



CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES NA EMERGÊNCIA SEGUNDO A DEPENDÊNCIA DA ENFERMAGEM

CLASSIFICATION OF EMERGENCY PATIENTS ACCORDING TO THEIR DEPENDENCY ON NURSING

CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES EN EMERGENCIA SEGÚN LA DEPENDENCIA DE ENFERMERÍA

Fernanda Zambonin¹, Karen Ludimylla Bezerra Lima², Amanda Ramos de Brito³, Ticiane Batista de Brito⁴, Raphael Florindo Amorim⁵, Raquel Voges Caldart⁶

RESUMO

Objetivo: caracterizar o grau de dependência dos cuidados de enfermagem de usuários internados no setor de emergência. **Método:** trata-se de estudo quantitativo, transversal, de base secundária e a amostra se constituiu dos usuários internados na área de estabilização no mês de março de 2017. Utilizou-se um instrumento para os dados sociodemográficos e clínicos e o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) de Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant. Realizou-se a análise estatística no programa Epi Info. **Resultados:** verificou-se que 62,16% (n=46) da amostra era do sexo masculino, idade média de 55,29 ± 20,76 anos, principal diagnóstico de internação as doenças do aparelho circulatório (39,19%) e média de permanência de 4,29 ± 6,59. O SPC foi aplicado 166 vezes e predominou o cuidado de intensivo (69,28%), seguido por semi-intensivo (13,86%) e de alta dependência (11,45%). **Conclusão:** constatou-se um elevado número de cuidados intensivos e semi-intensivos, atrelados à longa permanência no setor, o que descaracteriza as unidades de emergência como local de estabilização. Fornece-se com essa caracterização bases científicas e fidedignas para o gerenciamento hospitalar e de pessoal de enfermagem. **Descritores:** Administração Hospitalar; Assistência ao Paciente; Emergências; Enfermagem em Emergência; Enfermagem; Organização e Administração.

ABSTRACT

Objective: to characterize the degree of dependency of users hospitalized in the emergency unit with respect to nursing care. **Method:** this is a quantitative, cross-sectional and secondary-based study. The sample consisted of patients hospitalized in the stabilization unit in March 2017. An instrument was used to obtain sociodemographic and clinical data, and also the Patient Classification System (PCS) proposed by Fugulin, Gaidzinski and Kurcgant. Statistical analysis was performed using the Epi Info™ software. **Results:** 62.16% (n=46) of the sample were male, with mean age of 55.29 ± 20.76 years. The main diagnosis of hospitalization was diseases of the circulatory system (39.19%), and the mean permanence was 4.29 ± 6.59. The PCS was applied 166 times and intensive care was prevalent (69.28%), followed by semi-intensive (13.86%) and high dependency (11.45%). **Conclusion:** There was a high number of intensive care and semi-intensive care provided and linked to prolonged length of stay in the sector, which mischaracterizes emergency units as patient stabilization sectors. This characterization provides scientific and trustworthy bases for hospital management and nursing personnel. **Descriptors:** Hospital Administration; Patient Care; Emergencies; Emergency Nursing; Nursing; Organization and Administration.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el grado de dependencia de los usuarios internados en el sector de emergencia en relación a los cuidados de enfermería. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, transversal y de base secundaria. La muestra se compuso de los usuarios internados en la unidad de estabilización durante el mes de marzo de 2017. Se utilizó un instrumento para obtener los datos sociodemográficos y clínicos y el Sistema de Clasificación de Pacientes (SCP) de Fugulin, Gaidzinski y Kurcgant. Se realizó el análisis estadístico en el programa Epi Info™. **Resultados:** se verificó que el 62,16% (n=46) de la muestra era del sexo masculino, con edad media de 55,29 ± 20,76 años. El principal diagnóstico de internación fue las enfermedades del aparato circulatorio (39,19%) y el promedio de permanencia fue de 4,29 ± 6,59. El SCP fue aplicado 166 veces y predominó el cuidado intensivo (69,28%), seguido por el semi-intensivo (13,86%) y el de alta dependencia (11,45%). **Conclusión:** Se constató un elevado número de cuidados intensivos y semi-intensivos relacionados con la larga permanencia en el sector, lo que descaracteriza las unidades de emergencia como locales de estabilización. Esta caracterización proporciona bases científicas y fidedignas para la gestión hospitalaria y de personal de enfermería. **Descriptores:** Administración Hospitalaria; Asistencia al Paciente; Emergencias; Enfermería de Emergencia; Enfermería; Organización y Administración.

^{1,2}Mestranda, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - Nível Mestrado Profissional, Universidade Federal de Roraima/UFRR. Boa Vista (RR), Brasil. E-mail: fezambonin30@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1137-2841>; E-mail: karenmylla@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4498-864X>; ^{3,4}Enfermeira (egressa), Universidade Federal de Roraima/UFRR. Boa Vista (RR), Brasil. E-mail: aramosbrito@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9117-6110>; E-mail: tici_brito@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5789-6333>; ⁵Mestre, Universidade Federal de Roraima/UFRR. Boa Vista (RR), Brasil. E-mail: raphael.amorim@ufr.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-7491-4257>; ⁶Mestre (doutoranda), Universidade Federal de Roraima/UFRR. Boa Vista (RR), Brasil. E-mail: raquelvoges@ufr.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8679-9519>

INTRODUÇÃO

Considera-se a unidade emergência hospitalar um setor crítico, já que os atendimentos devem ser feitos de forma ágil e sistematizada, visando à redução do número de mortes e sequelas.¹ Revela-se que os profissionais de enfermagem atuantes em prontos socorros necessitam se enquadrar em uma série de especificidades do serviço, como agilidade e praticidade, já que o cliente em estado grave requer a tomada de decisões em um curto espaço de tempo.²

Evidencia-se que a enfermagem lida cotidianamente com diversas situações que acarretam em sobrecarga de trabalho, desgaste físico e psíquico, como a ambiguidade de funções, superlotação hospitalar, contato intenso com pacientes críticos e em risco iminente de morte, atividades em turnos ampliados e a falta de estrutura física hospitalar.²⁻³

Tem-se, nesse sentido, a necessidade de conhecer as características da clientela atendida em emergência, com finalidade de prover recursos materiais e humanos capacitados e especializados a prestar um atendimento rápido, resolutivo e eficaz. Constata-se que um desses recursos metodológicos se trata do Sistema de Classificação de Pacientes (SPC) proposto por Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant⁴ e recomendado pela Resolução 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem⁵. Fundamenta-se que esse instrumento determina o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem. Tem-se, então, a intenção de estabelecer o tempo de assistência destinado ao cuidado direto e indireto e fornecer bases para calcular o qualitativo de pessoal enfermagem, além de permite classificar o paciente em cinco graus de dependência: cuidado intensivo, semi-intensivo, alta dependência, cuidados intermediários e cuidados mínimos.⁴

Exprime-se que esse arcabouço auxilia no gerenciamento tanto de recursos materiais quanto de recursos humanos, além de identificar o perfil dos usuários atendidos e proporcionar um planejamento dos cuidados de enfermagem individualizado, proporcionando uma assistência segura pela equipe de enfermagem.⁶ Demonstra-se, com isso, que a carência de profissionais afeta diretamente na qualidade da assistência ao usuário, corroborando ao maior risco de Eventos Adversos, principalmente relacionados à administração de medicamentos, retiradas precoces de sondas,

drenos e cateteres, além de elevar o número de infecções relacionadas à assistência em saúde. Exprime-se que os fatores supracitados corroboram negativamente para o aumento do tempo de permanência hospitalar, para a morbimortalidade dos pacientes e o acréscimo dos gastos hospitalares.⁷⁻⁸

Evidencia-se, portanto, a necessidade de aplicar metodologias e critérios adequados para suprir as reais necessidades de recursos humanos de acordo com cada nível de assistência, com foco em um dimensionamento de pessoal de enfermagem que levem a um atendimento de qualidade e que proporcione segurança na assistência prestada.⁹

OBJETIVO

- Caracterizar o grau de dependência da enfermagem dos pacientes internados no setor de emergência de um hospital de referência.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, transversal, de base secundária, do tipo descritivo-exploratória. Realizou-se em um hospital de grande porte (> 500 leitos), localizado em Boa Vista - Roraima e caracterizado como hospital de ensino, integrante do Sistema Único de Saúde, sendo sua gestão de responsabilidade do governo estadual. Retrata-se que instituição é referência para os quinze municípios do estado, bem como para os países fronteiriços República Bolivariana da Venezuela e República Cooperativa da Guiana e para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas Yanomami e Ye'Kuana (DSEI-Y) e Leste de Roraima (DSEI-L).

Coletaram-se os dados no Pronto Socorro do referido hospital, subdividindo-se em três áreas: i) área vermelha, responsável pelo recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências; ii) área amarela, a qual atua como uma semi-intensiva atendendo pacientes críticos e semi-críticos que já iniciaram sua terapia; ii) e área verde, destinada a pacientes não críticos que estão em observação ou aguardando vagas para a transferência para outras unidades de internação. Restringiu-se à pesquisa a área vermelha, objetivando-se avaliar o grau de dependência dos usuários recebidos na emergência e sua permanência nessa unidade.

Selecionaram-se como participantes todos os pacientes internados na referida área durante 30 dias consecutivos, no mês de março de 2017, indo ao encontro de

Zambonin F, Lima KLB, Brito AR de et al.

metodologias usadas por Vandresen et al.¹⁰ e Ohara, Melo e Laus¹¹. Utilizou-se como critério de inclusão os pacientes que geraram a Autorização da Internação Hospitalar (AIH), independente do diagnóstico, tipo de tratamento ou dias de internação. Excluíram-se os pacientes com idade inferior a 18 anos e readmissões no setor.

Aplicou-se um instrumento para os dados sociodemográficos e clínicos do paciente, elaborado especificamente para esta pesquisa, contando com as seguintes variáveis: sexo; data de nascimento ou idade; raça, cor ou etnia; procedência; data da internação; principal diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10); data da alta e situação da alta do setor.

Empregou-se, ainda, um instrumento validado: o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) proposto por Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant.⁴ Revela-se que essa metodologia utiliza 9 indicadores críticos de cuidado, sendo eles: estado mental, oxigenação, sinais vitais, mobilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação e terapêutica. Exprime-se que cada uma dessas áreas possuem gradação da complexidade assistencial que variam de um a quatro (1-4) pontos, a fim de categorizar a intensidade crescente do grau de dependência do cuidado em relação à enfermagem. Enquadra-se, ao fim, o paciente em uma das categorias: paciente em cuidados mínimos (PCM) 9 a 14 pontos; paciente em cuidados intermediários (PCI) 15 a 20 pontos; paciente em cuidados de alta dependência (PCAD) 21 a 26 pontos; paciente em cuidados semi-intensivos (PCSI) 27 a 31 pontos; e paciente em cuidados intensivos (PCIt) acima de 31 pontos.⁴ Aplicaram-se os nove indicadores e estes foram pontuados de acordo com as características do paciente registradas no prontuário no dia da coleta.

Transferiram-se os dados coletados para uma planilha eletrônica no programa Microsoft Excel 2010® e estes receberam tratamento estatístico por meio do programa “Epi Info”® versão 7.0. Efetuou-se a análise descritiva através das variáveis categóricas (sexo, idade, tempo de internação, procedência, diagnóstico médico) verificando a média, desvio-padrão, mediana, mínimo e

Classificação dos pacientes na emergência segundo...

máximo e, para as variáveis contínuas, utilizou-se frequência relativa e absoluta.

Aprovou-se esse estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Roraima (CEP/UFRR), conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, sob parecer nº 1.571.484 e CAAE nº 56415616.6.0000.5302. Empregou-se o termo de compromisso para o uso das informações secundárias e solicitou-se autorização do Núcleo de Pesquisa do hospital.

RESULTADOS

Contou-se com 74 pacientes na amostra, dos quais 62,16% (n=46) eram do sexo masculino e 37,85% (n=28) do sexo feminino, conforme a Tabela 1. Obtiveram-se uma idade média de $55,29 \pm 20,76$ com mediana de 57,2, apresentando uma variação de 19 a 92 anos. Prevaleceu-se a internação de idosos (48,65%) quando dividido por faixa etária e predominou a raça/etnia parda (93,24%), seguida da indígena (5,41%).

Observou-se que grande parte dos pacientes foi procedente do Pronto Atendimento (40,54%), do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (39,19%), por demanda espontânea (13,51%) e proveniente de outros blocos hospitalares devido a alguma complicação no quadro clínico (6,76%). Verificou-se, também, que vários foram os diagnósticos que motivaram a internação hospitalar, havendo predomínio das doenças do aparelho circulatório (39,19%), seguido das causas externas (28,38%), doenças do aparelho respiratório (8,11%) e digestório (8,11%).

Detalha-se que o tempo de internação variou de um a 36 dias de internação, com uma média de $4,29 \pm 6,59$. Evidenciou-se, quanto ao desfecho da alta do setor, que a mortalidade representou 41,89% (n=31), seguido de transferência para área verde desse mesmo setor com 33,78% (n=25), transferência para UTI com 18,92% (n=14) e transferência para os blocos hospitalares correspondendo a 5,41% (n=4).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes internados na emergência. Boa Vista (RR), 2017.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	46	62,16
Feminino	28	37,84
Idade		
≤ 20 anos	7	9,46
21 a 59 anos	31	41,89
> 60 anos	36	48,65
Raça/Etnia		
Parda	69	93,24
Indígena	4	5,41
Branca	1	1,35
Procedência		
Pronto Atendimento	30	40,54
Serviço de Atendimento Móvel às Urgências	29	39,19
Demanda espontânea	10	13,51
Bloco Hospitalar	5	6,76
Classificação Internacional de Doenças - 10		
Aparelho Circulatório	29	39,19
Causa externa	21	28,38
Aparelho Respiratório	6	8,11
Aparelho digestório	6	8,11
Doenças infecciosas e parasitárias	5	6,76
Aparelho Geniturinário	4	5,41
Doenças endócrinas	2	2,70
Neoplasias	1	1,35
Desfecho de Alta do Setor		
Óbito	31	41,89
Transferência para Área Verde do Trauma	25	33,78
Transferência para UTI	14	18,92
Transferência para o bloco	4	5,41
Dias de Permanência (± DP)	4,29 ± 6,5	-

M: Média; DP: Desvio Padrão

Realizaram-se 166 medidas SCP de Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005) durante 30 dias consecutivos, determinando o grau de dependência dos usuários para a equipe de enfermagem, respectivamente. Ressalta-se que o número de observações não corresponde ao número total de pacientes, visto que um mesmo cliente pode ter sido

avaliado mais de uma vez, conforme o tempo de permanência na referida unidade.

Verificou-se, conforme a Tabela 2, que 69,28% (n=115) dos pacientes analisados foram categorizados como cuidado de intensivo (69,28%), seguido por cuidado semi-intensivo (13,86%) e de alta dependência (11,45%).

Tabela 2. Categorização do Sistema de Classificação de Pacientes de Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005) dos pacientes internados na emergência. Boa Vista (RR), 2017.

Sistema de Classificação de Pacientes	n	%
Cuidados Intensivos	115	69,28
Cuidados Semi-intensivos	23	13,86
Cuidados de Alta dependência	19	11,45
Cuidados Intermediários	6	3,61
Cuidados Mínimos	3	1,81
Total	166	100,00

Distribuíram-se na Tabela 3 os indicadores que mais prevaleceram no SCP, de acordo com as áreas do cuidado.

Tabela 3. Distribuição dos indicadores com maior frequência segundo a área de cuidado do Sistema de Classificação de Paciente de Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005). Boa Vista (RR), 2017.

Área de Cuidado	Gradação da Complexidade Assistencial com maior frequência	n	%
Eliminação	Evacuação no leito e uso de Sonda Vesical	15	92,7%
Cuidado Corporal	Banho no leito	15	91,5%
Deambulação	Restrito ao leito	14	87,9%
Alimentação	Através de Sonda Nasogástrica	13	79,5%
Sinais Vitais	Controle em intervalo de 6/6 horas	12	78,3%
Oxigenação	Ventilação Mecânica	12	73,4%
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento	11	70,4%
Estado Mental	Inconsciente	11	69,8%
Terapêutica	E.V. contínua ou através de Sonda Nasogástrica	86	51,8%

Referindo-se ao estado mental, 69,88% (n=116) caracterizaram os pacientes como inconscientes, 12,05% (n=20) orientado no espaço e no tempo, 11,45% (n=19) apresentando períodos de consciência e 6,63% (n=11) exibindo períodos de desorientação. Quanto à oxigenação, 73,49% (n=122) estavam em uso de ventilação mecânica, 13,86% (n=23) faziam uso de oxigênio por cateter nasal de forma contínua e 3,01% (n=5) de forma intermitente, evidenciando que em 90,36% das avaliações os pacientes necessitavam de algum tipo oxigenoterapia e somente 9,64% (n=16) não dependiam de oxigênio suplementar.

Considerando-se o controle de sinais vitais, observou-se que 78,31% (n=130) foram verificados de 6 em 6 horas e 21,69% (n=36) eram mesurados de 4 em 4 horas. Em relação à motilidade dos pacientes, observou-se que 70,48% (n=117) eram incapazes de movimentar qualquer segmento corporal, 17,47% (n=29) apresentavam dificuldade para realizar movimento dos segmentos corporais, 6,63% (n=11) possuíam limitação de movimentos e apenas 5,42% (n=9) movimentavam todos os seguimentos corporais.

Verificou-se maior frequência de pacientes restritos ao leito (87,95%) e, desta mesma forma, destaca-se o elevado número de banhos no leito com 91,57% (n=152), seguidos de 4,22% (n=7) com banho de chuveiro e/ou higiene oral realizado pela equipe de enfermagem. Evidenciou-se, quanto à forma de eliminação, que 92,77% (n=154) realizam evacuação no leito e uso de sonda vesical de demora e 3,61% (n=6) faziam uso de comadre ou eliminação no leito.

Tratando-se da forma ofertada de alimentação, verificou que 79,52% (n=132) dos pacientes recebiam a dieta através de sonda nasogástrica, 17,47% (n=29) se alimentavam por via oral com auxílio da enfermagem e 3,01% (n=5) eram autossuficientes no quesito alimentação, não sendo verificada nenhuma dieta ofertada por cateter central.

Evidenciou-se, em relação à terapêutica utilizada, que 51,81% (n=86) dos registros administravam medicamentos por via endovenosa de forma contínua ou por sonda nasogástrica, 38,55% (n=64) em uso de drogas vasoativas e 9,64% (n=16) em uso de terapia endovenosa intermitente. Não houve registro de pacientes que utilizavam apenas a via oral como forma de medicalização.

Detacou-se, no presente estudo, que as áreas com maior gravidade e que, consequentemente, requerem maior dependência da enfermagem, estão relacionadas à eliminação (92,77%), ao cuidado corporal (91,57%) e a deambulação (87,95%).

DISCUSSÃO

Revelou-se a predominância do sexo masculino no atendimento às emergências, correspondendo a 62,16% (n=46), confirmando uma tendência cultural instalada na sociedade, visto que os homens caracterizam a doença como um sinal de fragilidade e os mesmos acreditam não ser susceptível a ocorrência de enfermidades. Implica, com isso, em não adesão às formas de prevenção e autocuidado, além da reduzida procura pelos serviços de saúde de baixa complexidade.¹²⁻¹³

Verificou-se, com relação à faixa etária, a prevalência da internação de idosos, convergindo com a mudança populacional ocorrida no Brasil, através da transição demográfica, na qual se observa uma diminuição da faixa etária mais jovem e aumento da população idosa.¹⁴ Observou-se, com relação à raça/etnia, a predominância de pessoas pardas, seguida da indígena. Reflete-se, diante disso, uma especificidade regional, visto o estado de Roraima detém o maior percentual de indígenas (11,0%) comparado a outros estados da federação.¹⁵

Prevaleceram-se, no que tange diagnósticos que motivaram a internação hospitalar, as doenças do aparelho circulatório, sendo estas umas das maiores causa de mortes no mundo e, conforme

estimativas da Organização Mundial de Saúde, no ano de 2030 cerca de 24 milhões de pessoas irão a óbito devido a essas doenças,¹⁶ levando a óbito seis vezes mais que as doenças infecciosas, abrangendo a síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), duas vezes mais que o câncer e 2,5 vezes mais que as mortes por causas externas.¹⁷

As causas externas também foram responsáveis por altas taxas de internação e essas ocasionam, muitas vezes, em complicações temporárias ou permanentes e afastam pessoas com idade produtiva do trabalho, o que se torna oneroso para o setor produtivo, previdenciário e sistema de saúde.¹⁸ Além disso, as causas externas ocasionam em danos sociais devido ao desgaste físico, psicológico e emocional para o paciente e a família.

Observou-se, com relação a variável desfecho de alta do setor, que a mortalidade representou 41,89% (n=31) do total. Estudos realizados no sudeste e nordeste brasileiro demonstraram resultados bem inferiores com relação à taxa de óbito quando comparados ao percentual local, ocorrendo em somente 11,47% no primeiro estudo e 2% no segundo estudo.¹⁹⁻²⁰

Acredita-se que essa discrepância local ocorra devido a vários fatores, mas principalmente relacionado ao perfil do público atendido na emergência. Observa-se que a maioria da população acolhida se referiu a idosos com DCNT e suas complicações, tendo, muitas vezes, em um prognóstico sombrio. Ademais, a idade apresenta-se como fator alusivo a um mal prognóstico, já que estatisticamente quanto maior a idade maior a probabilidade de ir a óbito.²¹⁻²²

Admite-se que outro fator correlacionado a um desfecho negativo é o tempo de permanência hospitalar. Essa variável é frequentemente utilizada como um indicador de qualidade da assistência hospitalar, o qual pode sofrer influência de vários fatores, como a gravidade dos pacientes atendidos e a ocorrência de complicações durante a internação.²³

Conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.077/14,²⁴ que dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, estabelece que o tempo máximo para permanência dos nesses serviços será de até 24h, devendo o mesmo ter alta, receber internação ou transferido, ficando vetada a internação desses usuários nos serviços hospitalares de urgência e emergência.

Admite-se, porém, que esta não é a realidade encontrada nesses serviços de urgência e emergência. Observou-se que o tempo de permanência no setor de emergência da presente pesquisa variou de um a 36 dias de internação, com uma média de $4,29 \pm 6,59$, no qual se pode observar um elevado tempo de permanência quando comparado ao estudo realizado em Curitiba, no qual foi observada uma média de permanência de dois dias.²⁵

Prevaleceram-se, de acordo com a aplicação do SCP, os pacientes com cuidados intensivo, seguido por cuidado semi-intensivo e de alta dependência, evidenciando-se que a maioria da clientela atendida no pronto-socorro exige cuidados de enfermagem complexos para suprir suas necessidades humanas básicas. Conceitua-se um paciente com cuidados intensivos àquele em grave estado, o qual necessita de cuidados de enfermagem e médicos especializados de forma contínua, visto que as funções fisiológicas e vitais estão instáveis, porém são recuperáveis⁵.

Exprime-se que a emergência é responsável por prestar um cuidado de curta duração, o qual tem por finalidade estabilizar ou solucionar uma situação de emergência.²⁶ Admite-se, além disso, que os pacientes graves, após serem estabilizados, devem ser mantidos em observação na emergência somente até a oferta de leitos em unidades hospitalares fechadas. Porém, na prática, há uma dificuldade em conseguir leitos nessas unidades, fazendo com que o cliente seja tratado na própria emergência por um longo período de tempo. Interfere-se, com isso, na qualidade da assistência, já que a emergência não dispõe de condições físicas e de recursos humanos para realizar esse cuidado, levando a descaracterização do trabalho na emergência.²⁷

Intensifica-se a ocorrência de eventos adversos com a permanência de pacientes críticos em unidade de emergência devido às condições intrínsecas ao serviço, já que essa unidade é porta de entrada para diversos agravos de emergência, sejam eles clínicos, cirúrgicos ou traumatológicos. Acrescidos a isso, são fatores facilitadores para a ocorrência dos EAs na emergência, a sobrecarga de trabalho, superlotação das unidades e a falta de comunicação entre a equipe multidisciplinar.²

Verificou-se que o elevado número de pacientes inconscientes, em ventilação mecânica invasiva, em uso de medicamentos por via endovenosa contínua e drogas vasoativas, restritos ao leito, com evacuações

no leito, em uso de sonda vesical de demora e recebendo dieta principalmente por sonda nasogástrica refletem a gravidade dos pacientes que se encontram internados no setor, evidenciando o elevado grau de dependência dos usuários com a equipe de enfermagem para suprir suas necessidades humanas básicas.

Constatou-se, através das características supracitadas, que se referem a pacientes com cuidados intensivos. A unidade hospitalar destinada ao atendimento de pacientes graves é a UTI, visto que possui recursos humanos capacitados e recursos tecnológicos apropriados²⁸ e a Resolução COFEN nº 543/17⁵ ressalta que paciente classificados como Cuidados Intensivos devem ser assistidos em Unidade de Terapia Intensiva. Porém, a falta de leitos faz com que esses pacientes permaneçam em outras unidades não específicas para o atendimento de pacientes críticos. Tem-se, ainda, que o pronto socorro é uma porta de entrada do ambiente hospitalar, no qual há uma demanda contínua de novos pacientes, fazendo com que haja uma sobrecarga aos profissionais ali atuantes.²⁹

CONCLUSÃO

Permitiu-se, com o presente estudo, estabelecer o grau de dependência, sendo a maioria dos usuários classificados como cuidados intensivos, semi-intensivos e alta dependência, evidenciando uma elevada dependência da assistência de enfermagem na emergência, principalmente no que tange as eliminações, ao cuidado corporal e a deambulação dos pacientes. Demonstrou-se, a partir disso, a exposição dos trabalhadores de enfermagem a fatores de risco relacionados à sua atividade laboral, principalmente quanto ao risco ergonômico e biológico.

Ressalta-se que o elevado grau de dependência atrelado à longa permanência dos usuários no setor descaracteriza as unidades de emergência como unidade de estabilização de pacientes. Esses fatores podem ocasionar uma elevada taxa de ocupação de leitos, má qualidade nos cuidados prestados, altos índices de eventos adversos relacionados à assistência e uma elevada carga de trabalho aos profissionais de enfermagem.

Acredita-se, por fim, que a caracterização da clientela assistida no pronto-socorro fornece bases para o gerenciamento hospitalar e de pessoal de enfermagem, bem como de recursos materiais e equipamentos, tendo em vista que a provisão ajustada às necessidades é de suma importância para assegurar uma

assistência segura para os usuários e profissionais, minimizando iatrogenias e melhorando a qualidade de vida no trabalho.

FINANCIAMENTO

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal de Roraima - UFRR entre os anos de 2016/2017.

REFERÊNCIAS

1. Freitas Júnior JR, Przybycien M, Trentini CA, Camargo CHF. The role of the academic league of surgical mergencies in medical formation. Revista Conexão UEPG [Internet]. 2014 [cited 2017 May 20];10(1):120-7. Available from: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao/article/view/6240/4047>
2. Melo CL, Delfim LVV, Dantas RB, Ribeiro de Sá, RA. Risk and adverse events management in an emergency unit: perception of the nursing team. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2017 May 20];7(10):6146-55. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12250/14875>
3. Angelim RCM, Rocha GSA. Scientific production about the working conditions of nursing in emergency and urgent services. J res fundam care online [Internet]. 2016 [cited May 22];8(1):3845-59. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado_fundamental/article/viewFile/4473/pdf_1800
4. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2005 Jan/Feb [cited 2017 June 3];13(1):72-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a12.pdf>
5. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília: Cofen [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 14]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
6. Barboza DS, Silva RGM da. Patient classification systems in an intensive care unit neurological. Journal Health NPEPS [Internet]. 2016 [cited 2017 June 3];1(2):197-207. Available from: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnp/eps/article/view/1552>

7. Oliveira AC de, Garcia PC, Nogueira LS. Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2017 June 3]:50(4):679-689. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400683
8. Hee K, Chul-Woung K, Sang-Yi L. Nurse-perceived patient adverse events depend on nursing workload. *Osong Public Health Res Perspect* [Internet]. 2016 [cited 2017 June 10]:7(1):56-62. Available from: https://ac.els-cdn.com/S2210909916000023/1-s2.0-S2210909916000023-main.pdf?_tid=5346ccf7-ce7b-4b83-a7f5-a4aec895b093&acdnat=1521666816_bd349d6a0a69ff975fbebe1aceb7bfed
9. Meneguetti MG, Nicolussi AC, Scarparo AF, Campos LF, Chaves LDP, Laus, AM. Nursing personnel staffing in hospital services: an integrative literature review. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2013 [cited 2017 June 5]:5(2):551-63. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a30.pdf
10. Vandresen L, Pires DEP, Lorenzetti J, Andrade SR. Classificação de pacientes e dimensionamento de profissionais de enfermagem: contribuições de uma tecnologia de gestão. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2018 Mar 27]:39(e):2017-0107. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/79570/46557>
11. Ohara R, Melo MRAC, Laus AM. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2018 Mar 27]:63(5):749-54. Available from: <http://www.redalyc.org/html/2670/267019591009/>
12. Ministério da Saúde (BR). Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [cited 2017 June 5]. Available from: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/plano_nacional.pdf
13. Souza AM de, Filipini CB, Rosado SR, Dázio EMR, Fava SMCL, Lima RS. Kidney transplantation: experience of men in hemodialysis entered on the waiting list. *Rev Rene* [Internet]. 2015 [cited 2017 June 10]:16(1):11-20. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1785/pdf_1
14. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Public policies challenges on the background of demographic transition and social changes in Brazil. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 5]:21(61):309-20. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/en_1807-5762-icse-1807-576220160136.pdf
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os indígenas no censo demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça [Internet]. Rio de Janeiro; 2012 [cited 2017 June 7]. Available from: https://www2.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf
16. World Health Organization (WHO). Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control [Internet]. World Health Organization, Geneva; 2011 [cited 2017 June 10]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44701>
17. Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio De Janeiro (SOCERJ). Manual de prevenção cardiovascular [Internet]. São Paulo: Planmark; 2017 [cited 2017 June 10]. Available from: https://socerj.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual_de_Prevencao_Cardiovascular_SOCERJ.pdf
18. Moura, LA, Cruz NM, Oliveira LCA, Gurgel PKF, Teixeira MC, Soares WLP. Years of potential life lost due to external causes in Rio Grande do Norte, 2003 a 2012. *UNOPAR Cien Ciênc Biol Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2017 June 10]:17(2):101-6. Available from: <http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/295>
19. Ribeiro RM, Cesarino CB, Ribeiro RCHM, Rodrigues CC, Bertolin DC, Pinto MH et al. Profile of clinical emergencies in the emergency department of a Teaching Hospital. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 June 12]:18(3):539-44. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/944>
20. Rodrigues AIG, Korinfsky JP, Santos ADB dos; Oliveira ANS de, Almeida LR de, Moura LA. Perfil dos usuários atendidos no serviço de emergência em um hospital universitário em Pernambuco. *Revista Baiana de Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2017 June 12]:39(1):13-24. Available from: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1690>
21. Becker JB, Lopes MCBT, Pinto MF, Campanharo CRV, Barbosa DA, Batista REA. Triage at the Emergency Department: association between triage levels and patient outcome. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2017 June 15]:49(5):779-85. Available from:

Zambonin F, Lima KLB, Brito AR de et al.

Classificação dos pacientes na emergência segundo...

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/0080-6234-reeusp-49-05-0783.pdf>

22. Diniz AS, Silva AP da, Souza CC de, Chianca TCM. Clinical demand in an emergency care unit according to the Manchester triage system. Rev Eletr Enf [Internet]. 2014 [cited 2017 June 15]: 16(2):312-20. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a06.pdf

23. Roque KE, Melo ECP. The length of stay and the occurrence of adverse drug: a question of nursing. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2011 [cited 2017 June 15]: 15(3):595-601. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a22v15n3.pdf>

24. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.077/14. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho [Internet]. Brasília; 2014 [cited 2017 June 18]. Available from: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>

25. Franco di Credo P, Cestari Felix JV. Perfil dos pacientes atendidos em um hospital de referência ao Trauma em Curitiba: implicações para a enfermagem. Cogitare Enferm [Internet]. 2012 [cited 2017 June 12]:17(1):126-31. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/26385/17578>

26. Caldas CP, Veras RP, Motta LB da, Guerra ACLC, Jesus Carlos M de, Trocado CVM. Emergency care and its interfaces: the short-term care for the elderly. J Bras Econ Saúde [Internet]. 2015 [cited 2017 June 18]:7(10):62-9. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n1/a4757.pdf>

27. Paixão TCR, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Nursing staff sizing in the emergency room of a university hospital. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015 [cited 2017 June 20]:49(3):481-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/0080-6234-reeusp-49-03-0486.pdf>

28. Nogueira LS, Sousa RMC de, Padilha KG, Koike KM. Clinical characteristics and severity of patients admitted to public and private icus. Texto & contexto enferm [Internet]. 2012 [cited 2017 June 25]:21(1):59-67. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/en_a07v21n1.pdf

29. Zandomenighi RC, Mouro DL, Oliveira CA de, Martins EAP. Intensive care in hospital emergency services: challenges for nurses. Rev Min Enferm [Internet]. 2014 [cited 2017 June 15]:18(2):415-25. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/936>

Submissão: 05/06/2018

Aceito: 11/02/2019

Publicado: 01/04/2019

Correspondência

Raquel Voges Caldart
Universidade Federal de Roraima
Avenida Capitão Ene Garcez, 2413
Bairro Aeroporto
CEP: 69310-000 – Boa Vista (RR), Brasil