

CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERMELHA EM UMA UNIDADE HOSPITALAR FILANTRÓPICA

Characterization of patients with red risk classification in a philanthropic hospital unit

Caracterización de pacientes con clasificación de riesgo roja en una unidad hospitalaria filantrópica

Ticiane de Oliveira Pontes¹, Brenna Shellem Bessa de Oliveira², Emanuella Silva Joventino³

Como citar este artigo:

Pontes TO, Oliveira BSB, Joventino ES. Caracterização de pacientes com classificação de risco vermelha em uma unidade hospitalar filantrópica. 2021 jan/dez; 13:164-169. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8072>.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes com classificação de risco vermelha (prioridade zero) em um hospital filantrópico. **Método:** Estudo documental, quantitativo, realizado em um hospital filantrópico com 109 prontuários de pacientes com classificação de risco vermelha que adentraram a emergência ao longo de oito meses. Realizou-se a análise estatística descritiva. **Resultados:** Verificou-se que 33,9% da amostra tinha idade entre 61 e 80 anos; 67,7% eram mulheres; 61,4% não fumavam; 62,4% não eram etilistas; 42,2% eram hipertensos; 16,5% apresentou rebaixamento do sensorio. Percebeu-se que 37,6% dos prontuários não tinham a hipótese diagnóstica registrada e que 56,9% tiveram alta hospitalar. **Conclusão:** Constatou-se que a maioria dos pacientes com classificação de risco vermelha era idosa, hipertensa, tinha 2º grau completo, não fumava ou era etilista. A principal queixa referida foi rebaixamento do sensorio. A principal hipótese diagnóstica foi acidente vascular encefálico. A maioria dos pacientes evoluiu para alta hospitalar. **Descritores:** Acolhimento; Enfermagem; Tratamento de Emergência.

ABSTRACT

Objective: To characterize the epidemiological and clinical profile of patients with red risk classification (priority zero) in a philanthropic hospital. **Method:** A quantitative documentary study carried out in a philanthropic hospital with 109 charts of patients with red risk classification who entered the emergency room during eight months. The descriptive statistical analysis was performed. **Results:** It was verified that 33.9% of the sample was aged between 61 and 80 years; 67.7% were women; 61.4% did not smoke; 62.4% were non-alcoholic; 42.2% were hypertensive; 16.5% presented lowering of the sensorium. It was noticed that 37.6% of the medical records did not have the diagnostic hypothesis registered and that 56.9% were discharged from hospital. **Conclusion:** It was found that the majority of the

1 Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência. Hospital São Camilo – Cura D’Ares, Fortaleza – Ceará – Brasil.

2 Enfermeira. Mestranda Acadêmica em Enfermagem. Bolsista CAPES. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Acarape - Ceará - Brasil.

3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Acarape – Ceará - Brasil.

patients with red risk classification were elderly, hypertensive, had a full second degree, did not smoke or were an alcoholic. The main complaint reported was lowering of the sensorium. The main diagnostic hypothesis was stroke. Most of the patients evolved to hospital discharge.

Descriptors: User Embrace; Nursing; Emergency Treatment.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes con clasificación de riesgo rojo (prioridad cero) en un hospital filantrópico. **Método:** Estudio documental, cuantitativo, realizado en un hospital filantrópico con 109 prontuarios de pacientes con clasificación de riesgo roja que adentraron la emergencia a lo largo de ocho meses. Se realizó el análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** Se verificó que el 33,9% de la muestra tenía edad entre 61 y 80 años; El 67,7% eran mujeres; 61,4% no fumaban; El 62,4% no eran etilistas; El 42,2% eran hipertensos; El 16,5% presentó descenso del sensorio. Se percibió que el 37,6% de los prontuarios no tenían la hipótesis diagnóstica registrada y que el 56,9% tuvo alta hospitalaria. **Conclusión:** Se constató que la mayoría de los pacientes con clasificación de riesgo rojo era anciana, hipertensa, tenía 2º grado completo, no fumaba o era etilista. La principal queja referida fue descenso del sensorio. La principal hipótesis diagnóstica fue accidente vascular encefálico. La mayoría de los pacientes evolucionaron a alta hospitalaria.

Descriptores: Acogimiento; Enfermería; Tratamiento de Urgencia.

INTRODUÇÃO

O atendimento de urgência e emergência consiste em um serviço que atua 24 horas por dia e que é procurado por pacientes que necessitam de uma resolução rápida para seus problemas. Recebe uma clientela que pode apresentar desde problemas de saúde capazes de serem resolvidos no âmbito ambulatorial até casos graves, os quais colocam em risco a sobrevivência do indivíduo.¹

Em virtude desse cenário, pelo crescimento da demanda em urgência/ emergência e superlotação,² muitos usuários não eram atendidos de forma resolutiva, o que poderia ocasionar danos irreversíveis.

Nesse contexto, a classificação de risco surgiu como uma estratégia capaz de organizar as filas de usuários e garantir uma assistência rápida e humanizada, já que a ordem de atendimento médico é determinada por meio da gravidade do estado clínico do paciente. Dessa maneira, indivíduos com risco iminente de morte são atendidos prioritariamente, reduzindo os índices de óbitos e sequelas decorrentes da enfermidade apresentada.³

Essa ferramenta é constituída por no mínimo quatro cores, a saber: vermelho, amarelo, verde e azul. Os usuários são categorizados de acordo com o grau de risco de morte, sendo que aqueles que recebem pulseira vermelha necessitam de atendimento imediato (com prioridade zero, ou seja, antes dos demais); pulseira amarela precisam ser atendidos o mais rápido possível; pulseira verde apresentam prioridade não urgente e pulseira azul possuem baixa prioridade ao atendimento.⁴

Em virtude da sua importância na agilidade do serviço e no prognóstico dos usuários, a classificação de risco deve ser feita por um profissional com nível superior e que tenha sido treinado anteriormente. Esse profissional, o qual na maioria das vezes é o enfermeiro, deve ter rapidez na sua tomada de

decisão e na definição adequada da cor de classificação de risco para cada paciente, devendo estas serem baseadas no seu julgamento clínico, nas queixas referidas pelo usuário e no protocolo preestabelecido pela instituição.⁵

Acredita-se que para ser realizado um atendimento direcionado, holístico e capaz de suprir as necessidades de cada indivíduo é essencial que a equipe multiprofissional conheça e trace o perfil destes quanto aos hábitos de vida diários, comorbidades, queixas, hipóteses diagnósticas e possíveis condutas.

Assim, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes com classificação de risco vermelha (prioridade zero) em uma unidade hospitalar privada.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo documental, retrospectivo e de abordagem quantitativa realizado em um hospital filantrópico da cidade de Fortaleza-Ceará durante o período de agosto a setembro de 2015.

Foram incluídos na pesquisa usuários atendidos na emergência clínica, que tivessem passado pelo Acolhimento e Classificação de Risco e cuja classificação de risco tenha sido a cor vermelha. Adotou-se como critérios de exclusão: pacientes atendidos na emergência obstétrica e/ou preenchimento incompleto de informações nos prontuários.

Ao longo de oito meses (entre janeiro e agosto de 2015) foram atendidos 109 pacientes que possuíam classificação de risco vermelha (prioridade zero) e que atenderam aos critérios de seleção estabelecidos. Assim, a amostra desse estudo foi composta pela totalidade desses prontuários (n=109).

Salienta-se que se optou pela análise desses oito meses por ter sido o período compreendido entre a implementação da classificação de risco nesse serviço e a efetivação da coleta de dados propriamente dita.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário estruturado composto por dados referentes ao perfil sociodemográfico do usuário, bem como informações acerca da cor de classificação de risco, sinais e sintomas que o paciente apresentava durante o atendimento. A tabulação e análise dos dados foram realizadas por meio do programa *Software Package for the Social Sciences* (Versão 20.0), mediante estatística descritiva.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da

Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), conforme parecer 1.140.097.

RESULTADOS

No que se refere à caracterização da amostra, percebeu-se que 37 (33,9%) dos participantes do estudo possuíam idade que variava dos 61 aos 80 anos com média de 65,5 anos (desvio padrão= ±20,7); 74 (67,9%) pertenciam ao sexo feminino;

43 (39,4) eram casados e que em 68 (62,4%) a escolaridade não tinha sido registrada.

Conforme mostra a Tabela 1, notou-se que 67 (61,4%) usuários não eram tabagistas, 68 (62,4%) não consumiam bebida alcoólica, 46 (42,2%) eram hipertensos, 37 (34,0%) não possuíam diabetes, 60 (55,0%) não tinham qualquer tipo de câncer ou doença cardiovascular.

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes quanto aos hábitos diários e às comorbidades. Fortaleza, CE, Brasil, 2015

Comorbidades	n(%)
Tabagista	
Sim	4(3,7)
Não	67(61,4)
Não Informado	38(34,9)
Etilista	
Sim	3(2,7)
Não	68(62,4)
Não Informado	38(34,9)
Hipertensão	
Sim	46(42,2)
Não	28(25,7)
Não Informado	35(32,1)
Diabetes	
Sim	36(33,0)
Não	37(34,0)
Não Informado	36(33,0)
Câncer	
Sim	10(9,2)
Não	60(55,0)
Não Informado	39(35,8)
Doença Cardiovascular	
Sim	12(11,0)
Não	60(55,0)
Não Informado	37(34,0)

De acordo com a Tabela 2, percebe-se que as principais queixas apresentadas pelos usuários foram: rebaixamento do sensorio 18 (16,0%), dispneia 15 (13,8%) e paralisia/parestesia 12 (13,8%). Entretanto em 17 (15,6%) prontuários não havia registro da hipótese diagnóstica, todavia, entre os preenchidos, o acidente vascular encefálico foi a principal patologia de suspeita (15,6%).

Tabela 2 - Distribuição das queixas principais e hipóteses diagnósticas. Fortaleza, CE, Brasil, 2015

Variáveis	n(%)
Queixas Principais	
Rebaixamento do Sensorio	18(16,5)
Dispneia	15(13,8)
Paresia/Parestesia	12(11,0)
Febre	10(9,2)
Alteração da fala	10(9,2)
Déficit Motor	9(8,3)
Dor torácica	9(8,3)
Mal estar	9(8,3)
Perda de consciência	9(8,3)

Variáveis	n(%)
Queda	8(7,3)
Ingestão Medicamentosa	7(7,3)
Tosse	7(7,3)
Convulsão	6(5,5)
Cefaleia	5(4,6)
Hipótese Diagnóstica	
Não Preenchido	41(37,6)
Outros	22(20,2)
Acidente Vascular Encefálico	17(15,6)
Pneumonia	7(6,4)
Infarto Agudo do Miocárdio	6(5,5)
Intoxicação Exógena	6(5,5)
Urgência Hipertensiva	6(5,5)
Parada Cardiorrespiratória	4(3,7)

Quanto às condutas terapêuticas, percebeu-se que as principais condutas adotadas pela equipe multiprofissional nos atendimentos foram: hidratação venosa 61 (56,0%), uso de analgésico 42 (38,5%), oxigenoterapia não invasiva 38 (34,0%), anti-hipertensivos 30 (27,5%), insulina nove (8,3%), sondagem vesical de demora oito (7,4%), intubação orotraqueal sete (6,4%), sedação sete (6,4%), anticonvulsivantes seis (5,5%), sondagem nasogástrica seis (5,5%) e ventilação mecânica cinco (4,6%).

Ressalta-se que tanto em relação à variável sintomatologia quanto condutas terapêuticas, um mesmo paciente poderia apresentar mais de um registro nesses dois itens avaliados, de modo que em ambas o somatório ultrapassa o tamanho da amostra em sua totalidade.

Conforme mostra a Tabela 3, a maioria dos prontuários tinha registro dos sinais vitais dos pacientes, sendo que o principal sinal vital aferido foi a pressão arterial 87 (79,8%), enquanto a temperatura foi o parâmetro mensurado com menor frequência 59 (54,1%).

Tabela 3 - Distribuição dos registros no prontuário dos sinais vitais e saturação de oxigênio no momento da classificação de risco. Fortaleza, CE, Brasil, 2015

Parâmetros vitais	n(%)
Pressão arterial	
Sim	87(79,8)
Não	22(20,2)
Frequência respiratória	
Sim	69(6,3)
Não	40(36,7)
Frequência cardíaca	
Sim	79(72,4)
Não	30(27,6)
Temperatura	
Sim	59(54,1)
Não	50(45,9)
Saturação de oxigênio	
Sim	30(27,5)
Não	70(72,5)

No que se refere o destino e a evolução dos pacientes com classificação de risco vermelha foi possível perceber que 62 (56,9%) pacientes conseguiram obter alta hospitalar, enquanto que 25 (22,9%) ficaram internados na enfermaria da unidade hospitalar, 11 (10,1%) foram destinados ao internamento na unidade de terapia intensiva, sete (6,4%) foram transferidos para outro hospital, três (2,8%) evoluíram para o óbito e um (0,9%) evadiu-se do hospital.

DISCUSSÃO

A idade se configura como fator importante durante o atendimento médico, uma vez que esta poderá determinar as condutas terapêuticas mais adequadas, já que os extremos de idade incorrem de maior risco de gravidade. É possível notar que a expectativa de vida da população vem aumentando com o passar dos anos. Todavia, tal fato pode estar relacionado ao aumento do número de idosos atendidos em unidades de urgência e emergência.⁶

Estudo nacional demonstrou que a faixa etária mais prevalente em um pronto socorro que atendia, em sua maioria, emergências clínicas foi de 60 a 70 anos, corroborando com o presente estudo. Entretanto, em hospital que atende vítimas de traumas, a maior parcela da amostra apresentou idade que variava de 36 a 65 anos.¹ Tal fato demonstra que esse determinante poderá se modificar de acordo com o tipo de emergência apresentada pelo indivíduo.

A maioria dos participantes desse estudo foi composta por mulheres 67,9% corroborando com estudo descritivo que caracterizou os atendimentos dos usuários de um pronto socorro do Paraná conforme a Diretriz de acolhimento de classificação de risco,⁷ o qual mostrou que 275 (55,0%) dos usuários que procuraram atendimento em um serviço de urgência pertenciam ao sexo feminino. Porém, pesquisa que buscou traçar o perfil dos usuários dos pacientes atendidos na sala vermelha de um Hospital Universitário demonstrou que 66,0% dos pacientes atendidos pertenciam ao sexo masculino.⁸ Essa divergência pode estar relacionada ao tipo de atendimento realizado com maior prevalência em cada instituição, já que a primeira recebe, principalmente, pacientes com patologias clínicas, enquanto que a segunda atende vítimas de traumas.

Acredita-se ainda que o conhecimento limitado dificulte a compreensão e a execução de atividades que previnam patologias e promovam a adesão a tratamentos.⁹ Logo, o grau de escolaridade consiste em um importante preditor durante a prestação de cuidados à saúde dos usuários, pois este direciona e embasa a elaboração de estratégias de educação em saúde que visem orientar e sanar dúvidas dos pacientes sobre o processo saúde-doença.

Entretanto, evidenciou-se que grande parte dos prontuários não continha essa informação. Contudo, acredita-se que esse achado possa estar relacionado com o grau de gravidade da clínica do indivíduo no momento em que este chega à emergência de modo que os profissionais priorizam o preenchimento dos dados essenciais ou devido ao fato de serem levados à unidade de saúde por pessoas que

desconheçam essa informação, já que muitas vezes o próprio paciente está impossibilitado de responder.

Os hábitos de vida consistem em outro determinante capaz de influenciar diretamente a saúde dos indivíduos, uma vez que condutas como o tabagismo, etilismo, sedentarismo podem predispor o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.¹⁰

Todavia, percebeu-se que somente 3,7% e 2,7% da amostra desse estudo referiu ser tabagista ou etilista, respectivamente. Esses dados demonstram-se inferiores ao encontrado por uma pesquisa realizada em um hospital de Sergipe, na qual 5,0% dos participantes relataram ter o hábito de fumar, enquanto 12,5% afirmaram consumir bebida alcoólica cotidianamente.¹¹

As doenças crônicas não transmissíveis figuram entre as principais responsáveis por ocasionarem a morte de pessoas no mundo. Dentre as patologias que compõem essa categoria estão doenças que atingem o sistema cardiovascular, hipertensão arterial, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas.¹²

Na presente pesquisa, percebeu-se que as patologias que mais acometeram os participantes desse estudo foram a hipertensão arterial 46 (42,2%) e a *diabetes mellitus* 36 (33,0%). Estudo comprova que as principais causas clínicas de atendimento no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em idosos foram hiperglicemia e pico hipertensivo,¹³ ambos estados clínicos ocasionados pelas patologias anteriormente mencionadas.

As principais queixas apresentadas pela amostra estudada consistiram em rebaixamento do sensório, dispneia, paralisia/parestesia, diferindo de uma pesquisa realizada na emergência de um hospital regional, a qual investigou os principais motivos que levaram os usuários a procurarem o serviço de emergência e revelou que a sintomatologia mais prevalente entre os usuários foram: traumas e ferimentos 111 (21,1%); alteração cardiorrespiratória 92 (17,4%) e gastrointestinais 86 (16,3%). Salienta-se que o estudo supracitado abrangiu pacientes que apresentavam quadro clínico grave e não urgente.¹⁴

A hipótese diagnóstica mais recorrente nos prontuários foi o acidente vascular encefálico, o qual consiste em uma alteração de âmbito vascular que ocasiona a interrupção do fluxo sanguíneo cerebral podendo ocorrer em virtude de uma isquemia ou hemorragia e ocasionar a morte do indivíduo se não tratado em tempo hábil.¹⁵

Além do risco de morte, o acidente vascular encefálico pode ocasionar sequelas psicológicas, físicas, motoras, cognitivas aos pacientes que sobrevivem e seus familiares. Pesquisa mostra que, dentre a sintomatologia apresentada por pessoas diagnosticados com essa patologia, destacam-se: alteração cognitiva, hemiparesia, dislalia e afonia,¹⁵ assemelhando-se com as queixas apresentadas pelos participantes do presente estudo.

Todavia, pesquisa realizada com idosos no setor de emergência de hospital geral mostrou que os principais diagnósticos foram doença cardiovascular, insuficiência renal crônica e alterações no aparelho digestivo.¹⁶

A conduta terapêutica mais realizada no presente estudo foi a hidratação venosa. Em contrapartida, pesquisa feita com

os usuários adultos atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência revelou que as principais condutas médicas foram medicação por via endovenosa (22,4%), soroterapia (12,8%) e medicação via oral (10,1%).¹⁷

Aferir os sinais vitais consiste em uma prática primordial e relevante, principalmente nos pacientes classificados como vermelho (prioridade zero), uma vez que fornecem informações importantes e cruciais sobre a condição clínica do indivíduo, funcionamento dos sistemas circulatório, respiratório, neuronal e endócrino.¹⁸

Diante disso, torna-se notória a relevância dessa aferição para a detecção precoce de alterações que podem colocar em risco a vida dos pacientes atendidos nos serviços de saúde em geral e a necessidade de sensibilizar os profissionais acerca desse tema. Entretanto, percebeu-se no presente estudo que algumas vezes essa informação não constava nos prontuários dos pacientes ou foi preenchida de forma incompleta.

Corroborando com esse achado, pesquisa realizada em um pronto socorro de um hospital universitário mostrou que a não aferição dos sinais vitais, assim como o registro incorreto ou incompleto desse dado consistiram nos principais incidentes anotados no livro de intercorrências da instituição.¹⁹

Percebeu-se que mesmo sendo classificada como prioridade zero (vermelho) a maioria dos pacientes obteve alta hospitalar 62 (56,0%), seguido pelos que foram internados 36 (33,0%) e 3 (2,8%) que faleceram. Corroborando com esse achado, pesquisa realizada na emergência clínica de um hospital de ensino constatou que 5.444 (55,8%) dos usuários atendidos recebeu alta médica enquanto a minoria 7 (0,7%) evoluiu para o óbito.²⁰

Esses resultados evidenciaram que ainda que os pacientes tivessem classificação de risco grave, grande parte deles teve seus problemas resolvidos de forma imediata sem necessidade de internação hospitalar ou sem desfecho mórbido.

O estudo apresentou como limitação o subregistro de informações acerca do perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes nos prontuários, o qual dificultou a coleta de dados.

Assim, torna-se imprescindível a sensibilização dos profissionais responsáveis pela abertura do prontuário, classificação de risco e atendimento médico quanto à relevância do preenchimento dos dados necessários para a caracterização, avaliação da evolução do quadro clínico do paciente e promoção de uma assistência holística, humanizada e individualizada.

Este estudo possibilitou a identificação do perfil de atendimento de pacientes graves na emergência e das deficiências que ainda se fazem presentes no momento do registro de informações sobre os pacientes. Assim, esta pesquisa pode contribuir para o aprimoramento do cuidado executado pelos profissionais da saúde nesse nível de atendimento, para o desenvolvimento de novas técnicas de cuidado e atenção e para fomentar o planejamento de estudos de ações específicas que visem qualificar o cuidado prestado aos pacientes.

CONCLUSÃO

Constatou-se que a maior parte dos pacientes com classificação de risco vermelha (prioridade zero) era idosa, tinha 2º grau completo, não possuía hábito de beber ou fumar e era hipertensa. Quanto ao atendimento percebeu-se que a principal queixa referida foi rebaixamento do sensorio. A hipótese diagnóstica mais prevalente foi acidente vascular encefálico. A maioria dos pacientes evoluiu para alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Tomberg JO, Cantarelli KJ, Guanilo MEE, Pai DD. Host with evaluation and risk rating in the emergency: characterization of attendances. *Ciênc cuid saúde* [Internet]. 2013 [cited 2017 oct. 20]; 12(1):78-85. Available from: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v12i1.18694>
2. Longaray AA, Munhoz PRS, Bueno KS, Castelli TM. Qualidade em saúde pública: análise do acolhimento por classificação de risco em um hospital de ensino da rede federal de educação brasileira. *Rev gestão & saúde* [Internet]. 2015 [citado 2017 out. 20]; 6(Suppl 2):922-37. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/5473>
3. Oliveira DA, Guimarães JP. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. *Cad Saúde e Desenvolvimento* [Internet]. 2013 [citado 2017 out. 20]; 2(2):25-44. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/cadernosauadedesenvolvimento/article/view/197>
4. Weykamp JM, Pickersgill CS, Cecagno D, Vieira FP, Siqueira HCH. Welcoming with risk classification in urgent and emergency services: applicability in nursing. *Rev Rene* [Internet]. 2015 [cited 2017 oct. 20]; 16(3):327-36. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2770>
5. Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol. *Rev latinoam enferm* (Online) [Internet]. 2013 [cited 2017 oct. 20]; 21(2):500-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200005>
6. Coutinho MLN, Samúdio MA, Andrade LM, Coutinho RN, Silva DMA. Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências. *Rev Rene* [Internet]. 2015 [citado 2017 out. 20]; 16(6):908-1005. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2888>
7. Godoi VCG, Ganassin GS, Inoue KC, Moraes NL. Reception with risk classification: characteristics of the demand in an emergency unit. *Cogitare enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 oct. 20]; 21(3):01-8. Available from: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44664/pdf_en
8. Rodrigues AIG, Korinsky JP, Santos ADB, Oliveira ANS, Almeida LR, Moura LA. Perfil dos usuários atendidos no serviço de emergência em um hospital universitário em Pernambuco. *Rev baiana saúde pública* [Internet]. 2015 [citado 2017 out. 21]; 39(1):13-24. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2015/v39n1/a5124.pdf>
9. Ribeiro JF, Botelho SM, Ribeiro VM, Oliveira MND. Fatores favoráveis e desfavoráveis à educação em saúde na alta hospitalar do recém-nascido. *Rev Digital* [Internet]. 2015 [citado 2017 out. 22]; 20(202):01-5. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd202/a-educacao-em-saude-do-recem-nascido.htm>
10. Malta DC, Iser BPM, Claro RM, Moura L, Bernal RTI, Nascimento AF, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. *Epidemiol serv saúde* [Internet]. 2013 [citado 2017 out. 22]; 22(3):423-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00609.pdf>
11. Silva GM, Menezes GGS. Avaliação do perfil sócio demográfico e hábitos de vida dos pacientes hospitalizados no município de Lagarto, Sergipe. *Scientia Plena* [Internet]. 2014 [citado 2017 out. 22]; 10(3):01-9. Disponível em: <https://www.scienciaplenua.org.br/sp/article/view/1541/942>

12. Braga CC, Lima MSO, Dutra RM, Araújo GAB, Moreira PVL, Pessoa TRRF. Educação Permanente para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2014; 18(Suppl 1):39-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2014.18.s1.06>
13. Silva APF, Silva LL. Perfil epidemiológico dos idosos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na cidade de Maceió/AL. *Cad Grad Ciênc Biol Saúde* [Internet]. 2013 [citado 2017 out. 23]; 1(2):135-43. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitbiosauade/article/view/638/377>
14. Sanches GJC, Carvalho CAP. Perfil do atendimento no serviço de emergência de um hospital regional do nordeste brasileiro. *Arq ciênc saúde* [Internet]. 2015 [citado 2017 out. 23]; 22(2):53-5. Disponível em: <http://www.cienciasdasauade.famerp.br/index.php/racs/article/view/139/57>
15. Ribeiro RM, Rodrigues CDS, Bertolin DC, Ribeiro RCHM, Cesarino CB, Kusumota L, et al. Caracterização dos pacientes com acidente vascular encefálico atendidos na emergência. *Arq ciênc saúde* [Internet]. 2016 [citado 2017 out. 23]; 23(4):78-82. Disponível em: <http://www.cienciasdasauade.famerp.br/index.php/racs/article/view/463>
16. Cunha BSS, Nascimento AS, Sá SPC. Perfil Clínico e Sociodemográfico de internação de idosos na unidade de emergência de um hospital geral. *Estud Interdisciplin envelhec* [Internet]. 2014 [citado 2017 out. 23]; 19(1):189-200. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/20963/31009>
17. Garcia VM, Reis RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. *Rev bras enferm* [Internet]. 2014 [citado 2017 out. 23]; 67(2):261-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140035>
18. Teixeira CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Bachion MM, Brasil VV. Vital signs measurement: an indicator of safe care delivered to elderly patients. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 oct. 23]; 24(4):1071-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003970014>
19. Paranaguá TTB, Braga QP, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Azevedo Filho FM, Sousa MRG. Incidentes: instrumento de gerenciamento da assistência para a segurança do paciente em pronto socorro. *Enferm glob* [Internet]. 2014 [citado 2017 out. 25]; 13(34):219-31. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/pt_administracion1.pdf
20. Ribeiro RM, Cesarino CB, Ribeiro RCHM, Rodrigues CC, Bertolin DC, Pinto MH, et al. Caracterização do perfil das emergências clínicas no pronto-atendimento de um hospital de ensino. *REME rev min enferm* [Internet]. 2014 [citado 2017 out. 25]; 18(3):533-8. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140039>

Recebido em: 13/09/2018

Revisões requeridas: 19/03/2019

Aprovado em: 18/05/2019

Publicado em: 15/03/2021

Autora correspondente

Brena Shellem Bessa de Oliveira

Endereço: Rua Padre Barros, s/n

Acarape/CE, Brasil

CEP: 62.785-000

Email: brennashellem@gmail.com

Número de telefone: +55 (85) 98856-9727

Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.