



ARTIGO ORIGINAL

Atendimentos realizados em um pronto socorro público nos primeiros seis meses da pandemia da COVID-19

Services provided at a public emergency room in the first six months of the COVID-19 pandemic

Talita Cristiana Alves¹, Thais Moreira Oliveira², Danielle Resende de Pádua³, Bárbara Cristina Dias Giaquinto⁴, Fernanda Coura Pena de Sousa⁴, Bruna Figueiredo Manzo⁵, Allana dos Reis Corrêa⁶

Resumo

Estudo quantitativo, descritivo que analisou 22.295 atendimentos de março a agosto de 2020. Os dados foram coletados em prontuários eletrônicos. Dos atendidos, 51,15% era do sexo masculino. A idade apresentou mediana de 41 anos. Houve redução do número de atendimentos nos meses de abril e maio. O fluxograma 'dispneia em adulto' apresentou maior frequência em maio (5,71%), junho (5,26%) e julho (6,79%). De maio a junho observou-se maior frequência dos níveis de prioridade urgente e muito urgente. As doenças respiratórias e COVID-19 tiveram pico em junho e julho respectivamente. O número de atendimento mensal foi menor nos primeiros dois meses da pandemia e os problemas respiratórios e casos com prioridade de atendimento imediato mais frequentes de maio a julho, acrescentando essa demanda ao perfil habitual da unidade.

Palavras-chave: Emergência; Serviço de saúde; Enfermagem em Emergência; Qualidade da Assistência à Saúde; Covid-19.

Abstract

This is a quantitative, descriptive study that analyzed 22,295 attendances from March to August 2020. The data was collected from electronic medical records. Of those attended, 51.15% were male. The median age was 41 years. There was a reduction in the number of attendances in April and May. The flowchart 'dyspnea in adults' showed higher frequency in May (5.71%), June (5.26%), and July (6.79%). From May to June, there was a higher frequency of urgent and very urgent priority levels. Respiratory diseases and COVID-19 peaked in June and July, respectively. The monthly attendance numbers were lower in the first two months of the pandemic, with respiratory problems and cases requiring immediate attention being more frequent from May to July, adding this demand to the usual profile of the unit.

Kew-words: Emergencies; Health Services; Emergency Nursing; Quality of Health Care; Covid-19.

1 Enfermeira. Pós graduada em Urgência, intensivismo e trauma. Hospital Risoleta Tolentino Neves, Belo Horizonte, MG.

2 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Hospital das Clínicas da UFMG.

4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Depart. de Enfermagem Materno infantil e saúde pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

6 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Depart. de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO

A partir do ano de 2020 o mundo foi marcado pelo contexto histórico de saúde pública da pandemia da COVID-19. Iniciada em Wuhan (China), a doença teve sua primeira notificação em dezembro de 2019, com apontamentos da transmissão do vírus SARS-COV-2, agente causador da COVID-19, de um mamífero para o ser humano⁽¹⁾. Devido a globalização e transmissibilidade da doença, que acomete o trato respiratório em um espectro amplo de sintomatologia e gravidade, rapidamente houve a distribuição da doença em todo o mundo⁽²⁾.

No Brasil, os primeiros casos de notificação da COVID-19 dataram de 26 de fevereiro de 2020, com crescimento exponencial da doença e distribuição por todos os estados da federação, o que transformou o perfil de morbimortalidade no país. Por consequência, também transformou a realidade dos atendimentos nos serviços de saúde⁽³⁾.

Ressalta-se que mesmo com uma demanda súbita de internações decorrentes desta doença, outros problemas graves e habituais, continuaram a demandar assistência de unidades de urgência e emergência de todo o mundo⁽⁴⁾. Dentre esses problemas destacam-se as doenças cardiovasculares, principal causa de

morbimortalidade mundial, e as causas externas⁽⁵⁻⁶⁾.

Em consequência desse cenário, é previsível a possibilidade de sobrecarga e colapso dos sistemas de saúde. Na realidade, as unidades de emergência, conhecidas como as grandes portas de entrada dos usuários em condições agudas, já sofrem com grandes gargalos, sendo o principal deles a superlotação⁽⁷⁾. A superlotação dessas unidades é um fenômeno que faz parte do cotidiano das mesmas. Portanto, no contexto da pandemia de uma doença que requer atendimento precoce, ágil e efetivo torna-se evidente a necessidade de ajustes para a reorganização de fluxos, espaços, redimensionamento de recursos humanos e materiais para que bons resultados sejam alcançados⁽⁸⁾.

Em razão disso, muitos estudos têm sido realizados para avaliar a capacidade de atendimento hospitalar por todo o mundo⁽⁹⁻¹¹⁾. No Brasil, estudos semelhantes foram conduzidos com abrangência nacional e regional⁽¹²⁻¹⁵⁾. Uma das principais conclusões apresentadas em comum por esses estudos, é a inferência sobre a necessidade de ajuste de leitos para atender casos oriundos da pandemia, sem perder a qualidade da assistência para a demanda habitual dos serviços de urgência, especialmente em relação as complicações de doenças crônicas.

Diante desse contexto é eminente a preocupação de pesquisadores e gestores para repensar e promover medidas de saúde pública que previnam o colapso dos serviços bem como o aumento a mortalidade e medidas que contribuam para a prevenção da estabilidade dos serviços de urgência visando garantir uma assistência de qualidade⁽¹¹⁾. Nesse sentido, não se pode pensar apenas nas estratégias e implementação de intervenções que reduzem a transmissão do vírus. É fundamental avaliar as intervenções e o funcionamento dos serviços após as adequações para ajustes constantes visando atendimento qualificado e seguro para pacientes e para os profissionais de saúde⁽⁷⁾.

Assim, torna-se relevante desenvolver estudos que possibilitem conhecer a realidade dos prontos atendimentos que atuaram no contexto da pandemia da COVID-19 a fim de estabelecer critérios de atendimento, assistência, capacitação da equipe, além de feedbacks tanto para a população quanto para o sistema de saúde. A obtenção dessas informações torna-se uma condição estratégica para o bom funcionamento das instituições e, conseqüentemente, para o sistema de saúde.

Os resultados desse estudo podem contribuir para ajustes no planejamento e execução de ações gerenciais e assistenciais a curto prazo que possibilitem repensar a

organização do serviço para futuras condições semelhantes ou outras pandemias. Esse estudo teve por objetivo descrever as características dos atendimentos realizados em um pronto socorro público nos primeiros seis meses da pandemia da COVID-19.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo sobre as características do atendimento inicial realizado em um pronto socorro (PS) público de ensino de grande porte no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. O instrumento *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology* (STROBE)⁽¹⁶⁾ da rede EQUATOR foi utilizado para direcionar essa metodologia.

O PS compõe uma instituição hospitalar referência para uma população de cerca de 1,1 milhão de habitantes nos atendimentos de urgência e emergência clínicas e cirúrgicas, traumatologia, cirurgia vascular e maternidade. Para a pandemia da COVID-19, a instituição se estruturou reorganizando um fluxo de atendimento do PS exclusivo para queixas respiratórias, sendo abertos 11 leitos de cuidados intensivos e 26 leitos de unidade de internação específicos para esta nova demanda.

A população do estudo foi composta por prontuários eletrônicos de todos os

pacientes atendidos no PS da instituição pesquisada no período de março a agosto de 2020.

Foram incluídos todos os pacientes que possuíam registro completo dos dados de Classificação de Risco (CR).

No período do estudo o PS atendeu 25.284 pacientes. Destes, 2.989 não apresentavam dados completos da CR. Dessa forma, a população foi composta por 22.295 atendimentos.

A coleta de dados foi realizada de setembro a outubro de 2020, por meio do levantamento das variáveis nos prontuários eletrônicos. Estas foram solicitadas ao setor de Tecnologia de Informação da instituição, que contava com dois *softwares* de armazenamento de dados, sendo um de gerenciamento de documentos de prontuários e outro para realização da classificação de risco segundo o Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR). Com estas informações, foi gerado um banco de dados no programa *Microsoft Excel®*, versão 2010, considerando as variáveis elencadas para esse estudo.

Foram analisadas as seguintes variáveis: sexo (feminino; masculino), idade (em anos) estado civil (com companheiro/sem companheiro); procedência (domicílio, via urbana, trabalho/trajeto, serviços de saúde, Unidades de pronto atendimento, outros);

cidade de origem (Belo Horizonte, cidades da Região metropolitana de Belo Horizonte, outras cidades); número de atendimento por mês; dados da classificação de risco segundo o SMCR (fluxogramas, discriminadores e nível de prioridade clínica: 1- vermelho/emergente, 2- laranja/muito urgente, 3- amarelo/urgente, 4 – verde/pouco urgente, 5- azul/não urgente); tempo entre o registro do paciente e o início da CR (em minutos); tempo de duração da CR (em minutos); tempo entre a CR e o primeiro atendimento (em minutos); diagnóstico médico do primeiro atendimento (categorizado segundo CID-10) e desfecho (alta após consulta/medicação, transferência para outro hospital ou encaminhamento, desistência/evasão, transferência para unidade de internação, óbito).

Os dados foram submetidos a análise estatística descritiva pelo programa pacote estatístico *Statistical Software for professional (Stata)*, versão 14.0. Para as variáveis categóricas foram apresentadas as frequências absolutas e relativas. Para as variáveis contínuas foram calculadas medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo). Utilizou-se o teste de *Shapiro Wilk* para análise da normalidade das variáveis contínuas.

O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes de ética nacionais e

internacionais, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e anuência do hospital envolvido.

RESULTADOS

Dos 22.295 prontuários analisados, pouco mais da metade era do sexo masculino (51,15%). A idade variou de zero a 106 anos com mediana de 41 anos (IQ 27-57).

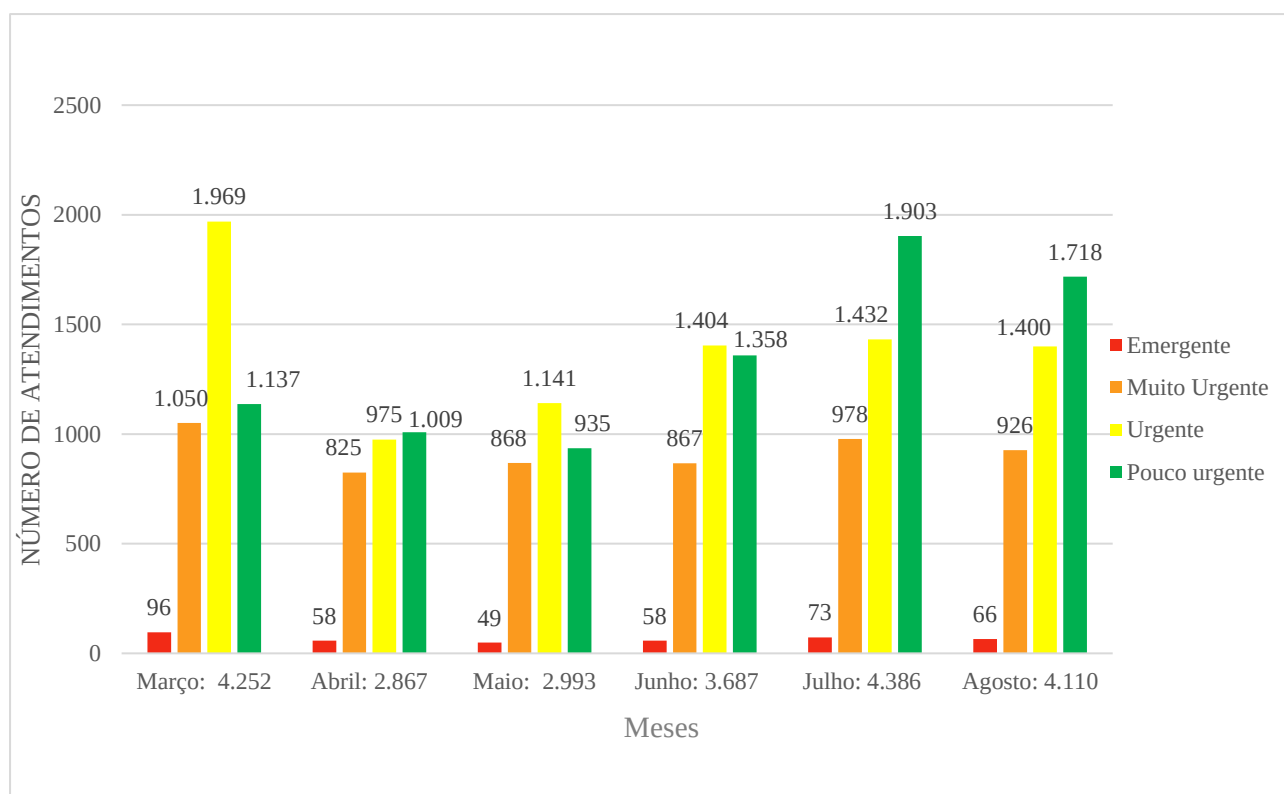
A maioria era proveniente do município de Belo Horizonte (60,78%) e (37,18%) provenientes de municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte. A maioria não possuía companheiro (67,38%) e era procedente do domicílio (78,17%) seguido de via urbana/trabalho/trajeto (14,85%), serviços de saúde (4,66%) e outras procedências (2,32%).

As variáveis relacionadas a CR, diagnóstico médico e desfecho foram analisadas segundo o mês do atendimento.

Em março foram atendidos 4.252 (19,07%) pacientes. Nos dois meses subsequentes observou-se redução do número mensal de atendimentos, sendo 2.867 (12,86%) em abril e 2.993 (13,42%) em maio. O mês de junho registrou um total de 3.687 (16,54%) atendimentos e nos meses de julho e agosto observou-se crescimento no número de pacientes atendidos sendo 4.386 (19,67%) e 4.110 (18,43%) respectivamente.

Quanto ao nível de prioridade clínica determinado após a CR pelo SMCR, a maior frequência de casos com maior urgência de atendimento, classificados como 3-amarelo/urgente foi observada no mês de março. Nos meses de julho e agosto a classificação recorrente foi 4-verde/pouco urgente. Os dados dessa variável estão apresentados na Figura 1.

Figura 1- Nível de prioridade clínica do Sistema Manchester de Classificação de Risco segundo mês de atendimento. Belo Horizonte, MG, Brasil. Mar/Ago, 2020.



Os dados relacionados aos tempos entre o registro do paciente e a CR, o tempo de duração da CR e o tempo entre a CR e o primeiro atendimento médico estão apresentados na Figura 2.

Figura 2 - Tempos entre registro e CR, duração da CR e entre a CR e o primeiro atendimento segundo nível de prioridade clínica. Belo Horizonte, MG, Brasil. 2020.

	Março			Abril			Maio			Junho			Julho			Agosto		
	Mediana	IQ 25% - 75%		Mediana	IQ 25% - 75%		Mediana	IQ 25% - 75%		Mediana	IQ 25% - 75%		Mediana	IQ 25% - 75%		Mediana	IQ 25% - 75%	
Tempo entre Registro e CR	8,15 minutos	3,29 - 24,32		4,92 minutos	2,25 - 12,88		4,57 minutos	2,37 - 10,08		6,42 minutos	2,87 - 13,97		6,82 minutos	3,03 - 16,25		6,06 minutos	2,8 - 13,02	
Tempo duração CR	2,97 minutos	2,05 - 4,35		3,1 minutos	2,12 - 4,57		3,05 minutos	2,05 - 4,47		2,97 minutos	2,05 - 4,25		3,2 minutos	2,12 - 4,68		3,05 minutos	2,15 - 4,5	
Tempo da CR ao 1º atendimento médico por nível de prioridade	15,05 minutos	5,35 - 44,57		9,07 minutos	2,25 - 18,5		14,42 minutos	5,33 - 26,67		8,03 minutos	0,72 - 20,65		9,07 minutos	2,62 - 16,27		7,55 minutos	0,13 - 19,38	
	15,91 minutos	10,3 - 26,2		14,37 minutos	9,18 - 23,42		14,15 minutos	9,15 - 21,315		14,63 minutos	9,47 - 23,9		15,26 minutos	9,8 - 24,58		13,63 minutos	9,47 - 21,87	
	80,52 minutos	41,3 - 155,02		54,58 minutos	30,4 - 96,27		51 minutos	27,48 - 89,85		46,475 minutos	26,11 - 84		54,26 minutos	27,985 - 97,14		55,81 minutos	28,36 - 101,32	
	101,28 minutos	50,6 - 192,78		49,3 minutos	24,28 - 94,95		55,78 minutos	28,2 - 105,67		51,125 minutos	27,88 - 98,93		52,98 minutos	28,82 - 106,98		57,51 minutos	26,63 - 120,83	

Nota: CR – Classificação de Risco; as cores das células referentes ao tempo entre a CR e o primeiro atendimento médico referem-se aos níveis de prioridade clínica segundo o Sistema Manchester de Classificação de Risco, sendo: vermelho: emergente/atendimento imediato; laranja: muito urgente/atendimento em até 10 minutos; amarelo: urgente/atendimento em até 60 minutos e verde: pouco urgente/atendimento em até 120 minutos.

Os fluxogramas mais acessados em todos os meses foram ‘Problemas de Extremidades’ e ‘Mal estar em adulto’. Optou-se por apresentar aqueles com prevalência acima de 5,00% em cada mês analisado (Tabela 1). O discriminador mais registrado nos meses de março a junho foi ‘Dor moderada’ com frequências respectivas de 1.311 (30,83%, 667

(23,26%), 801 (26,76%) e 909 (24,65%). Nos meses de julho e agosto predominou o discriminador “Dor leve recente” com frequências respectivas de 1.245 (28,39%) e 1.212 (29,49%). Em relação ao diagnóstico médico optou-se por apresentar os cinco diagnósticos mais frequentes por mês de atendimento conforme Tabela 1.

Tabela 1- Fluxogramas mais acessados e diagnósticos médicos classificados pelo CID 10, segundo mês de atendimento. Belo Horizonte, MG, Brasil. 2020.

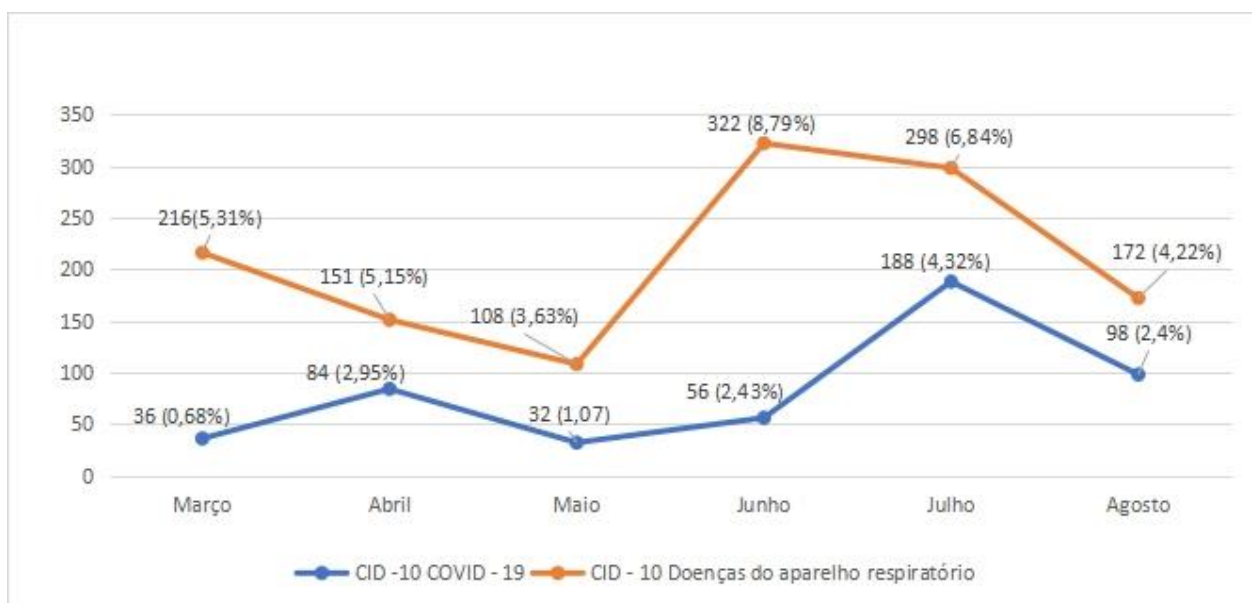
	FLUXOGRAMA		Diagnóstico Médico	
	Fluxograma	n (%)	Código CID10	n (%)
Março	Problemas em extremidades	983 (23,12)	S00-T98	1.282 (30,57)
	Mal estar em adulto	534 (12,56)	R00-R99	1.010 (24,08)
	Dor abdominal em adulto	384 (9,03)	M00-M99	714 (17,02)
	Trauma maior	296 (6,96)	J00-J99	216 (5,15)
			I00-I99	207 (4,94)
Abril	Problemas em extremidades	509(17,75)	S00-T98	871(30,60)
	Mal estar em adulto	463(16,15)	R00-R99	605(21,26)
	Trauma maior	217(57,00)	M00-M99	400(14,05)
	Dor abdominal em adulto	201(7,01)	I00-I99	158(5,55)
	Quedas	172(6,00)	J00-J99	151(5,31)
	Dispneia em adulto	162(5,65)		
	Feridas	150(5,23)		
Maió	Problemas em extremidades	647(21,62)	S00-T98	969(32,53)
	Mal estar em adulto	402(13,43)	R00-R99	583(19,57)
	Dor abdominal em adulto	246(8,22)	M00-M99	521(17,49)
	Trauma maior	239(7,99)	I00-I99	186(6,24)
	Quedas	171(5,71)	A00-B99	119(3,99)
Junho	Problemas em extremidades	739(20,04)	S00-T98	996(27,18)
	Mal estar em adulto	674(18,28)	R00-R99	769(20,98)
	Dor abdominal em adulto	259(7,02)	M00-M99	604(16,48)
	Trauma maior	234(6,35)	J00-J99	322(8,79)
	Dispneia em adulto	194(5,26)	A00- B99	231(6,30)
Julho	Problemas em extremidades	810(18,47)	S00-T98	1.106(25,39)
	Mal estar em adulto	790(18,01)	R00-R99	833(19,12)
	Dor abdominal em adulto	346(7,89)	M00-M99	634(14,55)
	Cefaleia	323(7,36)	A00 - B99	539(12,37)
	Dispneia em adulto	298(6,79)	J00-J99	298(6,84)
	Trauma maior	286(6,52)		
Agosto	Problemas em extremidades	953(23,19)	S00-T98	1.180(28,98)
	Mal estar em adulto	611(14,87)	R00-R99	782(19,20)
	Dor abdominal em adulto	351(8,54)	M00-M99	723(17,76)
	Trauma maior	280(6,81)	A00 - B99	342(8,40)
	Cefaleia	249(6,06)	I00-I99	208(5,11)

Nota: S00-T98: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas; R00-R99 Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; M00-M99 Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; I00-I99 Doenças do aparelho circulatório; J00-J99 Doenças do aparelho respiratório; A00 - B99 Algumas doenças infecciosas e parasitárias.

Optou-se por analisar separadamente a frequência dos diagnósticos de problemas respiratórios que correspondem ao CID -10 Capítulo J00-J99 - Doenças do aparelho respiratório, e também dos diagnósticos da COVID-19 que correspondem ao CID 10

Capítulo U 04.9 - Síndrome respiratória aguda grave (SRAG), não especificada; Capítulo U 07.1 Covid -19 vírus identificado e Capítulo U 07.2 covid-19 vírus não identificado. Esse dado está apresentado na Figura 3.

Figura 3 - Frequência dos diagnósticos CID -10 Capítulo J00-J99 - Doenças do aparelho respiratório e do CID 10 - covid-19, segundo mês de atendimento. Belo Horizonte, MG, Brasil.2020.



Quanto ao desfecho dos atendimentos no PS a alta após consulta/medicação foi o mais frequente em todos os meses de atendimento. Os dados dessa variável estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2- Desfecho do atendimento no Pronto Socorro segundo mês de atendimento. Belo Horizonte, MG, Brasil. 2020.

Variáveis	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto
	n %	n %	n %	n %	n %	n %
Alta após consulta/medicação	2.763 66,40	1.968 69,99	1.999 67,53	2.574 70,89	3.117 71,97	2.812 69,31
Transferência para outro hospital	17 0,41	17 0,6	13 0,44	13 0,36	21 0,48	11 0,27
Desistência/Evasão	417 10,02	138 4,91	174 5,88	187 5,15	235 5,43	291 7,17
Transferência para unidade de internação (inclui encaminhamento ao Bloco Cirúrgico)	954 22,93	680 24,18	766 25,88	848 23,35	951 21,96	937 23,1
Óbito	10 0,24	9 0,32	8 0,27	9 0,25	7 0,16	6 0,15

DISCUSSÃO

No presente estudo observou-se mediana de idade de 41 anos, com maior número de atendimentos realizados a indivíduos do sexo masculino. Um estudo semelhante, realizado anteriormente na mesma instituição, também evidenciou maioria de atendimentos a pacientes do sexo masculino, diferindo a mediana de idade encontrada, que foi de 33 anos⁽¹⁷⁾. Corroborado por apontamentos identificados em outros estudos, inclusive fora do país, a epidemiologia da contaminação por COVID-19 é maior e tem apresentações mais graves em pessoas com idade elevada, o chamado grupo de risco que inclui idosos e pessoas com comorbidades. A consequente maior

procura por pessoas com idade mais avançada pode ter alterado a mediana da idade dos pacientes no presente estudo^(1,13,18).

Em relação ao estado civil, a maioria dos pacientes não possuía companheiro(a). Um estudo que analisou o perfil epidemiológico de pacientes com COVID-19 no estado do Paraná, encontrou resultado semelhante sendo a maioria dos pacientes caracterizados como solteiros, viúvos, divorciados e outros⁽¹⁸⁾. Infere-se que esse resultado pode estar relacionado a um perfil social de adoecimento e maior exposição ao vírus, devido a dificuldades ou limitações de comportamentos inerentes ao isolamento social.

A maior parte dos pacientes eram provenientes da cidade de Belo Horizonte, cidade em que o hospital está localizado, porém grande parte dos pacientes eram de outras cidades da região metropolitana de Belo Horizonte. A resolutividade deste serviço de urgência e a relação entre a distância da moradia e a unidade de urgência parece se tornar um fator determinante para a procura da população por essa unidade específica⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Destaca-se, portanto, que a instituição cenário é um hospital referência para a cidade de Belo Horizonte e é também um importante serviço de saúde para a população das cidades localizadas na região metropolitana.

A maioria dos pacientes estavam no domicílio antes de procurar o atendimento no PS e, por outro lado, uma parte muito pequena representou os transferidos de outros serviços de saúde. De fato, a demanda espontânea é maior nas unidades hospitalares e talvez essa possa ser uma das causas da superlotação, como demonstrado em estudo realizado com pacientes na sala de espera de um serviço de urgência, apontando que a busca direta pela atenção hospitalar em detrimento da atenção básica, demonstra baixa resolutividade do ponto da rede de atenção à saúde na perspectiva do usuário⁽¹⁹⁾.

O tempo de espera entre o registro do paciente na chegada ao hospital e o início da

CR apresentou-se adequado em todos os meses analisados, conforme a recomendação do SMCR, na qual o paciente deve ter sua classificação de risco iniciada em até 10 minutos após sua chegada ao hospital⁽²¹⁾. Da mesma forma, o tempo de duração da CR realizada pelo enfermeiro foi conforme o preconizado, no máximo três minutos, em todos os seis meses⁽²¹⁾. Uma pesquisa desenvolvida na Alemanha demonstrou resultado semelhante ao evidenciar que a média de tempo gasto no processo de triagem pelo SMCR pelo enfermeiro foi de 2.1 ± 3.9 minutos⁽²²⁾. Assim, esses resultados dizem sobre a aplicabilidade de forma apropriada do SMCR nos diferentes contextos dos serviços de emergência⁽²³⁾.

Notou-se também, a partir do mês de abril, uma redução dos tempos de espera para o primeiro atendimento médico após a CR, nos níveis de prioridade 3-urgente/amarelo e 4-verde/pouco urgente, com adequação aos tempos em relação ao nível de prioridade estabelecido pelo protocolo, no qual pacientes classificados com nível de prioridade amarelo/urgente podem aguardar até 60 minutos para o primeiro atendimento médico e pacientes classificados como verde/pouco urgentes até 120 minutos⁽²¹⁾. Durante os meses de abril, maio e junho, constatou-se queda do número de pacientes atendidos no PS. A redução dos tempos de espera pelo primeiro

atendimento médico, pode estar relacionado à diminuição da superlotação do serviço. É sabido que um serviço de urgência operando dentro de sua capacidade proporciona maior inclusão das melhores práticas para a assistência, diminuição do tempo de espera para atendimentos e favorece o gerenciamento dos atendimentos e do serviço⁽⁴⁾.

Já nos níveis de prioridade clínica vermelho/emergência e laranja/muito urgente em nenhum dos meses obteve-se tempo entre CR e atendimento médico adequado. No entanto, ressalta-se que tal dado sofre interferência no registro em prontuário eletrônico, pois este perfil de paciente recebe primeiro os cuidados para que depois sejam realizados os registros e evoluções médicas no sistema do qual estes dados foram extraídos. Apesar disso, a mediana mostrou um tempo de espera pelo primeiro atendimento médico muito inferior em relação aos outros pacientes classificados como urgentes e pouco urgentes. A análise deste resultado pode dizer sobre a resolutividade do SMCR para a organização da demanda dos serviços de saúde no qual utiliza-se dessa ferramenta⁽²⁴⁾.

Em todos os meses houve grande número de pacientes classificados como pouco verde/urgente. Estudo transversal e retrospectivo realizado no serviço de emergência adulto de um hospital público

da Bahia, também identificou maior demanda de pacientes com este nível de prioridade⁽²⁴⁾. Percebe-se ainda uma alta procura de pacientes com demandas que poderiam ser sensíveis a outros serviços da Rede de Atenção à Saúde. Tal informação pode ser compreendida pelas dificuldades no acesso pleno a toda estrutura da atenção básica e ainda nos evidencia um déficit na orientação da população sobre quando buscar determinados serviços de saúde da rede de atenção às urgências, seus níveis de complexidade e fluxos⁽²⁰⁾. Além disso, a pandemia exigiu uma reorganização substancial dos serviços de saúde, incluindo os da Atenção Básica, o que pode ter influenciado o padrão de uso dos serviços de emergência. Essas mudanças ressaltam a necessidade de uma revisão contínua dos processos de triagem e orientação para garantir um direcionamento eficaz dos pacientes dentro do sistema de saúde.

Não houve paciente classificado pelo SMCR como não urgente. Ressalta-se que nesse período de pandemia da COVID-19, houve muitas recomendações do Ministério da Saúde (MS) para população acerca da importância de permanecer em casa, manter o distanciamento social e procurar os serviços hospitalares de urgência apenas em casos graves da COVID-19 ou no aparecimento de outras necessidades perceptíveis de atendimento de urgência, temendo o colapso do sistema público de

saúde com as novas e crescentes contaminações pelo novo coronavírus^(3,25).

O fluxograma mais acessado em todos os meses foi “problemas em extremidades”, assim como encontrado em estudos semelhantes^(17,26). Destaca-se que o hospital é referência em atendimento de ortopedia adulto. O fluxograma “mal estar em adulto”, foi o segundo mais acessado durante a CR. Estudo no PS da Santa Casa de Caridade de Diamantina-MG, encontrou este fluxograma com alta prevalência em todos os níveis de prioridade. Trata-se de um fluxograma amplo, acessado por enfermeiros frente a queixas diversas e está relacionado as principais causas de óbito neste mesmo estudo⁽²⁷⁾.

O fluxograma “trauma maior” esteve com uma distribuição constante entre os mais acessados em todos os meses, mesmo naqueles onde se esperaria redução no número de traumas como consequência às ações governamentais para o distanciamento social a partir de março de 2020, como o decreto nº 17.304 da prefeitura de Belo Horizonte, que determinou o fechamento de todos os serviços não essenciais ⁽²⁸⁾. Um estudo brasileiro demonstrou que a pandemia da COVID-19 ampliou de forma significativa a demanda pelos serviços de *delivery*, tornando mais frequente e indispensável o acionamento e circulação de motociclistas entregadores para que as pessoas se

mantivessem em casa e respeitassem o isolamento social, e assim , aumentando a exposição desses trabalhadores ao vírus e mantendo as taxas de trauma⁽²⁹⁾.

Em abril, junho e julho o fluxograma “dispneia em adulto” se apresentou entre os mais prevalentes, mesmo quando ocorreu a redução dos atendimentos no mês de abril. Nos meses de junho e julho ocorreram os picos de atendimentos por problemas respiratórios no hospital. Tal fluxograma pode estar relacionado as umas das queixas de um paciente com sintomatologia grave de COVID-19 ⁽²⁾. Os discriminadores mais estabelecidos foram aqueles relacionados a dor, uma queixa constantemente apresentada pelos pacientes quando se apresentam ao PS, como encontrado em outro estudo sobre o perfil clínico de pacientes com COVID-19 nos serviços de emergência⁽²⁰⁾.

Dentre os diagnósticos CID-10 estabelecidos, pode-se observar a recorrência dos mesmos diagnósticos ao longo dos meses, com destaque para o CID - Lesões envenenamentos e algumas consequências de causas externas, que foi o mais prevalente em todos os meses. Os CIDs relacionados a causas clínicas foi o segundo mais prevalente, o que é compatível com o perfil de morbidade e mortalidade da população brasileira, que gera demanda predominantemente de causas clínicas⁽³⁰⁾.

As diferenças entre os diagnósticos de COVID-19 e doenças respiratórias, conforme observado na figura 3, de março a agosto, revelam padrões distintos de ocorrência. Os casos de COVID-19 exibiram uma variação significativa ao longo do tempo, com aumentos repentinos seguidos por quedas, refletindo possivelmente as ondas de infecção e medidas de controle. Em contrapartida, os diagnósticos de outras doenças respiratórias mostraram uma tendência mais consistente, com um declínio inicial, um pico acentuado em junho e uma subsequente diminuição. Essa variação sugere que fatores sazonais ou específicos, como mudanças climáticas e epidemias pontuais, influenciam diretamente em doenças respiratórias não relacionadas à COVID-19. Outrossim, os diagnósticos de COVID-19 foram consistentemente menores que os de outras doenças respiratórias, o que pode ser parcialmente atribuído à subnotificação dos casos de COVID-19⁽³¹⁾, destacando a necessidade de uma vigilância mais rigorosa. Sabe-se que ainda há muitos casos de subnotificação desta doença⁽³¹⁾.

A alta após atendimento/medicação foi desfecho predominante, como corroborado por outros estudos semelhantes^(17-18,27). Estes mesmos estudos estabeleceram associação entre esse desfecho e menor nível de gravidade dos pacientes a partir da classificação pelo

SMCR. A internação foi o segundo desfecho mais encontrado, assim como em estudo que buscou conhecer o perfil de pacientes em uma unidade de emergências em São José do Rio Preto - SP, que identificou 43,36% de internação entre os atendidos⁽¹⁸⁾.

A ocorrência de óbitos esteve abaixo de 1% em todos os meses deste estudo. Esse desfecho é variável quando correlacionado a outros estudos, pois sofre influência direta dos perfis de pacientes atendidos e da estrutura dos serviços⁽²⁷⁾. A baixa incidência de óbitos pode ser explicada pela idade dos pacientes deste estudo, com mediana de 41 anos - caracterizando adultos jovens, e tendo como maioria os classificados como urgentes e pouco urgentes. Além disso, o perfil de mortalidade predominante na primeira onda do covid-19 era aqueles com mais de 60 anos⁽¹⁸⁾.

A ocorrência de desistência do atendimento e evasões foi maior no mês de março com redução nos meses subsequentes. O que pode ser explicado pelo tempo de espera para atendimento médico que estava maior nesse mês, nos níveis de prioridade urgente e pouco urgente.

Apesar dos resultados alcançarem os objetivos propostos, ressalta-se que este estudo apresenta limitações. O tempo entre a CR e o primeiro atendimento médico

possivelmente é superestimado, visto que, primeiro o médico avalia o paciente e depois realiza os registros no sistema eletrônico, e este tempo é o computado. Acredita-se que os pacientes classificados como emergente e muito urgente tiveram atendimento em tempo menor que o encontrado no estudo, já que são encaminhados imediatamente para a sala de emergência. Além disso, a perda de dados dos prontuários sem registro dos dados de classificação de risco pode ter comprometido variáveis como diagnóstico médico e desfecho.

Contribuições para a Área

É possível que este trabalho possibilite elementos para a organização e gerenciamento dos fluxos de serviços de saúde, não somente em cenário de pandemia, como também em possíveis condições futuras semelhantes. A partir dessa análise pode-se repensar e estabelecer as estratégias que visam promover atendimentos com qualidade e segurança do paciente de forma mais eficiente e sustentável para as instituições.

CONCLUSÕES

A análise dos atendimentos realizados no PS nos primeiros seis meses da pandemia da covid-19 constatou redução do número de atendimentos nos meses de maio, abril e junho. O tempo entre o registro e a classificação, tempo de duração da CR e

o tempo entre a CR e o primeiro atendimento demonstraram valores adequados segundo o SMCR, principalmente nos meses de menor volume de atendimentos. Em todos os meses os fluxogramas mais acessados foram ‘Problemas de Extremidades’ e ‘Mal estar em adulto’. Em abril, junho e julho o fluxograma “dispneia em adulto” se apresentou entre os mais prevalentes.

Nos primeiros quatro meses da pandemia, o PS atendeu mais pacientes com prioridade amarelo/urgente e verde/muito urgente quando comparado aos meses de julho e agosto. A evolução dos diagnósticos de COVID-19 e de outras doenças respiratórias ao longo dos meses foram divergentes como observado, no mês de junho quando houve uma crescente das doenças respiratórias, já a COVID-19 teve seu pico no mês de julho. Como desfecho hospitalar, a maioria dos pacientes recebeu alta após consulta/medicação.

Os resultados revelaram que mesmo em período de pandemia e durante a implementação de medidas de isolamento, o PS desta instituição de nível de atenção terciário ainda é ponto da rede onde há grande demanda de atendimento de usuários que poderiam ser avaliados em outros níveis de atenção.

REFERÊNCIAS

1. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;323(13):1239–42.
<https://jamanetwork.com/journals/jama/full-article/2762130>.
2. Ministério da Saúde. Sobre a doença, o que é COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2020. [cited 2022 Sep 10]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>.
3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília: CONASS. 2020 [cited 2020 Ago 05]. Available from: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems.pdf>.
4. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS ONE*. 2018;13(8):e0203316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>.
5. Datasus. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Mortalidade-Brasil TabNet [Internet]. [cited 2020 Sep 06]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
6. World Health Organization. WHO. The top 10 causes of death [Internet]. [cited 2022 Sep 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
7. Prestes JM, Klein AS, Kruel AJ, Martins AM, Ribeiro CR, Anschau F. Welcoming protocol in the maximum restriction of the emergency department of a tertiary hospital in Brazil. *Arch. Nurs. Pract. Care*. 2020. 6:1. <https://doi.org/10.17352/2581-4265.000047>.
8. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano de contingência para epidemia da doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) do Distrito Federal [Internet]. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde. 2020. [cited 2020 Sep 05]. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1053146/plano-de-contingencia-coronavirus10-df.pdf>.
9. Zhang T, McFarlane K, Vallon J, Yang L, Xie J, Blanchet J, et al. A model to estimate bed demand for COVID-19 related hospitalization. *medRxiv*. 2020. (Preprint). [cited 2022 Mar 10]. <https://doi.org/10.1101/2020.03.24.20042762>.
10. Verhagen M, Brazel D, Dowd JB, Kashnitsky I, Mills M. Predicting peak hospital demand: demographics, spatial

variation, and the risk of “hospital deserts” during COVID-19 in England and Wales. *BMC Medicine*. June 2020; 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01646-2>.

11. Chen T, Wang Y, Hua L. “Pairing assistance”: the effective way to solve the breakdown of health services system caused by COVID-19 pandemic. *Int J Equity Health*. 2020;19:68. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01190-8>.

12. Castro M, Carvalho L, Chin T, Kahn R, Franca G, Macário, EM et al. Demand for hospitalization services for COVID-19 patients in Brazil. *MedRxiv*. 2020. (Preprint). [cited 2022 Mar 10]. <https://doi.org/10.1101/2020.03.30.20047662>.

13. Noronha K, Guedes G, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, et al. Pandemia por COVID-19 em Minas Gerais, Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos e equipamentos de ventilação assistida considerando os diferenciais de estrutura etária, perfil etário de infecção, risco etário de internação e distâncias territoriais. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2020. [cited 2022 Mar 10]. Available from: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/IEPS_WP4.pdf.

14. Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, et al. [The COVID-19 pandemic in Brazil:

analysis of supply and demand of hospital and ICU beds and mechanical ventilators under different scenarios]. *Cad. Saúde Pub*. 2020. 36:6 e00115320. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>.

15. Pedrosa NL, Albuquerque NLS. [Spatial Analysis of COVID-19 cases and intensive care beds in the State of Ceará, Brazil]. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020. 25(suppl 1);2461-68. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10952020>.

16. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. [STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies]. *Rev Saúde Pública*. 2010. 44(3); 559-65. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>.

17. Silva ADC, Chianca TCM, Pádua DR, Guimarães GL, Manzo BF; Correa AR. [Characteristics of care of a public emergency room according to the manchester triage system]. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2019. 23; 1-8. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190026>.

18. Sousa LBD, Fogaça RLB, Nishikawa YMC, Dutra KMCG, Franco RA, Karino ME. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com covid-19 internados em um hospital universitário referência. *Enferm. glob*. [Internet]. 2023;22(70):257-296. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.544171>.

19. Felipe MLS, Evangelista CP, Duarte SRMP. Motivos de procura de atendimentos não urgentes na atenção secundária ao invés da atenção primária. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2022;11(1):e202141. <https://doi.org/10.18554/reas.v11i1.4510>.
20. Almeida CSC, Nunes SF, Savino NS, Mendonça XMFD, Souza JOG, Costa EF, Farias JR. Epidemiological profile of users of a public emergency room classified as non-urgent before and after the Covid-19 pandemic. *RSD* [Internet]. 2022;11(10): e223111032357. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32357>.
21. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle, J. Sistema Manchester de Classificação de Risco. Versão brasileira de Welfane Cordeiro Junior; Maria do Carmo Paixão Rausch. 2 ed. Belo Horizonte:Folium; 2017.
22. Mayerhofer C, Retl H, Graziadei I, Stummer H. Assessment of validity of the German version of the Manchester Triage System. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*. 2022; 117(4):283-88. <https://10.1007/s00063-021-00813-4>.
23. Jesus APS, Batista REA. Campanharo CRV, Lopes MCBT, Okuno MFP. Evaluation of the Manchester Triage System quality indicator: service time. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:e20200371. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200371>.
24. Jesus APS, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Manchester Triage System: assessment in an emergency hospital service. *Rev. Bras. Enferm*. 2021;74(3):e20201361. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1361>.
25. Governo do Brasil. Coronavírus: saiba quando procurar uma unidade de saúde e fazer o exame. [Internet]. Brasília; Ministério da Saúde. [cited 2022 Mar 10]. Available from: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/03/coronavirus-saiba-quando-procurar-uma-unidade-de-saude-e-fazer-o-exame>.
26. Rabello AE, Lima RCD, Garcia ACP, Fioroti CEA, Andrade MAC. Acknowledgement of risk and risk rating: opportunities and challenges for the accessibility of an emergency service. *Rev. Bras. Pesq. Saúde* [Internet]. 2018. [cited 2022 Mar 10] 20(1): 49-58. Available from: <https://periodicos.ufes.br/index.php/rbps/article/view/20608>.
27. Guedes HM, Souza KM, Lima PO, Martins JCA, Chianca TCM. [Relationship between complaints presented by emergency patients and the final outcome]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015. 23(4):587-94. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0227.2592>.

28. Brasil. Decreto nº N° 17.304 de 18 de março de 2020 [Internet]. Determina a suspensão temporária dos Alvarás de Localização e Funcionamento e autorizações emitidos para realização de atividades com potencial de aglomeração de pessoas para enfrentamento da Situação de Emergência Pública causada pelo agente Coronavírus – COVID-19. Diário Oficial do Município de Belo Horizonte 18 mar. 2020. [cited 2021 Jan 10]. Available from: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1227069>.

29. Andrade CWQ, Marcos EAC, Santos JAR, Silva SNGR, Numata Filho ES, Figueredo DS, Santos I. The impact of the COVID-19 pandemic on motorcycle accidents and the profile of victims in a health region of Pernambuco. RSD

[Internet]. 2021;10(9): e5410917680. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17680>.

30. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (BR):Secretaria de Atenção à Saúde; 2013 [cited 2021 Nov 13]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf.

31. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS, et al. [social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil]. Ciência & Saúde Coletiva. 2020. 25(suppl 1):2423-46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>.

Correspondência para:

Talita Cristiana Alves

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Pós graduada pelo programa de residência em Urgência, Intensivismo e Trauma do Hospital Risoleta Tolentino Neves – MG

Contato: 31. 99880-0824

E-mail: talita.cristiana@yahoo.com.br