



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia  
Curso de Enfermagem

**PERFIL DA DEMANDA DE EMERGÊNCIAS CLÍNICAS NO PRONTO SOCORRO  
DO HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA- DF.**

CAROLINA MATIAS XAVIER

Brasília  
2014

CAROLINA MATIAS XAVIER

**PERFIL DA DEMANDA DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS CLÍNICAS NO  
PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA- DF.**

Trabalho apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão do Curso Enfermagem II- TCCE II, da UNB- FCE como requisito parcial da obtenção de aprovação na disciplina.

Orientador: Profa. Dra. Paula Regina de Souza Hermann

Brasília

2014

**Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.**

Xavier, Carolina Matias.

Perfil da demanda de emergências clínicas no pronto socorro no Hospital Regional da Ceilândia- DF/ Carolina Matias Xavier. - Brasília: Universidade de Brasília: [s.n], 2014. 45 p. ;il.

Monografia (graduação) - Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem. 2014.

Incluem anexos

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paula Regina de Souza Hermann

1. Emergências clínicas 2. Protocolo de Manchester 3. Pronto Socorro 4. Demanda dos serviços de saúde.

I. Xavier, Carolina Matias. II. Universidade de Brasília, curso de enfermagem. III. Perfil da demanda de emergências clínicas no pronto socorro no Hospital Regional da Ceilândia- DF.

XAVIER, Carolina Matias.

Perfil da demanda de emergências clínicas no pronto socorro do Hospital Regional da Ceilândia-DF.

Monografia apresentada a Faculdade de Ceilândia – FCE - Universidade de Brasília como exigência para obtenção do título de Bacharelado do Curso de Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Comissão Julgadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paula Regina de Souza Hermann  
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

---

Prof<sup>a</sup> Dr: Michelle Zampieri Ipolito  
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marcia Cristina da Silva Magro  
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela graça de ter ingressado e ter persistido na conclusão da graduação em enfermagem. Por me dar vontade de prosseguir mesmo em momentos difíceis, sendo o responsável por me guiar e orientar. Sei que posso confiar que em todos os momentos, principalmente nos de dificuldade, sempre estará ao meu lado.

À minha mãe que sempre acreditou em mim e em meus sonhos. Obrigada pelas palavras sempre tão cheias de sabedoria que inúmeras vezes trouxeram conforto ao meu coração. Obrigada por todo cuidado, dedicação e amor.

Ao meu pai, que nunca mediu esforços para me ajudar, que investiu em mim, que sempre me incentivou e me impulsionou a crescer e a ser alguém melhor.

Às minhas irmãs Juliana Matias e Natália Matias, que sempre estiveram ao meu lado. Obrigada por sua amizade, compreensão, paciência, cuidado e carinho.

Ao meu noivo Carlos Magno que me encorajou em cada desafio e me ajudou nas minhas limitações. Agradeço por seu amor incondicional e compreensão nos momentos de ausência e impaciência.

Aos meus amigos de faculdade por tantos momentos especiais. Por termos enfrentando juntos tantas dificuldades e por termos superado cada uma delas. Agradeço pela aprendizagem, pelo convívio e pelo auxílio mútuo. A amizade e companheirismo de vocês tornaram as coisas mais simples.

À minha orientadora, Paula Regina Souza Hermann por todo apoio, auxílio e confiança depositada em mim. Pela disposição em me ajudar e me orientar. Você foi imprescindível para que eu alcançasse meus objetivos e concluísse essa etapa da minha vida.

A todo corpo docente da Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia, pela dedicação e ensinamentos primordiais para minha formação.

E a todos aqueles que estimam e acreditam no meu sucesso, o meu muito obrigada!

Dedico esse trabalho aos meus familiares, ao meu noivo, aos meus amigos e a todos que estiveram comigo e me ajudaram nessa caminhada.

XAVIER, C. M. Perfil da demanda de emergências clínicas no pronto socorro do Hospital Regional da Ceilândia. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia. Distrito Federal, 2014, p 45.

### **RESUMO**

Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil dos pacientes que utilizam os serviços do pronto socorro adulto do Hospital Regional da Ceilândia. Trata-se de uma pesquisa descritiva e transversal realizado no pronto socorro do Hospital Regional da Ceilândia. Os dados foram obtidos pela análise de prontuários, via TRAKCARE, de pacientes com idade superior a 18 anos atendidos por causas clínicas no pronto socorro, no período de abril a junho de 2014. A amostra foi composta por 135 pacientes, com predomínio do sexo feminino (58,52%), com idade mediana de 66 anos. Em 86,67% dos pacientes apresentaram comorbidades diversas, predominando diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. O sistema que apresentou maior acometimento foi o sistema respiratório, seguido do sistema nervoso e circulatório em ambos os sexos. Na classificação Manchester predominou a estratificação de risco laranja, no entanto, 50,37% não tinha informação. A alta hospitalar ocorreu em 85,93% após média de sete dias de internação. Conclui-se que no pronto socorro predominou idoso do sexo feminino com agravos do sistema respiratório.

Descritores: 1. Emergências clínicas 2. Protocolo de Manchester 3. Pronto Socorro 4. Demanda dos serviços de saúde.

XAVIER, C. M. Demand profile of clinical emergencies in the emergency department of the Hospital Regional da Ceilândia. Final course work. University of Brasilia - Faculty of Ceilândia. Federal District , 2014, p . 45.

### **ABSTRACT**

This study had like objective characterizes the patients profiles that use the services of emergency department adult of the Hospital Regional de Ceilândia. It is a descriptive and transversal research realized in the emergency room of the Hospital Regional da Ceilândia. It information was got with analysis of records, by TRAKCARE, about patients aged over 18 years assisted with clinical problems in the emergency department, period of the april to june of 2014. The sample was composed for 135 patients, with female majority (58,52%), with a median age of 66 years. In 86,67% of the patient had several comorbidities, diabetes mellitus and hypertension were predominating. The body system that had more patient diseases was the pulmonary system, followed by the nervous system and circulatory system in the both gender. In the Manchester classification predominated the risk stratification with orange color, but 50,37% did not have information. The hospital release occurred in 85,93% after mean of seven days of hospitalization. Concludes that the emergency room predominated elderly females with diseases of the respiratory system.

Keywords: 1. Clinical emergencies 2. Manchester Protocol 3. emergency department 4. Demand for health services



**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes de acordo com características clínicas. Distrito Federal, 2014.....	25
Tabela 2 – Distribuição dos pacientes atendidos no Pronto Socorro segundo a faixa etária. Distrito Federal, 2014.....	26
Tabela 3 - Frequência dos diagnósticos segundo CID 10 agrupados por sistema. Distrito Federal, 2014.....	27
Tabela 4 - Classificação de risco realizado no acolhimento segundo protocolo de Manchester. Distrito Federal, 2014.....	28
Tabela 5 – Relação do diagnóstico segundo CID 10 agrupado por sistemas com a faixa etária. Distrito Federal, 2014.....	29
Tabela 6 – Relação do diagnóstico segundo CID 10 agrupado por sistemas com o sexo. Distrito Federal, 2014.....	29
Tabela 7 - Distribuição do desfecho da internação segundo o sexo (n = 135). Distrito Federal, 2014.....	30
Tabela 8 – Relação do diagnóstico segundo CID 10 agrupado por sistemas com o desfecho (n= 135). Distrito Federal, 2014.....	30
Tabela 9 – Relação da classificação de risco no acolhimento pelo protocolo de Manchester com o desfecho dos pacientes. Distrito Federal, 2014.....	31

## LISTA DE SIGLAS

AIDS- Síndrome da imunodeficiência adquirida.

AHA- American Heart Association.

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa.

CID10- Classificação Internacional de doenças, 10º edição.

CNS- Conselho Nacional de Saúde.

DATASUS- Departamento de informática do sistema único de saúde do Brasil.

DAC- Doença arterial coronariana.

DCV- Doenças cardiovasculares.

DM- Diabetes mellitus.

DF- Distrito Federal.

IAM- Infarto agudo do miocárdio.

GM- Gabinete do Ministro/MS.

HIV- Vírus da imunodeficiência Adquirida.

HRC- Hospital Regional da Ceilândia.

MS- Ministério da saúde.

OMS- Organização mundial da saúde.

PCR- Parada Cardiorespiratória.

RCP- Ressuscitação Cardiopulmonar.

SES- Secretaria de Estado de Saúde.

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 – REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
2.1– Sistema nervoso.....	14
2.2– Sistema circulatório.....	15
2.3– Sistema respiratório.....	16
2.4– Sistema digestório.....	16
2.5– Sistema urinário.....	17
2.6– Sistema endócrino.....	17
2.7– Sistema imunológico.....	18
2.8– Sistema tegumentar.....	19
<b>3 – OBJETIVOS .....</b>	<b>20</b>
3.1– Objetivo geral .....	20
3.2– Objetivo específico .....	20
<b>4 – METODOLOGIA .....</b>	<b>21</b>
4.1– Tipo de estudo.....	21
4.2– Local de estudo.....	21
4.3– População e amostra .....	21
4.3.1 - Critérios de inclusão.....	21
4.3.2 - Critérios de exclusão.....	21
4.4– Coleta de dados.....	22
4.5– Análise de dados.....	22
4.6– Aspectos éticos da pesquisa.....	22
<b>5 – RESULTADOS.....</b>	<b>25</b>
<b>6 – DISCUSSÃO .....</b>	<b>32</b>
<b>7 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>37</b>
<b>8 – REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICE B – Questionário.....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO C – Parecer do comitê de ética em pesquisa.....</b>	<b>44</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os serviços de emergência constituem importantes componentes do sistema nacional de saúde, destinados ao atendimento de pacientes com afecções agudas, com ou sem risco de morte, exigindo profissionais preparados para oferecer assistência imediata aos clientes, e tem como objetivo reduzir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes (AZEVEDO et al., 2010, GARCIA; FUGULIN, 2010).

O atendimento nas áreas de urgência e emergência tem crescido e se tornado cada vez mais expressivo na sociedade brasileira e mundial. Na maioria dos países há um aumento constante na demanda por serviços de saúde nesse segmento. No Brasil, o crescimento da demanda por serviços nesta área nos últimos anos, o aperfeiçoamento das normas já existentes, a necessidade de aprofundar o processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, de ordenar o atendimento às Urgências, de melhor definir uma ampla política nacional, entre outros aspectos culminou, no ano de 2002, por meio da portaria n.º 2048/GM na criação do regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. E em 2003 foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências através da portaria 1863/GM, que tem por objetivo garantir a organização dos sistemas regionalizados, a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas.

A Resolução 1.451 de 1995 do Conselho Federal de Medicina diz que, emergência é a constatação médica de agravo à saúde que implique risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, tratamento médico imediato. Portanto, a assistência prestada em situações de urgência e emergência é caracterizada em relação à necessidade de atendimento em um curto espaço de tempo, levando em consideração o estado geral do paciente, suas alterações clínicas e risco potencial. Já a urgência dentro da mesma resolução é caracterizada como, a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

As emergências podem ser de diferentes naturezas, as mais frequentes dentro do ambiente hospitalar são as emergências decorrentes de trauma e as emergências clínicas.

O trauma é uma lesão caracterizada por uma alteração estrutural fisiológica resultante da ação de um agente externo, que causa a exposição de determinadas energias, como mecânicas, térmicas ou elétricas (SANTOS, 2010).

De acordo com dados de 2011 obtidos no DATASUS, situações envolvendo traumas representam a maior causa de morte de pessoas entre 20 e 39 anos, correspondendo a 54,4% de todas as causas de mortes a esses pacientes em ambiente hospitalar, no Distrito Federal.

As emergências clínicas podem compreender vários tipos de emergências, mas as duas principais são emergências relacionadas ao sistema circulatório e respiratório. O comprometimento de órgãos ou sistemas do nosso organismo por afecções podem levar a graves doenças. Porém, como regra geral, essas condições irão tornar-se uma emergência quando repercutirem em um dos três grandes sistemas: o cardiovascular, o respiratório ou o sistema nervoso central, tornando pacientes com essas repercussões uma prioridade no atendimento (MARTINS et al., 2010).

As mais relevantes emergências clínicas são as cardiovasculares, oncológicas e respiratórias, devido ao grande número de óbitos atribuído a essas causas. Essas são as três principais causas de óbitos no ambiente hospitalar do Distrito Federal, representadas respectivamente por 26,7%, 19,2% e 9,4 % do total de óbitos. Esses valores se tornam ainda mais preocupantes para pessoas acima de 50 anos, onde esses representam 34,4% por causas circulatórias, as neoplasias correspondem a 23,2% e as respiratórias 12,4% do total de óbitos no ambiente hospitalar (DATASUS, 2012).

Esses dados também mostram que as internações respiratórias e circulatórias são umas das maiores causas de internação em caráter de urgência no Distrito Federal, precedida pelas hospitalizações de gestantes.

Os usuários acometidos por agravos clínicos em situações que desestabilizam sua condição vital necessitam de intervenção precoce e qualificada, sendo um dos motivos de procura por serviços de saúde (AZEVEDO et al., 2010). As alterações demográficas e a ampliação de condições de risco ligadas ao aparecimento das doenças crônico-degenerativas levam por sua vez a um número expressivo de pacientes aos serviços de urgência-emergência com problemas clínicos agudos (VALERA et al., 2008).

Em uma emergência, nenhuma situação clínica supera a prioridade de atendimento da parada cardiorrespiratória (PCR). A rapidez e a eficácia das intervenções adotadas são cruciais para um bom resultado do atendimento (MARTINS et al., 2005).

As medidas de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e o atendimento cardiovascular de emergência são alvo frequentes de estudos e pesquisas, que culminam em uma atualização constante das diretrizes da *American Heart Association* (AHA). As diretrizes da AHA 2010 baseiam-se em um processo internacional de avaliação de evidências, envolvendo centenas de

cientistas e especialistas em ressuscitação de todo o mundo que avaliaram, discutiram e debateram milhares de publicações revisadas por pares (GUIDELINES, 2010).

De acordo com a portaria 2048 de 05 de novembro de 2002, toda classificação de risco deve ser realizada por profissionais da saúde de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolo pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade de atendimento.

O protocolo de Manchester reconhece que um método de triagem deve fornecer ao profissional não um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica. O estabelecimento de diagnóstico exato no momento da triagem está condenado ao fracasso. Pois a prioridade clínica promovida pelo protocolo está muito mais ligada às necessidades dos pacientes do que o diagnóstico preciso de doenças (JÚNIOR et al., 2012).

No Brasil, os serviços de emergência compõem uma das portas de entrada ao sistema de saúde. Em decorrência da complexidade dos serviços prestados é de extrema importância compreender o perfil da demanda de emergências no pronto-socorro do Hospital Regional da Ceilândia, principalmente as emergências clínicas que são responsáveis por grande parte dos óbitos dentro do ambiente hospitalar no Distrito Federal. Para que então, possa-se aperfeiçoar e qualificar o atendimento.

Nesse contexto é importante identificar dentro da área clínica as principais demandas de pacientes de uma unidade de pronto socorro a fim de com esses dados se possa gerenciar as atividades e recursos para melhor atender esse público. Estudar o perfil da demanda de urgência e emergências clínicas é de grande relevância e importância social visto que o assunto é pouco pesquisado. Existem poucas publicações científicas sobre a temática e seu conhecimento pode trazer grandes melhorias no atendimento hospitalar de urgência e emergência, bem como aumentar a expectativa de sobre vida dos pacientes.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Os sistemas do corpo humano, bem como suas atividades e funções são interdependentes, ou seja, relacionadas entre si. Apesar disso, de uma forma didática os principais sistemas serão divididos para se entender os agravos à saúde que mais acometem o ser humano e o comprometimento no funcionamento do corpo. Dando mais ênfase aos agravos que oferecem um maior risco a população Brasileira.

### **Sistema Nervoso**

Segundo Marieb e Hoehn (2009), O sistema nervoso é o sistema maestro de controle e de comunicação do organismo. Todo pensamento, ação e emoção refletem a sua atividade. Suas células se comunicam por sinais elétricos e químicos, os quais são rápidos e específicos, em geral provocando respostas quase imediatas.

Quando por qualquer que seja o motivo ocorre um desequilíbrio nesse sistema os danos causados costumam ter uma grande proporção, que podem levar a morte ou prejuízo da qualidade de vida desse indivíduo ou implicando em dificuldades na execução das atividades de vida diária.

Um dos principais agravos que acometem o sistema nervoso, apesar de suas origens serem principalmente vasculares, é o Acidente Vascular Encefálico (AVE). O acidente vascular encefálico é uma síndrome neurológica complexa envolvendo alteração, usualmente súbita, do funcionamento cerebral podendo ocorrer por dois mecanismos fisiopatológicos diferentes: o isquêmico (AVEi, 85%) ou o hemorrágico (AVEh, 15%), (ALMEIDA et al., 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o AVE como a segunda principal causa de morte no mundo, ocorrendo principalmente em adultos de meia-idade e idosos. No Brasil, atualmente representa a principal causa de morte, sendo responsável por mais de 90 mil óbitos anuais, e é considerada a mais alta da América Latina (ALMEIDA et al., 2011).

Outro agravo não tão frequente quanto o AVE, mas não menos importante é a epilepsia. A epilepsia é uma desordem cerebral crônica que afeta 1% da população mundial e é identificada por convulsões recorrentes, concretizada por uma atividade neuronal anormalmente excessiva ou sincrônica do cérebro (CREPALDI et al., 2013).

Algumas estruturas que são responsáveis pelo equilíbrio do corpo estático ou em movimento também se encontram no cérebro. O equilíbrio corporal é a capacidade que o indivíduo tem de manter-se ereto ou executar movimentos de aceleração e rotação sem oscilação ou queda; está fundamentado na interação do aparelho vestibular, dos estímulos

visuais e da sensibilidade proprioceptiva (YAMAMOTO; GANANÇA, 2012). O desequilíbrio de um ou mais desses sistemas leva o indivíduo a apresentar um conjunto de sintomas, em que a tontura geralmente é o principal sintoma (YAMAMOTO; GANANÇA, 2012).

### **Sistema Circulatório**

Apesar de sua importância vital, o coração não trabalha sozinho, compõem o sistema circulatório, junto com quilômetros de artérias e vasos sanguíneos que percorrem o corpo (MARIEB; HOEHN, 2009).

O principal objetivo do sistema circulatório é de suprir as necessidades dos tecidos corporais transportando até eles os nutrientes, eliminando os produtos do metabolismo, levando hormônios de uma parte do corpo para outra e, de modo geral, mantendo o ambiente adequado em todos os líquidos teciduais do organismo para que as células sobrevivam e funcionem de maneira ótima (GUYTON; HALL, 2006).

A intensidade que o fluxo sanguíneo passa pela maioria dos tecidos é dependente das necessidades de nutrientes. O coração e a circulação, por sua vez, são responsáveis por gerar o débito cardíaco e a pressão arterial necessários para produzir o fluxo sanguíneo tecidual exigido (GUYTON; HALL, 2006).

As doenças cardiovasculares (DCV) são alterações no funcionamento do sistema cardíaco, interferindo no aporte de oxigênio e nutrientes exigidos às células do corpo, assim interferindo diretamente no seu funcionamento. (MAGALHÃES et al., 2014).

As doenças cardiovasculares são as principais responsáveis pelo elevado índice de mortalidade no Brasil. Segundo o Datasus, ao longo de um ano (março de 2009 a março de 2010), houve no país um total de 425.047mil óbitos, dentre os quais 21% foram ocasionadas por doenças do aparelho circulatório. (ISHIDA et al., 2013). Essas doenças são consideradas um grande problema de saúde pública. Por serem a principal causa de morte no mundo, principalmente nas populações dos grandes centros (MAGALHÃES et al., 2014).

Segundo Magalhães e colaboradores (2014), dentre as DCV de maior ocorrência podem-se destacar doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca, angina, infarto agudo do miocárdio (IAM), doenças valvares, arritmias, doenças hipertensivas, dentre outras. Existem muitos fatores de risco associados ao desenvolvimento de DCV, os quais podem ser modificáveis e não modificáveis. Os fatores de riscos modificáveis incluem hiperlipidemia, tabagismo, etilismo, hiperglicemia, obesidade, sedentarismo, má alimentação e uso de contraceptivos; e os não modificáveis incluem história familiar de DCV, idade, sexo e raça.



## **Sistema Respiratório**

O sistema respiratório tem como função principal fornecer oxigênio ao corpo e eliminar o dióxido de carbono produzido pelas células (MARIEB; HOEHN, 2009).

Os objetivos da respiração são fornecer oxigênio aos tecidos e retirar o dióxido de carbono. Com a finalidade de alcançar tais objetivos, a respiração pode ser dividida em quatro funções primordiais: ventilação pulmonar, que se refere ao influxo e o efluxo de ar entre a atmosfera e os alvéolos pulmonares; difusão de oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue; transporte de oxigênio e dióxido de carbono no sangue e líquidos corporais e suas trocas com as células de todos os tecidos do corpo; e regulação da ventilação e outros aspectos da respiração (GUYTON; HALL, 2006).

As doenças que acometem o sistema respiratório podem estar relacionadas aos pulmões, as vias respiratórias extrapulmonares e intrapulmonares, a pleura, os vários componentes da parede torácica, o sistema nervoso central e periférico, o sistema linfático e o sistema cardiovascular (BARRETO, 2009)

As modificações que acontecem no sistema respiratório podem trazer consequências sistêmicas, repercutindo em outros órgãos e sistemas, como também ser consequência de doenças não-respiratórias (BARRETO, 2009).

As pneumopatias são também importantes causas de ausência nas aulas e no trabalho, principalmente por infecções respiratórias agudas, por asma e por DPOC, e estão entre as cinco primeiras causas de morte em qualquer faixa etária considerada (BARRETO, 2009).

## **Sistema digestório**

O trato alimentar abastece o corpo com um fornecimento contínuo de água, eletrólitos e nutrientes. Para isso é necessária a movimentação do alimento pelo trato alimentar; secreção de soluções digestivas e digestão dos alimentos; absorção de água, diversos eletrólitos e produtos da digestão; circulação de sangue pelos órgãos gastrointestinais para transporte de substâncias absorvidas; e controle de todas essas funções é feito pelos sistemas nervoso e hormonal locais (GUYTON; HALL, 2006).

Cada parte desse sistema está adaptada a suas funções específicas: algumas apenas para simples passagem do alimento, como o esôfago; outras para armazenamento temporário do alimento, como o estômago; e outras para digestão e absorção, como o intestino delgado (GUYTON; HALL, 2006).

## **Sistema urinário**

Grande parte das pessoas está familiarizada com uma função essencial dos rins que é eliminar do corpo o material indesejado que é ingerido ou produzido pelo metabolismo. Uma segunda função, notadamente crítica, é controlar o volume e a composição dos líquidos corporais. Para a água e a maioria dos eletrólitos corporais, o equilíbrio entre ganho (devido à ingestão ou produção pelo metabolismo) e perda (devida à excreção ou consumo metabólico) é regulada em grande parte pelos rins. Esta função regulatória dos rins conserva o ambiente das células estável o suficiente para realização de suas várias funções (GUYTON; HALL, 2006).

Segundo Guyton e Hall (2006), a manutenção de um volume relativamente constante e de uma composição estável dos líquidos corporais é essencial para a homeostase. Alguns dos mais comuns e importantes problemas na medicina clínica ocorrem em função de anormalidades no sistema de controle que mantém a homeostase dos líquidos corporais.

Por dia, os rins filtram uma média de 200 litros de líquidos da corrente sanguínea, fazendo com que toxinas, resíduos metabólicos e excesso de íons saiam do corpo pela urina enquanto as substâncias necessárias retornam para o sangue. Os rins geralmente são esquecidos até que se tenha um funcionamento inadequado e os líquidos corporais se contaminem (MARIEB; HOEHN, 2009).

Os rins não só realizam funções excretoras, mas também agem como importantes reguladores do volume e da composição química do sangue, mantendo um balanço apropriado entre água e sais e entre ácidos e bases, além de outras funções. (MARIEB; HOEHN, 2009).

## **Sistema Endócrino**

Os órgãos do sistema endócrino, quando comparados com outros órgãos do corpo, são considerados pequenos e nada impressionantes. E a continuidade anatômica comum na maioria dos outros sistemas não acontece no sistema endócrino. Ao invés disso, os órgãos endócrinos estão amplamente distribuídos pelo corpo (MARIEB; HOEHN, 2009).

O pâncreas é uma glândula mista do sistema endócrino que é composta de células glandulares endócrinas e exócrinas muito importantes para o funcionamento do corpo humano. Essa glândula é responsável por regular os níveis de glicose no sangue. O desequilíbrio nesse sistema é responsável pela ocorrência de uma doença de grande acometimento em níveis mundial, o diabetes.

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica caracterizada por uma hiperglicemia resultante da secreção e/ou ação inadequada da insulina. É um importante problema de saúde pública em decorrência da sua alta carga de morbidade e mortalidade associadas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 300 milhões de indivíduos desenvolverão DM até 2030 e 10 a 25% apresentarão alguma comorbidade relacionada ao diabetes, tais como doença cardiovascular, nefropatia, retinopatia e/ou neuropatia. No ano de 2007, prevalências acima de 10% foram demonstradas na maioria dos Estados brasileiros. Em 2011 o Brasil já possuía um contingente de 12 milhões de pessoas com DM com previsão de 20 milhões até 2030. Mostrando o crescente desenvolvimento dessa doença na população brasileira. O DM constitui a primeira causa de mortalidade e hospitalizações juntamente com a hipertensão arterial (SOUZA et al., 2014).

### **Sistema imunológico**

Constantemente nosso corpo está exposto a bactérias, vírus, fungos e parasitas, que são encontrados, nas condições normais e em graus variáveis, na pele, na boca, nas vias respiratórias, no trato intestinal, nas membranas de revestimento dos olhos e mesmo no trato urinário. Vários desses agentes infecciosos quando invadem os tecidos profundos são capazes de produzir anormalidades graves nas funções fisiológicas ou até mesmo levar a morte. Também somos expostos a outras bactérias e vírus extremamente infecciosos, além dos presentes em nosso corpo nas condições normais, e esses microrganismos podem causar doenças agudas letais (GUYTON; HALL, 2006).

O corpo humano tem um sistema próprio para combater as diferentes infecções e agentes tóxicos. Esse sistema é formado pelos leucócitos e células teciduais derivadas dos leucócitos e células teciduais dos leucócitos. Essas células atuam em conjunto de duas maneiras diferentes para impedir a doença: pela verdadeira destruição das bactérias ou dos vírus, por fagocitose e pela formação de anticorpos e linfócitos sensibilizados, capazes de destruir ou inativar o invasor (GUYTON; HALL, 2006).

Quando o sistema imunológico está funcionando de maneira eficaz, ele protege o corpo da maioria dos microrganismos infecciosos, células cancerígenas e órgãos transplantados ou enxertados. (MARIEB; HOEHN, 2009). Qualquer condição congênita ou adquirida que cause um comportamento anormal às células do sistema imunológico, aos fagócitos e ao sistema complemento é chamada de imunodeficiência. (MARIEB; HOEHN, 2009). Contudo, a mais devastadora das imunodeficiências é a síndrome da imunodeficiência

adquirida (AIDS), a qual enfraquece o sistema imunológico interferindo na atividade das células T auxiliares (MARIEB; HOEHN, 2009).

A AIDS é causada por um vírus conhecido como vírus da imunodeficiência adquirida, HIV, transmitido pelas secreções do corpo, especialmente sangue, sêmen e secreção vaginal contaminada. As formas de transmissão mais comum são via transfusões de sangue ou agulhas com sangue contaminado e durante a relação sexual (MARIEB; HOEHN, 2009). O HIV destrói as células T, causando depressão da imunidade mediada por células, assim comprometendo o sistema de defesa do corpo humano (MARIEB; HOEHN, 2009).

Segundo Chaves et al. (2014), o Brasil tem elevados números de casos de AIDS, ocupando as primeiras posições no *ranking* mundial. Estima-se que cerca de 630 mil pessoas vivam com HIV ou AIDS no Brasil. O Nordeste é a região do Brasil que apresentar uma elevada situação de risco de infecção pelo HIV na população em geral, tendo uma expressiva expansão da doença.

### **Sistema tegumentar**

A pele e seus anexos formam um complexo conjunto de órgãos que realizam muitas funções, em especial a de proteção do corpo. Esses órgãos juntos constituem o sistema tegumentar (MARIEB; HOEHN, 2009).

O sistema tegumentar é responsável por uma diversidade de funções que influenciam o metabolismo corporal e evitam que os fatores externos atrapalhem a homeostase. Em decorrência a sua localização superficial, este sistema é o sistema orgânico mais vulnerável, exposto a bactérias, à abrasão, a temperaturas, extremas e substâncias químicas nocivas (MARIEB; HOEHN, 2009).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

- Caracterizar o perfil da demanda de urgências e emergências clínicas no pronto socorro do hospital regional da Ceilândia- DF.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Identificar dados demográficos dos pacientes atendidos por urgência e emergências clínicas.
- Levantar os tipos de agravos à saúde relacionada à urgência e emergência clínicas.
- Determinar a classificação de risco de acordo com a triagem MANCHESTER.
- Identificar o desfecho do atendimento ao paciente.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Tipo de pesquisa**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa realizado no primeiro semestre de 2014.

### **4.2. Local do estudo.**

O estudo foi realizado clínica médica do pronto socorro do Hospital Regional da Ceilândia. O Serviço de emergência do HRC para atendimento da população conta com as especialidades de ortopedia, clínica médica, pediatria e ginecologia e obstetrícia.

### **4.3. População/amostra**

A amostra foi composta pelos indivíduos atendidos na clínica médica do pronto socorro do HRC, no período de abril a junho de 2014.

O Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), anexo A, foi obtido de todos participantes ou dos responsáveis legais no caso de pacientes incapacitados.

#### **4.3.1 Critérios de inclusão:**

Para participar do estudo os pacientes deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Atendimento por causas clínicas.
- Consentimento formal.

#### **4.3.2 Critérios de exclusão:**

Não participaram deste estudo, os pacientes que estiverem nos seguintes critérios de exclusão:

- Idade menor que 18 anos;
- Não consentimento formal;
- Atendimento por causas externas

#### **4.4. Coleta de dados**

Os dados foram coletados durante visitas a unidade pela pesquisadora, duas vezes por semana. No primeiro contato com o voluntário da pesquisa, após o consentimento livre e esclarecido para participar da pesquisa, eram atribuídos aos candidatos números que variaram de 1 a 135, visando facilitar a identificação e preservar o anonimato dos participantes.

Por meio de uma abordagem direta dos pacientes e/ou acompanhantes, foi explicado os objetivos do estudo, recolhida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e logo em seguida fazia as perguntas do formulário (apêndice A) de conhecimento apenas do paciente e posteriormente eram coletados o restante das informações necessárias por meio de consultas aos prontuários.

A princípio a pesquisa tinha como objetivo identificar o perfil da demanda das emergências clínicas do pronto socorro como um todo: clínica médica, sala amarela e sala vermelha. Porém com as dificuldades encontradas para obter o consentimento dos pacientes da sala amarela e vermelha, devido as suas situações clínicas, ou de seus familiares e responsáveis, frente ao abalo emocional, foi decidido a exclusão desses dois grupos de pacientes na amostra, visando preservar e respeitar os familiares e pacientes.

Durante a coleta de dados se teve dificuldades na identificação da classificação de risco com base no protocolo de Manchester, pois não havia os registros da classificação do paciente no prontuário, sendo possível identificar a cor da classificação dos pacientes apenas pela pulseira, a qual em vários momentos esteve em falta.

#### **4.5. Análise dos dados**

Os dados coletados foram submetidos à codificação apropriada e digitados em banco de dados, mediante a elaboração de um dicionário (*code book*) na planilha do EXCEL. Em seguida foi exportado para o *Epi Inf* (versão 7), para a realização da análise estatística, com uso de frequência relativa e absoluta, média e desvio-padrão. Os resultados estão apresentados em tabelas.

#### **4.6. Aspectos éticos da pesquisa**

A pesquisa teve duração de dois meses, tendo como início da pesquisa 24 de abril de 2014, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal CEP-SES/DF, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012), que trata da pesquisa

envolvendo seres humanos, sob CAAE 25091714.2.0000.5553 parecer 614.814 (anexo B). Foi obtido termo de concordância da instituição e dos participantes ou representantes legais.

Todas as medidas protetivas relacionados ao anonimato dos participantes foram adotadas. Os participantes foram enumerados, onde apenas os pesquisadores envolvidos na pesquisa sabem que número pertence a cada indivíduo. Os aspectos éticos desta pesquisa obedecem a Resolução 466/2012 da CNS (Conselho Nacional de Saúde, 2012). Aos participantes da pesquisa foi garantido o sigilo dos dados obtidos, não houve nenhum gasto financeiro de sua parte e tampouco remuneração de quaisquer espécies, os participantes podiam desistir da pesquisa a qualquer momento e ter acesso aos resultados. O anonimato dos participantes é assegurado, pois o estudo tem enfoque nos dados como um todo e não individualmente.

Os resultados do presente estudo ficarão disponíveis aos participantes da pesquisa. Os dados obtidos poderão ser apresentados em reuniões científicas e/ou publicados em revistas científicas, mantendo-se sempre os anonimatos dos sujeitos da pesquisa.

O presente trabalho auxiliou na identificação das principais doenças responsáveis pela demanda de atendimentos de urgência e emergência, assim colaborando na organização e educação permanente dos profissionais voltadas principalmente as demandas do setor.

Para a pesquisa foi utilizado o protocolo de Manchester, que é um sistema de estratificação de risco utilizado nos serviços de emergência, como prontos socorros.

O protocolo de Manchester é dividido em 5 grupos de acordo com a gravidade do paciente, aos quais são atribuídos cores distintas, são elas: vermelho para pacientes com demandas emergentes de cuidado e que necessitam de avaliação médica imediata, laranja para pacientes com demandas muito urgentes e que necessitam de atendimento em até 10 minutos, amarelo para pacientes com demandas urgentes que devem ser atendidos em até 60 minutos, verde para pacientes com problemas pouco urgentes que podem ser atendidos em até 120 minutos e azul para pacientes que não possuem demandas urgentes, e que podem aguardar até 240 minutos para atendimento (JÚNIOR et al., 2012; SILVA et al., 2013).

Durante a pesquisa teve se dificuldades em relação a coleta de dados referentes a estratificação de risco de acordo com o protocolo de Manchester, pois essa informação não ficava registrado no prontuário do paciente e durante algum tempo da coleta de dados houve a ausência de pulseiras que eram utilizadas para auxilia nessa atividade, e elas estavam servindo como meio para obter informação sobre a estratificação de risco.



A pesquisa apresentou riscos mínimos podendo ocorrer desconforto do paciente decorrente do acesso ao prontuário e consequentemente a informações pessoais.

## 5. RESULTADOS

Nesse estudo teve a participação de 135 pacientes atendidos na clínica médica do Pronto Socorro de hospital público do Distrito Federal com o objetivo de caracterizar o perfil da demanda de urgências e emergências clínicas.

A Tabela 1 mostra que predominou o sexo feminino 70 (58,52%), idosos com mediana da idade de 66 anos, com comorbidades 117 (86,67%), sendo mais frequente diabetes e hipertensão arterial. A maioria dos pacientes 116 (85,93%) evoluíram com alta hospitalar, e tiveram a mediana do tempo de internação de sete dias, variando de 1 a 139 dias.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes de acordo com características clínicas. Distrito Federal, 2014.

<b>Características (n = 135)</b>	
<b>Sexo</b>	
Feminino	79 (58,52%)
Masculino	56 (41,48%)
<b>Idade (anos)<sup>a</sup></b>	66 (20- 94)
<b>Tempo de internação (dias)<sup>a</sup></b>	7 (1 – 139)
<b>Comorbidades</b>	
Sim	117 (86,67%)
Não	18 (13,33%)
<b>Desfecho</b>	
Alta	116 (85,93%)
Transferência	7 (5,19%)
Óbito	12 (8,89%)

<sup>a</sup> mediana.

A idade dos pacientes foi classificada em faixa etária com maior frequência 37 (27,41%) entre 70 a 79 anos, seguida por 28 (20,74%), 60 a 69 anos caracterizando o predomínio da população idosa, considerando a definição de idoso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes atendidos no Pronto Socorro segundo a faixa etária. Distrito Federal, 2014.

<b>Faixa Etária (n = 135)</b>	
20 - 29	5 (3,70%)
30 - 39	13 (9,63%)
40 - 49	11 (8,15%)
50 - 59	20 (14,81%)
60 - 69	28 (20,74%)
70 - 79	37 (27,41%)
80 - 89	17 (12,59%)
90 - 99	4 (2,96%)

Fonte: Dados da pesquisa

Os diagnósticos segundo a classificação do CID 10 foram organizados em grupos de acordo com o sistema do corpo humano acometido. O sistema nervoso compreendeu os segundos CID 10 G.40 Epilepsias, H.83.2 Disfunções do labirinto, I. 61 Hemorragias intracerebral, I.64 Acidente Vascular Cerebral não especificado em isquêmico ou hemorrágico, I. 69 Sequelas de doença cerebrovascular, M.54.5-a Dor lombar, N.08.3 Neuropatias diabética, R.56 Convulsões.

O sistema circulatório teve os CID 10 D.53.9-a Anemia crônica simples, I.10 Hipertensões essencial primária, I.11.0-a Insuficiência cardíaca hipertensiva, I.21 Infartos agudo do miocárdio, I.42.2 Outras cardiopatias hipertróficas, I.49.9 Arritmias cardíaca torácica, I.50 Insuficiências cardíaca, I.82 Outra embolia e trombose venosa, R.07.2 Dor Precordial.

No sistema respiratório fizeram parte os CID 10 C.39.9 Neoplasia maligna do trato respiratório SOE, J.02 Faringite aguda, J.15 Pneumonia bacteriana não classificada em outra parte, J.18 Pneumonia por microrganismo não especificado, J.44.0 Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória do trato respiratório, J.44.1 Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada, J.45 Asma, J.81-b Edema agudo do pulmão, R.00.1 Bradicardia não especificada, R.05 Tosse, R06.0 Dispneia, R.07 Dor torácica ao respirar, R.07.3 Outra dor torácica.

O sistema endócrino compreendeu os CID 10 E.12 Diabetes mellitus relacionada com a desnutrição, E.11 Diabetes mellitus não insulino dependente, K.85 Pancreatites aguda e R.73.9 Hiperglicemias não especificada.

O sistema tegumentar foi organizado tendo como CID 10 A.46 Erisipela, B.74.0-a Elefantíase bancroftiana, L.89-a Escaras e L.98. Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo não classificada em outra parte.

Dentro do sistema digestório tiveram os seguintes CID 10 E.43 Desnutrições protéico-calórica grave não especificada, K.29 Gastrite e duodenite, K.63.4 Perdas do peso anormal, K.74 Fibrose e cirrose hepática, K.80 Colelitíase, K.92.2-a Hemorragia gástrica SOE e R.17 Icterícias não especificada.

O sistema urinário compreendeu os CID 10 I.12.0 Doenças renal hipertensiva com insuficiência renal, N.10 Nefrites túbulo intersticial aguda, N.23 Cólicas nefrética não especificada, N 30 Cistite, N 30 Cistite, N.39.0 Infecção do trato urinário de localização não especificada e R.10 Dor abdominal e pélvica.

E por último no sistema imunológico os CID 10 eram A.90 Dengue e B. 20.0 Doenças pelo HIV resultando em infecções micobacteriana.

O sistema respiratório de acordo com a classificação do CID 10 agrupado por sistemas foi o mais acometido com 59 (43,7%), seguido do sistema nervoso 30 (22,22%) e circulatório 18 (13,33%), Tabela 3.

Tabela 3 - Frequência dos diagnósticos segundo CID 10 agrupados por sistema. Distrito Federal, 2014.

<b>Sistema (n = 135)</b>	
Nervoso	30 (22,22%)
Circulatório	18 (13,33%)
Respiratório	59 (43,70%)
Endócrino	7 (5,19%)
Tegumentar	5 (3,70%)
Digestório	5 (3,70%)
Urinário	9 (6,67%)
Imunológico	2 (1,48%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Com base na classificação de risco segundo protocolo de Manchester, apesar da ausência de informação 68 (50,37%), a classificação com maior frequência foi a laranja 28 (20,74%), seguido da amarela 21 (15,56% ) e vermelho 17 (12,59%), Tabela 4.

Tabela 4 - Classificação de risco realizado no acolhimento segundo protocolo de Manchester. Distrito Federal, 2014.

<b>Classificação Manchester (n = 135)</b>	
Azul	-
Verde	1 (0,74%)
Amarelo	21 (15,56%)
Laranja	28 (20,74%)
Vermelho	17 (12,59%)
Sem informação	68 (50,37%)

Fonte: Dados da pesquisa.

As doenças do sistema respiratório ocorreram na maioria das faixas etárias. Os participantes do estudo na faixa etária de 70 a 79 anos tiveram predomínio dos agravos no sistema nervoso, Tabela 5.

Tabela 5 – Relação do diagnóstico segundo CID 10 agrupado por sistemas com a faixa etária. Distrito Federal, 2014.

Faixa etária	CID 10								Total
	nervoso	circulatório	respiratório	endócrino	tegumentar	digestivo	urinário	Imunológico	
20-29	1 (20%)	-	3 (60%)	-	-	-	-	1 (20%)	5
30-39	2(15,38%)	2(15,38%)	5(38,46%)	1(7,69%)	-	2(15,38%)	1(7,69%)	-	13
40-49	1(9,09%)	3(27,27%)	3(27,27%)	1(9,09%)	-	2(18,18%)	-	1(9,09%)	11
50-59	3(15%)	3(15%)	7(35%)	-	2(10%)	-	5(25%)	-	20
60-69	5(17,86%)	5(17,86%)	13(46,43%)	2(7,14%)	1(3,57%)	-	2(7,14%)	-	28
70-79	15(40,54%)	3(8,11%)	14(37,84%)	2(5,41%)	1(2,7%)	1(2,7%)	1(2,7%)	-	37
80-89	3(17,65%)	1(5,88%)	12(70,59%)	-	1(5,88%)	-	-	-	17
90-99	-	1(25%)	2(50%)	1(25%)	-	-	-	-	4

Fonte: Dados da pesquisa.

Nesse estudo as doenças do sistema respiratório e nervoso tiveram maior ocorrência para ambos os sexos, masculino e feminino, conforme apresentado a Tabela 6.

Tabela 6 – Relação do diagnóstico segundo CID 10 agrupado por sistemas com o sexo. Distrito Federal, 2014.

Sexo	CID 10								Total
	nervoso	circulatório	respiratório	endócrino	tegumentar	digestivo	urinário	imunológico	
M.	13(23,21%)	5(8,93%)	27(48,21%)	4(7,14%)	2(3,57%)	1(1,79%)	2(3,57%)	2(3,57%)	56
F.	17(21,52%)	13(16,46%)	32(40,51%)	3(3,80%)	3(3,80%)	4(5,06%)	7(8,86%)	-	79

Fonte: Dados da pesquisa. Notas: M – masculino F - feminino

Em relação ao desfecho, a maioria dos óbitos 7 (58,33%) e das transferências 5 (71,43%) ocorreu no sexo masculino, Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição do desfecho da internação segundo o sexo (n = 135). Distrito Federal, 2014.

<b>SEXO</b>			
<b>Desfecho</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
Óbito	7 (58,33%)	5 (41,67%)	12
Alta hospitalar	44 (37,93%)	72 (62,07%)	116
Transferido	5 (71,43%)	2 (28,57%)	7

Fonte: Dados da pesquisa

Dos pacientes que evoluíram com óbito, 5 (41,67%) tiveram acometimento do sistema respiratório, seguido do sistema nervoso 3 (25,00%). Os pacientes transferidos em sua maioria também tiveram acometido o sistema respiratório 3 (42,86%) seguido do sistema circulatório 2 (28,57%). E na alta hospitalar essa realidade se manteve com 51 (43,97%) no sistema respiratório e 25 (21,55%) no sistema nervoso, tabela 8.

Tabela 8 – Relação do diagnóstico segundo CID 10 agrupado por sistemas com o desfecho. Distrito Federal, 2014.

<b>Sistemas (n = 135)</b>									
<b>Desfecho</b>	nervoso	circulatório	respiratório	endócrino	tegumentar	digestivo	urinário	imunológico	Total
Óbito	3(25%)	-	5(41,67%)	1(8,33%)	1(8,33%)	1(8,33%)	1(8,33%)	-	12
Alta hosp.	25(21,55%)	18(15,52%)	51(43,97%)	6(5,17%)	4(3,45%)	3(2,59%)	8(6,90%)	1(0,86%)	116
Transf.	2(28,57%)	-	3(42,86%)	-	-	1(14,29%)		1(14,29%)	7

Fonte: Dados da pesquisa.

A evolução para óbito foi observada 4 (23,53%) dos pacientes classificados como vermelho, 1 (3,57%) para laranja e 1 (100%) para o verde, de acordo com a metodologia de Manchester, Tabela 9. Porém, houveram pacientes que não tinham informação sobre a sua classificação de risco.

Tabela 9 – Relação da classificação de risco no acolhimento pelo protocolo de Manchester com o desfecho dos pacientes. Distrito Federal, 2014

<b>Triagem</b>					
DESFECHO	Verde	Amarelo	Laranja	Vermelho	Sem informação
Óbito	1(100%)	-	1(3,57%)	4(23,53%)	6(8,82%)
Alta hospitalar	-	19(90,48%)	25(89,29%)	13(76,47%)	59 (86,76%)
Transferência	-	2 (9,52%)	2(7,14%)	-	3(4,41%)
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>28</b>	<b>17</b>	<b>68</b>

Fonte: Dados da pesquisa.



## 6. DISCUSSÃO

Em relação à utilização dos serviços de saúde, verificou-se que, nos Estados Unidos, as mulheres procuram mais os serviços preventivos e usam mais medicamentos que os homens, mas no que se refere aos serviços curativos não foram observadas diferenças importante entre os gêneros (TRAVASSOS et al., 2002).

Há estudos que demonstram uma prevalência da população masculina pela procura de serviços de emergências, como farmácia e pronto-socorro. Uma das hipóteses para isso acontecer é que os homens preferam utilizar esses serviços, porque estes responderiam mais objetivamente as suas demandas (GOMES et al., 2007).

As mulheres representam a maioria dos usuários dos serviços de saúde, principalmente serviços da atenção básica, onde a discrepância entre os sexos é ainda maior. Ao considerar os serviços de urgência e emergência essa diferença diminui bastante, principalmente se excluirmos da comparação emergências relacionadas ao parto, pós-parto e puerpério. Diferente do sinalizado por Gomes (2007), nesse trabalho observou-se o predomínio do sexo feminino.

Estudos americanos, de uma forma geral, mostram que os homens são acometidos por doenças crônicas fatais, como acidente vascular cerebral, doença isquêmica do coração, aterosclerose, enfisema entre outras doenças, e alegam mais incapacidade de longa duração devido a problemas crônicos de saúde e restrição a atividade. E as mulheres apresentam doenças crônicas não fatais, como artrite, sinusite crônica, problemas digestivos, anemia, problemas de tireóide ou vesícula, enxaqueca, colite e eczema, e doenças de curta duração, doenças agudas e transitórias como infecções das vias respiratórias superiores, doenças infecciosas de curta duração e gastroenterite (PINHEIRO et al., 2002).

No presente trabalho, apesar do grupo feminino apresentar maior frequência, o número de óbitos em pacientes do sexo masculino foi superior ao feminino. Segundo o DATASUS o número de óbitos em atendimento de caráter de urgência no HRC de maio a junho de 2014 desconsiderando as causas referentes a parto, pós parto, puerpério e causas externas, foi de 145 óbitos onde desses 78 foram do sexo masculino o que nos dá uma média de 53,80% dos óbitos nos pacientes do sexo masculino.

Com o passar dos anos é cada vez mais evidente a mudança do perfil demográfico no cenário mundial e no Brasil, sendo expressivo o aumento do número de idosos. Essa situação traz consigo um grande impacto social, sendo necessárias mudanças desde as políticas públicas até o do núcleo familiar (PASKULIN et al., 2011).

Segundo Veras (2009), o número de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008. Isso corresponde a um aumento que chega a quase 700% em menos de 50 anos. Juntamente com essa mudança do perfil demográfico da população vieram as doenças características do envelhecimento, passando a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade. De acordo com as projeções mais conservadoras, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em números de idosos, com uma quantidade de idosos superior a 30 milhões.

Essa nova realidade interfere diretamente nos serviços de saúde onde comprovadamente os idosos compõem grande parte dos usuários de serviços de saúde (PASKULIN et al., 2011).

No Brasil, todo ano, 650 mil novos idosos passam a fazer parte da população brasileira, sendo a maioria com doenças crônicas e algumas limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil mudou sua realidade, de um país com mortalidade próprio de uma população jovem para a presença de enfermidades complexas e onerosas, típicas de países longevos, com doenças crônicas e múltiplas que se estendem por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009).

Nesse estudo houve predomínio da população idosa, o que confirma a perspectiva e condizem com a realidade nacional da demanda dos serviços entre a população idosa e o envelhecimento populacional. Com essa característica demográfica estima-se o aumento da demanda nos serviços de saúde voltados a esses indivíduos, não só por terem aumentado em números, mas também pela evidente vulnerabilidade desse grupo.

Como resultado dessa situação, tem-se uma maior procura dos idosos pelos serviços de saúde, maior frequência das internações hospitalares e maior tempo de ocupação do leito em comparação com outras faixas etárias. Sendo assim, o envelhecimento populacional traz uma maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde (VERAS, 2009).

Segundo Minuta de resolução do CFM sobre a normatização do funcionamento dos prontos-socorros hospitalares, os hospitais deveram ter uma área de internação de curta duração fora do pronto socorro, onde os pacientes deverão permanecer por no máximo 72 horas, exclusiva aos pacientes internados pelo pronto socorro, e nesse local não poderá ser colocado pacientes que necessitem de cuidados intensivos. Tendo em vista o perfil etário dos pacientes pesquisados, que foi de maioria de idosos, pode-se relacionar esse fator ao longo período de internação desse grupo, tendo como tempo médio de internação sete dias.

Os idosos vêm se mostrando como uma população com elevada utilização dos serviços de saúde e altos índices de permanência e reinternação hospitalar. Esses dados são mais preocupantes quando analisados junto do contexto do progressivo envelhecimento da população atrelado ao custo médico e aos avanços da tecnologia em saúde (ESTRELLA et al., 2009).

Os idosos costumam usufruir mais dos serviços de saúde, já que sua taxa de internação hospitalar é muito mais elevada, bem como sua taxa de ocupação do leito é mais prolongada do que de pacientes de outras faixas etárias (CASTRO et al., 2013). Períodos de internação muito longos mantêm o paciente longe do convívio familiar e da comunidade, e os expõem a riscos evitáveis, como infecção hospitalar, depressão, perda de condicionamento físico, trombose venosa profunda e quedas. Além disso, existe uma preocupação com os custos referentes à utilização inadequada dos leitos hospitalares destinados a pacientes que necessitam de cuidados agudos (SILVA et al., 2014).

Nos serviços de saúde o reflexo do envelhecimento populacional pode ser observado na mudança do padrão de morbidade e mortalidade da população (FRANCISCO et al., 2003). Em pessoas com mais de 60 anos, a infecção respiratória destaca-se como uma das principais causas de mortalidade e importante causa de morbidade, comumente precisando de hospitalização (FRANCISCO et al., 2003). Nas últimas décadas, muitos autores têm demonstrado que as incidências de infecções agudas do trato respiratório e de suas complicações aumentaram globalmente e a taxa de incidência anual de pneumonia cresceu em indivíduos com mais de 65 anos, em diversos países (FRANCISCO et al., 2003).

O fato dos idosos terem uma alta susceptibilidade a agravos no trato respiratório pode ser explicado em parte, pela redução progressiva das funções pulmonares, relacionada à perda da elasticidade pulmonar, diminuição da capacidade vital e do volume expiratório forçado, além da redução da função ciliar e reflexo de tosse. Essa vulnerabilidade, associada à poluição atmosférica pode trazer o aumento de atendimentos por diversas doenças respiratórias em idosos (FRANCISCO et al., 2003).

A presença de doenças crônicas, fator que é mais frequente em idosos, aumenta as chances de morte por pneumonia comunitária e intra-hospitalar. Mas alguns autores apontam que a idade é condição preditiva de morte por pneumonia nosocomial, independente de outros fatores com sexo, diagnóstico primário, severidade da doença e presença de enfermidades crônicas (FRANCISCO et al., 2003).

É notório uma maior incidência de infecções específicas, por vezes com maiores taxas de complicações e severidade em pacientes diabéticos. Além disso, existem alguns quadros

infeciosos quase exclusivos do diabético. Não se tem certeza se o diabetes mellitus é um fator de risco para infecções do trato respiratório, independente da incidência e severidade (ROCHA et al., 2002).

Um dos maiores estudos sobre pneumonia adquiridas na comunidade evidenciou uma maior incidência de certos microrganismos em diabéticos, como *Staphylococcus aureus*, bacilos Gram-negativos (BGN) e *Mycobacterium tuberculosis*. Em estudos realizados na primeira metade do século XX, identificou que a se tuberculose de 4 a 3 vezes mais incidente em diabéticos (ROCHA et al., 2002).

A maioria dos pacientes apresentaram múltiplas comorbidades e dentre elas as mais citadas foram diabetes mellitus e hipertensão arterial. Apesar da dificuldade em se afirmar que o diabetes interfere nas infecções do trato respiratório, com os estudos percebe-se que os pacientes diabéticos são mais suscetíveis a infecções do sistema respiratório.

Uma vez identificado maior risco para bacteremia e maior mortalidade por pneumonia pneumocócica, o *American College of Physicians* recomenda que todos os pacientes diabéticos sejam vacinas contra pneumococo e influenza (ROCHA et al., 2002).

Os serviços de urgência devem ser estruturados para prestar assistência a pessoas em situações de emergência e urgência, que representam situações que requerem atendimento imediato e há risco de morte para o indivíduo, e situações em que não há risco iminente de morte, mas requerem atendimento rápido (SILVA et al., 2013). Entre os diversos protocolos de classificação existentes, destaca-se o protocolo de Manchester, que vem sendo amplamente utilizado no Brasil (SILVA et al., 2013).

O protocolo de Manchester é um protocolo que classifica a gravidade do paciente através das cores com cinco níveis distintos. Por meio da história clínica e dos sinais e sintomas identificados, um discriminador é encontrado e o paciente é direcionado em uma das cinco categorias, que é atribuído cores distintas relacionado a situação clínica do paciente, são elas: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul (JÚNIOR et al., 2012; SILVA et al., 2013).

Apesar de não ter sido possível identificar a classificação da maioria dos pacientes participantes da pesquisa, dos que se obteve informação referente à classificação a maior parte foi classificado com necessidade de atendimento muito urgente, seguido de urgentes e pacientes que precisavam de atendimentos emergentes, mostrando que o perfil dos pacientes atendidos levando em consideração à gravidade, refere-se a pacientes em situação clínicas graves que demandam de atendimento, principalmente, de urgência e alguns até de emergência com necessidade de atendimento imediato, onde a situação clínica do paciente aspirava cuidados. Relacionando a classificação com os óbitos, percebe-se que os pacientes

mais graves, que precisavam de atendimento emergente apresentaram maior número de óbitos.

Segundo estudo realizado por Tomberg e colaboradores (2013), de 5.629 fichas de atendimento que foram analisadas em relação à classificação de risco, apenas 51 (1%) foram classificadas como emergências e 872 (15%) como urgências. Já os pacientes que não demandavam urgência no atendimento representaram 2.261 (40%) e 269 (5%) foram de pacientes com casos passíveis de serem atendidos no serviço de atenção básica. Assim como neste estudo Tomberg e colaboradores também tiveram altos índices de paciente que não foi possível identificar a classificação, evidenciando problemas no processo de implantação de triagem nos prontos-socorros.

## 7. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo possibilitam concluir que a demanda clínica do Pronto Socorro do Hospital Regional de Ceilândia é de indivíduos idosos do sexo feminino, que necessitaram de longos períodos de internação na unidade. As maiores causas de internação baseado no diagnóstico segundo CID 10 agrupados por sistemas foram do sistema respiratório, seguido pelo sistema nervoso e sistema circulatório, em ambos os sexos. Para a realização da classificação de risco no momento do acolhimento, utilizou-se o protocolo de Manchester, entretanto não foi possível identificar de forma fiel a classificação de risco dos pacientes em decorrência da ausência de mais de 50% dos dados. Em relação ao desfecho a maioria dos pacientes evoluiu com alta hospitalar e a taxa de mortalidade foi considerada baixa.

Os idosos correspondem a um grupo da população com elevada vulnerabilidade e alta susceptibilidade a acometimentos e agravos a saúde. Sendo de extrema importância uma maior visibilidade desse grupo nas políticas públicas de saúde.

## 8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. O.; FALEIROS, B. E.; MARTINS, C. LEMOS, S. M. A.; TEIXEIRA, A. L. Características clínico-demográficas dos acidentes vasculares encefálicos de pacientes atendidos no Hospital Público Regional de Betim, MG. **Rev Med.**, Minas Gerais, v.21, n. 4, p. 384-389, 2011.

AZEVEDO, A. L. C. S.; PEREIRA, A.P.; LEMOS, C.; COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.12, n.4, p.736-45, out/dez. 2010.

BARRETO, S. S. M.; **Pneumologia {No Consultório}**. Ed. Artmed, Porto Alegre, 2009.

BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1451/95**. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451\\_1995.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm)> Acesso em 11 de set. 2013.

BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Minuta de resolução CFM**, normatização do funcionamento dos prontos-socorros hospitalares. Disponível em <<http://www.crmpr.org.br/imprensa/arquivos/Minuta-resolucao-prontos-socorros.pdf> > Acesso em 31 de nov. de 2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> Acesso em 08 de set. 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DE ESTADO DA SAÚDE. **Portaria nº 1863/GM, set. de 2003**. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.htm>>. Acesso em 19 de set. 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DE ESTADO DA SAÚDE. **Portaria nº 2048/GM, nov. 2002**. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>>. Acesso em 19 de set. 2013.

CASTRO, V. C.; BROGHI, A. C.; MARIANO, P. P.; FERNANDES, C. A. M.; MATHIAS, T. A. F.; CARREIRA, L. Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do sistema único de saúde. **Rev Rene**. Nordeste, v.14, n.4, p.791-800, 2013.

CHAVES, A. C. P.; BEZERRA, E. O.; PEREIRA, M. Lúcia D.; WOLFGANG, W. Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. **Rev. bras. enferm.** [online]. Brasília, v.67, n.1, p. 48-53, 2014.

CREPALDI, C. R.; MERIGHE, G. K. F.; LAURE, H. J.; ROSA, J. C.; MEIRELLES, F. V.; CESAR, M. C. Isolamento e cultivo de neurônios e neuroesferas de córtex cerebral aviar. **Pesq. Vet. Bras.** [online]. Rio de Janeiro, v.33, suppl.1, p. 45-50, dez. 2013.

ESTRELLA, K.; OLIVEIRA, C. E. F.; SANT'ANNA, A. A.; CALDAS, C. P. Detecção do risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25 n.3, p. 507-512, mar. 2009.

FRANCISCO, P. M. S. B., DONALISIO, M. R. C. LATTORRE, M. R. D. O. Tendência da mortalidade por doenças respiratórias em idosos do Estado de São Paulo, 1980 a 1998. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v.37 n.2, p 191-196, 2003.

GARCIA E. A.; FUGULIN F. M. T. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em Unidade de Emergência. **Rev. Esc. enferm.** São Paulo, v. 44 n.4, p. 1032-1038, dez. 2010.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23 n.3, p.565-574, mar. 2007.

**GUIDELINES. Destaque das diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE.**

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 11ª edição.

ISHIDA, J. C.; TURI, B. C.; SILVA, M. P.; AMARAL, S. L. Presença de fatores de risco de doenças cardiovasculares e de lesões em praticantes de corrida de rua. **Rev. bras. educ. fís. Esporte**. São Paulo, v.27 n.1, p. 55-65, jan./mar. 2013.

JÚNIOR, D. P.; SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.20 n.6, p. 507-512, nov./dec. 2012.

MAGALHÃES, F. J.; MENDONÇA, L. B. A.; REBOUÇAS, C. B. A.; LIMA, F. E. T.; CUSTÓDIO, I. L.; OLIVEIRA, S. C. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.67, n.3, p. 394-400, maio/ jun 2014.

MARIEB, E. N.; HOEHN, K. Anatomia e fisiologia. Ed. Artmed, Porto Alegre. 3ª edição, 2009.

MARTINS, H. S.; BRANDÃO, R. A.; SCALABRINI, A.; VELASCO, I. T. **Emergências clínicas: abordagem prática**. São Paulo: 5ª ed. Manole Ltda, 2010. p. 16.

MARTINS, H. S.; SCALABRINI, A.; VELASCO, I. T. **Emergências clínicas: baseada em evidências**. São Paulo: 5ª ed. Atheneu, 2005.

PASKULIN, L. M. G.; VALER, D. B.; VIANNA, L. A. C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p. 2935-2944, jun. 2011.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVAL, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 687-707, 2002.

ROCHA, J. L. L.; BAGGIO, H. C. C.; CUNHA, C. A.; NICLEWICZ, E. A.; LEITE, S. A. O.; BAPTISTA, M. I. D. K. Aspectos Relevantes da Interface Entre Diabetes Mellitus e Infecção. **Arq Bras Endocrinol Metab**. São Paulo, v.46, n.3, p. 507-512, jun. 2002.



SANTOS, N. C. M. **Urgência e emergência para a enfermagem: do atendimento pré-hospitalar à sala de emergência.** São Paulo: 6ª ed. Érica Ltda, p. 58, 2010.

SILVA, A. P.; DINIZ, A. S.; ARAÚJO, F. A.; SOUZA, C. C. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester. **R. Enferm. Cent. O. Min**, Minas Gerais, v.3 n.1, p. 507-517, jan/abr 2013.

SILVA, S. A.; VALÁCIO, R. A.; BOTELHO, F.C.; AMARAL, C. F. S. Fatores de atraso na alta hospitalar em hospitais de ensino. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v.48, n.2, p 314-321, apr. 2014.

SOUZA, C. L.; BARROSO, S. M.; GUIMARAES, M. D. C. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.19, n.6, p. 1653-1662, 2014.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social . **Rev Panam Salud Publica.** Washington, v.11 n.5-6, p. 365-373, may./jun, 2002.

VALERA R. B.; TURRINI R. N. T. Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. **Rev. Cienc. enferm.** São Paulo, v. 14 n. 2, p 87-95, 2008.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v.43 n.3, p. 548-554, may./jun, 2009.

YAMAMOTO, M. E. I.; GANANÇA, C. F.. Posturografia com estímulos de realidade virtual nas diferentes disfunções vestibulares. **Rev. soc. bras. fonoaudiol. [online].** São Paulo, vol.17, n.1, p. 54-60, 2012.

## ANEXO A (TCLE)

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE*

O (a) Senhor (a) está sendo convidada a participar do projeto: Perfil da demanda de emergências clínicas no pronto socorro do Hospital Regional da Ceilândia- DF. O objetivo desta pesquisa é identificar os dados demográficos, levantar os tipos de agravos à saúde, determinar a gravidade do estado de saúde dos pacientes, para que seja possível caracterizar o perfil da demanda de urgências e emergências clínicas no pronto socorro do hospital regional da Ceilândia- DF e avaliar a conduta profissional.

O (a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

As informações necessárias serão obtidas através das informações registradas no seu prontuário. Estes dados serão registrados em um questionário que será preenchido pelo pesquisador. Informamos que o (a) senhor (a) ou familiar responsável poderá recusar a participação a qualquer momento ou diante de qualquer situação que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Hospital Regional da Ceilândia e na instituição Universidade de Brasília podendo ser publicado posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Profª Dr(a) Paula Regina de Souza por meio do telefone (61) 82875267 ou na Universidade de Brasília telefone (61)3107-8418, no horário comercial.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome / assinatura:

---

Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura:

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B**

**PERFIL DA DEMANDA DE EMERGÊNCIAS CLÍNICAS NO PRONTO SOCORRO  
DO HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA- DF.**

1. Nº \_\_\_\_\_ formulário \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_
2. Passagem: \_\_\_\_\_ SES: \_\_\_\_\_ 3. Sexo: Fem. ( ) Masc. ( )
3. Idade: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. Data de admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da alta/ óbito: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
5. Triagem:  
( ) N.A, ( ) Azul, ( ) Verde, ( ) Amarelo, ( ) Alaranjado, ( ) Vermelho, ( ) N.S.R  
Obs: \_\_\_\_\_
6. Queixa principal: \_\_\_\_\_
7. Diagnóstico Médico:  
CID 10: \_\_\_\_\_
8. Comorbidades:  
HAS ( ), DM ( ), ASMA ( ), DPOC ( ), Sequela de AVC ( ), IAM prévios ( ),  
Alzheimer ( ), Parkinson ( ), C.A ( ), Problemas cardiovasculares ( ), N.S.R ( )  
Outras: \_\_\_\_\_
9. Histórico do paciente  
Nº de passagens pela emergência da clínica médica no DF (últimos 4 anos):  
\_\_\_\_\_
10. Histórico familiar:  
HAS ( ), DM ( ), ASMA ( ), DPOC ( ), Sequela de AVC ( ), IAM prévios ( ),  
Alzheimer ( ), Parkinson ( ), C.A ( ), Problemas cardiovasculares ( ), N.S.R ( )  
Outros: \_\_\_\_\_
11. Desfecho:  
( ) Óbito, ( ) Alta, ( ) Transferido.  
Outros: \_\_\_\_\_
12. Atendimento realizado:
  1. ( ) Hidratação
  2. ( ) Insulinoterapia
  3. ( ) Acesso venoso
  4. ( ) Tratamento farmacológico, antibiótico
  5. ( ) Tratamento farmacológico, broncodilatador
  6. ( ) Tratamento farmacológico, analgésico
  7. ( ) Tratamento farmacológico, antitrombótico
  8. ( ) Tratamento farmacológico, antihipertensivo
  9. ( ) Tratamento farmacológico, diabetes
  10. ( ) Tratamento farmacológico, antitérmico
  11. ( ) Tratamento farmacológico, protetor gástrico

12. ( ) Tratamento farmacológico, \_\_\_\_\_
13. ( ) Tratamento cirúrgico
14. ( ) RCP
15. ( ) Monitorização do ritmo cardíaco
16. ( ) Monitorização da P.A
17. ( ) Monitorização da glicemia
18. ( ) Oximetria
19. ( ) Oxigenoterapia
20. ( ) TC de crânio
21. ( ) TC de tórax
22. ( ) Raio X de Tórax
23. ( ) Ecografia abdominal
24. ( ) Ultra sonografia
25. ( ) Internação na UTI.
26. ( ) \_\_\_\_\_
27. ( ) \_\_\_\_\_

### 13. Exames:

1. ( ) Amilase
2. ( ) Ácido úrico
3. ( ) Bilirrubina total e frações
4. ( ) Creatina
5. ( ) Colesterol LDL
6. ( ) Colesterol HDL
7. ( ) Colesterol Total
8. ( ) Cultura de urina
9. ( ) Cálcio
10. ( ) CKMB- Creatino fosfoquinase fração Mb
11. ( ) CPK- Creatino fosfoquinase potássico
12. ( ) DHL- Desidrogenase Láctica
13. ( ) FAL- Fosfatase alcalina
14. ( ) Gasometria arterial
15. ( ) GGT- Gama glutamil transferase
16. ( ) Glicemia de Jejum
17. ( ) Glicose
18. ( ) Hemocultura 1ª amostra
19. ( ) Hemograma completo c/ plaquetas (heritograma + leucograma)
20. ( ) Magnésio
21. ( ) Potássio
22. ( ) TGO/AST – Transaminase Oxalacética
23. ( ) TGP/ ALT- Transaminase Pirúvica
24. ( ) Troponina
25. ( ) Sódio
26. ( ) U1- pesquisa de elementos anormais/ sedimentos na urina
27. ( ) Ureia
28. ( ) VHS- Hemossedimentação determinação da velocidade
29. ( ) \_\_\_\_\_
30. ( ) \_\_\_\_\_
31. ( ) \_\_\_\_\_
32. ( ) \_\_\_\_\_

## ANEXO C

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa – FEPECS/SES-DF.



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERFIL DA DEMANDA DE EMERGÊNCIAS CLÍNICAS NO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA- DF

**Pesquisador:** Paula Regina de Souza

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 25091714.2.0000.5553

**Instituição Proponente:** Secretaria de Saúde do Distrito federal - Regional de Saúde de Ceilândia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 614.814

**Data da Relatoria:** 14/04/2014

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de estudo transversal com abordagem quantitativa através da análise de prontuários e questionários direcionados ao paciente, no qual se irá aferir o perfil da demanda de urgência e emergências clínicas de unidade hospitalar, momento em que segundo a hipótese principal, se confirmada, identificará que as doenças cardiovasculares são predominantes entre as causas de emergências clínicas atendidas no Hospital Regional da Ceilândia.

**Objetivo da Pesquisa:**

O projeto em tela objetiva caracterizar o perfil da demanda de urgências e emergências clínicas no pronto socorro do Hospital Regional da Ceilândia- DF, e auxiliando na identificação das principais doenças responsáveis pela demanda de atendimentos de urgência e emergência, bem como a conduta da equipe, a fim de que com esse dados se possa gerenciar as atividades e recursos para melhor atender esse público.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa apresenta riscos mínimos podendo ocorrer desconforto do paciente decorrente do acesso ao prontuário e conseqüentemente a informações pessoais. O anonimato dos participantes é assegurado, pois o estudo tem enfoque nos dados como um todo e não individualmente. Como benefício auxiliará na identificação das principais doenças responsáveis pela demanda de

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 614.814

atendimentos de urgência e emergência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa a ser realizado no primeiro semestre de 2014 no HRC. A amostra será composta pelos indivíduos atendidos na clínica médica do pronto socorro do HRC, no período de janeiro a junho de 2014. Os aspectos éticos desta pesquisa tem obedecido a Resolução 466/2012 da CNS, com garantia de sigilo aos participantes. Os dados obtidos poderão ser apresentados em reuniões científicas e/ou publicados em revistas científicas, mantendo-se sempre o anonimato dos sujeitos da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto apresentada e devidamente assinada; termo de concordância das chefias e curriculum vitae apresentado; TCLE e questionários apresentados; cronograma, bibliografias, planilha orçamentária e de ações apresentada.

**Recomendações:**

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, que só poderá se iniciar após a aprovação do CEP/FEPECS. O pesquisador deverá encaminhar relatório final após a pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Critérios de exclusão e inclusão apresentados no projeto, conforme recomendação anterior pelo CEP.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 614.814

BRASILIA, 14 de Abril de 2014

---

**Assinador por:**  
**luiz fernando galvão salinas**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF **Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com