da cor como informação: um estudo de caso dos infográficos da revista galileu. In 2016. p. 4686–97. Disponível em: <http://pdf.blucher.com.br.s3-sa-east-1.amazonaws.com/designproceedings/ped2016/0403.pdf>
13. Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP) with the consent of the CTAS National Working Group (NWG). THE CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE Combined Adult/Paediatric Educational Program. PARTICIPANT'S MANUAL Triage Training Resources. 2013; Disponível em: http://caep.ca/sites/caep.ca/files/caep/participant_manual_v2.5b_november_2013_0.pdf
14. Bandeira AP. Secretaria da Saúde cria Sistema Catarinense de Acolhimento e Classificação de Risco. 2014; Disponível em: <https://www.sc.gov.br/noticias/temas/saude/secretaria-da-saude-cria-sistema-catarinense-de-acolhimento-e-classificacao-de-risco>
15. Rinaldi ML. Análise da conformidade dos atendimentos segundo Protocolo de Manchester em um Serviço de Urgência e Emergência. 2019;122 P. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-22102019-192817/en.php>
16. Amthauer C, Cunha MLC da. Sistema de Triagem de Manchester: Principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2016;24. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02779.pdf
17. Anziliero F, Dal Soler BE, Silva BA da, Tanccini T, Beghetto MG. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2016;37(4):1–6. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472016000400417&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
18. Pontes CF, Véras GCB. Classificação de risco e tempo de espera para o atendimento em um hospital pediátrico de urgência e emergência. XVI congresso de iniciação científica da Universidade Federal de Campina Grande [Internet]. 2018. p. 1–11. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132097/4955035/Relatório+final+-+aluna+Catarina.pdf/6e1a1f71-0001-4c4a-8b3c-466d5646d83b>
19. Coelho CFC, Stein AT. Acolhimento com classificação de risco: análise dos atendimentos não urgentes em um hospital regional. Rev Bras Pesqui em Saúde/Brazilian J Heal Res [Internet]. 2017;18(2):112–20. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b5e4/4828de5cb25a216ba8d5a47187d6eb3d3bac.pdf>
20. Narzetti BTM. Acurácia da Classificação de Risco informatizada realizada por enfermeiros de uma Unidade Hospitalar de Emergência adulto. Repositório Inst UFSC [Internet]. 2019; Disponível em: [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/204057/TCR Bruna Narzetti - UFSC.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/204057/TCR%20Bruna%20Narzetti%20-%20UFSC.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
21. Oliveira GS, Jesus RM de, Lima DM de, Mendonça IO, Ribeiro HL. Superlotação das urgências e estratégias de gestão de crise: uma revisão de literatura. Cad Grad ciências Biol e da saúde [Internet]. 2017;4(2):115–26. Disponível em:

<https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/4596/2498>

22. Souza AMM de, Filho IM de M, Silva J de AL, Paixão MC, Alcântara AS de, Monteiro S de NC. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes adultos jovens admitidos na sala amarela do centro de trauma do hospital de base do Distrito Federal. Rev Cient Sena Aires [Internet]. 2019;8(1):4–15. Disponível em:

<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/340>

23. Dias SM, Gomes M dos S, Gomes HG, Medeiros JSN de, Ferraz LP, Pontes FL. Perfil das internações hospitalares no Brasil no período de 2013 a 2017. 2017;96–104. Disponível em:

<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1322>