

## PERFIL DO PACIENTE QUE CHEGA À EMERGÊNCIA DO HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Livia Mageski Amorim<sup>1</sup>; Lucas Seibert Pinheiro<sup>1</sup>; Mateus Marinho Nogueira Soares<sup>1</sup>; Patrícia Corrente Maciel<sup>1</sup>; Patrícia Zocolotti Rocha<sup>1</sup>; Ulyly Suzano de Bragança<sup>1</sup>; Virginia Guidi Casotti<sup>1</sup>; Julianna Vaillant Louzada Oliveira<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade Brasileira – MULTIVIX, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

<sup>2</sup> Médica e Docente do curso de Medicina da Faculdade Brasileira – MULTIVIX, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

### RESUMO

**Introdução:** Conhecer o perfil dos pacientes que chegam a um hospital de atendimento as urgências clínicas e traumáticas que pratica o Acolhimento com Classificação de Risco é fundamental, possibilitando à gestão hospitalar melhor adequação às necessidades daquele, além de oferecer subsídios para atuar na conscientização da população sobre o local que melhor atende a sua necessidade. Por isso este estudo objetivou conhecer o perfil do paciente que chega à emergência do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves em um determinado tempo, no que tange ao tipo de agravo e condições clínicas do mesmo. **Método:** Estudo analítico observacional, longitudinal (Coorte) e prospectivo com 400 pacientes submetidos à coleta de dados por meio de um questionário e análise de prontuários, cujas informações foram armazenadas em planilhas do programa Excel®. **Resultados:** O presente estudo possibilitou a verificação do perfil dos pacientes atendidos, por meio da classificação no momento de acolhimento, do tipo de agravo, do mecanismo de trauma e o uso de dispositivo de segurança, além da forma como o paciente chegou ao hospital. **Conclusão:** Medidas devem ser implementadas para informar melhor a população aos tipos de agravos atendidos no hospital em questão e em qual esfera da rede pública ele deve procurar assistência para tratamento de sua injúria.

**Palavras-chave:** Medicina de emergência; Serviço de emergência; Identificação da emergência.

### INTRODUÇÃO

Historicamente, as unidades hospitalares de Urgência e Emergência sempre constituíram uma tentativa de atender de maneira mais ágil a população que não era assistida nas unidades de saúde. Esse panorama foi reflexo de uma atenção à saúde voltada para a unidade hospitalar e que ainda é observada nos dias de hoje (BRASIL, 1999).

Sabe-se que aproximadamente 60 milhões de pessoas por ano, sofrem algum tipo de traumatismo, correspondendo a uma em cada seis internações hospitalares. Os óbitos causados por esses traumas ocorrem em três picos: o primeiro, minutos após a lesão; o segundo decorrente de hemorragias e de lesões do sistema nervoso central, ocorre horas após o trauma, que de acordo com Simões et al., é influenciado por um atendimento pré-hospitalar eficiente interferindo na sobrevivência do paciente; e o terceiro após vinte e quatro horas. O problema torna-se mais complexo quando há necessidade de uma sistematização do atendimento multiprofissional em casos de eventos com mais de cinco vítimas, caracterizado como acidente envolvendo múltiplas vítimas, levando ao desequilíbrio entre a demanda e os recursos disponíveis (BATISTA, 2006; FRAGA, 2004; SIMÕES, 2012).

Considerando que o serviço de urgência e emergência é particularmente importante e complexo, políticas específicas definidas pelo o Ministério da Saúde tais como a Portaria GM/MS n.º 1.863, de 29/09/2003, Portaria Ministerial n.º 2.048 de 05/11/2002, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (2003), qualificam as portas de entrada dos serviços de urgência e emergência por meio do Acolhimento com Classificação de Risco. Esse sistema permite o gerenciamento de risco clínico promovendo o descongestionamento do serviço de emergência e a identificação rápida dos pacientes que se encontram em risco de morte, por meio da atribuição de cinco categorias: vermelho, emergente; laranja, muito urgente; amarelo, urgente; verde, pouco urgente e azul, não urgente (JIMÉNEZ, 2003; MACKWAY, 2006).

Com a finalidade de gerenciar recursos e ofertar ao paciente uma melhor assistência a sua necessidade, no ano de 2011 foi publicada a Portaria Nº 1.600/Ministério da Saúde, que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), a qual garante à universalidade, equidade e integralidade dos serviços de atendimento, além de afirmar que todos os serviços ofertados pela rede de atenção devem ser aptos a acolher e encaminhar, de acordo com a complexidade exigida, os pacientes que sofreram um agravo agudo a sua saúde (MAGNAGO, 2011; BRASIL, 2011). A interação adequada entre todos os componentes dessa Rede, entre eles o atendimento pré-hospitalar móvel, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e o atendimento Hospitalar influencia diretamente na evolução do paciente (BRASIL, 2003). Sendo assim, torna-se imprescindível conhecer o perfil do paciente para que este seja mais bem acolhido e atendido conforme sua necessidade.

Para tal finalidade, conhecer o perfil dos pacientes que chegam a um hospital de atendimento às urgências clínicas e traumáticas que pratica o Acolhimento com Classificação de Risco torna-se fundamental, possibilitando à gestão hospitalar melhor adequação às necessidades daquele além de oferecer subsídios para atuar na conscientização da população sobre o local que melhor atende a sua necessidade (SOUZA, 2009).

O trabalho teve como objetivo geral realizar um estudo prospectivo descritivo visando conhecer os pacientes admitidos na emergência do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves (HEJSN) em um determinado tempo no que tange ao tipo de agravo e condições clínicas do mesmo.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Trata-se de um estudo analítico observacional, transversal (Coorte) e prospectivo, realizado na emergência do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves (HEJSN), situado no município da Serra, Estado do Espírito Santo. A amostra de estudo foi de 400 pacientes atendidos no período de julho de 2016, em momentos aleatórios do dia, incluindo manhã, tarde e noite, com a finalidade de retratar com maior autenticidade a realidade do campo de pesquisa.

Os critérios de inclusão são: pacientes vítimas de injúria traumática ou clínica, classificados como vermelho, laranja, amarelo e verde de acordo com o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco de Manchester. Como critério de exclusão os pacientes que não possuíam o preenchimento de todas as variáveis do instrumento de pesquisa.

As informações foram coletadas por meio da aplicação de um questionário e também, por meio de análise de prontuário. Os dados obtidos por meio de entrevistas contemplam: incidente com múltiplas vítimas; gênero do paciente; data e horário de chegada do paciente; classificação de risco (Manchester); como chegou ao hospital; procedência; tipo de agravo; tipo de trauma; uso de dispositivos de segurança; destino do paciente ao chegar ao hospital e trajetória hospitalar em 24 horas.

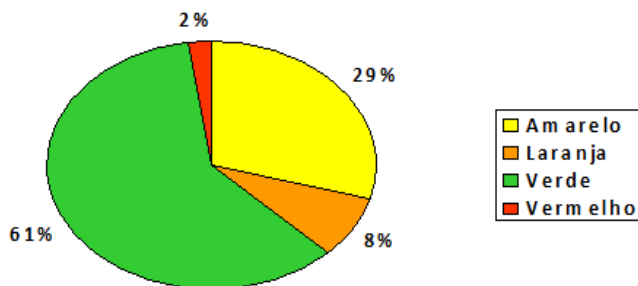
Foi criado um banco de dados planilhas do programa Excel®, permitindo a análise descritiva dos dados obtidos pelo questionário, cálculos percentuais, elaboração de gráficos assim como outros cálculos estatísticos que permitam a correlação entre as variáveis de interesse da pesquisa.

O projeto foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Brasileira em vigência do número de Certificado de Apresentação para a apreciação Ética 51270715.8.0000.5066, número do processo 120340/2015 em 25 de novembro de 2015. A entrevista direcionada ao acompanhante aconteceu nos casos em que o paciente não soube informar ou não esteve apto a responder. Nas situações em que o entrevistado não soube ler ou escrever, o pesquisador leu as perguntas e preencheu com as informações obtidas, tendo compromisso com a veracidade das informações. Após a autorização ele foi convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução 466/2012, considerando respeito pela dignidade humana e pelas demais atribuições presentes neste documento, preservando o anonimato dos dados coletados.

## RESULTADOS

A coleta foi realizada em uma semana do mês de julho nos turnos matutino, vespertino e noturno, abrangendo 400 pacientes que buscaram atendimento no pronto de socorro do HEJSN.

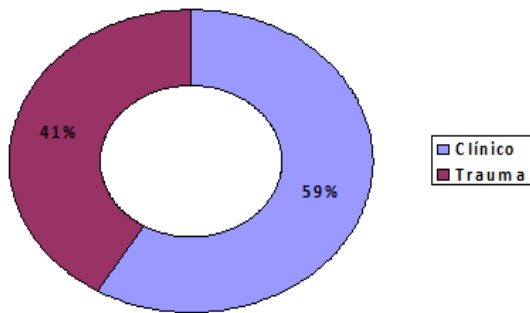
O Gráfico 1 ilustra a variável Classificação do Paciente de acordo como o protocolo de Manchester.



**Gráfico 1.** Classificação do Paciente acolhido na emergência do HEJSN de acordo com o protocolo de Manchester. ES, jul. 2016

Os pacientes acolhidos na emergência do HEJSN foram predominantemente classificados como verde (61%), seguido de classificação amarela (29%), laranja (8%) e vermelho (2%). Desses 400 pacientes, 137 pacientes foram encaminhados para a Unidade de Pronto Atendimento ou para o Serviço Social do hospital, sendo que todos foram classificados como verde pela triagem do hospital.

No que se refere ao tipo de agravo, observou-se que a 59% dos pacientes apresentaram injúria clínica e 41% injúria traumática, como demonstrado no Gráfico 2.



**Gráfico 2.** Tipo de agravo do paciente acolhido na emergência do HEJSN. ES, jul. 2016

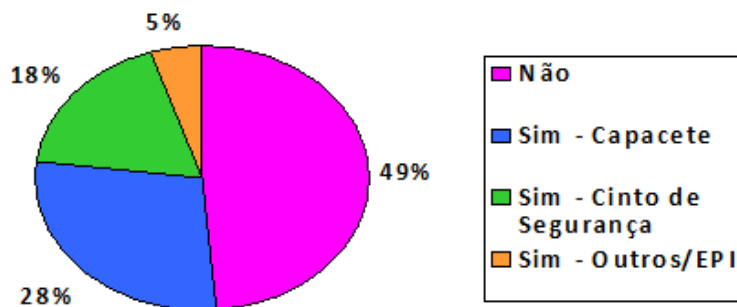
A tabela 1 ilustra a variável “mecanismo de trauma”, apresentado pelo paciente atendido na emergência do HEJSN. Constata-se, a partir da mesma, que dentre os tipos de trauma 41,36% foram por queda, e entre essas a queda da “própria altura” foi a de maior destaque representando 26,54%, agressão 1,23%, colisão 18,52% sendo que 7,41% envolviam motociclistas, ferimento por arma de fogo e ferimento por arma branca obtiveram a mesma porcentagem de 2,47%, queimadura 4,32% e outros tipos do trauma que corresponderam 29,63% dos atendidos.

**Tabela 1.** Mecanismo de trauma do paciente que chega emergência do HEJSN. ES, jul. 2016

TIPO DE TRAUMA	VALOR ABSOLUTO	PORCENTAGEM
<b>AGRESSÃO</b>	2	1,23%
<b>COLISÃO</b>		
Bicicleta	4	2,47%
Carro	8	4,93%
Moto	12	7,41%
Pedestre	6	3,71%
<b>TOTAL</b>	30	18,52%
<b>FERIMENTO POR ARMA DE FOGO</b>	4	2,47%
<b>FERIMENTO POR ARMA BRANCA</b>	4	2,47%
<b>QUEDA</b>		
1 metro	4	2,47%
2 metros	5	3,09%
7 metros	1	0,62%
Bicicleta	8	4,93%
Cama	1	0,62%
Escada	5	3,09%
Própria altura	43	26,54%
<b>TOTAL</b>	67	41,36%
<b>QUEIMADURA</b>	7	4,32%
<b>OUTROS</b>	48	29,63%
<b>TOTAL</b>	162	100%

Relacionado ao mecanismo de trauma, nota-se que a maior parte esteve associada à queda (41,36%), especialmente queda da própria altura (26,54%). As colisões envolvendo bicicletas, carros, motociclistas e pedestres são responsáveis por 18,52% dos tipos de trauma, com porcentagens que não se diferenciaram significativamente entre os tipos de veículos. Ferimento por arma branca e por arma de fogo obtiveram porcentagens idênticas, que associadas ao mecanismo de agressão, ocupam pequena parcela do total de pacientes atendidos com injúrias traumáticas.

No que tange o uso de dispositivos de segurança em alguns agravos relacionados ao trauma, gráfico 3, demonstrou-se que 49% dos atendidos não faziam uso, correspondendo a um N = 17. 12 destes atendidos eram ciclistas, ou seja, 100% dos ciclistas não faziam uso de dispositivos de segurança. Dos 7 pacientes que sofreram acidente de trabalho, 5 não utilizavam EPI. Dentre os acidentes motociclísticos, obtivemos um nº de 12, sendo que desses, 11 utilizavam capacete. Em pacientes vítimas de acidentes com carros, o qual totalizaram 8, apenas 1 deles não fazia uso do cinto de segurança.



**Gráfico 3.** Uso de dispositivo de segurança pelo paciente que chega emergência do HEJSN. ES, jul. 2016

O meio como o paciente chegou ao Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves também é uma variável pesquisada, demonstrada na tabela 2. 6% dos pacientes participantes da pesquisa chegaram ao HEJSN por uma unidade do SAMU e 3,75% dos pesquisados por uma ambulância municipal. 1% utilizou uma unidade do Corpo de Bombeiros como meio de transporte até o serviço hospitalar e 3,75% utilizaram outras formas de remoção como USB ECO 101 e serviços privados. No total de 400 pacientes pesquisados, é notório que a maioria dos pacientes chega ao serviço de saúde por meios próprios (carro, ônibus, outros), totalizando 85%, destacando os 237 que chegaram de carro popular, correspondendo a 69,7%.

**Tabela 2.** Como o paciente chegou a emergência do HEJSN. ES, jul. 2016

MEIO DE TRANSPORTE	VALOR ABSOLUTO	PORCENTAGEM
AMBULÂNCIA MUNICIPAL	15	3,75%

<b>UR CORPO DE BOMBEIROS</b>	4	1%
<b>USA SAMU</b>	8	2%
<b>USB ECO 101</b>	2	0,5%
<b>USB OUTROS SERVIÇOS DE REMOÇÃO</b>	7	1,75%
<b>USB SAMU</b>	20	5%
<b>USB SERVIÇO PRIVADO DE REMOÇÃO</b>	4	1%
<b>OUTROS</b>	340	85%
<b>TOTAL</b>	400	100%

## DISCUSSÃO

Observou-se que a maior parte dos usuários do Pronto Socorro do HEJSN eram provenientes do município da Serra-ES, onde o próprio hospital se localiza. Vinham de suas casas ou do trabalho e apenas uma minoria foram encaminhados para este serviço vindo de outros municípios. Outro fato notório é que a maioria destes utilizaram meios próprios para sua locomoção até o hospital, como carros e ônibus.

A partir dos dados coletados, verificou-se que a maioria dos pacientes foram classificados como não urgentes (verde, pela Classificação de Manchester) e que grande parte destes não procuraram o serviço de saúde adequado para a sua necessidade, e por essa causa, foram encaminhados para o serviço de referência.

O estudo não teve como objetivo a caracterização dos pacientes em relação às doenças apresentadas, porém, durante a coleta dos dados, notou-se a presença constante e significativa de pacientes clínicos e ambulatoriais, os quais procuravam acompanhamento de sua doença, não apresentando episódio de descompensação, podendo ser resolvidos em unidades básicas de saúde. Tal fato se deve à falta de informação sobre qual serviço de saúde deve procurar, e mais uma vez reforça a idéia de que o pronto-socorro é visto como o mais acessível serviço de saúde (OHARA, 2010).

Cerca de metade dos pacientes que sofreram algum trauma não estavam usando dispositivos de segurança. Por isso, é importante se pensar sobre meios para divulgação da educação no trânsito, em relação ao uso destes dispositivos, assim como atentar para maior fiscalização de equipamentos de proteção individual (EPI) nas empresas que o exigem.

De acordo com os resultados deste estudo, a porta de entrada para o sistema foi obtida, independentemente da gravidade dos casos. Entretanto, a promoção de informação sobre a saúde e a eficiência no sistema básico de saúde deve ser prioridade para a consolidação das

diretrizes do Sistema Único de Saúde, as quais prevêm integralidades das ações e serviços de assistência à saúde (OLIVATI, 2010).

## CONCLUSÃO

Os resultados obtidos mostraram que a maioria dos pacientes atendidos no ambiente estudado, foram classificados como verde e dentre esses a maioria precisou ser encaminhada para uma Unidade de Pronto Atendimento ou para o serviço social devido ao equívoco na busca do atendimento. Assim, medidas devem ser implementadas para informar melhor a população aos tipos de agravos atendidos no hospital em questão e em qual esfera da rede pública (Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Pronto Atendimento) ele deve procurar assistência para tratamento de sua injúria.

Com relação ao tipo de trauma, colisões envolvendo bicicletas, carros, motociclistas e pedestres não são responsáveis pela a maioria dos dados, porém é imprescindível salientar a importância de ações públicas a fim de conscientizar a população sobre a segurança no trânsito. Outro dado importante que envolve segurança de trânsito é a porcentagem de pacientes que sofreram um trauma e estavam fazendo uso de dispositivos de segurança, corroborando com a maioria dos entrevistados que foram atendidos no HEJSN. No entanto, de acordo com o trabalho, 100% dos ciclistas não faziam uso de nenhum tipo de equipamento de segurança, o que demonstra uma falha na orientação dos ciclistas e também a falta de fiscalização por meio das entidades públicas sobre esse meio de transporte.

Na população pesquisada, a maioria procurou o serviço a partir de meios próprios, sobre tal fato é relevante salientar que, em traumas, unidades de saúde móveis preparadas para o atendimento são preferenciais, cabe então orientar a sociedade sobre a importância do manuseio correto e os agravos que podem ser provocados caso um leigo, sem treinamento apropriado, tome a iniciativa de dar os primeiros atendimentos e encaminhar o paciente ao hospital em um meio de transporte inadequado para o serviço.

## REFERÊNCIAS

BATISTA, S. E. A. et al. Análise comparativa entre os mecanismos de trauma, as lesões e o perfil de gravidade das vítimas, em Catanduva - SP. **Rev. Col. Bras. Cir.** Rio de Janeiro, v.33, n.1, p.6-10, fev. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912006000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912006000100003&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 10 outubro 2015.



BRASIL. Portaria nº 479/GM, de 15 de abril de 1999. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 abr. 1999. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0479\\_15\\_04\\_1999.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0479_15_04_1999.html) Acesso em: 10 maio 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.600/GM, de 7 de julho de 2011. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, jul. 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html) Acesso em: 10 maio 2015.

BRASIL. Portaria Nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, out. 2003. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao\\_impressao.php?id=322](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=322) Acesso em: 10 maio 2015.

BRASIL. Regulação Médica das Urgências. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual%20de%20Regulacao%20Medica%20das%20Urgencias.pdf> Acesso em: 29 maio 2015.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 57, n.5, p.611-614, out. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672004000500019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500019&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 10 outubro 2015.

FRAGA, G. P; MANTOVANI, M.; MAGNA, L. A. Índices de trauma em pacientes submetidos à laparotomia. **Rev. Col. Bras. Cir.** Rio de Janeiro, v.31, n.5, p.299-306, out. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912004000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912004000500006&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 10 outubro 2015.

JIMÉNES, J. G. Clasificación de pacientes em los servicios de urgencias y emergencias: hacia um modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. **Emerg.** Andorra, v.15, p.165-74, 2003. Disponível em: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/clasificacion\\_y\\_triaje.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/clasificacion_y_triaje.pdf) Acesso em: 10 outubro 2015.

MACKWAY, J. K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency triage**: Manchester triage group. Segunda Edição. Massachussets: Blackwell publishing, 2006.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Perfil dos pacientes atendidos na sala de emergência do pronto socorro de um hospital universitário. **Rev. Enferm.** Rio Grande do Sul, v.1, n.1, p.51-60, 2011. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2090/1511> Acesso em: 29 maio 2015.

OLIVATI, F. N., et al. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. **RFO UPF.** São Paulo, v.15, n.3, set./dez. 2010. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/1669/1112> Acesso em: 12 outubro 2016.

OHARA, R; MELO, M. R. A; LAUS, A. M. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Rev. Bras. enferm.** Brasília, v.63, n.5, set./out. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000500009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500009) Acesso em: 12 outubro 2016.

SIMÕES, R. L. et al. Atendimento pré-hospitalar à múltiplas vítimas com trauma simulado. **Rev. Col. Bras. Cir.** Rio de Janeiro, v.39, n.3, p.230-237, jun. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912012000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912012000300013&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 10 outubro 2015.

SOUZA, B. C.; SILVA, R. M.; FELIPPE, E. B. A. Perfil da Demanda do Departamento de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Tubarão – SC. **Revista On-line da Associação Catarinense de Medicina.** Santa Catarina, v.38, n.2, p.61-67, 2009. Disponível em: [http://www.acm.org.br/revista/scripts/pdf.php?CD\\_ARTIGO=739](http://www.acm.org.br/revista/scripts/pdf.php?CD_ARTIGO=739) Acesso em: 26 maio 2015.