

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DOS SERTÕES DE CRATEÚS

RESUMO

As emergências são entendidas como problemas de saúde que representam ameaça iminente à vida, urgências podem ser fundamentadas com ou sem risco potencial de morte. Objetivou-se caracterizar os pacientes que necessitam de atendimento emergencial em um hospital de referência dos Sertões de Crateús. Tratou-se de um estudo exploratório e coorte transversal, com abordagem quantitativa, a pesquisa foi realizada através de dados secundários adquiridos por sistema próprio do local do estudo. O estudo foi realizado em um hospital de referência secundário localizado nos Sertões de Crateús, a população do estudo foi composta por 105 pacientes e a amostra, por 58 registros eletrônicos de pacientes que deram entrada na Emergência, para realização da análise e discussão dos dados, utilizou-se o programa Microsoft Excel 2016 para confecção de gráficos e tabelas. Os resultados demonstram que 84,5% da amostra necessitaram de atendimento por médico plantonista generalista, 6,9% pediátricos, 5,2% traumatológicos e 3,4% cirúrgico, 22,4% tinham entre 71 e 80 anos, 15,5% entre 61 e 70 anos, 10,3% entre 31 e 40 anos e 41 e 50 anos, 8,6% entre 01 e 10 anos e 21 e 30 anos, 6,9 entre 11 e 20 anos e 81 e 90 anos, 5,2 entre 51 e 60 anos e 91 e 100 anos, 51,7%, eram do sexo masculino e os demais 28, equivalente a 48,3%, do sexo feminino, dentre as causas de entrada a urgência as principais foram infarto agudo do miocárdio (IAM) (13,8%), acidente de motocicleta (12,1%), parada cardiorrespiratória (12,1%), pneumonia (PNM) (8,6%), perfuração por arma branca (PAB) (6,9%) e perfuração por arma de fogo (PAF) (5,2%), observou que 17 dos pacientes que compuseram a amostra em estudo, equivalente a (29,3%), foram internados, 15 (25,9%) foram transferidos para unidades terciárias, 13 (22,4%) ficaram em observação, 7 (12,1%) tiveram avaliação do cirurgião solicitada, 4 (6,9%) tiveram alta após atendimento e 2 (3,4%) evoluíram em óbito. Conhecer as

caracterizações e as principais causas de acesso, torna-se possível elaborar estratégias de promoção e proteção à saúde, bem como medidas para melhorar assistência na própria unidade hospitalar voltada a esses pacientes.

Descritores: Emergência, Enfermagem, Acidentes de trânsito

ABSTRACT

Emergencies are understood as health problems that represent an imminent threat to life; urgencies can be based on or without a potential risk of death. The objective was to characterize patients requiring emergency care at a referral hospital in the Sertões de Crateús region. This was an exploratory and cross-sectional cohort study with a quantitative approach. The research was conducted using secondary data acquired through the study site's own system. The study was carried out at a secondary referral hospital located in the Sertões de Crateús region. The study population consisted of 105 patients, and the sample consisted of 58 electronic patient records of those admitted to the Emergency Department. Microsoft Excel 2016 was used to create graphs and tables for data analysis and discussion. The results show that 84.5% of the sample required care from a general practitioner on-call physician, 6.9% pediatric, 5.2% trauma, and 3.4% surgical; 22.4% were between 71 and 80 years old, 15.5% between 61 and 70 years old, 10.3% between 31 and 40 years old and 41 and 50 years old, 8.6% between 1 and 10 years old and 21 and 30 years old, 6.9% between 11 and 20 years old and 81 and 90 years old, 5.2% between 51 and 60 years old and 91 and 100 years old; 51.7% were male and the remaining 28%, equivalent to 48.3%, were female; among the main causes of admission to the emergency room were acute myocardial infarction (AMI) (13.8%) and motorcycle accidents. (12.1%), cardiorespiratory arrest (12.1%), pneumonia (PNM) (8.6%), stab wound (6.9%), and gunshot wound (5.2%). It was observed that 17 of the patients in the study sample, equivalent to (29.3%), were hospitalized, 15 (25.9%) were transferred to tertiary units, 13 (22.4%) remained under observation, 7 (12.1%) had a surgeon's evaluation requested, 4 (6.9%) were discharged after treatment, and 2 (3.4%) died. Knowing the characteristics and main causes of access makes it possible to develop strategies for health promotion and protection, as well as measures to improve care within the hospital unit itself for these patients.

Descriptors: Emergency, Nursing, Traffic accidentes

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

- Gráfico 1** – Especialidade de atendimento dos pacientes que deram entrada na emergência e foram classificados como emergentes em um Hospital de Referência dos Sertões de Crateús, 2018. 21
- Tabela 1** – Idade dos pacientes que deram entrada na emergência e foram classificados como emergentes em um Hospital de Referência dos Sertões de Crateús, 2018. 22
- Gráfico 2** – Sexo dos pacientes que deram entrada na emergência e foram classificados como emergentes em um Hospital de Referência dos Sertões de Crateús, 2018. 23
- Gráfico 3** – Estado civil dos pacientes que deram entrada na emergência e foram classificados como emergentes em um Hospital de Referência dos Sertões de Crateús, 2018. 24
- Gráfico 4** – Etnia dos pacientes que deram entrada na emergência e foram classificados como emergentes em um Hospital de Referência dos Sertões de Crateús, 2018. 25
- Gráfico 5** – Município de residência dos pacientes que deram entrada na emergência e foram classificados como emergentes em um Hospital de Referência dos Sertões de Crateús, 2018. 26
- Tabela 2** – Horário de entrada à emergência dos pacientes classificados como emergentes em um Hospital de Referência dos Sertões de Crateús, 2018. 26
- Tabela 3** – Causas de que deram entrada na emergência e foram classificados como emergentes em um Hospital de Referência dos Sertões de Crateús, 2018. 27
- Gráfico 6** – Desfecho dos pacientes que deram entrada na emergência e foram classificados como emergentes em um Hospital de Referência dos Sertões de Crateús, 2018. 29

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

APH	Atendimento Pré-hospitalar
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EAD	Edema Agudo de Pulmão
fi	Frequência Simples
FPO	Faculdade Princesa do Oeste
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
MIE	Membro Inferior Esquerdo
PAB	Perfuração por Arma Branca
PAF	Perfuração por Arma de Fogo
PCR	Parada Cardiorrespiratória
pi	Percentual Simples
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNM	Pneumonia
RBCE	Rede Brasileira de Cooperação em Emergência
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

2.2. Objetivos Específicos

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Caracterização da Urgência

3.2 Política Nacional de Urgência e Emergência (PNAU)

3.3 Atendimento em Urgência e Emergência

3.3.1 Política Nacional de Humanização

3.3.2 Acolhimento e classificação de risco no serviço hospitalar de urgência

3.3.3 Principais causas de atendimento em urgência e emergência

3.3.4 Atuação do enfermeiro em emergência hospitalar

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

4.2 Local do Estudo

4.3 Participantes da Pesquisa

4.4 Coleta de Dados

4.5 Análise de Dados

4.6 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização da população em estudo

5.2 Principais causas de acesso ao setor de Emergência

5.3 Desfecho dos pacientes atendidos na Emergência

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

As emergências são entendidas como problemas de saúde que representam ameaça iminente à vida do indivíduo, precisando de atendimento médico imediato e resolutivo. Já as urgências podem ser fundamentadas como ocorrência de um dano considerável à saúde do paciente, com ou sem risco potencial de morte, demandando conduta rápida e no menor tempo possível (DIAS *et al.*, 2016).

É percebido no Brasil que o setor de urgência e emergência nas unidades de saúde é insuficiente para atender toda a demanda nacional, configurando-se como uma das áreas mais problemáticas do SUS, observando a má implantação das diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização. Portanto, com o intuito de melhorar assistência a essa demanda, surge o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em decorrência da Política Nacional de Atenção às Urgências, buscando induzir a organização da rede de atenção e estruturação dos serviços.

Em 2011, o Ministério da Saúde idealizou a política de urgências, onde tinha o intuito de unir a Rede de Urgência e Emergência com os componentes pré-hospitalares. Em 2013, o SAMU já estava presente em todos os estados brasileiros, com 175 Centrais de Regulação das Urgências que configurariam em torno de 1955 municípios ou 65% da população brasileira. O Ministério da Saúde preconizou que o SAMU alcançaria a cobertura de 100% da população brasileira até 2018 (O'DWYER, 2016).

O atendimento pré-hospitalar (APH) é destinado às vítimas de trauma (acidentes de trânsito, industriais, aéreos, etc.), violência urbana (perfuração por arma branca e de fogo), mal súbito (emergências cardiológicas, neurológicas, etc.) e distúrbios psiquiátricos visando a sua estabilização clínica e remoção para uma unidade hospitalar adequada (PEREIRA, LIMA, 2014).

Essa unidade hospitalar é responsável por receber e tratar pacientes em estado grave, acolher pacientes em casos não urgentes e encaminhar para serviços especializados ou básicos aqueles que não necessitam de atendimento de urgência e emergência (RIBEIRO *et al.*, 2014).

Os serviços de urgência e emergência hospitalares atendem 24 horas por dia; entretanto, enfrentam problemas de superlotação por considerável número de

atendimentos ser por ocorrências não urgentes, podendo muitas vezes serem resolvidas em unidades de menor complexidade. Ou seja, aproximadamente 75% dos casos que dão entrada em serviço de urgência e emergência poderiam ser resolvidos em atenção básica (CAMERRO *et al.*, 2015).

Pagliotto *et al.* (2016) acrescenta que a superlotação das urgências e emergências ocorre porque há pouca procura aos serviços de atenção básica a saúde, houve aumento populacional, aumento de acidentes e da violência urbana e também falta de conscientização da população sobre os serviços de urgência e emergência.

No Brasil, 90% dos casos atendidos em emergência são por casos clínicos, e apenas 10% por traumas em pronto-atendimento. Isso ocorre, principalmente, pelas mudanças o perfil de morbimortalidade de pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis (RIBEIRO *et al.*, 2014).

As principais queixas apresentadas pelos usuários que buscam serviços de urgência são lombalgia, infecção do trato urinário, infecções das vias aéreas superiores, cefaleia, traumas e gastroenterocolite (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Já os que dão entrada em serviço de emergência, citam-se como principais causas de acesso ferimento por arma branca, acidente vascular encefálico e trauma leve (ROSA *et al.*, 2011).

Ribeiro *et al.* (2016) ressalta que a principal causa de atendimento em emergência clínica é desconhecida, seguida por causas neurológicas, cardiológicas, pneumológicas, oncológicas, infecciosas, oftalmológicas, gastrológicas, vasculares, nefrológicas, urológicas, dermatológicas, hepatológicas, endocrinológicas, reumáticas, otorrinológicas, hematológicas, psiquiátricas, intoxicações, geriátricas e ortopédicas.

O enfermeiro é participante relevante da equipe de emergência e assume, junto a esta, a responsabilidade pela intervenção prestada às vítimas graves sob risco de morrer. Envolve-se, também, da previsão de necessidades da vítima, define prioridades, começa nas intervenções necessárias (ADÃO; SANTOS, 2012).

A emergência hospitalar é um dos setores mais movimentados de uma unidade, situações há riscos de vida, necessitam, portanto, de atendimento imediato. Os plantões de 24 horas, com estrutura e profissionais capacitados para realizar todos os tipos de procedimentos dos mais simples aos mais complexos, o profissional Enfermeiro se destaca nesse meio, desde a triagem do acolhimento,

aplicação de medicamentos, curativos, a atendimentos mais graves, como: parada cardíaca, receber poli traumas, primando sempre pelo bom atendimento e bem esta do paciente (SILVA, 2010).

Com o intuito de organizar e priorizar os atendimentos em urgência e emergência, em 2002, no Brasil, entrou em vigor a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.048 que determinava a avaliação e determinação do grau de urgência e emergência, bem como a prioridade no atendimento. O Ministério da Saúde também criou a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS), com o objetivo de acolher e classificar os usuários dos serviços de urgência e emergência de acordo com sua gravidade e grau de prioridade (PAGLIOTTO *et al.*, 2016).

Com isso, emergiu-se a seguinte questão norteadora: qual a caracterização dos pacientes que necessitam de atendimento emergencial em um hospital de referência dos Sertões de Crateús?

O interesse surgiu a partir da percepção da considerável demanda de pacientes no setor de emergência de um hospital de referência localizado nos Sertões de Crateús observado durante o período de estágios supervisionados no Curso de graduação em Enfermagem.

Com esse estudo, espera-se obter conhecimentos em relação ao público que denota maior atendimento e cuidado no setor de urgência e emergência e ainda instigar a efetividade e o cumprimento da Política Nacional de Urgência e Emergência no contexto hospitalar.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Caracterizar os pacientes que necessitam de atendimento emergencial em um hospital de referência dos Sertões de Crateús.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população em estudo quanto aos aspectos sociais e demográficos (gênero, idade, raça/cor, estado civil, município de residência);
- Conhecer quais as principais causas de acesso ao setor de Emergência por esses pacientes;
- Verificar qual o desfecho desses pacientes após atendimento em serviço de emergência.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Caracterização da urgência

A falta de interesse de certos gestores dos municípios para aderirem aos treinamentos e capacitações em urgência e emergência é um fator limitador da qualificação dos profissionais da Rede de urgência e isso ocasiona falhas no funcionamento da mesma (FARIA *et al.*, 2017).

A relação entre atenção primária e urgência apresenta diversas dificuldades que por vezes ocasionam sobrecarga das Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) com atendimentos fora do perfil de urgência. Trabalhos recentes evidenciam resultados comprovando que por muitas vezes existe uma falha na atenção primária para o atendimento de determinadas demandas, muitas vezes ocasionando com que os pacientes busquem serviços de emergência sem a real necessidade (FARIA *et al.*, 2017).

Estudo realizado na emergência de adultos de um hospital geral de Pernambuco constatou que 74,5% dos atendimentos ocorriam devido queixas típicas da atenção básica, não se caracterizando, portanto, como urgência. Essa demanda prejudica a assistência aos casos graves e agudos, pois acarreta acúmulo de tarefas, contribui para o aumento dos custos de atendimento e gera sobrecarga para os profissionais da equipe de saúde (GARLET *et al.*, 2009).

Sabe-se que a organização do acesso aos serviços hospitalares de urgência e emergência no SUS tem como princípios a integralidade e a universalidade, além da humanização indispensável para o atendimento efetivo (DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013).

A incapacidade dos serviços básicos e secundários de saúde em fazer os primeiros atendimentos ao usuário e o crescimento da demanda nos últimos anos, levam a sobrecarga dos serviços terciários, ou seja, as atividades de urgência e emergência e tal sobrecarga faz com que os pacientes com emergências reais esperem por horas para serem atendidos (ANTONELLI; BELLUCCI JÚNIOR, 2014).

3.2 Política Nacional de Urgência e Emergência (PNAU)

Nos anos 90, as urgências começaram a ser objeto de iniciativas do governo federal. Esse, por sua vez, instituiu a Portaria GM/MS 2.923/98 que determinou investimentos nas áreas de Assistência Pré-hospitalar Móvel, Assistência Hospitalar, Centrais de Regulação de Urgências e Capacitação de Recursos Humanos. Entretanto, os recursos destinados à implementação dessa proposta não foram devidamente utilizados e nenhuma central de regulação ou serviço de atendimento pré-hospitalar móvel foi criada. Apenas os recursos destinados à capacitação de profissionais foram parcialmente utilizados, na maioria das vezes, para a compra de cursos ministrados por grupos privados, com pouca integração com as necessidades e propostas do SUS e, praticamente, nenhum projeto de continuidade na educação dos trabalhadores das urgências foi criado (VIEIRA *et al*, 2016).

O Ministério da Saúde propôs o processo de desenvolvimento de políticas de saúde relacionado com a melhoria do atendimento à população tendo início com a realização da Portaria GM/MS nº 2.048 de 2002, a qual passa a ordenar os atendimentos de urgência e emergência, configurando o acolhimento de forma qualificada e resolutiva, referenciando de modo adequado os pacientes dentro dos sistemas de saúde. Também descreve com relação à atuação e formação dos profissionais de saúde que irão atuar nos atendimentos de emergência (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

Acolher perante o método das políticas de saúde é uma forma de humanizar o atendimento, fazer com que os profissionais de saúde atendam melhor aos pacientes e aos outros profissionais que fazem parte da equipe, de uma forma respeitosa, com empatia, ou seja, da mesma maneira que gostariam de ser atendidos. Essa abordagem deve ser ética e humana, já que garante um melhor vínculo entre profissional-usuário e profissional-profissional (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

No ano de 2000, profissionais médicos pertencentes à Rede Brasileira de Cooperação em Emergência (RBCE) denunciaram em um congresso a falta de regulação com relação ao tema e, a partir de então, um grupo de trabalho estabeleceu junto ao Ministério da Saúde as bases conceituais que instituíram a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), com a implantação do SAMU

(2003 a 2008) e implantação das UPA's (2008 a 2009). Por volta de 2011, foi instituída a Rede de Urgência e Emergência (RUE), instituindo-se a integração entre os componentes da atenção às urgências e o investimento menos fragmentado em componentes pessoais da política (O'DWYER *et al.*, 2017).

A PNAU procura atender outras necessidades, como implantação dos sistemas de regulação e configuração de uma rede regionalizada e hierarquizada. Tal regulamentação permeia garantir atendimento integral aos pacientes, desde atenção básica até serviços de grande complexidade e meios adicionais de atenção, como o atendimento domiciliar (FARIA *et al.*, 2017).

A importância de atenuado o problema de superlotação, a PNAU condiz que as unidades de atenção básica, durante seu horário de funcionamento, devem estar disponíveis para solucionar pequenas urgências da população de sua abrangência. Estes profissionais devem estar dispostos a garantir a corresponsabilidade da condição crônica, de forma que seja possível a prevenção da agudização dos casos atendidos que se torna eventos agudos das doenças crônicas, alternadamente das condições agudas, que são como um evento-sentinela que sinaliza falha na assistência prestada perante a condição crônica da patologia (ANTONELLI; BELLUCCI JÚNIOR, 2014).

3.3 Atendimento em Urgência e Emergência

3.3.1 Política Nacional de Humanização

A PNH da atenção e gestão no SUS é um meio de interlocução constante entre diversos atores: funcionários, usuários e gestores do SUS. Seu ponto fundamental é a criação de uma rede participativa, ética e solidário ou se articule em torno das práticas de atenção à saúde bem como no que tange a organização institucional dessas práticas (SILVA; MENDES, 2015).

A proposta da PNH é procurar uma compreensão mais ampliada do que chamamos de saúde e de sua ligação com as situações de trabalho, de modo que se caminhe em uma direção menos desgastante a um trabalhador, guiando-nos sempre pelas experiências que tem ausência de doença, mas é entendida que nem a eventualidade de criação de estratégias pra lidar com as situações que produzem incomodo, dor, insatisfação, adoecimento. Uma pessoa doente imobiliza-se diante

do obstáculo, torna-se impossibilidade de idealizar normas de funcionamento pelas quais pode experimentar uma vida mais saudável (BRASIL, 2010).

3.3.2 Acolhimento e classificação de risco no serviço hospitalar de urgência

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, pautada em parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. Além do empoderamento do usuário pela produção de sua saúde, envolve a responsabilização do profissional pelo estado de saúde do usuário, um dos elementos essenciais para o efetivo acolhimento. Além disso, desperta no usuário um sentimento de confiança em relação ao profissional que presta assistência (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

O acolhimento significa a humanização do atendimento e pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito ainda à escuta qualificada de problemas de saúde do usuário, visando fornecer resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução de seu problema. Em consequência, deve garantir a resolubilidade, objetivo final do trabalho em saúde, e solucionar efetivamente o problema do usuário. Pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade de a equipe de saúde responder às demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e utilizando o potencial dos demais profissionais (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

A capacitação dos enfermeiros se mostra extremamente necessária, uma vez que estudos demonstraram que quanto maior a qualificação profissional e maior número de horas praticadas na classificação de risco melhores serão os resultados na priorização do atendimento (SILVA *et al*, 2014).

Cada paciente é classificado de acordo com potencial de risco, e não pela ordem de chegada. O objetivo da classificação é avaliar o paciente logo na sua chegada à unidade, humanizando dessa forma o atendimento já que é determinada a área de atendimento primário e o tempo de espera para o atendimento médico de

acordo com a gravidade do paciente. A divisão se dá por meio de cinco cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul (COUTINHO; CECILIO; MOTA)

3.3.3 Principais causas de atendimento em urgência e emergência

As principais causas são acidentes, envenenamento, violências, lesões autoprovocadas, agressões e intenção indeterminada. Essas causas mesmo consideradas em grupo superam, as doenças cardiovasculares e neoplasias. São similarmemente as mais importantes causas de incapacitação física permanente ou temporária (ANDRADE, 2012)

3.3.4 Atuação do enfermeiro em emergência hospitalar

Na unidade de atendimento emergencial o enfermeiro exerce o papel de colher o histórico do paciente, monitorar os sinais vitais, empoderar os pacientes para a manutenção do seu estado de saúde (ANTONIO *et al.*, 2012).

O enfermeiro em sua prática diária para o exercício de suas funções, necessita de um aparato científico e técnico para realizar as demandas inerentes ao seu cargo, o profissional deve sempre manter-se atualizado (ADÃO; SANTOS, 2012)

A atuação do enfermeiro pressupõe o principal papel do mesmo, que é da assistência humanizada, segura e livre de riscos. Tem como função primordial oferecer a manutenção das funções fisiológicas vitais do individuo como foco “cuidados a prevenção de vida” evitando a deterioração antes que o tratamento definitivo possa ser fornecido (SANTOS, LIMA, 2011)

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo exploratório e coorte transversal, com abordagem quantitativa, pois a pesquisa será realizada através de dados secundários adquiridos por sistema próprio do local do estudo.

Pesquisas exploratórias são utilizadas quando se deseja alcançar dados sobre a natureza de um problema. Utiliza-se esse tipo de pesquisa quando não há informações configuradas o suficiente para que seja possível conduzir uma pesquisa descritiva ou experimental, ou quando o interesse do projeto é essencialmente obter um volume de informações que explorem em profundidade como dado fenômeno ocorre (TONETTO; BRUST-RENCK; STEIN, 2014).

Em estudos de coorte transversal é possível contribuir o valor unitário ao tempo de seguimento de cada participante, como estratégia para obtenção da estimativa por ponto da razão de prevalência, já que não há seguimento real dos participantes nesse tipo de estudo epidemiológico (COUTINHO; SCAZUFCA; MENEZES, 2008).

Dados quantitativos são coletados e analisados em uma primeira etapa da pesquisa, logo, a coleta e análise de dados qualitativos são realizadas sobre os resultados quantitativos iniciais (SANTOS *et al.*, 2017).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em um hospital de referência secundário localizado nos Sertões de Crateús. O serviço de urgência e emergência do referido hospital, caracteriza-se diariamente pela assistência de dois médicos clínicos e um traumatológico no horário diurno e dois clínicos no período noturno, com traumatologista em sobreaviso para casos emergentes.

A urgência se encontra equipada com Monitores Multiparâmetros, Desfibrilador, Eletrocardiograma, Raio-X portátil e Ultrassonografia (SÃO CAMILO, 2018).

4.3 Participantes da pesquisa

A população do estudo foi composta por 105 paciente que foram classificados através da triagem feita pelo enfermeiro como vermelho, caracterizando atendimento de emergência, e a amostra, por 58 registros eletrônicos de pacientes que deram entrada na Emergência, foram classificados como emergentes e possuíam registros completos no sistema.

Sendo assim, os critérios de inclusão foram registros de pacientes que forem atendidos na Emergência, classificados como vermelho na classificação de risco da referida instituição entre os meses de fevereiro e agosto de 2018, independentemente da idade do paciente, já que se trata de emergência adulta e pediátrica. Entretanto, serão excluídas da pesquisa os registros eletrônicos incompletos, sem registro médico.

A pesquisa apresentou riscos físicos ao pesquisador, pois estava sujeito a sentir dores ou desconforto físico durante a visualização dos registros eletrônicos auxiliaram a atingir os objetivos. Entretanto, esse risco não acometeu o pesquisador.

Forneceu dados que auxiliaram estatisticamente quanto aos conhecimentos dos clientes atendidos via emergência, podendo-se trabalhar medidas de promoção e proteção da saúde, bem como agilizar assistência desses pacientes futuramente.

4.4 Coleta de dados

A coleta ocorreu durante o mês de novembro de 2018 através da observação sistemática com uso de uma planilha pré-elaborada (Apêndice A) do sistema institucional que controla os pacientes que dão entrada na instituição para atendimento médico, de acordo com a classificação de risco desses pacientes.

Antes do início da coleta de dados, será enviado à direção da instituição o Termo de Fiel Depositário (Apêndice B) devidamente assinado e o Termo de Anuência (Apêndice C) solicitando autorização do mesmo.

4.5 Análise de dados

Para realização da análise e discussão dos dados, utilizou-se o programa Microsoft Excel 2016 para confecção de gráficos e tabelas, de modo a facilitar a apresentação dos resultados. O uso tabelas e gráficos auxilia na apresentação dos dados e torna rápida a compreensão e interpretação por parte do leitor, permitindo evidenciar as relações e estabelecer comparações entre os dados (LAKATOS; MARCONI, 2010).

A análise foi contrastada a luz da literatura, sob as principais publicações de artigos e livros que abordem sobre atendimento em emergência. Através dos dados numéricos obtidos, foram utilizadas fórmulas estatísticas em busca do alcance dos objetivos propostos, tais como a distribuição de frequência com e sem intervalo de classe sugerida por Crespo (2009).

4.6 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

O projeto foi encaminhado ao Subcomitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Princesa do Oeste para a obtenção de aprovação para execução do estudo. A pesquisa obedecerá aos preceitos éticos e legais da resolução 466/12, que vincula a aceitação de seres humanos em pesquisas (BRASIL, 2012).

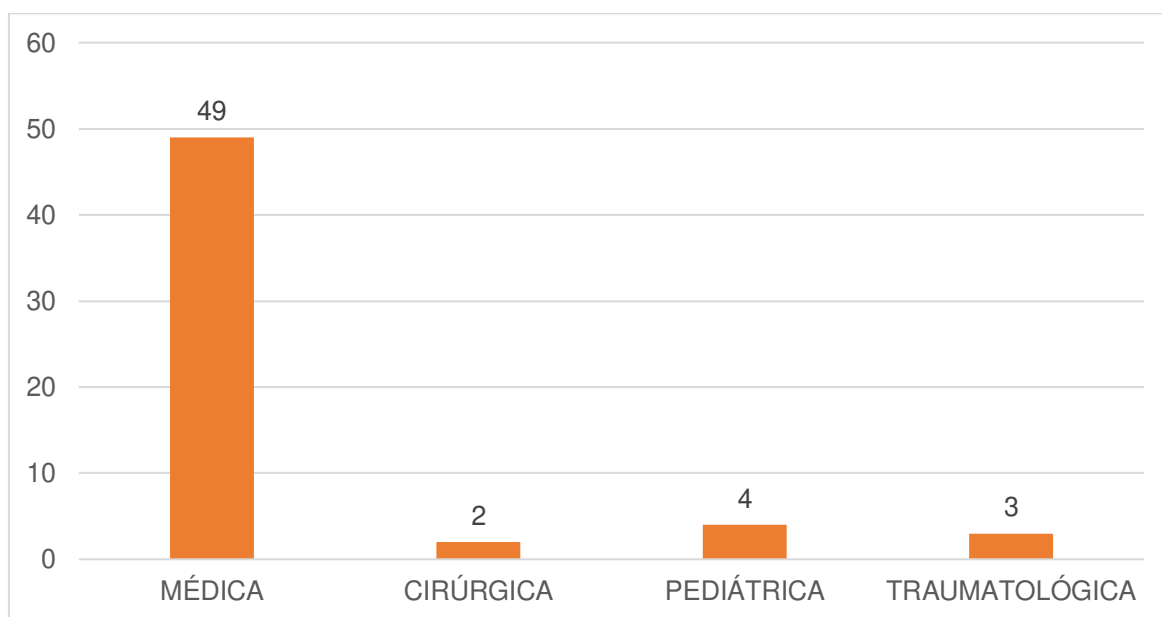
Após aprovação do subcomitê, foi enviada uma cópia do projeto à instituição em estudo, juntamente com o Termo de Fiel Depositário devidamente assinado pelo pesquisador, buscando, assim, aprovação da direção de tal instituição. Só após autorização por escrito da direção do hospital que se deu início a coleta dos dados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a coleta de dados, observou-se os registros eletrônicos de pacientes que deram entrada no serviço de Emergência do hospital em estudo e foram classificados durante a triagem como vermelho que, segundo o protocolo institucional, define casos de emergência, que devem ser avaliados de imediato pela equipe multiprofissional.

Sendo assim, a amostra foi composta por 58 registros de paciente que deram entrada na emergência durante os meses de fevereiro a agosto de 2018, onde foi possível observar que 84,5% da amostra necessitaram de atendimento por médico plantonista generalista, 6,9% pediátricos, 5,2% traumatológicos e 3,4% cirúrgico, como demonstra o gráfico abaixo.

Gráfico 1 – Especialidade de atendimento dos pacientes que deram entrada na emergência e foram classificados como emergentes em um Hospital de Referência dos Sertões de Crateús, 2018.



FONTE: Pesquisa direta, 2018.

Logo abaixo, estará demonstrado a caracterização da população em estudo, bem como as principais causas de acesso ao serviço de emergência e o desfecho desses pacientes.

5.1 Caracterização da população em estudo

Sobre a idade dos pacientes que compuseram a amostra do estudo, 22,4% tinham entre 71 e 80 anos, 15,5% entre 61 e 70 anos, 10,3% entre 31 e 40 anos e 41 e 50 anos, 8,6% entre 01 e 10 anos e 21 e 30 anos, 6,9 entre 11 e 20 anos e 81 e 90 anos, 5,2 entre 51 e 60 anos e 91 e 100 anos, como está presente na tabela abaixo.

Tabela 1 – Idade dos pacientes que deram entrada na emergência e foram classificados como emergentes em um Hospital de Referência dos Sertões de Crateús, 2018.

CLASSE	INTERVALO DE CASSES	fi	pi
1	01 —— 11	5	8,6
2	11 —— 21	4	6,9
3	21 —— 31	5	8,6
4	31 —— 41	6	10,3
5	41 —— 51	6	10,3
6	51 —— 61	3	5,2
7	61 —— 71	9	15,5
8	71 —— 81	13	22,4
9	81 —— 91	4	6,9
10	91 —— 101	3	5,2
		58	99,9

LEGENDA: fi = frequência simples; pi = percentual simples.

FONTE: Pesquisa direta, 2018.

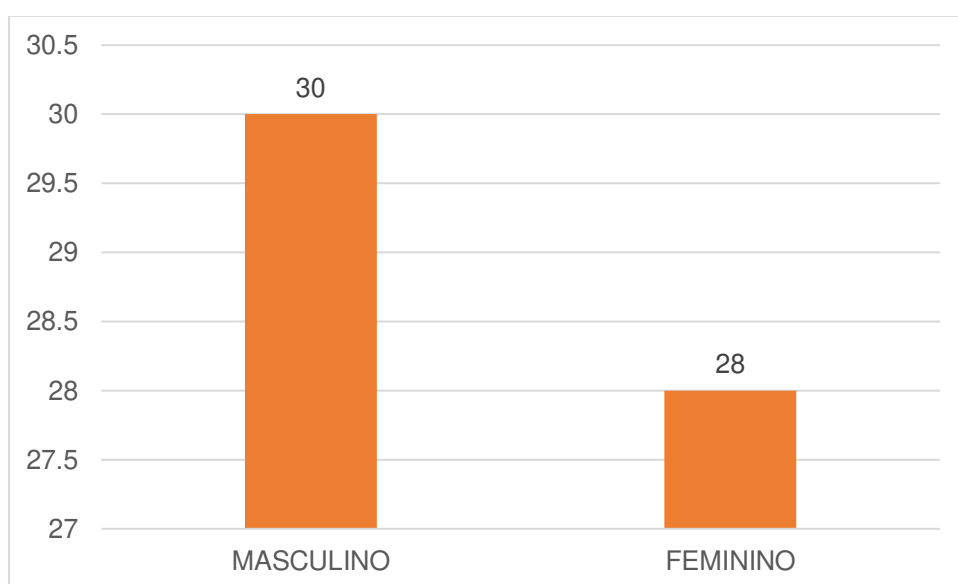
Soares et al. (2016) afirma que o fluxo de atendimento na sala de emergência, também classificada em algumas instituições como sala vermelha, depende do agravo à saúde dos pacientes que dão entrada na mesma. Sendo assim, ao estudar sobre a caracterização desses pacientes, o autor supracitado concluiu que 43% dos pacientes que dão entrada na sala vermelha possuem faixa etária entre 69 e 85 anos de idade.

Já em um estudo realizado por Oliveski et al. (2017), o mesmo concluiu que a principal clientela atendida tem idade inferior a 10 anos, equivalente a 18,52%. No presente estudo, a idade da clientela mais atendida é entre 71 e 80 anos, onde na pesquisa realizada por Oliveski et al. (2017), essa idade representa apenas 6,02% da clientela atendida.

Portanto, apenas o estudo realizado por Soares et al. (2016) corrobora com os achados da presente pesquisa.

Quanto ao sexo dos pacientes classificados como emergentes, 30 deles, equivalente a 51,7%, eram do sexo masculino e os demais 28, equivalente a 48,3%, do sexo feminino, como está caracterizado no gráfico abaixo.

Gráfico 2 – Sexo dos pacientes que deram entrada na emergência e foram classificados como emergentes em um Hospital de Referência dos Sertões de Crateús, 2018.

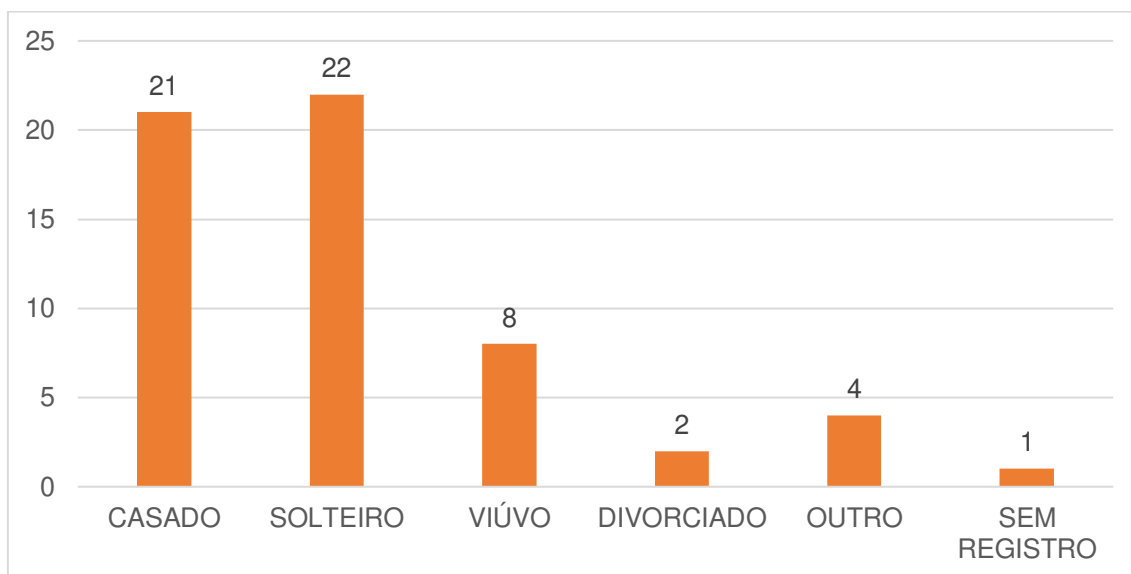


FONTE: Pesquisa direta, 2018.

Soares et al. (2016) relata que a maioria dos pacientes que dão acesso a sala vermelha são do sexo feminino. Já Oliveski et al. (2017) afirmam que 52,32% dos pacientes são do sexo feminino e 47,98%, do sexo masculino. Rosa et al. (2011) complementam afirmando que 74,5% são do sexo masculino, corroborando com os achados da presente pesquisa, já que a maior parte dos pacientes eram do sexo masculino.

Em relação ao estado civil, 38% eram solteiros, 36,2% casados, 13,8% viúvos, 6,9% tendo registrado apenas outro, 3,4% divorciados e 1,7% não possuía registro eletrônico do estado civil.

Gráfico 3 – Estado civil dos pacientes que deram entrada na emergência e foram classificados como emergentes em um Hospital de Referência dos Sertões de Crateús, 2018.



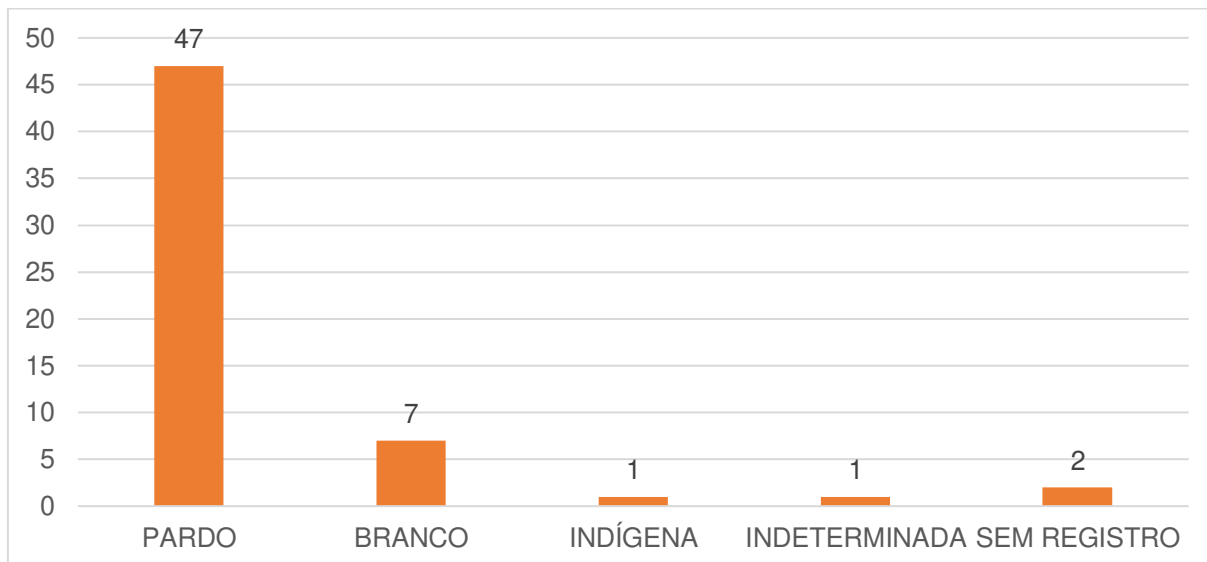
FONTE: Pesquisa direta, 2018.

Rodrigues e Ribeiro (2012) relatam que a maioria dos pacientes que acessam a emergência são casados, seguidos pelo estado civil divorciado, viúvo, dependente jurídico, companheiro, solteiro e separação judicial. Rosa et al. (2011) afirmam que 61,7% dos pacientes são casados, 25,5% solteiros e os demais 12,8% são separados, divorciados ou viúvos.

Entretanto, nenhum dos estudos acima citados corroboram com a presente pesquisa, já que 38% dos pacientes que compuseram a amostra eram solteiros.

Ao analisar a etnia dos pacientes em estudo, observou-se que 47 pacientes (81%) eram pardos, 7 (12,1%) brancos, 1 (1,7%) indígena e 1 (1,7%) indeterminada, como está refletido abaixo.

Gráfico 4 – Etnia dos pacientes que deram entrada na emergência e foram classificados como emergentes em um Hospital de Referência dos Sertões de Crateús, 2018.



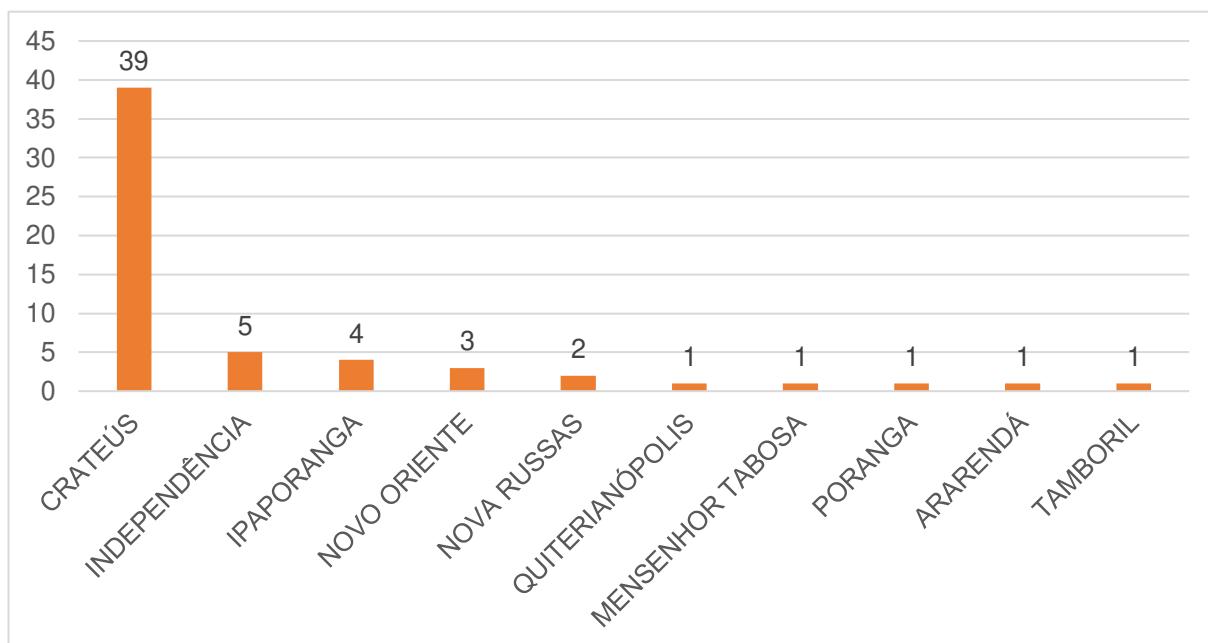
FONTE: Pesquisa direta, 2018.

Quanto a etnia, Rodrigues e Ribeiro (2012) relatam que, em seu estudo, 90,1% dos pacientes eram brancos, 5,8% mulatos, 3,9% negros, 0,2% amarelos e 0,1% outro. Já Oliveira et al. (2018) afirmam que o maior percentual de pacientes é de etnia parda, seguido por branca, negra e indígena, corroborando com os achados na presente pesquisa, pois 81% da amostra foram registrados com etnia parda.

Sobre o município de residência, 39 dos pacientes, equivalente 67,2% da amostra em estudo, residiam em Crateús, 5 (8,6%) em Independência, 4 (6,9%) em Ipaporanga e 3 (5,2%) em Novo Oriente (gráfico 5). Em menor quantidade, também tinham registro de pacientes de Nova Russas, Quiterianópolis, Monsenhor Tabosa, Poranga, Ararendá e Tamboril, onde todos esses municípios fazem parte da assistência secundária do hospital em estudo.

O hospital em estudo atende os municípios de Independência, Crateús, Novo Oriente, Quiterianópolis, Tamboril, Nova Russas, Monsenhor Tabosa, Ipaporanga, Poranga, Ararendá e Ipueiras. De todos, apenas Ipueiras não apresentou paciente com acesso a emergência no período em estudo.

Gráfico 5 – Município de residência dos pacientes que deram entrada na emergência e foram classificados como emergentes em um Hospital de Referência dos Sertões de Crateús, 2018.



FONTE: Pesquisa direta, 2018.

5.2 Principais causas de acesso ao setor de Emergência

Diversas causas foram observadas que justificaram o acesso da amostra em estudo no setor de Emergência do referido hospital secundário. Entretanto, também foram registrados os horários de entrada de tais pacientes a essa emergência, observando-se que 48,3% da amostra em estudo acessaram a emergência entre 19hs e 00hs, 22,4% entre 07hs e 12hs, 17,2% entre 13hs e 18hs e 12,1%, entre 01h e 06hs, como está demonstrado na tabela abaixo.

Tabela 2 – Horário de entrada à emergência dos pacientes classificados como emergentes em um Hospital de Referência dos Sertões de Crateús, 2018.

CLASSE	INTERVALO DE CASSES	Fi	pi
1	07hs —— 13hs	13	22,4
2	13hs —— 19hs	10	17,2
3	19hs —— 01hs	28	48,3
4	01hs —— 07hs	7	12,1
		58	100

LEGENDA: fi = frequência simples; pi = percentual simples.

FONTE: Pesquisa direta, 2018.

No que se refere as causas de acesso à emergência pelos pacientes que compuseram a amostra, as principais foram infarto agudo do miocárdio (IAM) (13,8%), acidente de motocicleta (12,1%), parada cardiorrespiratória (12,1%), pneumonia (PNM) (8,6%), perfuração por arma branca (PAB) (6,9%) e perfuração por arma de fogo (PAF) (5,2%), como está na tabela abaixo.

Tabela 3 – Causas de que deram entrada na emergência e foram classificados como emergentes em um Hospital de Referência dos Sertões de Crateús, 2018.

CAUSAS DE BUSCA À EMERGÊNCIA	fi	pi
Infarto Agudo do Miocárdio	8	13,8
Acidente de Motocicleta	7	12,1
Parada Cardiorrespiratória	7	12,1
Pneumonia	5	8,6
Perfuração por Arma Branca	4	6,9
Perfuração por Arma De Fogo	3	5,2
Picada de Cobra	2	3,4
Choque Séptico	2	3,4
Insuficiência Cardíaca Congestiva	2	3,4
Crise Convulsiva	2	3,4
Dispneia Intensa	2	3,4
Tuberculose	2	3,4
Crise Hipertensiva Severa	1	1,7
Taquiarritmia	1	1,7
Intoxicação Exógena	1	1,7
Meningococemia	1	1,7
Neoplasia de Cólon Avançada	1	1,7
Anemia	1	1,7
Insuficiência Renal Crônica	1	1,7
Trombose Venosa Periférica	1	1,7
Desmaio	1	1,7
Hipoglicemia	1	1,7
Traumatismo CrânioEncefálico	1	1,7
Edema Agudo de Pulmão	1	1,7
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	1	1,7
Cefaleia	1	1,7
Dor Precordial	1	1,7
Hipotensão	1	1,7
Atropelamento	1	1,7
Broncoaspiração	1	1,7
Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico	1	1,7
Dor Abdominal	1	1,7

FONTE: Pesquisa direta, 2018.

Camerro et al. (2015) cita como possíveis causas de acesso a urgência e emergência situações acidentais, tais como traumas, fraturas, quedas, queimaduras e torções, bem como problemas respiratórios, febre e dores pelo corpo.

Soares et al. (2016) relata que o principal sistema afetado de pacientes que dão entrada em salas de emergência é o cardiovascular, seguido do respiratório, renal, gastrointestinal e problemas agudos.

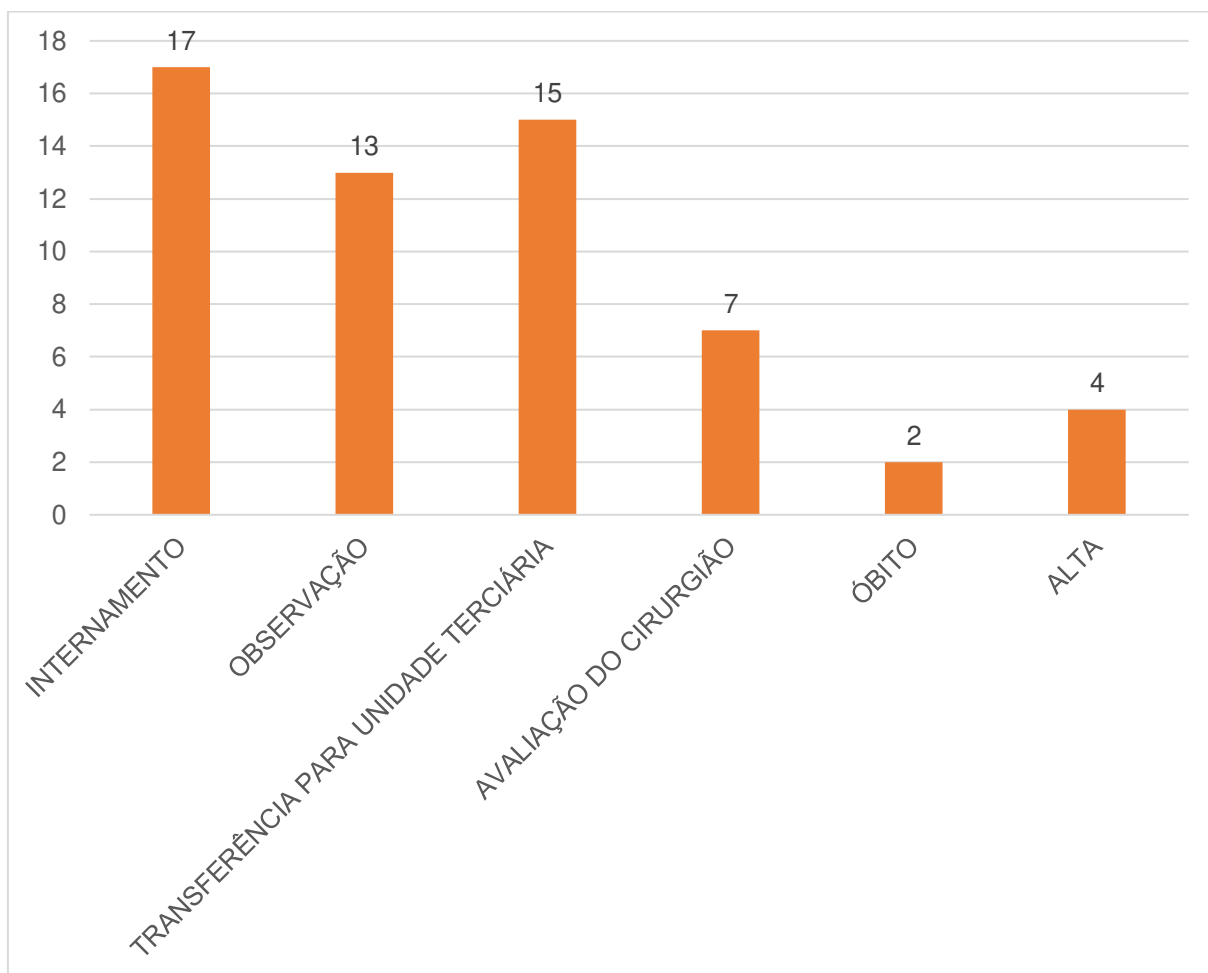
Oliveski et al. (2017) concluem afirmando que 21,3% dos pacientes apresenta afecção no sistema respiratório com os principais sintomas sendo tosse, dispneia e dor de garganta; seguido do sistema digestório, com 18,38%, com dor abdominal, vômito e diarreia; traumas, com 11,36%, causados por quedas e ferimentos; sistema neurológico, com 7,36%, englobando cefaleia, febre e desmaio; e por último, sistema cardiovascular, com 5,47%, englobando hipertensão arterial sistêmica e dor torácica.

Rosa et al. (2011) citam como principais causas de acesso à emergência trauma leve, PAF, acidente vascular encefálico, convulsão, crise hipoglicêmica, trauma em membro inferior esquerdo (MIE), intoxicação medicamentosa, parada cardiorrespiratória, queda de sensório, trauma cranioencefálico, amputação de membros, angina, crise dispneica por DPOC, EAP, PAB, queimadura e síncope. Oliveira et al. (2018) acrescentam como causas náuseas e vômitos, dispneia isolada, dor abdominal, dor torácica, hipertensão arterial sistêmica e tuberculose. Rodrigues et al. (2015) acrescentam acidente motociclístico e automobilístico e acidente com animais peçonhentos.

5.3 Desfecho dos pacientes atendidos na Emergência

Após dar entrada no setor de emergência e serem classificados como emergentes pelo enfermeiro de plantão, analisou-se o desfecho após atendimento desses pacientes, onde se observou que 17 dos pacientes que compuseram a amostra em estudo, equivalente a (29,3%), foram internados, 15 (25,9%) foram transferidos para unidades terciárias, 13 (22,4%) ficaram em observação, 7 (12,1%) tiveram avaliação do cirurgião solicitada, 4 (6,9%) tiveram alta após atendimento e 2 (3,4%) evoluíram em óbito (gráfico 6).

Gráfico 6 – Desfecho dos pacientes que deram entrada na emergência e foram classificados como emergentes em um Hospital de Referência dos Sertões de Crateús, 2018.



FONTE: Pesquisa direta, 2018.

Soares et al. (2016) conclui que 39% dos pacientes que acessam a sala vermelha evoluem em óbito, onde 36% apenas recebem alta por melhora. Porém, também afirma que existe uma quantidade significativa de transferências para unidades especializadas.

Já Ribeiro et al. (2013) relata que 95,44% dos pacientes que são internados após acesso a emergência recebem alta por melhora clínica, enquanto que 3,9% evoluem em óbito, 0,17% são transferidos para outros hospitais e 0,26% evadem-se da instituição hospitalar.

O autor supracitado acrescenta que, dos pacientes que acessam a urgência e emergência e necessitam de internamento hospitalar, 55,19% é para acompanhamento cirúrgico e 44,81%, acompanhamento clínico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os registros eletrônicos de 58 pacientes atendidos na emergência do hospital em estudo, classificados como vermelho durante a triagem, ou seja, como emergência, foi possível atingir todos os objetivos propostos no presente estudo.

Sendo assim, observou-se, na formulação da caracterização dos pacientes em estudo, que a maioria tinha entre 71 e 80 anos, sexo masculino, solteiros, pardos e residentes em Crateús.

No que diz respeito as causas de acesso dos pacientes à emergência, as principais encontradas foram IAM, acidente com motocicleta, PCR, PNM, PAB, PAF, picada de cobra, choque séptico, ICC, crise convulsiva, dispneia intensa e tuberculose.

Já sobre o desfecho que esses pacientes tiveram após assistência ofertada, a maioria foram internados, seguidos por transferência para hospitais terciários, observação no próprio hospital em estudo, avaliação do cirurgião solicitada, alta após atendimento e óbito.

Portanto, ao conhecer as caracterizações e as principais causas de acesso, torna-se possível elaborar estratégias de promoção e proteção à saúde, bem como medidas para melhorar assistência na própria unidade hospitalar voltada a esses pacientes, otimizando o serviço e garantindo a sobrevivência da população assistida.

REFERÊNCIAS

- ANTONIO, M.; AGUIAR, F.A.; OLIVEIRA GRASSI, M.F. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, 2012
- ADÃO, R.S.; SANTOS, M.R. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 4, 2012.
- ANDRADE, M.A.C.; ARTMANN, E.; TRINDADE, Z.A. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, Rio de Janeiro., 2011.
- ANTONELLI, R.C.; BELLUCCI JÚNIOR, J.a. Gerenciamento de enfermagem em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. **Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 35, n. 2, p. 137-146, Londrina, jul./dez. 2014
- ANDRADE, S.S.C.A et al. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 1, p. 21-30, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde. 2012.
- COUTINHO, L.M.S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P.R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 992-8. 2008.
- CAMERRO, A; ALVES, E.C; CAMERRO, N.M.M.S; NOGUEIRA, L.D.M. Perfil do atendimento de serviços de urgência e emergência. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro SP, 8 (1): 515-524, 2015.
- COUTINHO, A.A.P.; CECÍLIO, L.C.O.; MOTA, J.A.C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev Med Minas Gerais**, v. 22, n. 2, p. 188-198, 2012.
- DA SILVA, Elisângelo Aparecido Costa et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 571-7, 2010.
- CRESPO, A.A. Distribuição de Frequência. In _____ . **Estatística Fácil**. 19ª ed. atual. São Paulo: Saraiva, Cap. 5, p. 46-71, 2009.
- DIAS, J.M.C. et al. Perfil de atendimento do serviço pré-hospitalar móvel de urgência estadual. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 1, p. 01-09, Jan/mar, 2016.
- DUBEUX, L.S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos

obstáculos aos serviços de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 245-369, 2013.

FARIA, T.L.M. et al. A Política Nacional de Urgência e Emergência sob a Coordenação Federativa em Municípios Paraenses. **Saúde Soc.**, v.26, n.3, p.726-737, São Paulo, 2017.

GARLET, E.R.; LIMA, M.A.D.S.; SANTOS, J.L.G.; MARQUES, G.Q. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto contexto - enferm.**, v.18, n.2, Florianópolis, Apr./June., 2009.

GUEDES, M.V.C.; HENRIQUES, A.C.P.T; LIMA, M.M.N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Rev. bras. enferm.**, v.66, n.1., Brasília., Jan./Feb., 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ceará: Crateús**. 2017. Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/crateus>>. Acesso em: 07 mai. 2018.

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

MALVESTIO, M.A.A.; SOUSA, R.M.C. Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p. 584-589, 2002.

SILVA, G.A.S.; MENDES, A.T.S. Humanização e qualidade de vida na atenção básica: **política nacional de humanização**. 2015.

SOARES, T.C.S; MARTA, C.B; SILVA, R.C.L; PEREGRINO, A.A.F; SANTIAGO, L.C; SCHUTZ, V. Perfil dos usuários atendidos na sala vermelha de uma unidade de pronto atendimento 24h. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 12, p. 4619-27, dez., 2016.

O'DWYER, G. et al. Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Temas Livres: Ciênc. saúde colet.**, v. 21, n. 7, Jun, 2016.

_____. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 7, Ago., 2017.

OLIVEIRA, C.P; SANTOS, I.M.G; ROCCA, A.R; DOBRI, G.P; NASCIMENTO, G.D. Perfil epidemiológico de pacientes idosos atendidos em um pronto-socorro de hospital universitário brasileiro. **Rev Med**. v. 97, n. 1, p. 44-50. jan.-fev., São Paulo, 2018.

OLIVEIRA, D.A.; GUIMARÃES, J.P. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v.2, n.2, jan/jun., 2013.

OLIVEIRA, G.N.; SILVA M.F.N.; ARAUJO, I.E.M.; FILHO, M.A.C. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 19(3):[09 telas] maio-jun 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14. Acessado em: 17/09/2018.

OLIVEIRA, D.S.M.; ARAÚJO, M.D.S. **Atuação do enfermeiro no Serviço Pré-Hospitalar Móvel (SAMU):** analisando a assistência prestada aos usuários. 2014.

OLIVESKI, C.C; SANTOS, L.E; MARCO, V.R; LORENZONI, A.M.C; BONFADA, M.S; SILVA, L.A.A. Perfil clínico de usuários de um serviço de emergência. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 45 e 56, dez, 2017.

PAGLIOTTO, L.F; SOUZA, P.B; THOMAZINI, J.O; ORTEGA, A.B.A; VAVRA, S.M.F. Classificação de risco em uma unidade de urgência e emergência do interior paulista. **CuidArte Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 148-155, jul-dez, 2016.

PEREIRA, W.A.P.; LIMA, M.A.D.S. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. **Acta paulista de enfermagem**. São Paulo, v. 19, n. 3 (jul./ago. 2006), p. 279-283, 2006.

RIBEIRO, A.C. Enfermagem pré-hospitalar no suporte básico de vida: postulados ético-legais da profissão. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2016.

RIBEIRO, R.M; CESARINO, C.B; RIBEIRO, R.C.H.M; RODRIGUES, C.C; BERTOLIN, D.C; PINTO, M.H; BECCÁRIA, L.M. Caracterização do perfil das emergências clínicas no pronto-atendimento de um hospital de ensino. **Rev Min Enferm**. jul/set; 18(3): 533-538, 2014.

RIBEIRO, R.C.H.M; RODRIGUES, C.C; CANOVA, J.C.M; RODRIGUES, C.D.S; CESARINO, C.B; SILVA JÚNIOR, O.L. Permanência e desfecho do paciente clínico e cirúrgico no serviço de emergência. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 9, p. 5426-32, set., 2013.

RODRIGUES, A.I.G; KORINFSKY, J.P; SANTOS, A.D.B; OLIVEIRA, A.N.S; ALMEIDA, L.R; MOURA, L.A. Perfil dos usuários atendidos no serviço de emergência em um hospital universitário em Pernambuco. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 13-24, jan-mar, 2015.

RODRIGUES, C.C; RIBEIRO, R.C.H.M. Perfil epidemiológico dos idosos atendidos na emergência de um hospital escola. **Arq Ciênc Saúde**, v. 19, n. 2, p. 37-41, abr-jun, 2012.

ROSA, T.P.; MAGNAGO, T.S.B.S.; TAVARES, J.P.; LIMA, S.B.S.; SCHIMIDT, M.D.; SILVA, R.M. Perfil dos pacientes atendidos na sala de emergência do pronto socorro de um hospital universitário. **R. Enferm. UFSM**, Jan/Abr; 1(1):51-60, 2011.

SANTA CATARINA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Plano Estadual de Atenção às Urgências – Atenção Móvel**. 2003.

SANTOS, J.L.G. et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 3, 2017.

SANTOS, M.N.O. O papel do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, v. 4, n. 4, p. 1-15, jan-jul, 2013.

SILVA, M.F.N. et al. Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.22, n.2., Ribeirão Preto., Mar./Apr., 2014.

SANTOS, J.L.G.; LIMA, M.A.D.S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online]. 2011, vol.32, n.4, pp.695-702.

TRECOSSI, S.P.C. et al. Intervenções educativas sobre atendimento hospitalar inicial ao politraumatizado. **Revenferm UFPE online.**, v. 12, n. 1, p. 75-82, jan., 2018.

TONETTO, L.M.; BRUST-RENCK, P.G.; STEIN, L.M. Perspectivas metodológicas na pesquisa sobre o comportamento do consumidor. **Psicol. cienc. prof.**, v.34, n.1, Brasília, Jan./Mar., 2014.

VELLOSO, I.S.C.; ALVES, M.; SENA, R.R. Atendimento móvel de urgência como política pública de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 4, 2008.

VIEIRA, M.C.; PAES, R.A.; GONÇALVES, F.S.. Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro, **Brasil Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 21, núm. 7, julho, 2016.