



Caracterização clínica e epidemiológica dos usuários atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na cidade de Iguatu – Ceará¹

Francisco Matheus de Sousa Brasil²; Milena Brasil de Sousa³; Michele de Souza Brasil⁴

Resumo: O presente estudo aborda a Classificação de Risco, que é proposto de acordo com a portaria 2.048 do Ministério da Saúde. Teve como objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico dos usuários atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na cidade de Iguatu – Ceará. A metodologia foi quantitativa, de abordagem exploratória, descritiva e transversal, tendo como local da pesquisa a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na cidade de Iguatu – Ceará. A amostra constou de 516 prontuários cadastrados eletronicamente com diagnóstico médico pela UPA no mês de dezembro de 2017, bem como 10.490 prontuários dos meses de janeiro e fevereiro de 2017 que continham o registro da Classificação de Risco. A coleta dos dados foi realizada nos meses de março e abril de 2018. Resultados: Em proporção ao sexo, pacientes do sexo feminino se apresentaram em maior quantidade, sendo 268 mulheres (51,94%) e 248 homens (48,06%). Em relação à faixa etária, o atendimento é mais prevalente em crianças de 0 a 9 anos se apresentando em (32,95%), e menos prevalente em idosos a partir de 60 a 99 anos (13,56%). Quanto aos diagnósticos, os mais frequentes com maior prevalência foram lombalgia apresentadas por 86 pacientes (16,6%), mais prevalentemente na faixa etária de 20 a 69 anos, cefaléia apresentada por 68 pacientes (13,1%), mais prevalente na faixa etária de 10 a 59 anos e amigdalite por 64 pacientes (12,4%), que se apresentou com maior prevalência nas faixas etárias de 09 a 29 anos, enquanto nas faixas etárias de 50 a 99 anos não apresentaram a doença. Quanto a Classificação de Risco, os casos classificados como verde e azul totalizaram a maior parte do atendimento, compostos por 8.690 usuários (85,08%) enquanto os casos de urgência foram compostos pela minoria do atendimento, sendo 1.488 pacientes, apenas (12,65%). O perfil clínico e epidemiológico dos pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento é caracterizado por atendimentos não urgentes. Os atendimentos apontaram para queixas de baixa complexidade, podendo se observar patologias de níveis de atenção básica. Concluiu-se pela necessidade de maiores estudos que possam orientar melhor sobre os serviços de urgências e emergências, bem como sobre a melhoria na triagem classificatória em situações de risco.

Palavras Chave: Classificação de Risco. Epidemiologia. Prevenção. UPA.

Clinical and epidemiological characterization of users assisted at the Emergency Care Unit (UPA) in the city of Iguatu – Ceará

Abstract: The present study addresses the Risk Classification, which is proposed according to the Ministry of Health's 2,048 port. It aimed to describe the clinical-epidemiological profile of users treated at the Emergency Care Unit (UPA) in the city of Iguatu - Ceará. The methodology was quantitative, exploratory, descriptive and cross-sectional approach, having as place of research the Emergency Care Unit (UPA) in the city of Iguatu - Ceará. The sample consisted of 516 medical records registered electronically diagnosed by the UPA in

¹ Artigo Científico apresentado como requisito parcial para a conclusão do Curso de pós-graduação Lato Sensu em Obstetrícia e Neonatologia, da UNINTA – Centro Universitário INTA, sob orientação da professora Doutora Martha Maria Macedo Bezerra. Julho de 2019.

² Enfermeiro, graduado na Faculdade Vale do Salgado – FVS e pós graduando em Obstetrícia e Neonatologia na UNINTA. Endereço – Rua Ilídio Sampaio, nº 2295, Icó/Ceará, CEP: 63430-000. E-mail: contatamatheusbrasil@hotmail.com.

³ Enfermeira, graduada na Faculdade Vale do Salgado – FVS e pós graduanda em Obstetrícia e Neonatologia na UNINTA. Endereço – Rua Ilídio Sampaio, nº 2295, Icó/Ceará, CEP: 63430-000. E-mail: millena-ico@hotmail.com.

⁴ Assistente Social, graduada na Faculdade Vale do Salgado – FVS. Endereço – Rua Ilídio Sampaio, nº 2295, Icó/Ceará, CEP: 63430-000. E-mail: michelly-ico@hotmail.com.

December 2017, as well as 10,490 medical records from January and February 2017 that contained the Risk Classification record. Data collection was performed in March and April 2018. Results: In proportion to gender, female patients were more frequent, 268 women (51.94%) and 248 men (48.06%). Regarding the age group, care is more prevalent in children aged 0 to 9 years (32.95%), and less prevalent in the elderly from 60 to 99 years (13.56%). Regarding the diagnoses, the most frequent with higher prevalence were low back pain presented by 86 patients (16.6%), most prevalent in the age group of 20 to 69 years, headache presented by 68 patients (13.1%), most prevalent in the age group. age from 10 to 59 years and tonsillitis by 64 patients (12.4%), which was more prevalent in the age group from 09 to 29 years, while in the age group from 50 to 99 years did not present the disease. Regarding the Risk Classification, the cases classified as green and blue totaled the majority of the attendance, composed by 8,690 users (85.08%) while the urgent cases were composed by the minority of the attendance, being 1,488 patients only (12, 65%). The clinical and epidemiological profile of patients treated at the Emergency Care Unit is characterized by non-urgent care. The appointments pointed to complaints of low complexity, and pathologies of primary care levels could be observed. It was concluded that there is a need for further studies that can better guide the urgency and emergency services, as well as the improvement in the classification screening in risk situations.

Keywords: Risk Classification. Epidemiology. Prevention. UPA.

Introdução

Os serviços de emergência são caracterizados pelo atendimento a pacientes em situações agudas que se encontram em risco de morte ou sofrimento intenso, dispõe de recursos tecnológicos e humanos, especializados e preparados para o seu atendimento e a sua recuperação (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde (MS) recomenda a ferramenta do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), que pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004b).

O Sistema de Triagem Manchester (STM) foi implementado no Reino Unido em 1997, passando a ser utilizado nas emergências hospitalares. Em 2000 passou a ser utilizado nos serviços de emergência de Portugal (SPEAKE, 2003; MACKWAY-JONES; MARDSEN; WINDLE, 2010).

Este modelo prevê a priorização do risco com base na queixa e nos sinais e sintomas apresentados pelo usuário, que remetem a um fluxograma com discriminadores para determinar em qual categoria das cinco classificações se insere usuário (GROUSE; BISHOP; BANNON, 2009).

Adicionalmente, buscando reorganizar e agilizar o atendimento de acordo com as reais necessidades dos pacientes, foi criado o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (PACR), sendo de responsabilidade do enfermeiro a realização da triagem classificatória (COFEN, 2007).

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento às urgências do acolhimento e da triagem classificatória de risco. De acordo com a mesma, este processo deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem como objetivo qualificar e humanizar o atendimento (BRASIL, 2002).

Assim, para melhor eficácia da aplicação da triagem classificatória é necessário que o enfermeiro possua domínio de todos os componentes que a cercam e, por este motivo, torna-se imprescindível aprofundar o conhecimento quanto à aplicação do PACR, que além de promover um atendimento em urgência e emergência mais ágil, também é responsável por uma escuta qualificada gerando um atendimento humanizado com acolhimento completo de acordo com as reais necessidades de cada usuário (BRASIL, 2009b).

Nesse âmbito, o presente estudo surge como uma importante ferramenta no sentido de avaliar a CR, permitindo uma maior compreensão sobre a temática, bem como fornecer maiores informações em relação à participação do profissional enfermeiro nesse processo.

Assim, conforme o exposto esse tema torna pertinente uma vez que o estudo busca avaliar a participação e qualidade da atuação do enfermeiro na tomada de decisão da CR frente à avaliação do paciente. Nesse intuito, esperamos contribuir para a sociedade científica através da demonstração dos principais fatores a serem considerados nos serviços de urgências e emergências, bem como para a sociedade no que diz respeito à melhoria da triagem classificatória em situações de risco.

Metodologia

A pesquisa foi desenvolvida com base no estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, englobando um conjunto procedimental sistemático. O estudo quantitativo converge na objetividade, com resultados quantificados, sua amostra utilizou técnicas estatísticas. A pesquisa é de linguagem matemática que retrata

as relações entre variáveis e os fenômenos. Todos os dados após o registro foram documentados e classificados de forma sistemática, e por fim os dados foram colocados em tabelas e gráficos a fim de facilitar a compreensão e interpretação (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Ainda no ponto de vista de Prodanov e Freitas (2013) tudo que possa ser quantificado, ou seja, qualquer informação ou assunto passivo de numeração para sua classificação e avaliação é entendido como pesquisa quantitativa.

Compõem a população do estudo os habitantes da cidade de Iguatu – Ceará que foram atendidos na UPA e contemplaram os critérios de inclusão da pesquisa. Enquanto, a amostra da pesquisa foi definida com base na amostragem não probabilística e intencional, assim, foram coletadas as informações com Classificação de Risco dos meses de janeiro e fevereiro de 2017 eletronicamente cadastrados pela UPA e dados dos prontuários do mês de dezembro de 2017.

Dessa forma, a amostra foi firmada de acordo com os seguintes critérios de inclusão da pesquisa:

- Dados com Classificação de Risco cadastrados eletronicamente do mês de janeiro e fevereiro de 2017;
- Prontuários devidamente preenchidos;
- Prontuários do mês de dezembro de 2017.

Contemplaram os fatores de exclusão da pesquisa as seguintes adversidades:

- Prontuários que não preencham os requisitos da pesquisa;
- Prontuários que não estejam dentro da faixa temporal da pesquisa;
- Prontuários que não apresentem diagnóstico médico.

Logo, uma vez aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foi realizado dois cortes temporais com amostras diferentes. Primeiramente foi observado que o mês de dezembro de 2017 contempla as informações requisitadas quanto às informações clínicas e epidemiológicas, porém do total de 2000 prontuários no referido mês, apenas 516 contemplam os critérios acima estabelecidos. Outrora, para investigar a Classificação de Risco foram coletadas as informações dos meses de janeiro e fevereiro de 2017, o que

forneceu um montante de 10.490 prontuários. Assim, a amostra total da pesquisa foi 11.006 prontuários.

A coleta dos dados foi realizada na UPA do município de Iguatu, Ceará nos meses de março e abril de 2018. O instrumento utilizado foi um questionário semiestruturado. Foi realizada a análise dos dados arquivados na unidade do período de janeiro e fevereiro de 2017 e prontuários do mês de dezembro de 2017. Essa etapa oferece risco de exposição dos usuários, uma vez que os prontuários possuem informações de identificação e endereço, por isso, para minimizar esse risco, essa fase foi realizada somente após a assinatura do termo de Fiel Depositário pelo responsável do serviço, assim como a coleta dos dados dos prontuários foi feita unicamente pelo pesquisador em sala restrita, fechada e sem uso de equipamentos fotográficos. Além disso, as informações coletadas foram identificadas por numeração aleatória, sem ligação ao número do prontuário, e estes não foram citados no trabalho.

Os resultados foram apresentados segundo a estatística descritiva, primeiramente foi feita a tabulação dos dados pelo software *GraphPadPrism*® 7.0 e Excel, onde os mesmos foram apresentados em tabelas e gráficos. Posteriormente foi empregada a análise descritiva para comparar as características sociodemográficas e o diagnóstico médico, e por último a correlação entre os mesmos. Para análise dos resultados foi empregada às relações de média, frequência absoluta e relativa na comparação dos dados por diagnóstico, sexo e faixa etária.

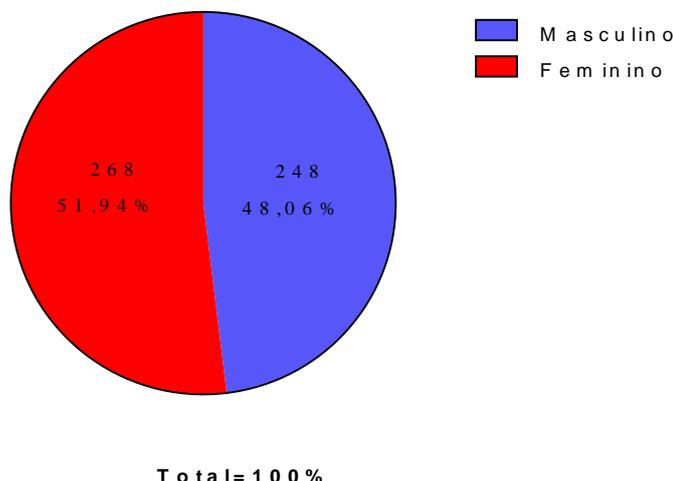
Os aspectos éticos seguiram de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que contempla a dignidade e o respeito pela proteção especial pelos participantes da pesquisa. Foram garantidos o anonimato e o sigilo de todas as informações colhidas.

Resultados e discussões

Caracterização Sócio-demográfica

Os resultados abaixo trazem as informações da busca do serviço de saúde na UPA por sexo, logo, é possível visualizar a seguinte distribuição de atendimentos:

Gráfico 1. Número de atendimentos por sexo na UPA, Iguatu-CE, Dezembro/2017



Fonte: Dados de atendimento da UPA de Iguatu-CE

Em relação ao perfil dos usuários estudados no Gráfico 1, aos quais foram avaliados por sexo, foram encontrados mais frequentemente pacientes do sexo feminino. Esses dados se aproximam de outros trabalhos que apresentam proporção de sexo semelhante, sendo observados serviços com prevalência de pacientes do sexo feminino (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2011).

Já uma pesquisa, em um hospital geral de Florianópolis onde foi estudado o perfil da clientela, difere do presente estudo, pois no que se diz respeito à prevalência por sexo, constatou que entre os pacientes atendidos, os homens apresentaram-se em (51,4%) e mulheres (48,6%), ou seja, o número da população composta por homens foi superior quanto à das mulheres (LUZ, 1996).

A maior busca pelo atendimento que foram compostos por mulheres pode ser atribuída pelo fator de diferença regional do local de estudo, e ainda, pela questão que a população feminina é significativamente maior que a masculina em todo o país.

Pelo fator de barreiras culturais, o conceito de masculinidade visto na sociedade vê muitas vezes o homem como seres não frágeis em relação às mulheres, que, são consideradas por ele sinais de fragilidade o ato de procurar com frequência um serviço de saúde. Muitas vezes o homem como provedor não quer deixar de ir trabalhar para ir a uma consulta. Eles

não reconhecem a doença como algo inerente à condição do homem e muitas vezes acreditam que os serviços de saúde são destinados às mulheres, idosos e crianças (TONELI; SOUZA; MÜLLER, 2010).

Tabela 1. Distribuição dos atendimentos por faixa etária. UPA, Iguatu-CE, Dezembro/2017

Faixa etária (anos)	Frequência absoluta (Nº)	Frequência relativa (%)
0 h 9	170	32,95
10 h 19	40	7,75
20 h 29	80	15,50
30 h 39	66	12,79
40 h 49	52	10,08
50 h 59	38	7,36
60 h 69	30	5,81
70 h 79	24	4,65
80 h 89	10	1,94
90 h 99	6	1,16
Total	516	100

Fonte: Dados de atendimento da UPA de Iguatu-CE

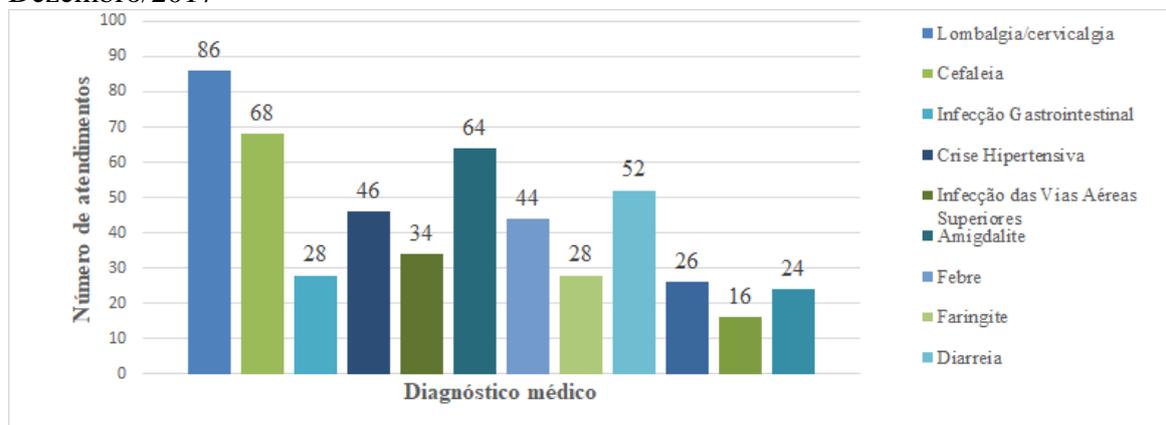
Na análise dos 516 prontuários, foi constatado na Tabela 1, que o atendimento é mais prevalente em crianças com faixa etária de 0 a 9 anos (32,95%) e o menos prevalente em idosos a partir de 60 a 99 anos totalizando (13,56%). A associação entre esse desfecho de idade pode estar diretamente relacionada aos principais diagnósticos, pois se observou que um valor significativo do número de pacientes idosos não apresentava diagnóstico médico.

Outros estudos apresentam dados diferentes, onde a média de pacientes em relação à idade é entre 39 e 43 anos (GUEDES *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2011). Esse dado se aproxima com o estudo de Carret, Fassa e Kawachi, (2007), que verificam média de idade de 44 anos, de Aranaz *et al.* (2006), que encontram média de idade de 41 anos e de Sánchez López *et al.* (2005), que encontram média de 49 anos.

Os atendimentos quanto à faixa etária foi mais incidente na população infantil. Esse dado pode estar ligado ao fato de que a maioria dos prontuários não obtinha diagnóstico médico, logo, os mesmos foram excluídos da pesquisa, no entanto, a maioria dos prontuários da população infantil obtinha diagnóstico médico.

Caracterização Clínica

Gráfico2. Distribuição dos atendimentos por diagnóstico médico. UPA, Iguatu-CE, Dezembro/2017



Fonte: Dados de atendimento da UPA de Iguatu-CE

Quanto aos prontuários dos usuários que foram analisados, foram listados por faixa etária na Tabela 1 e distribuídos por diagnóstico médico no Gráfico 2. Dentre eles as mais frequentes com maior prevalência (conforme registrados no prontuário) 89 pacientes apresentaram lombalgia (16,6%), 68 pacientes apresentaram cefaleia (13,1%) e 64 pacientes apresentaram amigdalite (12,4%).

Souza e colaboradores (2011) descrevem em seu estudo conforme a Classificação de Risco que a dor representou a principal queixa dos pacientes, sendo que a cefaleia e a dor abdominal corresponderam a (31,5%) do total das queixas apresentadas.

Oehling e Vilibor (2005) destacam que as síndromes epiléticas representam uma significativa fração dos atendimentos em unidades de emergência. De acordo com Oliveira e Scochi (2002) as lesões estão entre as causas mais frequentes de atendimentos prioritários.

Tabela 2. Relação diagnóstico médico e faixa etária dos atendimentos. UPA, Iguatu-CE, Dezembro/2017

<i>Diagnóstico</i>	<i>Faixa etária (idade em anos)</i>										
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	
<i>Lombalgia</i>											
<i>N</i>	2	0	16	16	18	34,6	16	12	4	2	0
<i>%</i>	1,7		20	24		42,1	40	16,7	20		
<i>Cefaleia</i>											
<i>N</i>	4	8	12	18	10	10	4	0	2	0	
<i>%</i>	2,4	20	15	27,3	19,2	26,3	13,3		20		
<i>Amigdalite</i>											
<i>N</i>	36	10	12	4	2	0	0	0	0	0	
<i>%</i>	21,2	25	15	6,1	3,8						
<i>Diarreia</i>											
<i>N</i>	20	6	8	10	0	4	2	0	0	2	
<i>%</i>	11,8	15	10	15,2		10,5	6,7			33,3	
<i>Hipertensão</i>											
<i>N</i>	0	0	0	6	8	6	8	16	2	0	
<i>%</i>				9,1	15,4	15,8	26,7	66,6	20		
<i>Febre</i>											
<i>N</i>	42	2	0	0	0	0	0	0	0	0	
<i>%</i>	24,7	5,0									
<i>IVAS</i>											
<i>N</i>	28	4	2	0	0	0	0	0	0	0	
<i>%</i>	16,5	10	2,5								
<i>Faringite</i>											
<i>N</i>	12	0	10	4	2	0	0	0	0	0	
<i>%</i>	7,1		12,5	6,1	3,8						
<i>GECA</i>											
<i>N</i>	12	0	10	2	2	0	2	0	0	0	
<i>%</i>	7,1		12,5	3,0	3,8		6,7				
<i>Gripe</i>											
<i>N</i>	12	0	4	2	2	0	2	0	0	4	
<i>%</i>	7,1		5,0	2,0	3,8		6,7			66,7	
<i>Trauma/Fratura</i>											
<i>N</i>	2	6	0	4	2	2	0	4	4	0	
<i>%</i>	1,7	15		6,1	3,8	5,3		16,7	40		
<i>Intoxicação Alcóolica</i>											
<i>N</i>	0	4	6	0	6	0	0	0	0	0	
<i>%</i>		10	7,5		11,5						

Fonte: Dados de atendimento da UPA de Iguatu-CE

A busca pelo atendimento complementar teve como principal demanda de atendimento na UPA foram situações de risco para os pacientes, em que as principais queixas foram agudas e envolveram desconforto físico, compostos de uma sintomatologia característica de processos terapêuticos resolvíveis em atenção básica, além de aspectos emocionais e de necessidades consideradas não urgentes. Doenças crônicas associadas não é o principal motivo da procura dos usuários ao serviço, podendo sugerir que seu tratamento seja realizado em unidades de níveis de atenção primária. A busca pelo atendimento, segundo os

dados coletados, caracterizou-se pelo atendimento a necessidades agudas, mas que no momento lhes traziam limitações e desconforto (SILVA; PEDROSO; FURLANI, 2000).

Como mostra na Tabela 2, dentre os diagnósticos atribuídos aos usuários por meio da consulta médica, se destacam lombalgia, cefaléia e amigdalite, resultados diretamente relacionados às queixas. Porém, é importante destacar que este fato pode estar associado à falta de dados clínicos e laboratoriais para determinação dos diagnósticos ou mesmo à ausência de diagnóstico.

No presente estudo, a lombalgia se apresentou mais prevalentemente na faixa etária de 20 a 69 anos. Existem vários fatores de risco que estão relacionados com a lombalgia, pesquisadores a caracterizam como uma doença de pessoas com vida sedentária, na qual a inatividade física estaria relacionada direta ou indiretamente com dores na coluna; a maior parte da atenção dirige-se a considerá-la como consequência da combinação da aptidão musculoesquelética deficiente e um movimento que force essa região (NIEMAN, 1999; SANTOS, 1996).

A cefaléia também se apresenta com maior prevalência em alguns estudos. Estudos mostram que a lombalgia e a cefaléia, manifestam-se com mais frequência na população com idade superior de quinze anos (GUTHRIE *et al.*, 1993).

Sternbach (1986), quando pesquisou a ocorrência de dor geral durante o ano anterior à coleta de dados, em pessoas com 18 anos ou mais, identificou a dor de cabeça como o local de maior prevalência, seguida da dor lombar. Apesar de esses resultados apresentarem diferenças com relação às frequências encontradas no presente estudo, onde a lombalgia ocupa a primeira posição, e cefaléia a segunda, ou seja, a lombalgia é mais frequente, seguida da cefaléia.

A amigdalite foi à terceira doença dos casos mais frequentes do estudo. Se apresentou com prevalência nas faixas etárias de 09 a 29 anos (61,2%) enquanto nas faixas etárias de 50 a 99 anos não apresentaram a doença.

Simoes (2000) realizou uma pesquisa com 21.983 usuários, de faixa etária de 0 a 14 anos, observou que a taxa de incidência de amigdalite foi de (16,61%) na faixa etária de 0 a 4 anos, de (15,65%) de 5 a 9 anos e de (9,19%) de 10 a 14 anos.

Diversos fatores têm sido apontados como contribuidor para o desencadeamento desses problemas prevalentes apontados, particularmente o sedentarismo, a obesidade, o

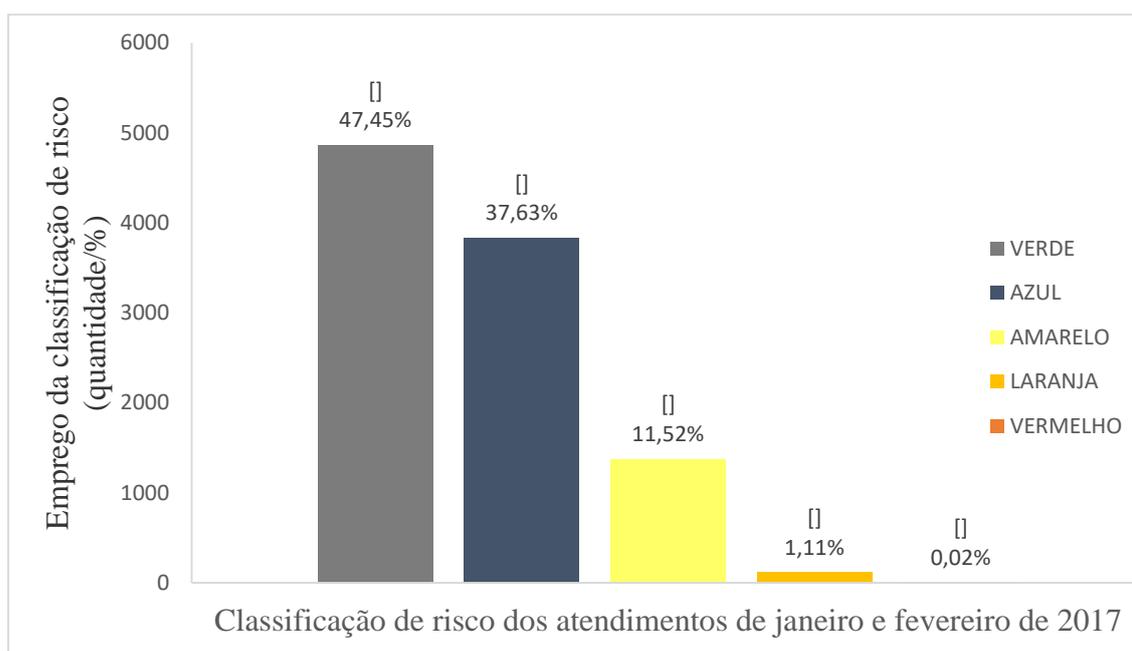
hábito de fumar, a realização de trabalhos pesados, as síndromes depressivas, as alterações climáticas, os fatores antropológicos, os hábitos posturais, e infecções virais e bacterianas.

De forma equivalente, outras pesquisas apresentam entre suas queixas mais frequentes lombalgia, cefaléia e amigdalite (OLIVEIRA *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2012).

Em relação à faixa etária de 0 a 9 anos, que apresentaram maior incidência na pesquisa (32,95%), as queixas e diagnósticos foram decorrentes de doenças agudas, onde se apresentaram mais frequentes, febre (24,7%) e amigdalite (21,2%). Esses casos requerem tratamento prévio, podendo haver a necessidade de realização de exames.

Aplicação da Classificação de Risco

Gráfico 3 – Caracterização da classificação de risco atribuída por cores de acordo com o protocolo do AACR. UPA, Iguatu-CE, Janeiro e Fevereiro/2017



Os casos classificados como verde e azul que totalizaram a maior parte do atendimento, compostos por 8.690 usuários (85,08%), poderiam ser resolvidos em serviços de baixa complexidade, contribuindo para diminuição da superlotação nos serviços de

emergência e conseqüentemente na melhora da qualidade da assistência, em especial no que se refere a condições estruturais de acomodação e de recursos humanos disponíveis para atendimento nessas unidades.

Segundo Gutierrez e Barbieri (1998) devido à baixa concentração de recursos humanos e tecnológicos nos serviços de nível primário e secundário, a eficiência dos procedimentos médicos assistenciais disponíveis no nível terciário pode fazer a diferença na escolha do serviço pelo usuário e no atendimento prestado, tornando-os resolutivos e de maior acesso.

De acordo com o Gráfico 3, dos pacientes que realizaram procura direta para atendimento na Unidade de Pronto Atendimento, 1.488 pacientes (12,65%) compõe as cores vermelho, laranja e amarelo, logo esses seriam casos que apresentam provavelmente mais urgência, sendo, portanto, as classificações mais adequadas ao serviço de prestação de uma UPA.

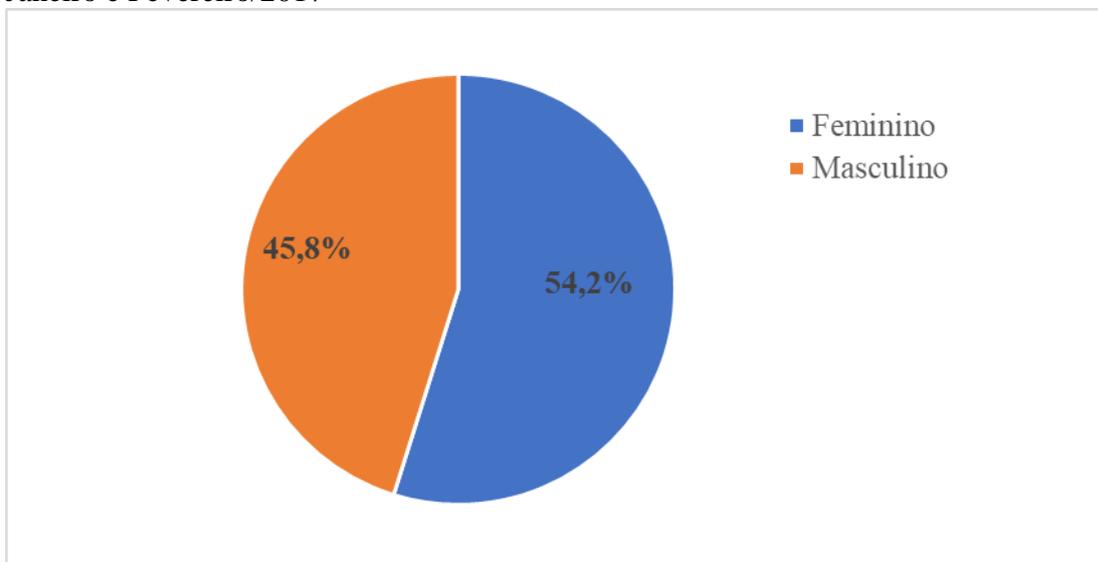
Madeira e colaboradores (2010) realizaram um estudo, onde se pôde observar que apenas (0,1%) dos atendimentos foi em decorrência da cor vermelha, (1,2%) da cor laranja, (15,7%) da cor amarela, (74,9%) da cor verde, (0,9%) da cor azul e (7,2%) classificados como não pertinente do serviço. Dos classificados na cor vermelha (80%) dos atendimentos foram em decorrência de um quadro de diabetes por hipoglicemia, os classificados na cor laranja, (23,7%) foi em decorrência de um quadro de sobredosagem ou envenenamento. Na classificação amarela, observou que (27,1%) dos atendimentos foram em decorrência de um quadro de indisposição no adulto, como também na cor verde (48%) e azul (53,4%).

O fato de que a maior parte da clientela atendida na UPA não se enquadrar no contexto urgência e emergência, pode estar associado pela fácil acessibilidade e maior resolutividade do seu problema, funcionamento 24 horas e a impossibilidade de recorrer diretamente ao serviço de atenção básica, vendo que estes não funcionam no período da noite e também por se encontrarem angustiados e apreensivos. Por isso acabam recorrendo a um serviço de alta complexidade.

Estudo de Oliveira e Scochi (2002) mostra que (60,5%) da demanda acessa inicialmente o serviço de emergência por razões de conveniência à utilização. Os usuários acabam optando pelo serviço de pronto atendimento pela facilidade do atendimento e pelo fato da instituição possuir ambulatorios e realizar exames de imagem, que muitas vezes a rede básica não oferece o serviço (VIEIRA; LIMA, 2002).

O alto número de usuários que procuram as unidades de emergência também pode estar relacionado à forma como estão organizados os serviços de atenção básica, onde o atendimento é feito de forma agendada, sendo dividido por especialidades e o atendimento de demanda livre acaba sendo apenas uma vez por semana, sendo que a prioridade é dada ao que está agendado, fazendo com que muitos usuários que necessitam de uma avaliação médica sejam encaminhados ou procurem espontaneamente, de forma informal, os serviços de emergência quando a demanda excede ao programado.

Gráfico 4 – Caracterização da classificação de risco atribuída por sexo. UPA, Iguatu-CE, Janeiro e Fevereiro/2017



Fonte: Dados de atendimento da UPA de Iguatu-CE

Em relação à caracterização da classificação de risco atribuída por sexo, ao perfil dos usuários estudados como consta no Gráfico4, foram encontrados predominantemente pacientes do sexo feminino (54,2%); resultado similar ao observado no Gráfico 1.

Considerações Finais

Os serviços de urgência e emergência têm sido vistos como porta de entrada dos usuários para o sistema de saúde, incluindo pacientes em situações menos complexas, que em geral deveriam ser referenciados para unidades de atenção básica. Causando uma maior

sobrecarga nesses setores, que geram superlotação, desconforto e longo tempo de espera para o atendimento.

Diante do exposto na pesquisa, pode-se observar que o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento é caracterizado por atendimentos não urgentes. O perfil da amostra se caracterizou pelo atendimento a população infantil em idade de crescimento e sexo feminino. Os atendimentos apontaram para queixas de baixa complexidade, podendo se observar que o perfil dos usuários que utilizaram o serviço apresentava patologias de níveis de atenção básica.

Os diagnósticos mais comuns foram lombalgia, cefaléia e amigdalite, problemas ligados diretamente às queixas. Podendo se observar que a maioria dos prontuários coletados não obtinha diagnóstico médico, assim, impossibilitando identificar com maior precisão todos os diagnósticos que tiveram maior incidência no atendimento.

Foi observado que nos prontuários da qual a amostra foi desenvolvida não obtinham a relação entre diagnóstico médico e a Classificação de Risco, sendo necessário fazer duas coletas em períodos diferentes e não possibilitando estabelecer a correlação entre diagnóstico e Classificação de Risco.

Compete diretamente aos gestores públicos e seus prestadores contribuírem na orientação e conscientização da população quanto à maneira correta de se utilizar os serviços de saúde, estabelecendo campanhas educativas por meio de palestras, outdoors, panfletos, mídia entre outros. Melhorar a conscientização da população quanto ao uso adequado dos serviços de saúde contribuirá para melhorias da qualidade de atendimento e assistência em todas as complexidades, pois a demanda será redirecionada aos serviços de sua competência dentro das diretrizes do SUS. Muitas vezes os usuários o fazem de maneira inadequada pela falta de conhecimento do funcionamento da rede e suas diferentes competências.

Por fim, esperamos que esse estudo possa contribuir para elaboração de planos de atenção a cuidados de saúde para fortalecer e planejar uma maior resolutividade na assistência básica, uma vez que essa é a porta de entrada da saúde pública.

Referências

ACOSTA, A. M.; DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. DA S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 181–190, 2012.

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

ARANAZ ANDRES, J. M. *et al.* Por que os pacientes utilizam os serviços de urgências hospitalares por iniciativa própria?. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 20, n. 4, p. 311-315, ago. 2006.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**. 2007; 17 (4): 229-32.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048/GM de 5 de novembro de 2002**. Regulamento técnico dos Sistemas Educacionais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em 07 out. 2017

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, 48 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.

_____. Ministério Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 240ª Reunião Ordinária. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 05 nov. 2017

CARRET, M, L, V.; FASSA, A, G. KAWACHI, I. Demanda por serviços de emergência de saúde: fatores associados ao uso inadequado. **BMC Health Services Research**, Londres, v.7, p. 131, Ago. 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-131.pdf>> Acesso em: 27 mai. 2018.

CEARÁ, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadorias Regionais de Saúde. Ceará, 2010. Disponível em: <<https://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>> Acesso em 02 nov. 2017.

CEARÁ, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Guia das Oficinas Regionais. **PROJETO QUALIFICAAPSUS CEARÁ: Qualificando a Atenção Primária à Saúde no Estado.** p.200–203, 2017.

CHIANCA, T. C. M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo de Manchester. **Revista da Escola de Enfermagem, USP** vol.47, n.6, São Paulo Dec. 2013.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 159, de 19 de abril de 1993.** Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Rio de Janeiro: Cofen; 1993.

COREN-MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Parecer COREN-MG nº 136, de 26 de setembro de 2011.** Competência do enfermeiro para realizar a Classificação de Risco nos diversos pontos de atenção à saúde da população. Minas Gerais, Belo Horizonte; 2011.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. DE O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 22, n. 2, p. 188–198, 2012.

DIOGO, C. S. **Impacto da relação cidadão – sistema de triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS.** Dissertação (Mestre em Gestão dos Serviços de saúde) – Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, p. 22, 2007.

GANGLEY, L.; GLOSTER, A. S. Uma visão geral da triagem no departamento de emergência. **Nursing Standard**, v. 26, n. 12, p. 49–56, 2011

GROUSE, A. I.; BISHOP, R. O.; BANNON, A, M. O Sistema de Triagem Manchester fornece boa confiabilidade em um departamento de emergência australiano. **Revista de Medicina de Emergência**, v.26, n.7, p. 484-486, 2009.

GUEDES, M, V, C.; HENRIQUES, A, C, P, T.; LIMA, M, M, N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 31–37, 2013.

GUEDES, H, M. *et al.* Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 1, p. 37–44, 2014.

GUTHRIE, F.; NICOLOSI, F.; STRAUSS, S. A prevalência de queixas de dor em uma população geral; Um estudo australiano. Associação Australiana de Medicina Musculoesquelética. **Boletim** Vol 9: 3 de dezembro de 1993.

GUTIERREZ, M. F.; BARBIERI, M. A. Sistema Único de Saúde e demanda ambulatorial – os pacientes do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. **Medicina Ribeirão Preto**, Ribeirão preto, v. 31, n. 1, p. 81-98, jan./mar. 1998.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2017**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=230550>> Acesso em 02 nov. 2017

LÄHDET, F. E. *et al.* Análise de triagem em todo o mundo. **Emergency Nursing**, v. 17, n. 4. EUA 2009.

LUZ, G, D. Análise dos atendimentos dos serviços de emergência de um hospital geral. [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 1996.

MACKWAY-JONES, K.; MARDSEN, J.; WINDLE, J. **Triagem de Emergência**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010

MADEIRA, D, B.; LOUREIRO, G, M. NORA, E, A. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PERFIL DO ATENDIMENTO EM UM HOSPITAL MUNICIPAL DO LESTE DE MINAS GERAIS. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste-MG - V.3 - N.2 - Nov./Dez. 2010.

MARQUES, G, Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um Pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem**, USP 2008; 42(1): 41-7. Porto Alegre, RS.

MURRAY, M.; BULLAR, M.; GRAFSTEIN, E. Revisões ao Departamento de Emergência Canadense da Escala de Triagem e Acuidade implementação de diretrizes. **Canadian Journal of Emergency Medical Care**, v.6, n.6, p. 421-7, 2004.

NIEMAN, D, C. **Exercício e Saúde**. São Paulo: Manole, 1999.

OEHLING, G. C.; VILIBOR, R. A. **O paciente com convulsão**. In: VELASCO, I. T. Propedêutica na Emergência. São Paulo: Atheneu, 2005.

OLIVEIRA, M, L, F.; SCOCHI, M, J. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 123-128, 2002.

OLIVEIRA, G, N. *et al.*, Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 1–9,2011.

PRODANOV, C, C.; FREITAS, E, C,DE. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2. ed. Novo Amburgo: Feevale, 2013. 277

p. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAA00wAA/prodanov-freitas-metodologia-trabalho-cientifico-metodos-tecnicas-pesquisa-trabalho-academico>>
Acesso em: 04 nov. 2017.

SÁNCHEZ LÓPEZ, J. *et al.* Frequência e características da demanda atendidas em um serviço de emergência hospitalar: circuitos de atenção. **Emergências**, Madrid, v. 17, n. 2, p. 52-61, 2005.

SANTOS A, C. **O exercício físico e o controle da dor na coluna vertebral**. Rio de Janeiro: Medsi, 1996.

SILVA N, N. PEDROSO G, C. PUCCINI R, F. FURLANI W, J. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. **Revista de Saúde Pública** 2000; 34 (1): 44-9.

SILVA, M. DE F. N. *et al.* Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 218–225, 2014.

SIMOES, J, A, R. **Incidência de amigdalite aguda em crianças de 0 a 14 anos**. Dezembro, 2000. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/publication/236335498_Incidence_of_acute_tonsillitis_n_children_aged_0_to_14_years_Portuguese_original_Incidencia_de_amigdalite_aguda_em_crianças_dos_0_aos_14_anos> Acesso em: 24 mai. 2018.

SOUZA, C, C.; TOLEDO, A, D.; TADEU L, F, R.; CHIANCA T, C, M. **Classificação de risco em pronto-socorro**: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. jan-fev 2011. 19 (1): [08 telas]. Acesso em: 28 mai. 2018. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2814/281421953005/>>

SOUZA, C, C. *et al.* Principais queixas de pacientes de urgência segundo o protocolo de classificação de risco de Manchester. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 6, n. 3, p. 540–548, 2012.

SPEAKE, D. Detectar pacientes de alto risco com dor no peito. **Emergency Nurse**, v. 11, n. 5, p. 19-21, set. 2003.

STEEL, I, R. Evolução dos sistemas de triagem. **Emergency Medicine Journal**, v.23, n.2, p. 154-155, 2006.

STERNBACH, R, A. Pesquisa de dor nos Estados Unidos: o relato de dor neprin. **Clin J Pain** 1986; 1: 49-53.

TONELI M, J, F. SOUZA, M, G, C. MÜLLER, R, C, F. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. **Physis** 2010; 20 (3): 973-994.

TRAVERS, D. A. et al. Sistema de triagem de cinco níveis mais eficaz do que o de três níveis no departamento de emergência terciário. **Journal of Emergency Nursing**, v. 22, n. 5, p. 395–400, 2002.

VIEIRA, M, A.; LIMA, R, A, G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto v. 10, n. 4, p. 552-560, jul./ago. 2002.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

BRASIL, Francisco Matheus de Sousa; SOUSA, Milena Brasil de; BRASIL, Michele de Souza. Caracterização clínica e epidemiológica dos usuários atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na cidade de Iguatu – Ceará. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, 2019, vol.13, n.46, p. 992-1010. ISSN: 1981-1179.

Recebido: 26/07/2019;

Aceito: 29/07/2019.