



Artigo Original

URGÊNCIAS CLÍNICAS: PERFIL DE ATENDIMENTOS HOSPITALARES

CLINICAL EMERGENCIES: PROFILE OF HOSPITAL ASSISTANCE

EMERGENCIA MÉDICA: PERFIL DEL HOSPITAL DE LLAMADAS

Mônica Franco Coelho¹, Bethania Ferreira Goulart², Lucieli Dias Pedreschi Chaves³

Mudanças no perfil de morbi-mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis trazem repercussão para o atendimento às urgências/emergências hospitalares. Este estudo teve por objetivo caracterizar perfil dos atendimentos de urgência clínica, segundo variáveis demográficas, epidemiológicas e tempo de permanência, em hospital de Ensino, do interior de São Paulo, 2007. Trata-se de pesquisa descritiva, exploratória e documental, utilizando dados oficiais, analisados segundo estatística descritiva, discutidos a partir de referencial teórico de reorganização do atendimento a urgências/emergências clínicas. No período ocorreram 5.285 atendimentos clínicos, a maior parte usuários do sexo masculino (54,1%), com escolaridade de ensino fundamental (73,9%), faixa etária de 18 a 59 anos (62,8%). Doenças do aparelho circulatório foram mais frequentes e o tempo de permanência na unidade foi inferior a 6 horas (39,8%). A caracterização dos atendimentos clínicos do serviço de urgência/emergência fornece subsídios para organização do trabalho na unidade de estudo e no próprio hospital.

Descritores: Serviços Médicos de Emergência; Hospitais de Emergência e Enfermagem.

Changes in the morbidity and mortality profile from chronic non-communicable diseases affect the urgency/emergency care services. We aimed to characterize the profile of emergency clinical care, according to demographic and epidemiological variables and length of stay in a teaching hospital in the interior of São Paulo, 2007. This is a descriptive, exploratory and documentary research that used official data, analyzed by descriptive statistics, discussed based on the theoretical framework of reorganization of urgency and emergency clinical care. In this period there were 5,285 clinical assistances, most were male (54.1%), with elementary education (73.9%), aged from 18 to 59 years (62.8%). Diseases of the circulatory system were the most frequent and the average length of stay in the unit was less than 6 hours (39.8%). The characterization of clinical care in the urgency/emergency service enables the work organization in the study unit and in the hospital.

Descriptors: Emergency Medical Services; Hospitals, Packaged; Nursing.

Cambios en la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles no traen repercusiones para asistir a los departamentos de urgencias/emergencias hospitalarios. El objetivo fue caracterizar el perfil de la atención de urgencia, según las variables demográficas, epidemiológicas y de estancia en el hospital de Enseñanza, del interior de São Paulo, 2007. Investigación documental, descriptiva, exploratoria, a partir de datos oficiales, analizados por estadística descriptiva, discutidos a través del marco teórico de reorganización de la atención de emergencia/emergencias clínicas. En el periodo, ocurrieron 5.285 tratamientos clínicos, con usuarios del sexo masculino (54,1%), con estudios primarios (73,9%), de 18 a 59 años (62,8%). Enfermedades del aparato circulatorio fueron más frecuentes y la duración de la estancia en la unidad fue de menos de seis horas (39,8%). La caracterización de la atención clínica en servicio de urgencia/emergencia proporciona subvenciones para el trabajo en la unidad de estudio y en el hospital.

Descritores: Servicios de Emergencias Médicas; Hospitales de Urgencias y Enfermería.

¹Enfermeira. Doutoranda do Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. Bolsista CAPES/Brasil. E-mail: monicaeerp@gmail.com

²Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa Interunidades pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem - Departamento Didático-Científico de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. E-mail: bethaniagoulart@yahoo.com.br.

³Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: dpchaves@eerp.usp.br

Autor correspondente: Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Endereço com CEP: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Av. dos Bandeirantes, n. 3900, Bairro Monte Alegre – CEP: 14040-902. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: dpchaves@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A premência em atender as demandas de pacientes em situação de urgência e emergência requer organização adequada do sistema local de saúde, incluindo o hospital como parte deste sistema. O hospital necessita planejar intervenções, ter uma equipe de trabalho multiprofissional além de disponibilizar espaço físico e recursos necessários para o atendimento adequado nessas unidades.

A entrada da população no sistema de saúde, preferencialmente, deve ocorrer através de uma porta única representada pelos serviços ambulatoriais de nível primário, exceto em caso de urgência e emergência. Sendo assim, a atenção primária à saúde (APS) deve ser resolutiva, encaminhando para o serviço hospitalar apenas os casos de maior complexidade, contribuindo para a redução da demanda nos serviços de urgência e emergência⁽¹⁾.

Uma rede de atenção à saúde pressupõe a distribuição espacial de equipamentos e serviços de saúde em função das condições epidemiológicas de cada localidade, descentralizando serviços de menor complexidade e concentrando os de maior densidade tecnológica^(2,3).

Esta proposta de organização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) tem a finalidade de assegurar a integralidade da atenção fornecida ao usuário, sem estabelecer uma hierarquia entre os serviços, estes devem resolver os problemas de saúde do usuário conforme os recursos disponíveis. Os casos de maior complexidade, quando não resolvidos na atenção primária devem então ser encaminhados para os serviços de média e alta complexidade⁽⁴⁾.

No Brasil, historicamente ocorreu a construção de um modelo de organização hospitalocêntrico, com a supervalorização da unidade hospitalar enquanto espaço de produção de conhecimentos e de prática de ações de

saúde. Somado a isto, o atendimento a pessoas gravemente enfermas possibilita maior visibilidade a estas instituições, inclusive sob a perspectiva dos usuários.

A APS deve responder por mais de 85% dos problemas de saúde; por ser o local onde se ofertam tecnologias de alta complexidade relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida, enquanto nos níveis de atenção secundários e terciários são oferecidas tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não mais complexas⁽⁵⁾.

Ao analisar a demanda por serviços de saúde, pode-se dizer que as urgências e emergências absorvem problemas cuja especificidade muitas vezes só pode ser atendida na atenção hospitalar. Ainda, dificuldades de acesso à atenção ambulatorial especializada pode tornar o serviço de emergência a principal porta de acesso para especialidades e tecnologias médicas⁽¹⁾.

O aumento da população e o seu envelhecimento com conseqüente crescimento no número de adoecimentos com simultâneo aprimoramento dos recursos em saúde, desenvolvimento de novas tecnologias e recursos colaboraram para o aumento exacerbado dos custos em saúde, ou seja a mudança no perfil demográfico da população, com aumento do número de idosos representa demanda ampliada por atendimentos de urgência⁽⁶⁾.

No campo da saúde vivemos a epidemia das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), um problema que teve início nos países desenvolvidos, mas que atualmente atinge os países pobres e em desenvolvimento, com o agravante de que nesses países as doenças infecciosas ainda sejam um agravante para os serviços de saúde. No cenário epidemiológico, destaca-se que, as doenças cardiovasculares atingem expressiva parcela da população sendo frequente causa de internação hospitalar; tendo impacto direto sobre a organização da atenção a saúde SUS e sobre os custos

decorrentes dos atendimentos realizados, representando importante parcela do trabalho do enfermeiro⁽⁷⁾.

Assim, aspectos demográficos e epidemiológicos, com a presença de comorbidades e agudização de doenças crônicas representam importante parcela de atendimentos, que impactam serviços de urgência, principalmente na área clínica.

A demanda ampliada para serviços de urgência e emergência pode gerar desorganização da própria unidade, baixa qualidade de atendimento, gastos desnecessários, resultando em uso pouco racional dos recursos disponíveis⁽⁸⁾.

Para o gerenciamento destas unidades além do volume de atendimentos é importante caracterizar os atendimentos. Estabelecer o perfil demográfico e epidemiológico é uma ferramenta importante na organização do serviço e no trabalho do enfermeiro.

Atualmente é crescente o uso de métodos e princípios epidemiológicos pelas instituições de saúde com vistas a melhorar as condições de saúde, proporcionar alívio do sofrimento e de restaurar a capacidade funcional do indivíduo atingindo os melhores resultados possíveis. Os estudos descritivos possibilitam identificar a distribuição espacial e temporal das doenças além das características apresentadas pelos indivíduos (sexo, idade, condição socioeconômica e outras) sendo fundamentais para o planejamento e gestão dos serviços de saúde⁽⁹⁾.

O enfermeiro é o profissional responsável pela organização da unidade e planejamento do cuidado do paciente, sendo importante para a execução do seu trabalho conhecer e utilizar ferramentas que permita conhecer melhor as características dos usuários que frequentam a unidade em que está inserido.

O processo de trabalho do enfermeiro compreende duas dimensões complementares, o gerenciar e o cuidar. O cuidar caracteriza-se pelas atividades realizadas à beira do leito, relacionado à assistência direta ao paciente; o gerenciar compreende

ações que possibilitem a transformação do processo de trabalho, organizando e articulando atividades com o objetivo de atender as necessidades provenientes do cuidado. As duas dimensões são interdependentes, para uma assistência de qualidade o cuidar e o gerenciar devem ser desenvolvidos conjuntamente⁽¹⁰⁾.

A atuação do enfermeiro na sala de urgência requer especificidades e articulações indispensáveis à gerência do cuidado a pacientes com necessidades complexas, necessitando de aprimoramento científico, manejo tecnológico e humanização extensiva aos familiares pelo impacto inesperado de uma situação que coloca em risco a vida de um ente querido.

Dentro deste contexto, conhecer o perfil dos atendimentos permite organizar o setor de acordo com os casos mais frequentes, sendo possível direcionar a capacitação dos trabalhadores, prover a unidade com recursos humanos e materiais adequados e facilitar a articulação com os demais serviços de saúde.

Nessa perspectiva foi desenvolvido este estudo com o objetivo de caracterizar o perfil dos atendimentos de urgência clínica segundo variáveis demográficas, epidemiológicas e tempo de permanência em um hospital de ensino, em Ribeirão Preto-SP, no ano de 2007.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, documental utilizando dados oficiais.

O Hospital de estudo é público, de ensino e conta com duas unidades distintas: Unidade de Emergência e Unidade Campus, cada qual com estrutura física, recursos humanos e materiais que atendem às especificidades de suas respectivas demandas.

A Unidade de Emergência dispõe de 151 leitos para internação e 47 leitos de apoio (macas); distribuídos em quatro pavimentos em diferentes setores como unidades de terapia intensivas (UTIs), unidade de internação cardiológica e enfermarias (clínica, cirúrgica, pediátrica,

unidade de queimados, psiquiatria, ortopedia, dentre outras).

Foi considerado campo de estudo desta pesquisa o setor de atendimento clínico do serviço de urgência da Unidade de Emergência do hospital em estudo, que conta com 14 macas para observação clínica e três consultórios.

Nesse estudo foram considerados todos os atendimentos relacionados as urgências clínicas no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2007, totalizando 5.285 atendimentos. A opção por urgências clínicas deve-se não apenas pela carência de estudos sobre a temática, mas pela demanda de atendimentos.

Foram critérios de inclusão, atendimentos a pacientes adultos, no setor de atendimento clínico, no período de estudo, que permaneceram em observação. Sendo excluídos os atendimentos realizados em outras especialidades como pediatria, obstetrícia, oftalmologia e atendimentos que não permaneceram internados na unidade.

Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação e Gestão Hospitalar, programa elaborado pela Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo (PRODESP), para o gerenciamento de informações hospitalares, cabe destacar que trata-se de um banco de dados oficiais o que favorece a confiabilidade dos dados disponibilizados. As variáveis de interesse, neste estudo, foram: sexo, faixa etária, grau de instrução, tempo de permanência na unidade e CID-10 de alta. Os dados de interesse foram sistematizados pelas pesquisadoras, em uma planilha

eletrônica, no formato Microsoft Excel que permitia o registro das variáveis e, posteriormente foram transportados para o programa Epi-Info 3.5.1, sequencialmente foi realizada a análise estatística dos dados descritivos apresentados na forma de frequência e percentual.

A discussão foi desenvolvida a partir do referencial teórico adotado, qual seja a reorganização, no âmbito do sistema local de saúde, do atendimento às urgências e emergências clínicas na perspectiva do SUS.

O trabalho foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital estudado, através da Unidade de Pesquisa Clínica, tendo sido aprovado pelo ofício de nº 3863/2008. Trata-se de CEP registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob número 0352.0.004.004-08.

RESULTADOS

O total de atendimentos na Unidade de Emergência do hospital em estudo foi de 5285 atendimentos na especialidade de clínica médica no ano de 2007. Os resultados são apresentados em tabelas, considerando-se as variáveis envolvidas de forma quantitativa descritiva. Na Tabela 1 são apresentados os dados demográficos e o tempo de permanência na unidade após o primeiro atendimento.

Tabela 1 - Distribuição dos atendimentos de urgência clínica, em um hospital de ensino, segundo sexo, faixa etária, grau de instrução e tempo de permanência. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2007

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	2427	45,9
Masculino	2858	54,1
Total	5285	100
Faixa etária (anos)		
18 20	122	2,30
20 30	787	14,89
30 40	660	12,48
40 50	901	17,04
50 60	851	16,10
60 70	743	14,05
70 80	790	14,94
≥80	430	8,13
Sem informação	1	0,01
Total	5285	100 (99,94)
Grau de instrução		
Nenhum	500	9,46
Fundamental	3908	73,94
Ensino médio	457	8,64
Superior	297	5,61
Desconhecido	47	0,89
Sem informação	76	1,43
Total	5285	100 (99,97)
Tempo de permanência (horas)		
< 6	2105	39,8
6 12	871	16,5
12 18	466	8,8
18 24	352	6,7
≥ 24	1448	27,4
Não especificado	43	0,8
Total	5285	100

Fonte: SIHG HCFMRP-USP, 2008

Os resultados evidenciam que 54,1% dos atendimentos foram realizados em pacientes do sexo masculino, 70,1% em pacientes com idade superior a 40 anos.

Os indivíduos com 80 anos completos ficaram incluídos na faixa etária maior ou igual a 80 anos e, representam 8,1% dos atendimentos, pacientes cuja faixa etária pode agregar comorbidades requerem atenção diferenciada.

A variável, grau de instrução, mostrou que 73,9% dos pacientes atendidos na unidade apresentavam ensino fundamental, não sendo possível identificar se este era completo ou não e, o segundo maior percentil foi de pacientes com nenhum grau de instrução 9,5%.

O tempo de permanência na unidade, em 39,8% dos atendimentos foi inferior a 6 horas e em 27,4%, igual ou superior a 24 horas.

Tabela 2 - Diagnósticos médicos principais identificados nos atendimentos de clínica médica no serviço em estudo, segundo a terminologia proposta pelo CID-10. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2007

Diagnóstico médico principal (CID 10)	Nº	%
I10 – Hipertensão essencial (primária)	264	4,9
I678 – Outras doenças cerebrovasculares especificadas	188	3,6
I200 – Angina estável	93	1,8
Outros diagnósticos Sistema I	663	12,6
R69 – Causas desconhecidas e não especificadas de morbidade	251	4,7
R074 – Dor torácica não especificada	47	0,9
R51 – Cefaleia	47	0,9
Outros diagnósticos Sistema R	404	7,6
J189 – Pneumonia não especificada	112	2,1
J159 – Pneumonia bacteriana não especificada	107	2,0
J441 – DPOC com exacerbação aguda não especificada	47	0,9
Outros diagnósticos Sistema J	204	3,9
Z760 – Emissão de prescrição de repetição	95	1,8
Z018 – Outros exames especiais especificados	75	1,4
Z098 – Exame de seguimento após outro tratamento por outras afecções	53	1,0
Outros diagnósticos Sistema Z	162	3,1
G401 – Epilepsia e síndromes epiléticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crise de início focal	49	0,9
G439 – Enxaqueca sem especificação	25	0,5
Diagnósticos do Sistema G	257	4,9
Diagnósticos do Sistema S	330	6,3
Diagnósticos do Sistema T	278	5,3
Diagnósticos do Outros Sistema B	232	4,4
Diagnósticos do Sistema D	182	3,4
Diagnósticos do Sistema N	157	3,0
Diagnósticos do Sistema A	117	2,1
Outros sistemas (C, E, F, H, K, L, M, O, P, Q, V, W, X, Y)	882	16,7
CID não especificado	06	0,1
Total	5.285	100,0

Fonte: SIHG HCFMRP-USP, 2008

Os diagnósticos médicos de alta, segundo CID-10, mais frequentes foram do Capítulo IX – Sistema I – Doenças do Aparelho Circulatório com 22,9%, no qual a principal doença deste sistema foi a Hipertensão Essencial (primária) com 4,9% dos atendimentos, outras doenças cerebrovasculares especificadas representaram 3,6% dos atendimentos.

A segunda causa mais frequente dos atendimentos foi doenças listadas no Capítulo XVIII – Sistema R - Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em

DISCUSSÃO

A imprevisibilidade é característica determinante nos serviços de urgência/emergência e pode ser minimizada através da utilização dos resultados de estudos que permitam identificar o perfil populacional e as morbidades mais frequentes no serviço. O conhecimento destes aspectos específicos facilita o planejamento e a organização da unidade e do trabalho de enfermagem, refletindo na qualidade da assistência prestada ao usuário.

Nesse estudo identifica-se predomínio dos atendimentos a pacientes do sexo masculino, resultado que difere de outros estudos nos quais o sexo feminino foi responsável por um maior número de atendimentos^(11,12). Considerando que estes estudos foram realizados em diferentes regiões do país, cada qual apresenta variações demográficas características impactando na caracterização do perfil de atendimento em cada estudo.

No que se refere à faixa etária, maioria dos atendimentos na unidade ocorreu em indivíduos com idade superior a 40 anos, com destaque ao número de atendimentos aos usuários com mais de 60 anos que corresponde a 37,1% dos atendimentos.

O processo de envelhecimento reflete diretamente no consumo de serviços na área da saúde, na medida em que a população acima de 65 anos tem uma

Outra Parte com 13,4% dos atendimentos. Trata-se de quadros clínicos ainda em fase de diagnóstico, que tiveram saída da unidade com necessidade de continuidade de atenção ou outros serviços de saúde, portanto, não se trata de diagnóstico de patologia, mas de sintomatologia. E como terceira causa o Capítulo X – Sistema J – Doenças do Aparelho Respiratório apareceram como terceira causa mais frequente de atendimento de urgências clínicas, com 2,1% dos diagnósticos por pneumonia não especificada e 2,0% de pneumonias bacterianas não especificadas.

demanda quatro vezes maior de internações hospitalares se comparada à média da população⁽¹³⁾. Estudo realizado em um serviço de urgência e emergência no sul do país identificou que a média de internação dos indivíduos com 65 anos ou mais após consulta era de 18,6%, enquanto entre os mais jovens, esse valor foi de apenas 4,1%⁽¹⁴⁾.

A baixa escolaridade, até quatro anos de estudo, apresentada pelos usuários do serviço de urgência e emergência em hospitais de ensino aparece na literatura relacionado com o baixo poder aquisitivo da população que faz uso deste serviço^(14,15).

As diferenças socioeconômicas e de gênero são determinadas pela exposição a fatores de risco, fato que coloca as populações marginalizadas em desvantagem significativa, fazendo com que o diagnóstico das doenças ocorra tardiamente, quando já se fazem necessários cuidados de saúde para resolução de um quadro agudo⁽⁷⁾. Sendo o serviço de urgência responsável pelo tratamento de problemas agudos, é esperado portanto que a população que tenha menos acesso ou não disponha de informação que embasem o cuidado com sua saúde represente um maior número de atendimentos.

Os diagnósticos obtidos correspondem às estatísticas internacionais sobre o perfil epidemiológico mundial que apresentam como principais causas de

morte as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias malignas, doenças respiratórias crônicas e o diabetes, junto com causas externas como os acidentes, os homicídios e outras formas de violência⁽¹⁶⁾.

As doenças do aparelho circulatório apresentam aproximadamente 20% do total das mortes nas Américas. Destacam-se nesse grupo a cardiopatia isquêmica e a doença vascular cerebral como as mais importantes. A hipertensão essencial (primária) também tem impacto importante na situação de saúde da população nas Américas, atingindo entre 8 e 30% das mortes, além de ser fator de risco para o desenvolvimento de cardiopatias e acidente vascular cerebral⁽¹⁷⁾.

Vários trabalhos na literatura científica relatam o aumento da incidência das doenças cardiovasculares de maneira geral nos serviços de saúde e o crescente número das internações hospitalares decorrentes desse processo^(3,15,18).

No entanto, a associação entre envelhecimento e as doenças cardiovasculares nos serviços de urgência e emergência aparecem em apenas dois estudos, em regiões diferentes do nosso país^(14,16).

Portanto, este estudo traz um dado importante, identificando a ocorrência das doenças cardiovasculares em um município no interior de São Paulo que é referência em atendimento de alta complexidade. Além disso, evidencia a questão da hipertensão como problemática importante, uma vez que esta doença pode ser diagnosticada, controlada e monitorada a partir da atenção primária.

As doenças do Sistema R- Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não classificados em outra parte, que compreende uma série de afecções inespecíficas foram a segunda principal causa de atendimento na unidade. Este fato pode estar relacionado com as próprias características dos serviços de urgência e emergência, caracterizados pelo atendimento imediato, provisório que acaba

gerando um número elevado de diagnósticos mal definidos⁽¹⁴⁾.

As doenças do aparelho respiratório apareceram como terceira causa de atendimento, tendo destaque para os diagnósticos de pneumonia. Sabe-se que a população idosa é mais suscetível às infecções respiratórias como a pneumonia, podendo este diagnóstico ser reflexo do número de idosos atendidos nesta unidade.

As condições de atendimento às urgências clínicas, bem como o perfil dos pacientes atendidos reflete no tempo de permanência do paciente no serviço.

A porcentagem dos atendimentos com tempo de permanência inferior a seis horas pode ser decorrente de encaminhamentos inadequados para a referida unidade. A permanência por tempo superior a 24 horas pode significar a dificuldade para os encaminhamentos dos pacientes após o atendimento inicial, para outra unidade.

A falta de leitos para internação é uma situação comum em muitos hospitais, sendo necessário manter pacientes na unidade de emergência por tempo superior a 24 horas ocasionando um número elevado de internações, situação esta que necessita de adequações para fornecer uma assistência de qualidade para os pacientes⁽¹⁹⁾.

Na prática, esta condição é cada vez mais frequente, ficando os usuários acomodados em macas, comprometendo a qualidade do serviço e da assistência prestada. A necessidade de vagas de internação em unidades específicas é bastante comum, como por exemplo, por leitos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

O tempo de permanência encontrado por outros autores em unidade de emergência foi em média 4 horas e 42 minutos, variando conforme a especialidade do atendimento⁽¹⁶⁾.

Faz-se necessário a realização de estudos em

outros serviços de urgência e emergência acerca do tempo de permanência nestas unidades, visto que na literatura tivemos dificuldade de encontrar trabalhos acerca desta temática. Os trabalhos que tratavam sobre o assunto apresentavam o tempo de permanência segundo patologias específicas e não como tempo médio dos atendimentos em salas de urgência e emergência^(20,21).

LIMITES DO ESTUDO

Neste estudo não foi possível classificar os atendimentos por complexidade, impossibilitando relacionar tempo de permanência com o diagnóstico. Apesar desta limitação apresenta informações relevantes para a identificação de um novo perfil epidemiológico, além de mensurar o tempo médio de permanência no serviço de urgência/ emergência de um hospital de alta complexidade, bem como evidencia o expressivo contingente de pacientes idosos em atendimento no serviço de urgência clínica, situação esta não localizada na literatura científica.

CONCLUSÕES

Nos últimos anos é crescente a procura por atendimento nos serviços de urgência/emergência hospitalar, entretanto, o incremento na estruturação desses serviços ainda não é suficiente para suprir toda a demanda.

A mudança no perfil sócio-demográfico e etário da população, com crescente aumento na expectativa de vida, além da modificação no perfil de morbimortalidade, antes caracterizado pelas doenças infecto-contagiosas e atualmente com o aumento crescente das doenças crônicas não transmissíveis, que se desenvolvem no decorrer da vida e que além de comprometerem a qualidade de vida do indivíduo, geram aumento da procura por serviços de saúde. Particularmente, no Brasil, entende-se que tal situação

repercuta no atendimento nos serviços de urgência/emergência fazendo com que sejam necessárias modificações organizacionais e gerenciais destas unidades diante dessa nova realidade sanitária.

A análise dos dados obtidos neste estudo permitiu caracterizar o perfil dos atendimentos clínicos no serviço de urgência e emergência do hospital estudado, identificando ser mais frequente pacientes do sexo masculino, com escolaridade de ensino fundamental, na faixa etária de 18 a 59 anos, tendo como principal causa de atendimento as doenças do aparelho circulatório, os quais permaneceram na unidade tempo inferior a 6 horas. Tais dados possibilitam a identificação do perfil dos usuários atendidos auxiliando na elaboração de estratégias para a organização do trabalho na unidade.

O envelhecimento tem como consequência o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis modificando o perfil epidemiológico dos pacientes que utilizam os serviços de saúde. Faz-se necessário destacar que embora esse processo ocorra em todos os serviços, as unidades de urgência e emergência destacam-se por caracterizar-se como um atendimento imediato e provisório, ou seja, não dispõem de estrutura para a permanência por longo prazo.

A reorganização do sistema de saúde, colocando na prática o conceito de rede de saúde permitirá uma readequação na demanda para os serviços de urgência e emergência, auxiliando na questão da superlotação. Associado a este movimento organizacional do sistema, a utilização de dados demográficos e epidemiológicos são ferramentas fundamentais para o gerenciamento adequado destas unidades, podendo ser utilizado para provimento de recursos humanos e materiais, organização de escala de trabalho de funcionários e capacitação dos profissionais.

REFERÊNCIAS

1. O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(5):1881-90.
2. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
3. Pereira WAP, Lima MADS. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(3):279-83.
4. Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saude Soc*. 2011; 20(4):927-34.
5. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
6. Furuya RK, Birolim MM, Biazin DT, Rossi LA. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(1):158-62.
7. Organização Panamericana de Saúde. *Enfermedades no transmisibles en las americas: construyamos un futuro más saludable*. Colombia: OPAS; 2011.
8. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-am Enferm*. 2007; 15(1):13-9.
9. Escrivão Júnior A. A epidemiologia e o processo de assistência à saúde. In: Vecina Neto G, Malik AM. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 15-31.
10. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(2):258-65.
11. Silva VPM, Silva AK, Heinisch RH, Heinisch LMM. Caracterização do perfil da demanda da emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. *Arq Catarin Med*. 2007; 36(4):18-27.
12. Furtado BM, Alencar SM, Araujo Jr JLC, Cavalcanti PO. Perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7(3):279-89.
13. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):825-39.
14. Carret MLV, Fassa ACG, Paniz VMV, Soares PC. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(1 Supl):1069-79.
15. Mendes HWB, Almeida ES. Razões para a busca de assistência à saúde no Serviço de Urgência/Emergência de um Hospital Universitário. *Rev Paul Enferm*. 2005; 23(3/4):235-41.
16. Jacobs PC, Matos EP. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador – Bahia. *Rev Assoc Med Bras*. 2005; 51(6):348-53.
17. Organização Panamericana da Saúde. *Saúde nas americas*. Brasília: OPAS; 2007.
18. Scherr C, Ribeiro JP. Gênero, idade, nível social e fatores de risco cardiovascular: considerações sobre a realidade brasileira. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(3):e54-6.
19. Seleghim MR, Teixeira JA, Matsuda LM, Inou KC. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto socorro. *Rev Rene*. 2010; 11(3):122-31.
20. Bassan R, Scofano M, Gamarski R, Dohmann HF, Pimenta L, Volschan A, et al. Chest pain in the emergency room. Importance of a systematic approach. *Arq Bras Cardiol*. 2000; 74(1):22-9.
21. Santana VS, Xavier C, Moura MCP, Oliveira R, Espírito-Santo JS, Araújo G. Severity of occupation injuries treated in emergency services. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(5):750-60.

(Recebido: 08/05/2012
Aceito: 19/11/2012)