

Diagnósticos clínicos incidentes na sala vermelha de um hospital de urgência e emergência do interior de Rondônia

Clinical diagnosis incident in the red room of a hospital of emergency and emergency in Rondonia interior

Diagnostico clinico incidente en la sala roja de un hospital de emergencia y emergencia en Rondonia interior

Tatiane Maestá^{1*}, Angela Antunes de Moraes Lima¹, Angelica Inacio da Cruz Oliveira¹, Emanoela Maria Rodrigues de Sousa¹, Poliana Deyse Pereira Gouvêa¹, Cassia de Oliveira Pinto Rosa¹.

RESUMO

Objetivo: Descrever os principais diagnósticos atendidos no Hospital de Urgência e Emergência do estado de Rondônia, entre os anos de 2016 e 2018, assim como, a importância da conscientização de seus usuários, que ao invés de procurarem os Serviços de Baixa Complexidade, para a resolubilidade dos seus problemas de saúde, optam pelos Serviços de Urgência e Emergência. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo do tipo retrospectivo com investigação documental dos atendimentos realizados em um hospital de ensino no interior de Rondônia através da Central de Regulação de Urgência e Emergências (CRUE). **Resultados:** Adotou-se para realização deste trabalho o meio de coletas de dados a fonte de informação DATASUS, onde foram explanados os principais atendimentos de urgência e emergência realizados no hospital de urgência e Emergência do interior de Rondônia, esses dados se deram a partir das informações colhidas no TABNET. **Conclusão:** Fundamentando-se nos objetivos do estudo com o intuito de analisar os principais atendimentos no pronto socorro, foram constatados os atendimentos de caráter eletivo predominaram mais que os de urgência.

Palavras-chave: Urgência, Emergência, Assistência ao paciente, Pronto socorro.

ABSTRACT

Objective: Describe the main diagnoses attended at the Cacoal Regional Urgency and Emergency Hospital (HEURO), between 2016 and 2018, as well as the importance of awareness of its users, who instead of seeking the Low Complexity Services for solvability of their health problems, choose the Emergency Services. **Methods:** This is a quantitative, descriptive retrospective study with documentary investigation of the care provided at a teaching hospital in the interior of Rondônia through CRUE. **Results:** For this study we adopted the means of data collection the source of information DATASUS, where were explained the main urgency and emergency care provided at these data were based on the information collected in TABNET. **Conclusion:** Based on the objectives of the study in order to analyze the main care in the emergency room, it was found that elective care predominated more than urgent care.

Keywords: Urgency, Emergency, Patient care, Emergency room.

RESUMEN

Objetivo: Describa los principales diagnósticos atendidos en el Hospital Regional de Urgencia y Emergencia de Cacoal (HEURO), entre 2016 y 2018, así como la importancia de la conciencia de sus usuarios, quienes

¹ Complexo Hospitalar Regional de Cacoal (COHREC). Cacoal - Rondônia.

*E-mail: tatiane.maesta@hotmail.com

en lugar de buscar los Servicios de Baja Complejidad para solvencia de sus problemas de salud, elija los Servicios de Emergencia. **Métodos:** estudio retrospectivo cuantitativo, descriptivo, con investigación documental de la atención prestada en un hospital universitario del interior de Rondônia a través de CRUE. **Resultados:** para este estudio adoptamos los medios de recolección de datos de la fuente de información DATASUS, donde se explicaron los principales cuidados de urgencia y emergencia brindados en, estos datos se basaron en la información recopilada en TABNET. **Conclusión:** con base en los objetivos del estudio para analizar la atención principal en la sala de emergencias, se encontró que la atención electiva predominaba más que la atención urgente.

Palabras clave: Urgencia, Emergencia, Cuidado del paciente, Primeros auxilios

INTRODUÇÃO

O Hospital de Urgência e Emergência Regional no interior de Rondônia, está localizado em área central do estado de Rondônia é um hospital de médio porte, referência de média e alta complexidade na rede de urgências e emergências, com uma população de 803.621 habitantes. O hospital conta com 132 leitos distribuídos em leitos de observação, clínica médica, clínica oncológica, clínica cirúrgica/ortopédica, cuidados intermediários. O setor de emergência é estruturado com leitos de estabilização, salas de observação, sala de medicação, sala vermelha, consultório odontológico, sala de sutura, sala de gesso e sala de triagem, salas cirúrgicas, 10 leitos de Terapia Intensiva, além de apoio diagnóstico laboratorial e por imagem, como Tomografia e Raio-X digital (BRASIL, 2017).

Os serviços de urgência/emergência têm o objetivo de diminuir a morbi-mortalidade e as sequelas incapacitantes, para isso é preciso garantir os elementos necessários para um sistema de atenção de emergência (AZEVEDO ALCS, et al., 2010).

O processo de trabalho em urgência e emergência tende a ter um fluxo intenso, principalmente quando se trata de um setor de porta aberta para atendimentos de um grande contingente de pessoas. Sendo assim, o dimensionamento e a provisão adequados do pessoal de enfermagem são fundamentais para uma assistência humanizada e que vise a segurança do paciente, uma melhor qualidade de trabalho aos colaboradores (OHARA R, et al., 2010).

Em uma unidade de porta aberta como o pronto socorro o enfermeiro possui funções assistenciais como: prestação de cuidados ao paciente juntamente com o médico, aprazamento, preparação e administração de medicamentos, viabilização da execução de exames especiais como raio-x e tomografias, procedimentos como sondas nasogástricas, nasoenterais e vesicais, punção venosa com cateter; curativos complexos, preparação dos materiais para intubação, aspiração de vias aéreas superior e pacientes e uso de tubo orotraqueal, monitoramento cardíaco e desfibrilação; controle e anotação dos sinais vitais; evolução de paciente em prontuário (SILVA AMSM e INVENÇÃO AS, 2018).

O enfermeiro possui diversas funções administrativas onde pode-se citar: liderança da equipe de enfermagem no atendimento à pacientes críticos e não críticos, solucionar problemas referentes ao atendimento médico ambulatorial, verificar o funcionamento e a necessidades de manutenção dos equipamentos do setor, dimensionamento pessoal e recursos materiais necessários, organização do setor, elaborar a escala mensal e diária da equipe de enfermagem, realiza a pré-consulta (triagem), sendo, verificação dos sinais vitais e anotação da queixa atual do paciente, preparação do material para punção subclávia e/ou dissecação de veia (WEHBE G e GALVÃO CM, 2001).

Salienta-se que a obtenção, em tempo hábil, de informações fidedignas, tanto no nível consultivo quanto decisório, torna-se condição estratégica para o bom funcionamento do sistema de saúde (MAGNAGO TSBS, et al., 2011).

No Brasil ainda não há um sistema de informação epidemiológica relacionada aos atendimentos em prontos socorros, porém, está previsto nas Diretrizes da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, aprovada em 2001. Essa diretriz visa a monitorização das ocorrências de acidentes e violências, além do conhecimento sobre o perfil de atendimento nos serviços de emergência (OLIVEIRA GN, et al., 2011).

Diante do que foi exposta, a pesquisa justifica-se pela necessidade de produção de dados epidemiológicos diante o atendimento das urgências e emergências no complexo hospitalar.

Sendo assim, tem-se por objetivo descrever os principais diagnósticos clínicos atendidos no Hospital de Urgência e Emergência do interior de Rondônia, entre os anos de 2016 e 2018 e citar também a importância da conscientização de seus usuários, que ao invés de procurarem os Serviços de Baixa Complexidade, acabam sempre optando pelos Serviços de Urgência e Emergência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo do tipo retrospectivo com investigação documental dos atendimentos realizados em um hospital de ensino no interior de Rondônia através da Central de Regulação de Urgência e Emergência (CRUE) que é responsável pela regulação de pacientes em 32 municípios.

Sendo que cada atendimento é totalmente pago pelo Sistema Único de Saúde (SUS). E os arquivos foram armazenados através do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), via Plataforma Brasil, com o número CAAE: 97260718.5.0000.5298 e parecer nº 2.887.277.

A coleta foi realizada através de análise dos atendimentos e dados fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), disponibilizado no TABNET onde se é disponibilizado informação capazes de subsidiar as análises objetivas e necessárias para realização do estudo realizado. Onde o período da amostra recolhida foi do ano de 2016 ao ano de 2018.

A coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2019 os dados foram consolidados em base constituída no programa Microsoft Office Word® e Excel® 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Adotou-se para realização deste trabalho o meio de coletas de dados a fonte de informação DATASUS, onde foi explanado os principais atendimentos de urgência e emergência a partir das informações colhidas no TABNET, levando em consideração os seguintes requisitos: Assistência à Saúde e Produção Hospitalar através do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), selecionado o estado de Rondônia com períodos disponíveis selecionado os anos de 2016 à 2018.

Tendo assim os dados necessários para realização da identificação dos atendimentos de urgência e emergência efetuados no hospital no período de 2016 à 2018. Para Garlet ER, *et al.*, (2009) é um grande número de episódios identificados nas Unidades Públicas do Brasil, principalmente os referentes em Urgência, onde por ser um serviço ofertado por 24 horas, acaba por estorvar consideravelmente a qualidade do atendimento ofertado à população, pois os atendimentos variam de pacientes que necessitam de extrema responsabilidade, à pacientes não urgente do qual poderiam ser tratados e cuidados em unidade de menor complexibilidade.

Acredita-se que o principal fator da procura pelo pronto socorro e não a (Unidade Básica de Saúde) UBS como primeira opção seja devido a agilidade no atendimento como cita Rocha AFS, (2005) que como fator definidor da procura foi resolutividade, pelo ponto de vista tecnológico, e seu funcionamento nas 24 horas, garantindo assim a consulta para o mesmo dia.

E como motivo da não procura das UBS, foi atendimento precário, a falta de confiança no serviço, o atendimento ser realizado pela manhã e a ausência de realização de exames laboratoriais e radiológicos.

Dos procedimentos hospitalares realizado pelo SUS teve um total de atendimentos de caráter eletivo um total de 42 atendimentos em 2016, passando a se ter um total no ano de 2018 de 5416 atendimentos, ou seja, um exponencial exacerbado em comparação ao primeiro ano, os atendimentos de caráter de urgência foram um total de 132 atendimentos em 2016, com aumento em 2018 de 230 atendimentos, finalizando com um total geral de atendimentos de 11097 atendimentos conforme a **Tabela 1**.

Tabela 1 - Distribuição dos Atendimentos de Urgência e Eletivo.

Caráter de Atendimento	Período			Total
	2016	2017	2018	
Eletivo	42	4984	5416	10442
Urgência	132	293	230	655
Total	174	5277	5646	11097

Fonte: Ministério da Saúde – (SIH/SUS), 2018.

Para Marques GD e Lima MADS (2007) em relação aos usuários do Serviço de Urgência e Emergência se dá a partir do ponto de vista do cliente acerca de seus próprios sinais e sintomas descritos e valorizados por eles, onde em vista disso esses usuários empregam métodos típicos acerca de suas enfermidades, buscando assim os meios decisórios de investigação, diagnóstico na busca de tratamento, cuidados e recuperação da normalidade ausente.

No Estado de Pernambuco foi realizado um estudo por Furtado BMASM, et al. (2004) onde 74,5% dos atendimentos não teriam necessidade de serem qualificados como urgência ou emergências, se tratando de queixas comuns dos usuários podendo ser atendidos em unidade básica de saúde. Com isso os casos graves e agudos acabam sendo afetados, levando ao acúmulo de tarefas, acréscimo dos custos e sobrecarga da equipe multiprofissional. Sendo que os usuários acabam por utilizar esses serviços por entenderem que essa procura ao pronto socorro é a mais resolutiva, onde acabam por receber uma soma de recurso como: consultas, medicação, exames, procedimentos de enfermagem e até internações (MARQUES GD e LIMA MADS, 2007).

Em evidência ao procedimento cirúrgico eletivo Brasil (2011) define que é todo aquele atendimento prestado ao usuário de saúde em ambiente cirúrgico, com um diagnóstico concreto de saúde ambulatorial e/ou hospitalar, e enfatiza que os procedimentos que são realizados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar integram para os dirigentes um considerável conjunto de responsabilidade, serviços e procedimentos fundamentais na caução da resolutividade e integralidade da assistência ao paciente.

Já em relação aos procedimentos de Urgência e eletivos no ano de 2017 a 2018 efetuados no Hospital, conforme a **Tabela 2**, apresentam os seguintes dados obtendo assim um total de 10.400 atendimentos/procedimentos eletivos e um total de 523 atendimentos/procedimentos urgentes (2017/2018) sendo assim observa-se que os procedimentos eletivos foram excessivamente maiores que os de procedimentos de urgência. Evidenciando assim que o pronto socorro que deveria ser para atendimento de urgência e emergências, ou seja, atendimento a usuários que necessitem de cuidados imediatos, acaba se tornando um sistema ambulatorial, onde os usuários acabam por procurar repetidas vezes, visando que ao ser atendido somente é tratado a queixa principal.

Tabela 2 - Distribuição dos Atendimentos de Urgência e Eletivos, Cacoal, 2017-2018.

Caráter de Atendimento	Período		Total
	2017	2018	
Eletivos	4984	516	10400
Urgência	293	230	523
Total	5277	5646	10923

Fonte: Ministério da Saúde - (SIH/SUS), 2018.

Em continuidade aos procedimentos realizados no hospital, salientam-se as patologias referentes aos pacientes oncológicos, foi o total de 1,692 atendimentos nos anos de 2017 e 2018, sendo um dos atendimentos com maior frequência. No Brasil segundo INCA (2018), estima-se que no biênio de 2018 a 2019, os incidentes de novos casos apresentam-se a contiguidade de 600 mil casos novos de câncer para cada ano. Procedendo-se o câncer de pele não melanoma (com cerca de 170 mil novos casos), acarretando 420 mil novos casos de câncer no Brasil. Já para Mathers CD, et al. (2003) o cálculo global retificado para o assentamento demonstra uma peripécia de 640 mil novos casos. Esses dados demonstram o perfil de casos de câncer mais acometidos no país sendo esses, os cânceres de próstata, pulmão, mama feminino, colón e

reto, nada obstante até este momento denota altas taxas também para os cânceres de colo de útero, estômago e esôfago (INCA, 2018).

Já os traumatismos foram cerca de 1.207 atendimentos realizados nos anos de 2017 a 2018, Segundo Gaudêncio TG e Leão GM (2013) o trauma é um dos assuntos com as maiores discussões nos dias atuais, onde se apresenta como uma das causas mais acometidas de morbimortalidade e é caracterizada como um problema de saúde pública para muitos autores, visto que é um dos fatores que mais afeta a vida da população em fase ativa. Os indivíduos do sexo masculino são os que mais se envolvem em eventos traumáticos. Essa prevalência pode ocorrer devido a aspectos culturais, biológicos e sociais que propiciam um comportamento violento, tornando-o mais vulnerável a causas externas (NARDOTO EML, et al., 2015).

No Brasil, as causas externas representam a terceira causa de mortes e 12,5% do total de mortes por todas as causas. Na faixa etária entre 01 e 39 anos, as causas externas representam a primeira causa de morte, com uma taxa de mortalidade de 70,5 casos por 100 mil habitantes, onde o sexo masculino representa 83,1% de todos os óbitos. Somos o quinto país no mundo em mortes provocadas pelo trânsito, com 28% destas envolvendo motocicletas (BRASIL, 2015).

Os Acidentes Vasculares Encefálicos Isquêmicos e Hemorrágicos obtiveram um total de 605 atendimentos no ano de 2017 e 2018, em relação aos acidentes vasculares cerebrais isquêmicos (AVCI) eles podem ser caracterizados, conforme um mecanismo etiológico contido em: aterotrombótico, cardioembólico, lacunar, hemodinâmico e venoso. Já em evidência aos acidentes vasculares hemorrágicos (AVCH) esses demonstram aproximadamente cerca de 10% dos AVCs e inclinam-se a sobre chegar mais prematuramente que os infartos (OLIVEIRA RMC e ANDRADE LAF, 2001). A avaliação clínica dos pacientes com quadro suspeito de AVE é incapaz de distinguir tratar-se de lesão isquêmica ou hemorrágica. Alguns fatores clínicos, como cefaleia importante, vômitos, pressão sistólica superior a 220 mmHg ou rebaixamento do nível de consciência, podem sugerir a hemorragia intracraniana como etiologia, mas somente a utilização de exames complementares definirá se a lesão é isquêmica ou hemorrágica (BRODERICK J, et al., 2007).

Em relação ao TCE leve nos anos de 2017 e 2018 o total de atendimento foi de 180 e do TCE moderado foi no total de 179, das principais ocorrências de mortalidade em crianças e em adultos jovens segundo Arruda BP, et al. (2015) é o traumatismo crânio-encefálico (TCE). Já Sttervall CHC e Sousa RMC (2012), evidencia que conforma a gravidade, a caracterização mais usada se fundamenta a partir do nível de consciência de acordo com a Escala de Coma de Glasgow (ECG) avaliada no decorrer do primeiro atendimento. Em relação a esta especificação, o TCE é apontado como leve caso atinja a pontuação entre 15 a 13 na escala, moderado se 13 a 9 ou grave se ≤ 8 . Da mesma forma, também se e realizada a classificação pelo nível de gravidade em relação ao tempo de duração do coma, sendo considerado leve caso o TCE dure menos de 20 minutos e moderado caso durar até 6 horas e grave caso dure mais de 6 horas.

Em relação aos atendimentos de Infarto agudo do miocárdio (IAM) expressam o valor de total de atendimentos no ano de 2017 e 2018 de 506, o conhecimento e estudos acerca das IAM são primordiais em relação a altas prevalências de mortalidade e morbidade da doença. Ao redor do mundo estudos de teor epidemiológicos demonstram taxas de 30%, onde metade dos óbitos por essa doença acontece nas duas primeiras horas do fato, sendo que 14% das pessoas morrem por não receberem atendimento médico (FORRESTER JS, 1997; ZIMETBAUM P e JOSEPHSON M, 2003).

A assistência aos pacientes vítimas de IAM devem contemplar medidas eficazes e eficientes desde a suspeita diagnóstica até a minimização dos riscos impostos à vitalidade deles. Em virtude disso, o enfermeiro, profissional que está presente na assistência aos pacientes de forma diferenciada, deve voltar-se para um cuidar integral, visando atender as suas necessidades.

Na maioria das vezes, o enfermeiro é o primeiro contato desses pacientes com o serviço de saúde, assim eles podem distinguir os sinais e sintomas de IAM e de outras emergências cardiovasculares, visto que o tempo é um fator determinante e primordial para o prognóstico (POMPEO DA, et al., 2007).

No Brasil os pacientes que apresentam sintomas característicos de Infarto Agudo Miocárdio (IAM) acabam por não procurar imediatamente os serviços de saúde, por não terem conhecimento dos sintomas, não encontrarem serviços especializados como referência de primeiros socorros e, ou até mesmo, por não terem disponível um transporte público, dificultando que os usuários cheguem ao hospital (MELO ECP, et al., 2007).

Já em evidências dos atendimentos referentes ao Diabetes *Mellitus* (DM) totalizaram um valor referencial de 354, No Brasil a DM representa um problema de saúde pública de ampla relevância, no ano de 2013 o Brasil esteve em quarta colocação entre os países com evidência de maior número de pessoas portadoras de diabetes, sendo cerca de 11,9 milhões de casos entre pessoas adultas (20-79 anos) (IFD, 2013).

Há duas principais situações agudas relacionadas ao diabetes na prática profissional de enfermagem em emergência adulto: hipoglicemia grave e cetoacidose diabética. Ambas necessitam de imediata identificação pelos profissionais, pois podem desencadear alterações no nível de consciência com comprometimento de vias aéreas, coma e até morte (OLIVEIRA MO, et al., 2014).

Os dados referentes às Insuficiências cardíacas (IC) totalizaram nos anos de 2017 e 2018 cerca de 430 atendimentos, atualmente apesar de todos os desenvolvimentos tecnológicos e grandes recursos das indústrias farmacológicas, a incidência de IC vem aumentando gradativamente. Parte desses aumentos acarreta do envelhecimento da população onde em idosos essa patologia é mais frequente. Entretanto, considera-se que, em circunstância quando se obtém menos óbito de decorrência de cardiopatia de base tecnicamente se obtém mais doenças desse convívio, sendo a IC a mais frequente (BARRETTO ACP e RAMIRES JAF, 1998). O total de atendimentos em decorrência das Pneumonias virais e influenzas foram de 519, atualmente o *Streptococcus pneumoniae* tem sido um agente mais verificado em associação a hospitalização com maior incidência em adultos com idade de 65 anos ou idade superior do que em jovens sendo em cinco vezes mais elevada (JAIN S, et al., 2015).

Em evidência aos atendimentos referentes aos procedimentos de apendicectomia aguda observam-se um total de 285 casos, é um dos acontecimentos cirúrgicos mais comum em relação ao abdômen agudo de tratamento cirúrgico. Sendo comum em adolescentes e adultos jovens e bastante incomuns em crianças com menos de cinco anos e depois dos cinquenta anos de idade (PELTOKALLIO P e TYKKA H, 1981).

Em relação ao total de atendimentos de doenças vias respiratória se deu um valor de 194, as doenças respiratórias agudas (DRA) e as infecções respiratórias agudas (IRA) estão relacionadas como uma das causas de maior acometimento de morbimortalidade na infância, sendo acometidas principalmente as crianças com idade inferior de cinco anos. Independentemente dos países desenvolvidos ou subdesenvolvidos há um decréscimo analisado na mortalidade por IRA, denotando uma redução significativa entre os países mais desenvolvidos, entretanto a morbidade ainda se apresenta significativa em ambos os países (FONSECA CB, et al., 2003).

Já em evidência as doenças bacterianas expõem um total de atendimentos no valor de 160, na relação de qualidade de vida humana e saúde pública para Costa ALP e Silva Junior ACS (2017) da qual foi conquistada no decorrer dos anos com o avanço da microbiologia, engenharia, da medicina farmacêutica, colocando em risco assim os sistemas de saúde, independentes de públicos ou privados, onde se elenca outro problema referente à saúde pública de grande importância que são as infecções hospitalares.

Os atendimentos referentes as intoxicações exógenas deram um total de cerca de 80 atendimentos realizados, as intoxicações exógenas referem-se as consequências clínicas e ou/bioquímicas de formas de exposições agudas a variados tipos de substâncias químicas evidenciadas no ambiente, sendo esses, o ar, água, alimentos diversos, plantas, animais, ou produtos isolados, como, pesticidas, medicamentos, produtos de uso industrial e ou uso domiciliar, entre vários outros (SCHVARTSMAN C e SCHVARTSMAN S, 1999).

No que se refere ao exame físico e ao reconhecimento do quadro clínico do paciente, Avanci RC, et al. (2005), justifica que todo paciente que é admitido na Sala de Urgência de uma Unidade de Emergência de Ribeirão Preto, inicialmente por intoxicação exógena, intencional ou acidental, é avaliado por uma equipe de profissionais preparados para o atendimento clínico. Posteriormente a equipe de psiquiatria é acionada para avaliação. A mesma avalia o paciente e solicita a família em todos os casos. Se a família ou o paciente referir que houve intencionalidade no ato, o diagnóstico realizado é de Tentativa de Suicídio, caso contrário permanece como Intoxicação Exógena. Em relação aos atendimentos de traumas cirúrgicos em crânio foram cerca de 91 dos atendimentos realizados no ano de 2017 e 2018, no Brasil, cerca de 78,31% dos homicídios ocorrem em decorrência de armas de fogo, já 10,96% são decorrentes por arma branca.

Em relação aos traumas crânios encefálicos obtemos cerca de (40,7%) por acidentes automobilísticos, (25,4%) agressões sendo ou não sem armas e (24%) por quedas (MELO JRT, et al., 2004). Para Helmiy A,

et al. (2007) o mecanismo do TCE pode ser dividido como, lesão cerebral focal (diante contusão, laceração e hemorragia intracraniana por trauma) e lesão cerebral difusa (acarretando lesão axonal difusa e edema cerebral). A consequência de um trauma cerebral é definida por duas etapas diferentes, sendo, (a) lesão primária (ocorrida no momento do trauma); (b) lesão secundária (iniciado no momento do trauma com evolução tardia).

Em relação ao total de atendimentos referentes a realização de laparotomias se deu um total de 101 atendimentos nos anos de 2017 e 2018, as laparotomias exploradoras são realizadas quando se há um trauma abdominal contuso ou penetrante, a mesma não se deve ser retardada quando o paciente demonstra sinais e ou sintomas inequívoco de lesão de estruturas intra-abdominais, sendo essas lesões de difícil diagnóstico (TORRES OJM, et al., 1995). No Brasil o trauma abdominal está presente entre 13% e 15% dos acidentes fatais e contribui de uma forma considerável às mortes tardias por sepse (BRASIL, 2007).

A avaliação inicial é primordial após um trauma, o abdome é uma das regiões mais trabalhosa diante a análise clínica, sendo uma fonte de morbimortalidade grande e seu diagnóstico prévio é essencial. Em sua apresentação as lesões penetrantes são mais fáceis para diagnóstico. O trauma abdominal fechado, por outro lado, se torna mais complexo, onde normalmente está em associação com lesão multisistêmica (EDNA TH, 1989). Este trabalho, além de reforçar a importância do tema, visa contribuir para o esclarecimento da importância e do fluxo de atendimento de um pronto socorro aos seus usuários e dos profissionais em saúde no intuito de proporcionar um atendimento adequado, acolhedor e eficiente.

CONCLUSÃO

Com o exposto acima se observou que os atendimentos de caráter eletivo predominaram mais que os de urgência. Verificando que essa unidade é de suma importância para o sistema municipal de atendimento e regulação da macro região de seus respectivos usuários. Cabe ressaltar que o resultado do estudo traz uma discussão dos atendimentos e a acessibilidade a um pronto socorro e que muitos são os desafios para uma implantação da rede de atenção as urgências, principalmente na atenção à saúde, onde a maioria dos usuários poderia procurar uma UBS para receberem acompanhamento necessário e não apenas atendimento a suas sintomatologias.

REFERÊNCIAS

1. ARRUDA BP, et al. Traumatismo crânio encefálico e suas implicações cognitivas e na qualidade de vida. *Acta Fisiátr.* 2015; 22(2): 55-59.
2. AVANCI RC, et al. Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre a dificuldade de realização diagnóstica e a abordagem do profissional de enfermagem. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto, 2005; 1(1).
3. AZEVEDO ALCS, et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisa. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2010; 12(4): 736-45.
4. BARRETTO ACP e RAMIRES JAF. Insuficiência Cardíaca. *Arq Bras Cardiol* volume 71, (nº 4), 1998. Disponível em< www.scielo.br/pdf/abc/>.
5. BRASIL. Relatório de gestão 2016 da Secretária de Estado da Saúde: Resultados e Perspectivas/ governo do estado de Rondônia. - Porto velho, 2017; 171: e173.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Saúde. Brasil é o quinto país no mundo em mortes por acidentes no trânsito. 2015.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. DATASUS. [online] homepage da internet] Sistema de informação sobre mortalidade – SIM. Brasília; 2007.
8. BRODERICK J, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage in adults: 2007 update: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, High Blood Pressure Research Council, and the Quality of Care and Outcomes in Research Interdisciplinary Working Group. *Stroke.* 2007.
9. COSTA ALP e SILVA JUNIOR ACS. Resistência bacteriana aos antibióticos e Saúde Pública: uma breve revisão de literatura. *Estação Científica (UNIFAP).* Disponível em<<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao> ISSN 2179-1902>. Acesso em: 21 de nov de 2019.
10. EDNA TH, et al. Abdominal injuries occurrence and outcome. *Tid Sskr Nor Lacgeforen.* 1989; 109: 2111-4.
11. FONSECA CB e GRISI S. Bronchiolitis: respiratory syncytial virus, and recurrent wheezing: what is the relationship? *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo.* 2003; 58(1): 39-48.
12. FORRESTER JS, et al. Correlative classification of clinical and hemodynamic function after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1977; 39: 137-45.

13. FURTADO BMASM, et al. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, 2004; 7(3): 279-289.
14. GARLET ER, et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 2009; 18(2): 266-72.
15. GAUDÊNCIO TG e LEÃO GM. A Epidemiologia do Traumatismo Crânio- Encefálico: Um Levantamento Bibliográfico no Brasil. *Rev Neurocienc*. 2013; 21(3): 427-434.
16. HELMY A, et al. Traumatic brain injury: intensive care management. *Br J Anaesth*. 2007; 99(1): 32-42.
17. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas. 6th ed. Bruxelas, Bélgica: International Diabetes Federation; 2013. Disponível em< <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/19-atlas-6th-edition.html>>.
18. JAIN S, et al. Community-Acquired Pneumonia Requiring Hospitalization among U.S. Adults. *N Engl J Med*. 2015; 373: 415-27.
19. MAGNAGO TSBS, et al. Perfil dos pacientes atendidos na sala de emergência do pronto socorro de um hospital universitário. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2011; [S.l.], 1(1): 51-60.
20. MARQUES GQ e LIMA MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(1): 13-9.
21. MATHERS CD, et al. Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results. Geneva: WHO, 2003. (Global programme on evidence for health policy discussion paper, v. 54). Disponível em: <<https://www.who.int/healthinfo/paper54.pdf>>
22. MELO JRT, et al. Características dos pacientes com trauma cranioencefálico na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2004 ;62(3a) :711-5.
23. MELO ECP, et al. Infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro: qualidade dos dados, sobrevida e distribuição espacial. *Cad Saúde Pública*. 2007; 16(2): 121-3.
24. NARDOTO EML, et al. Perfil da vítima atendida pelo Serviço Pré hospitalar Aéreo de Pernambuco. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011.
25. OHARA R, et al. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2010.
26. OLIVEIRA GN, et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Revista Latino Americana Enfermagem*. Maio – Junho, São Paulo, 2011.
27. OLIVEIRA MO, et al. Conhecimento da equipe de enfermagem nas complicações do diabetes mellitus em emergência. *Acta Paul. Enferm*. 2014; 27(6).
28. OLIVEIRA RMC e ANDRADE LAF. Acidente vascular cerebral. *Rev Bras Hipertens*; 2001; 8(3).
29. PELTOKALLIO P e TYKKA H. Evolution of the age distribution and mortality of acute appendicitis. *Arch Surg*. 1981;116:153-6.
30. POMPEO DA, et al. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Rev. Acta Paul Enferm.*, 2007; 20(3): 345-50.
31. ROCHA AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2005; 97 p.
32. SCHVARTSMAN C e SCHVARTSMAN S. Intoxicações exógenas agudas. *Jornal de Pediatria*. 1999; 75(2): 244-50.
33. SETTERVALL CHC e SOUSA RMC. Escala de coma de glasgow e qualidade de vida pós-trauma cranioencefálico. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(3): 364-70.
34. SILVA AMSM e INVENÇÃO AS. A Atuação do Enfermeiro no atendimento de Urgência e Emergência. *Rev. UNILUS Ensino e Pesquisa*. 2018; 15: 39.
35. SOUZA MO, et al. Implementação financeira e o impacto do mutirão de cirurgias de varizes, após a criação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). UNCISAL – Maceió (AL), Brasil, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n4/v10n4a08.pdf>>.
36. TORRES OJM, et al. Laparotomia negativa. Riscos e benefícios. Copyright© 1995 by CIDADE-Editora Científica Ltda. Disponível em<<http://www.drorlandotorres.com.br/site/arquivos/artigos/Laparotomia%20Negativa.pdf>>.
37. WEHBE G e GALVÃO CM. - O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. São Paulo, 2001.
38. ZIMETBAUM P e JOSEPHSON M. Use of the electrocardiogram in acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2003; 348: 933-40.