

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR  
FERNANDO FIGUEIRA - IMIP**

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES  
ASSISTIDOS EM UM SERVIÇO DE PRONTO  
ATENDIMENTO REFERENCIADO PARA ADULTOS NA  
CIDADE DO RECIFE / CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL  
PROFILE OF THE PATIENTS ASSISTED IN A EMERGENCY  
SERVICE REFERENCED FOR ADULTS IN THE CITY OF  
RECIFE**

**AUTORES**

Daniel Siqueira Campos Gomes - Rua dos Navegantes, 2371, apto. 101, Boa Viagem, Recife, PE, CEP: 51020-011 - Estudante do 8º período da graduação em Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Paulo Castro Cherpak - Rua Nestor Silva, 351, apto. 2091, Casa Forte, Recife, PE, CEP: 52060-410 - Estudante do 8º período da graduação em Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.

**ORIENTADOR**

Eduardo Jorge da Fonseca Lima

**COORIENTADOR**

Márcia Lins Cirne de Azevêdo

**Agosto de 2017**

**DANIEL SIQUEIRA CAMPOS GOMES**  
**PAULO CASTRO CHERPAK**

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES  
ASSISTIDOS EM UM SERVIÇO DE PRONTO  
ATENDIMENTO REFERENCIADO PARA ADULTOS NA  
CIDADE DO RECIFE / CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL  
PROFILE OF THE PATIENTS ASSISTED IN A EMERGENCY  
SERVICE REFERENCED FOR ADULTS IN THE CITY OF  
RECIFE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS - como  
parte das exigências para a graduação do curso de  
Medicina.

Orientador: Eduardo Jorge da Fonseca Lima

**RECIFE – PE**

**2017**

## RESUMO

**Objetivos:** estudar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes no Serviço de Pronto Atendimento (SPA) do Hospital Oscar Coutinho - integrante do complexo hospitalar do IMIP - e a aplicação da Escala de Manchester neste serviço, verificando seu valor prognóstico. **Métodos:** foi realizado um estudo tipo corte transversal, obtendo-se dados dos prontuários de 554 pacientes atendidos no SPA em outubro de 2016. Foram analisadas variáveis epidemiológicas e clínicas **Resultados:** dos pacientes atendidos, 54% eram mulheres, 78% eram procedentes de Recife e Região Metropolitana do Recife. Notou-se que 36% tinham o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, 15% de diabetes mellitus e 31,4% estavam em tratamento oncológico. As queixas relacionadas ao trato gastrointestinal foram as mais frequentes (27%), 6,3% da amostra estavam em hipóxia e 33,2% estavam com sintomas há mais de 72 horas. De toda a amostra, 63% foram classificados como verde, segundo a Escala de Manchester e 100% dos óbitos foram classificados como vermelho no atendimento inicial. O exame mais solicitado foi o hemograma (29,4%) e 42,5% dos pacientes receberam medicação via endovenosa, enquanto que 17,2% receberam alta sem nenhuma medicação. **Conclusões:** foi observado o uso inadequado do SPA de adulto do Hospital Oscar Coutinho pelos usuários do Serviço Único de Saúde (SUS), quando se observa a quantidade dos pacientes classificados como verde, dos que referiam queixas não recentes e dos que receberam alta sem nenhuma medicação. Esse problema causa prejuízo à eficiência do serviço e, conseqüentemente, aos pacientes de urgências e emergências. A escala de Manchester mostrou-se de bom valor prognóstico, ressaltando a importância da prioridade dos atendimentos emergenciais.

**Palavras-chave:** serviço de pronto atendimento, epidemiologia, usuários do SUS.

## **ABSTRACT**

**Objective:** to study the application of the Manchester scale at the Emergency Department (ED) of Oscar Coutinho Hospital, which is part of IMIP's hospital complex. **Methods:** a cross-sectional study was performed to identify the clinical findings and epidemiological profile of those patients. For that purpose, a form was filled with information such as clinical and demographic aspects, risk assessment through Manchester's triage scale, procedures and medical conduct, obtained from ED medical records. **Results:** 54% of the patients were women, 78% came from the city of Recife or its metropolitan region. It was possible to notice that 36% of the patients had hypertension, 15% had diabetes and 31,4% were going through oncological treatment. Gastrointestinal complaints were the most common (27%) among the patients. 6,3% of the patients were in a hypoxic state, and a third of the patients were feeling the symptoms for over 72 hours when they reached the ED. Analyzing the whole sample, 63% were classified as green on the Manchester triage scale. The most ordered laboratorial exam was the complete blood count (29,4%), and 42,5% of patients received medication intravenously. 17,2% of patients were discharged with no medication whatsoever. **Conclusions:** it is possible to infer that the services provided by the Sistema Único de Saúde are being inadequately used when the number of people classified as green, the non urgent complaints, and the number of patients that required no medication are taken into account. This issue causes a decrease in quality of service as well as a possibly harmful delay for those patients who need immediate care.

**Keywords:** emergency department, epidemiology, SUS users.

## INTRODUÇÃO

Os serviços de pronto atendimento (SPA) são frequentemente utilizados pelos usuários de saúde de forma inadequada. Atualmente, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sua política de atenção básica bem definida, embora ela tenha se mostrado insuficiente para atender as demandas da população. Além disso, questões relacionadas à baixa resolutividade e qualidade dos serviços oferecidos, faz com que a população tenda a buscar serviços caracterizados como pronto atendimento (PA) e unidades de pronto atendimento (UPA). Esta procura por atendimentos de casos não urgentes e de baixa complexidade, contribuem para a superlotação destes serviços e dificuldades no atendimento das verdadeiras urgências. [1][2]

Estudos em outros países, como os Estados Unidos, que avaliaram a assistência em serviços de pronto atendimento (SPA)[3], também observaram que este é a principal porta de entrada do serviço de saúde para os cidadãos com plano de saúde público ou sem nenhum plano. Destacam que a grande utilização dos serviços de pronto atendimento reflete uma necessidade não suprida de atenção básica à saúde das pessoas não asseguradas. Embora seja ressaltado que o setor de pronto atendimento também é importante porta de entrada para os pacientes com indicação de internamento. No ano de 2009, aproximadamente 50% das admissões hospitalares nos EUA foram advindas de acolhimentos em serviços de PA. [3]

Na Inglaterra [4], foi demonstrado, ainda que em menor escala, uma aglomeração de pacientes nos serviços de emergência, onde uma parcela considerável desses usuários não necessitava de atendimento de urgência, reforçando a dificuldade de acesso aos serviços de atenção primária também em países da Europa. O estudo concluiu que um paciente que não consegue ser atendido na atenção primária em até dois dias úteis, tende a ir deliberadamente ao serviço de pronto atendimento, não caracterizando uma situação de gravidade.[4]

Devido à enorme quantidade de pacientes nas unidades de emergência de vários países, foi criado em 1994 a escala de Manchester [5] que categoriza os pacientes de acordo com a prioridade de atendimento, visando otimizar o processo e garantir a resolutividade e qualidade do serviço. Os pacientes são classificados em cores: vermelho (prioridade zero, emergência, risco iminente de morte: atendimento imediato), amarelo (prioridade 1, urgência, elevado risco de morte: atendimento em, no máximo,

trinta minutos), e verde (prioridade 2, urgência menor, sem risco de morte: atendimento em, no máximo, uma hora,). [6][7]

Estudo nacional realizado em 2008 em uma unidade de emergência referenciada (UER) de um hospital de ensino no interior do Estado de São Paulo [7], avaliou que de 3.424 boletins de atendimento analisados, 2.306 (67%) receberam a cor verde, segundo a classificação de risco de Manchester, enquanto apenas 409 (18%) obtiveram a cor amarela e 87 (2%) a cor vermelha. Isso mostra que a grande maioria dos atendimentos são casos que poderiam ser resolvidos na atenção básica ou em algum serviço não urgente e de menor complexidade.

Na cidade de Recife, uma pesquisa feita no Hospital da Restauração (HR) [8] afirmou que apesar do sistema de municipalização e da grande implantação do programa de saúde da família, não houve mudança na demanda dos serviços desse hospital. Apesar de o HR dar preferência a politraumatismos, neurocirurgias e emergências, mais de 70% dos pacientes atendidos foram classificados como inadequados ao perfil do hospital. [8].

O serviço de pronto atendimento para adultos do Hospital Oscar Coutinho faz parte do complexo hospitalar do IMIP, hospital terciário de referência em várias áreas para o estado de Pernambuco. O conhecimento do perfil epidemiológico dos usuários do serviço, suas queixas e diagnósticos, o grau de urgência dos seus sintomas e as respectivas condutas e procedimentos realizados pelos profissionais do serviço poderá subsidiar os gestores para elaboração de medidas estratégicas para o melhor funcionamento do setor.

# MÉTODOS

## 1. Desenho e local do Estudo

Foi realizado um estudo descritivo, analítico do tipo corte transversal com informações dos prontuários dos pacientes atendidos no Serviço de Pronto Atendimento Adulto do Hospital Oscar Coutinho que atende usuários do SUS e faz parte do complexo hospitalar do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, em Recife -Pernambuco.

## 2. Período de Estudo

O estudo foi realizado no período de agosto de 2016 a julho de 2017.

## 3. População do Estudo

A amostra do estudo foi por conveniência e consecutiva, composta por pacientes atendidos no SPA no mês de outubro de 2016 (554 pacientes).

## 4. Coleta dos Dados

Os dados foram coletados por meio de um formulário específico (apêndice 1), elaborado a partir das variáveis que se pretendeu estudar de tal forma que possibilitou o alcance dos objetivos propostos.

## 5. Variáveis avaliadas

**Demográficas e socioeconômicas:** foram analisadas *idade, sexo e procedência*.

**Variáveis clínicas:** *antecedentes mórbidos pessoais* (definida pelo diagnóstico já estabelecido de comorbidades); *queixa principal* (dividida em 14 categorias - queixas em relação aos Trato Gastrointestinal (TGI), Aparelho Osteoarticular (AOA), Aparelho Cardiovascular (ACV), Aparelho Respiratório (AR), Sistema Nervoso Central (SNC), Aparelho Genitourinário (AGU), de sintomas inespecíficos [febre, mal estar, náuseas], queixas pós

cirúrgicas, trauma, internamento, pacientes com Febre Reumática ou Sífilis para administração de Bezetacil, cefaleia, queixa psicológicas, outros; *tempo decorrido entre início dos sintomas e primeiro atendimento médico; pressão arterial; frequência cardíaca; saturação de oxigênio; Escala de Manchester adaptada ao SPA; diagnóstico do paciente na admissão; exames solicitados; procedimentos invasivos realizados; conduta terapêutica e destino final.*

## **6. Processamento e análise dos dados**

O banco de dados foi digitado com dupla entrada com correção de diferenças e inconsistências para realização da análise no programa EPI INFO 7.0.9.34 (CDC). Na análise descritiva foram calculados os valores absolutos e relativos da amostra, suas características e distribuições. Foi realizado o teste do Qui quadrado e *t* de Student adotando como referência o  $p < 0,05$ .

## **7. Aspectos Éticos**

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde em 18 de maio de 2017, registrada sob CAAE nº67229216.3.0000.5569

Por se tratar de uma pesquisa utilizando dados secundários de prontuários, foi concedida a dispensa do TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido).



## RESULTADOS

A amostra consistiu de 554 pacientes atendidos no SPA adulto e destes, 281 (56,4%) já eram acompanhados em algum serviço do IMIP. A distribuição dos dados demográficos é vista na tabela 1. Aproximadamente 78% dos pacientes residiam em Recife e Região Metropolitana do Recife (RMR) e cerca de 54% eram do sexo feminino. A idade de atendimento variou de 13 a 98 anos, sendo que a faixa etária com maior frequência de atendimento foi de 50 a 69 anos (34,9%).

Em relação à presença de comorbidades ou de antecedentes patológicos prévios, hipertensão foi encontrada em 196 (36,8%) pacientes e diabetes em 80 (15%). Tratamento oncológico estava em curso em 167 (31,4%) dos indivíduos e havia histórico de tratamento oncológico prévio em 25 (4,7%) pacientes.

Na tabela 2 é demonstrada a distribuição da frequência de queixa principal, duração dos sintomas e classificação pela escala de Manchester. Destacamos que a queixa mais prevalente foi de origem gastrointestinal, presente em 148 (27%) pacientes. Em relação à Escala de Manchester, a maioria dos pacientes atendidos recebeu a classificação verde (63,3%).

Quanto ao tempo decorrido entre início dos sintomas e primeiro atendimento médico foi observado que ocorreu em menos de 24 horas em 37,4% da amostra, entre 24 e 48 horas (20,4%), entre 48 e 72 horas (9%) e mais de 72 horas (33,2%).

Na avaliação clínica inicial dos pacientes, foi encontrada a presença de hipóxia através da saturimetria em 35 (6,3%). Foi analisada também a presença de desconforto respiratório, que esteve presente em 45 (8,1%) atendimentos.

A distribuição de exames laboratoriais e de imagem dos pacientes é demonstrada na Tabela 3. O hemograma foi o exame mais frequentemente utilizado, sendo solicitado em 163 pacientes (29,4%). Em relação aos exames de imagem, foram realizados em 14,8% dos pacientes. Notamos também que em 65% dos atendimentos não foi solicitado nenhum exame complementar.

Foi observado que em 42,5% dos pacientes atendidos foi administrada medicação endovenosa, enquanto que 17,2% deles receberam alta sem nenhuma medicação.

Destacamos que 7 pacientes foram à óbito e todos eles foram classificados como vermelho, segundo a escala de Manchester, no atendimento inicial. Na Tabela 4, foi possível observar que 25,9% dos pacientes que foram classificados como vermelho,

segundo a escala de Manchester foram à óbito, enquanto que 83% que foram classificados como verde receberam alta.

Cruzamos os dados do sexo dos pacientes com os dados da escala de Manchester e com o tempo de início dos sintomas, mas sem significância estatística ( $p > 0,05$ ).

## DISCUSSÃO

Na nossa amostra foi observada discreta predominância do sexo feminino, comparável a estudo realizado nos Estados Unidos, porém enquanto o intervalo de idade mais frequente nesse estudo foi de 69 a 84 anos, no SPA do IMIP foi de 50 a 69 anos de idade[3], sugerindo que nossa população, com condições socioeconômicas mais desfavoráveis adoeça mais cedo, em comparação aos pacientes de países desenvolvidos. Além disso, a dificuldade de acesso a atendimentos ambulatoriais no nosso meio, faz com que pacientes procure o SPA para a situações que não são de urgência/emergência. No Brasil, estudo conduzido em Belo Horizonte demonstrou que a média de idade dos pacientes atendidos no pronto socorro foi de 57,3 anos, enquanto que a média encontrada no SPA IMIP foi de 51,3 anos.[5]

Na abordagem dos antecedentes pessoais dos usuários, verificou-se a prevalência de hipertensão arterial sistêmica em 36,8% dos pacientes, percentual maior que o encontrado num estudo feito no interior do estado de São Paulo, que correspondeu a 20,9%. O número de pacientes com diabetes mellitus também se mostrou maior, sendo de 15% no presente estudo, aproximadamente duas vezes mais que no estudo conduzido no interior de São Paulo.[7], talvez pelo IMIP tratar-se um hospital terciário, com ambulatorios de cardiologia, endocrinologia e várias outras especialidades, havendo atendimento no SPA dos pacientes atendidos nas especialidades.

Um estudo feito em Porto Alegre/RS [1] demonstrou que as cinco causas mais comuns de procura ao serviço do pronto socorro foram dor abdominal, níveis tensionais elevados, dor pélvica, dor torácica, e cefaleia. Dado que está em consonância com este estudo, uma vez que as causas mais frequentes que levaram pacientes ao SPA IMIP foram de origem gastrointestinal, respiratória e cefaleia, seguidas por queixas de origem osteoarticularecardiovascular.

Aproximadamente um terço dos usuários tinham queixas que haviam iniciado há mais de quatro dias, o que sugere que o serviço de pronto atendimento constitui uma importante forma de acesso ao sistema de saúde. Resultados semelhantes foram encontrados no Reino Unido e nos Estados Unidos. A dificuldade de se ter acesso ao serviço de atendimento básico de saúde pode causar uma aumento significativo da demanda em serviços de urgência e emergência. Nos países citados, ficou comprovado que o investimento na atenção básica foi um fator primordial na diminuição da procura de serviços de pronto atendimento.[4]

O exame laboratorial mais solicitado foi o hemograma, este sendo realizado em cerca de 30% dos pacientes, já no estudo conduzido em Campinas/SP, este exame foi solicitado em 7,5% dos pacientes. No presente estudo, foi averiguado que os exames de imagem (ultrassonografia, radiografia e tomografia) foram solicitados para 14,8% dos pacientes, número mais que duas vezes maior que o valor encontrado pelo estudo realizado em Campinas.[7]. Talvez a frequência aumentada de exames seja justificada pela maior proporção de pacientes com doenças oncológicas, atendidas no SPA com intercorrências relacionadas à doença de base.

O resultado do percentual de pacientes que foi tratado com medicação via endovenosa (EV) foi bastante semelhante ao resultado encontrado em Campinas. Sendo o número de pacientes medicados via EV no SPA IMIP de 42,5% e no serviço do interior do estado de São Paulo de 50%.[7], justificando a necessidade de procura ao SPA.

É possível estabelecer uma relação preditiva de prognóstico quando é observada a escala de Manchester. No presente estudo, 25,9% dos pacientes classificados como vermelho foram à óbito. Por outro lado, 100% dos pacientes que foram à óbito foram classificados como vermelho na triagem. Resultado semelhante foi obtido em estudo realizado em Belo Horizonte, onde é demonstrado que pacientes classificados como vermelho têm um pior prognóstico do que aqueles classificados como verde e amarelo. [5]. A Classificação inicial da gravidade do paciente, na chegada ao hospital, pode determinar o prognóstico. Frequentemente, existe um número excessivo de pacientes, aguardando atendimento nos SPAs, resultando em um tempo de espera muito prolongado, portanto é essencial que haja com rapidez a identificação dos pacientes em situação mais grave, para atendimento prioritário.

O conhecimento do perfil clínico-epidemiológico da população que frequenta um SPA é essencial para o planejamento do atendimento, otimizando recursos e melhorando o atendimento dos profissionais. O nosso SPA atende uma proporção grande de pacientes com doenças oncológicas, por isso o perfil dos pacientes não pode ser generalizado para outros SPAs de adultos.

## **CONCLUSÃO**

A quantidade de pacientes com urgências menores e com a presença de sintomas não recentes é grande. E, a quantidade dos que recebem alta sem medicação alguma reforça o uso inadequado dos serviços de pronto atendimento pelos usuários do SUS causado pela ineficiência da atenção primária. Isso acarreta prejuízo à eficiência do serviço e, conseqüentemente, aos pacientes de urgências e emergências.

A Escala de Manchester mostrou-se de bom valor prognóstico, reforçando a importância da classificação e da prioridade dos atendimentos emergenciais.

## REFERÊNCIAS

1. MARQUES,G. Q. LIMA,M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf)> Acesso em: 11 de março de 2016.
2. PEIXOTO,B. V. et al. A difícil realidade do pronto atendimento infantojuvenil mostrando a situação de saúde de uma cidade. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822013000200015&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000200015&lang=pt)> Acesso em: 11 de março de 2016.
3. WEISS, A.J. Overview of Emergency Department visits in the United States, 2011. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235856/>> Acesso em: 22 de março de 2016.
4. COWLING, T.E. Access to Primary Care and Visits to Emergency Departments in England: A Cross-Sectional, Population-Based Study. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3680424/>> Acesso em 22 de março de 2016.
5. JÚNIOR, D. P. SALGADO, P. O. TÂNIA COUTO MACHADO CHIANCA,T. C. M. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department.Disponívelem<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000600005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600005)>Acessoem: 11 de março de 2016.
6. ARAÚJO, G.F. VANDERLEI, M. I. G. Protocolo de acolhimento com classificação de risco Sistema Único de Saúde (SUS) Hospitais Municipais/São Luís/ MA. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf)> Acesso em: 05 de maio de 2016.
7. OLIVEIRA, G.N. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_14](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14)> Acesso em: 11 de março de 2016.
8. FURTADO, B.M.A.S.M. JÚNIOR, J.L.C.A. CAVALCANTI, P. Perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. Disponível em

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2004000300006](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000300006)> Acesso em: 04 de maio de 2016

**TABELA 1.** Distribuição dos indicadores demográficos dos pacientes atendidos no SPA adulto do IMIP.Recife,2017

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>IDADE</b>		
13-29	83	15
30-49	167	30,3
50-69	192	34,9
70-79	72	13,1
80-89	29	5,3
90-99	7	1,3
<b>SEXO</b>		
Masculino	253	45,6
Feminino	301	54,4
<b>PROCEDÊNCIA</b>		
Recife	264	48,3
RMR	167	30,5
Interior do estado	104	19,0
Outros estados	12	2,2



**TABELA 2.:** Distribuição da frequência de queixa principal, duração dos sintomas e classificação pela escala de Manchester em pacientes atendidos no SPA adulto do IMIP.Recife,2017

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>QUEIXA PRINCIPAL</b>		
Gastrointestinal	148	27
Respiratório	64	11,7
Sitemanervoso central/ cefaleia	54	9,8
Genitourinário	47	8,6
Osteoarticular	42	7,6
Cardiovascular	31	5,6
Administração de Penicilina Benzatina para FR ou Sífilis	31	5,6
Outros	137	24
<b>DURAÇÃO DOS SINTOMAS</b>		
Menos que 24h	196	37,4
Entre 24h e 48h	107	20,4
Entre 48h e 72h	47	9,0
Mais que 72h	174	33,2
Seminformação	30	5,4
<b>ESCALA DE MANCHESTER</b>		
Verde	349	63,3
Amarelo	175	31,8
Vermelho	27	4,9
Seminformação	3	0,5

**TABELA 3.:** Distribuição dos exames laboratoriais e de imagem solicitados durante o atendimento de pacientes atendidos no SPA adulto do IMIP.Recife,2017

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>HEMOGRAMA</b>	163	29,4
<b>UREIA e CREATININA</b>	127	22,9
<b>AST e ALT</b>	122	22
<b>HEMOCULTURA</b>	15	2,5
<b>UROCULTURA</b>	37	6,7
<b>SUMÁRIO DE URINA</b>	93	16,8
<b>RADIOGRAFIA DE TÓRAX</b>	58	10,5
<b>USG ABDOMINAL</b>	18	3,2
<b>TOMOGRAFIA DE TORAX</b>	1	0,2
<b>TOMOGRAFIA DE ABDOME</b>	5	0,9
<b>NENHUM EXAME SOLICITADO</b>	360	65

**TABELA 4.**Distribuição dos desfechos finais de acordo com as categorias da Escala de Manchester dos pacientes atendidos no SPA adulto do IMIP.Recife,2017.

	<b>DESFECHO FINAL</b>	<b>Alta</b>	<b>Especialista</b>	<b>Internamento</b>	<b>UTI</b>	<b>Óbito</b>
<b>ESCALA DE MANCHESTER</b>						
<b>Verde</b>		72,4%	10,6%	17%	0%	0%
<b>Amarelo</b>		55,4%	5,1	37,7%	1,7%	0%
<b>Vermelho</b>		29,6%	3,7%	37%	3,7%	25,9%

**P<0,05**

**Legendas: Especialista:** alta com encaminhamento ao especialista; **Internamento:**

internamento clínico; **UTI:** internamento em UTI

## APÊNDICE 1.

□□□□

### FORMULÁRIO DE PESQUISA DO PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO SPA IMIP

Pesquisador: \_\_\_\_\_

Registro: □□□□□□□□

Data da admissão: □□/□□/□□

#### DADOS GERAIS:

1- Sexo  (Masculino [1.1], Feminino [1.2])

2 - Idade (anos) □□□

3 - Procedência  (Recife [3.1], Região Metropolitana do Recife [3.2], Interior do estado [3.3], outros estados [3.4])

4 - Paciente é acompanhado no IMIP  (Sim [4.1], Não [4.2], ND [4.9])

5 - Foi encaminhado ao SPA pelo médico acompanhante  (Sim [5.1], Não [5.2], ND [5.9])

#### ANTECEDENTES PESSOAIS

6 - Diabetes Mellitus  (Sim [6.1], Não [6.2], ND [6.9])

7 - Hipertensão Arterial Sistêmica  (Sim [7.1], Não [7.2], ND [7.9])

8 - Tratamento oncológico em curso  (Sim [8.1], Não [8.2], ND [8.9])

9 - Tratamento oncológico concluído  (Sim [9.1], Não [9.2], ND [9.9])

10 - Outros  (Sim [10.1], Não [10.2], ND [10.9])

Se sim, quais: \_\_\_\_\_

#### DADOS CLÍNICOS

11- Queixa principal:  ( queixa do TGI[11.1], queixa do AOA [11.2], queixa do ACV [11.3], queixa do AR[11.4], queixa do SNC[11.5], queixa do AGU[11.6], sintomas inespecíficos[11.7], pós cirúrgico[11.8], trauma[11.9], internamento[11.10], Febre Reumática ou Sífilis[11.11], cefaleia[11.12], queixa psicológicas[11.13], outros[11.14])

12 - Tempo decorrido entre o início dos sintomas e o primeiro atendimento médico

(menos que 24h[12.1], entre 24h e 48h[12.2], entre 48h e 72h[12.3], mais que 72h[12.4])

13 - PA xmmHg

14 – Frequênciacardíaca  (Bradycardia[14.1], Normocardia[14.2], Taquicardia[14.3])

15- Frequência respiratória:  (Eupneia [15.1], Taquipneia[15.2], Bradipneia[15.3])

16- Saturação de O<sub>2</sub>  (Acima de 92% [16.1], abaixo de 92% [16.2])

17- Escala de Manchester adaptada  (Verde [17.1], Amarelo [17.2], Vermelho [17.3])

18- Diagnósticos na admissão: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Exames solicitados:**

19-Hemograma  (Sim [19.1], Não [19.2], ND [19.9])

20-Ureia/creatinina  (Sim [20.1], Não [20.2], ND [20.9])

21-ALT/AST  (Sim [21.1], Não [21.2], ND [21.9])

22-Hemocultura  (Sim [22.1], Não [22.2], ND [22.9])

23-Urocultura  (Sim [23.1], Não [23.2], ND [23.9])

24-Sumário de urina  (Sim [24.1], Não [24.2], ND [24.9])

25- Radiografia de tórax  (Sim [25.1], Não [25.2], ND [25.9])

26-Ultrassonografia abdominal  (Sim [26.1], Não [26.2], ND [26.9])

27-Tomografia computadorizada de tórax  (Sim [27.1], Não [27.2], ND [27.9])

28-Tomografia computadorizada de abdome  (Sim [28.1], Não [28.2], ND [28.9])

Outros exames: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Procedimentos invasivos realizados:**

29- Acesso venoso periférico  (Sim [29.1], Não [29.2], ND [29.9])

30- Acesso venoso central  (Sim [30.1], Não [30.2], ND [30.9])

31- Sondagem vesical  (Sim [31.1], Não [31.2], ND [31.9])

32- Sondagem nasogástrica  (Sim [32.1], Não [32.2], ND [32.9])

33- Intubação orotraqueal  (Sim [33.1], Não [33.2], ND [33.9])

34- Uso de O<sub>2</sub> suplementar via cateter  (Sim [34.1], Não [34.2], ND [34.9])

35- Uso de O<sub>2</sub> suplementar via máscara de Venturi

(Sim [35.1], Não [35.2], ND [35.9])

36- Uso de O<sub>2</sub> suplementar via V.M.A.  (Sim [36.1], Não [36.2], ND [36.9])

Outros procedimentos invasivos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

37 – Conduta terapêutica:

(Alta sem medicação [37.1], Medicação VO [37.2], Medicação EV [37.3], Medicação IM [37.4], Outras [37.5])

38 – Destino:

(Alta [38.1], Óbito [38.2], Internamento clínico [38.3], Internamento em UTI [38.4], Encaminhamento ao especialista [38.5])