

**PERFIL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO SERVIÇO  
DE EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM PERNAMBUCO***Amanda Isabella Gomes Rodrigues<sup>a</sup>**Juliana Pedrosa Korinfsky<sup>a</sup>**Ana Dulce Batista dos Santos<sup>a</sup>**Albert Nuann Santos de Oliveira<sup>a</sup>**Lais Rios de Almeida<sup>a</sup>**Laísia Alves Moura<sup>a</sup>***Resumo**

Objetivo: Conhecer o perfil dos usuários atendidos na sala vermelha de um Hospital Universitário de Pernambuco. Métodos: Estudo descritivo, exploratório e quantitativo, realizado no setor do atendimento de emergência de um Hospital Universitário de Pernambuco, utilizando como fonte de dados o Livro de Registro dos atendimentos diários, coletados de janeiro a junho de 2013. Os dados foram organizados em uma planilha no programa *Microsoft Office Excel*<sup>®</sup> 2010. Logo após, foram apresentados em gráfico e tabelas, confrontando os resultados com a literatura. Resultados: A maioria dos pacientes atendidos é do sexo masculino, entre 20 e 29 anos, procedentes da mesma cidade, onde está localizado o hospital, e vítimas de causas externas, principalmente acidentes motociclísticos. Conclusões: A população economicamente ativa foi a mais atingida pelas causas externas, o que pode desencadear despesas elevadas para o Sistema Único de Saúde (SUS). Espera-se que o estudo sirva de subsídio para implantações de políticas públicas municipais e regionais.

**Palavras-chave:** Serviços médicos de emergência. Causas externas. Sistema Único de Saúde.

---

<sup>a</sup>Universidade Federal do Vale do São Francisco – Petrolina (PE), Brasil.

<sup>b</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Natal (RN), Brasil.

**Endereço para correspondência:** Laísia Alves Moura – Avenida Senador Salgado Filho, 3000 – Lagoa Nova – CEP: 59078-970 – Natal (RN), Brasil – E-mail: laislaalves19@gmail.com

PROFILE OF USERS SERVED IN THE EMERGENCY  
DEPARTMENT AT A UNIVERSITY HOSPITAL IN PERNAMBUCO

**Abstract**

Objective: To be aware of the profile of the patients cared in the emergency room of the University Hospital of Pernambuco. Methods: DA descriptive, exploratory and quantitative study. We carried out this research in the emergency room of the University Hospital of Pernambuco, using as a source the visitor registration book, with data collected from January to June 2013 sector. The selected variables were organized in a Microsoft Office Excel 2010 spreadsheet in Microsoft Office Excel 2010 program. Shortly after, those data were presented in graphic and tables comparing the results with the literature. Results: The majority of cared patients seen is male, ranging from 20 to 29 years old, coming from the same city where the hospital is located, and victims of external causes, especially motorcycle accidents. Conclusions: The economically active population was the most affected by external causes, which may triggering higher costs for the Unified Health System (SUS). We hoped that this study will serves as an input for the implementation deployments of municipal and regional health public policies.

**Keywords:** Emergency medical services. External auses. Unified Health System.

PERFIL DE USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE  
URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN PERNAMBUCO

**Resumen**

Objetivo: Conocer el perfil de los alumnos en el Salón Rojo del Hospital de la Universidad de Pernambuco. Métodos: Estudio descriptivo, exploratorio y cuantitativo, realizado en el sector de respuesta de emergencia del Hospital de la Universidad de Pernambuco, se utilizando como fuente de datos el libro de registro de asistencia diaria, recogido de enero a junio de 2013. Los datos fueron organizados en una hoja de cálculo de *Microsoft Office Excel*® 2010. Después, se presentan en el gráfico y en las tablas, haciendo una comparación de los resultados con la literatura. Resultados: La mayoría de los pacientes atendidos son del sexo masculino, entre 20 y 29 años, de la misma ciudad, donde se encuentra el hospital, y víctimas de causas externas, principalmente los accidentes de motocicleta. Conclusiones: La población económicamente activa fue la más afectada por

causas externas, que pueden desencadenar un alto costo para el Sistema Único de Salud (SUS). Se espera que el estudio sirva como un subsidio para los despliegues municipales y regionales de políticas públicas.

**Palabras clave:** Servicios médicos de urgencia. Causas externas. Sistema Único de Salud.

## INTRODUÇÃO

Reconhecer as diversas características de pacientes assistidos no Serviço de Emergência (SE) hospitalar constitui uma importante ferramenta para o planejamento de ações de saúde, pois oferece subsídio para a elaboração de estratégias, viabilizando a diminuição de agravos à saúde e seus fatores determinantes a partir do perfil de morbimortalidade da população.<sup>1</sup>

O SE é destinado ao tratamento imediato e temporário das vítimas de acidentes ou doenças inesperadas, com início súbito, que não podem ser tratados em outros níveis de assistência. Esse serviço possui peculiaridades que tem sido objeto de estudos nacionais e internacionais, com enfoque na problemática relativa ao aumento do fluxo de pacientes, qualidade da assistência, quantidade e especificidade dos atendimentos realizados, como também as principais consequências sociais desses eventos.<sup>2,3</sup>

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Portaria 2048/GM de 2002, a qual classifica os atendimentos de urgência e emergência por meio de um acolhimento de forma qualificada e resolutiva. A partir de 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), criada pela Portaria 1863/GM, dá início à organização dos sistemas regionalizados, a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências. Em 2004, o acolhimento com avaliação e classificação de risco surge como instrumento para melhoria dos atendimentos nas emergências por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) das redes do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>4,7</sup>

Nesse sentido, o acolhimento com classificação de risco passa a ser necessário em todos os SE, devendo ser realizado por profissionais capacitados, os quais serão orientados por um protocolo institucional. A PNH ordena o atendimento dos pacientes da emergência tendo como referência a gravidade indicada pelos sinais e sintomas clínicos apresentados no primeiro contato com o paciente, estabelecendo uma prioridade para cada atendimento e direcionando para área específica.<sup>7</sup>

Esse protocolo é composto por quatro áreas e níveis de atendimento: Área Vermelha: assistência rápida e imediata às emergências; Área Amarela: atendimento o mais rápido possível, assistência a pacientes críticos e semi críticos estabilizados; Área Verde:

assistência a pacientes não críticos e não urgentes; Área Azul: destinada a consultas de baixa e média complexidade, atendimento de acordo com a ordem de chegada.<sup>4</sup>

Em 2006, foi reformulada a PNAU, tendo no componente hospitalar o eixo central da atenção às urgências e emergências, que tem como objetivo o atendimento em casos graves e a resolubilidade de casos não urgentes utilizando-se do acolhimento com classificação de risco. Em 2011, o MS publica a portaria nº 1.600/GM, que fez novas modificações na PNAU e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS, visando sua organização e garantindo universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências.<sup>8,9</sup>

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em dados revelados em 2008, as causas externas, lesões decorrentes de acidentes e de violências respondem, anualmente, por mais de cinco milhões de mortes em todo o planeta, ou seja, cerca de 9% da mortalidade mundial, estando relacionadas a fatores como, trânsito, afogamento e envenenamento, assim como as violências que incluem agressões, homicídios, suicídios, abusos físicos, sexuais e psicológicos.<sup>10</sup>

Dessa maneira, as causas externas no Brasil são consideradas um grave problema de saúde pública, ocupando o terceiro lugar nas causas de morte e, conseqüentemente, desencadeando forte impacto socioeconômico nos sistemas de saúde, previdenciário e de segurança pública, além de gerar danos à qualidade de vida da população.<sup>10</sup>

Em decorrência do perfil de morbimortalidade brasileiro, o Ministério da Saúde estipulou em 08 de julho de 2013 a Portaria nº 1.365, sobre a Linha de Cuidado ao Trauma a qual está inserida na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Essa linha aborda o processo integrado de assistência ao paciente vítima de trauma, buscando a prevenção dos agravos, garantia de padrões adequados de acessibilidade aos recursos tecnológicos, bem como a continuidade do cuidado.<sup>10</sup>

A motivação para a construção deste estudo partiu da realidade vivenciada durante a atuação teórica e prática na Residência Multiprofissional em Urgência, por meio da qual se observou a necessidade de caracterização e compreensão do perfil dos usuários atendidos na emergência, visando, assim, melhorias assistenciais e gerenciais quanto ao fluxo de pacientes no SE. Justifica-se este trabalho pela necessidade de estudos com o enfoque descritivo do fluxo de pacientes no SE, possibilitando intervir de modo favorável na assistência de qualidade, com gestão dos casos prioritários, redução de filas, do tempo de espera e gastos desnecessários.

Destarte, buscou-se com este estudo identificar o perfil dos pacientes atendidos no serviço de emergência de um hospital universitário em Pernambuco.

## MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo de natureza quantitativa, realizado no SE de um Hospital Universitário em Pernambuco. O referido hospital está inserido no contexto de resolubilidade da Linha de Traumas, já que é referência interestadual para adultos (a partir de 15 anos de idade) em assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia, assim como neurologia/neurocirurgia e UTI II para rede Interestadual Pernambuco-Bahia (PEBA), composta por 53 municípios inseridos nesses estados. A gestão dessa rede é realizada pelo Colegiado Regional Interestadual (CRIE), criado em 2010 após aprovação pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB) dos dois referidos estados.

O SE desse hospital é dividido em quatro áreas: a sala vermelha, local destinado a atendimento imediato a pacientes graves; a sala amarela, destinada a pacientes internados que necessitam de cuidados semi-intensivos; a sala verde, onde são internados pacientes estáveis que necessitam de tratamento intra-hospitalar; e a sala azul, que é destinada a pacientes em observação. Assim, à sala vermelha deste hospital destinam-se casos graves e com risco iminente de morte, cujos pacientes chegam por demanda espontânea, são trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou encaminhados de outro serviço de saúde.

Ressalta-se que a coleta de dados foi iniciada após anuência da instituição, bem como a apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas sob o protocolo de número nº 0002/190313, em concordância com os preceitos da bioética em pesquisa, preconizados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.<sup>11</sup>

A coleta de dados foi realizada Serviço de Arquivo Médico entre os meses de maio e julho de 2013, por meio do livro de registro de atendimento diário, com as informações de todos os indivíduos atendidos na sala vermelha do referido hospital nos meses de janeiro a junho do mesmo ano, totalizando uma amostra de 2223 registros. Para agrupamento de dados, utilizou-se um instrumento estruturado elaborado pela pesquisadora, especificamente para essa pesquisa, o qual contemplava as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, causas dos atendimentos, procedência dos pacientes, transferências, alta hospitalar e óbito. Foram incluídos todos os registros do período supracitado, exceto aqueles oriundos de anotações ilegíveis ou que fossem incapazes de contemplar a maior parte das variáveis da pesquisa.

Para análise descritiva, os dados foram organizados, tabulados e codificados em planilhas no formato *xlsx*. E, posteriormente, transportados para *software* estatístico R, versão 2.12.2, a fim de iniciar a consolidação dos resultados.

## RESULTADOS

Quanto ao perfil da amostra selecionada, verificou-se que 66% pertenciam ao sexo masculino, com maior prevalência de idade entre 10 e 39 anos (47%), com predominância na faixa etária de 20 a 29 anos. Quanto à procedência do paciente, foi possível observar que 61,8% eram do município de Petrolina e 26,4% de outros municípios da região, como observado na Tabela 1.

**Tabela 1** – Características dos usuários do serviço de emergência segundo sexo, idade e procedência. Petrolina (PE), 2014

Variável	n	%
Sexo*		
Feminino	706	32
Masculino	1473	66
Ausentes	44	2
Idade**		
0 a 9	51	2,3
10 a 19	250	11,2
20 a 29	459	20,7
30 a 39	342	15,4
40 a 49	237	10,6
50 a 59	231	10,4
60 a 69	181	8,1
70 a 79	200	9
>80	159	7,2
Ausentes	113	5,1
Procedência***		
Petrolina	1373	61,8
Juazeiro	132	6
Outros	536	26,4
Ausentes	128	5,8

Ausentes: \*44 (2%); \*\*113 (5,1%); \*\*\*128 (5,8%).

As causas do atendimento foram segregadas conforme a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), logo a maior prevalência de eventos que levaram a busca por assistência no SE foram as causas externas (54,4%), outras causas (11,3%) e causas cerebrovasculares (10,6%). Em 8,3% dos casos, não foi possível identificar a causa ou não havia informação sobre a mesma, conforme é possível observar na Tabela 2.

**Tabela 2** – Distribuição do número de atendimentos no serviço de emergência segundo a causa. Petrolina (PE), 2014

Causas	n	%
Aparelho digestivo	84	3,8
Aparelho geniturinário	8	0,3
Aparelho respiratório	88	4
Cardíacas	77	3,5
Cerebrovasculares	235	10,6
Causas externas	1210	54,4
Endócrinas	38	1,7
Vasculares	4	0,2
Neoplasias	32	1,4
Outras	252	11,3
Não informado	183	8,3

No que se refere ao destino dos pacientes atendidos na sala vermelha, 35% (784) foram transferidos para setores do próprio hospital, 13% (296) tiveram alta, 6% (119) evoluíram para óbito e 3% (64) foram encaminhados ou transferidos para outros hospitais.

Com relação à Transferência Interna, 31% (242) foram transferidos para Sala Azul; 27% (209), para a Clínica Ortopédica; 18% (142), para a Sala Verde; 10% (83), para o centro Cirúrgico; 7% (54), para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI); 4% (31), para a Sala Amarela; 2% (18), para a Clínica Cirúrgica; e 1% (5), para a Clínica Médica.

Dentre as causas externas, 72% (876) dos pacientes eram do sexo masculino; 23% (277), do sexo feminino; em 5% (57) dos casos a variável sexo não foi informada. Quanto aos tipos de causas externas, 63% (762) dos atendidos sofreram acidente motociclístico, seguidos de 8% (97) por queda; 5,6% (67), acidente automobilístico (Tabela 3).

**Tabela 3** – Distribuição do número de atendimentos no serviço de emergência segundo Causas Externas. Petrolina (PE), 2014

Tipos de Causas Externas	n	%
Acidente automobilístico	67	5,6
Acidente de bicicleta	22	2,0
Acidente de carroça	4	0,3
Acidente motociclístico	762	63,0
Acidente de trabalho	3	0,2
Acidente com animais peçonhentos	2	0,2
Agressão física	54	4,5
Agressão por animal	1	0,1
Atropelamento	64	5,2
Choque elétrico	4	0,3
Corpo estranho	3	0,2
Corte	14	1,1
Fratura de membro	1	0,1
Intoxicação exógena	17	1,4
Perfuração por Arma Branca	44	3,6
Perfuração por Arma de Fogo	39	3,2
Queda	97	8,0
Queimadura	9	0,7
Tentativa de suicídio	2	0,2
Violência Sexual	1	0,1

No tocante à procedência, 59% (711) são da cidade de Petrolina (PE), 31% (381) são de outros municípios da rede PEBA; 7% (85), de Juazeiro (BA) e em 3% (33) não foi informado o local de procedência. Com relação ao destino dos pacientes vítimas de causas externas, 79% (948) foram transferidos internamente e externamente, 15% (185) tiveram alta, 4% (52) não foram informados e 2% (25) evoluíram ao óbito.

Ao cruzar as informações relativas à idade dos usuários com a ocorrência de acidentes motociclístico evidencia-se que a população de 20 a 29 anos é a mais acometida, com 33% (252), seguidas de 22,4% (171), de 30 a 39 anos; 16,5% (126), de 10 a 19 anos; 10,7% (81), de 40 a 49 anos; 6% (46), de 50 a 59 anos; usuários com mais de 60 anos e os que não tiveram as informações registradas atingiram, respectivamente, 4,9% (37); e menores de 9 anos de idade são casos esporádicos em torno de 1,6% (12) dos casos.

## **DISCUSSÃO**

Neste estudo, pode-se identificar uma maior exposição do sexo masculino aos diversos agravos à saúde. Dessa maneira, a vulnerabilidade dos homens a inúmeras condições de morbidade e mortalidade pode ser explicada pelas atividades econômicas e comportamentos de risco que assumem socialmente, bem como a exposição à violência externa. Ressaltando, ainda, que os fatores socioculturais específicos de cada região podem justificar a distinção da morbidade entre o sexo masculino e feminino.<sup>1-9,12,13</sup>

Conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pelo Ministério da Saúde no ano de 2008, o sexo masculino é mais acometido por doenças, sobretudo as graves e crônicas. Isso é compreendido pelo fato de os homens não procurarem atendimentos na atenção primária, buscando o atendimento hospitalar de média e alta complexidade quando há agravo da morbidade, o que gera elevados custos para o sistema de saúde.<sup>14</sup>

A faixa etária mais assistida na emergência foi de adultos entre 20 e 29 anos, o que demonstra que a busca pelo serviço é de uma população jovem e ativa. Tais achados são condizentes com um estudo realizado em serviço de urgências e emergência de São Paulo, que concluiu que a maior parte dos atendimentos era de jovens entre 18 e 29 anos de idade, vítimas de acidentes em geral. Em contrapartida, uma pesquisa realizada em um pronto socorro em Belém (PA) mostrou que a maioria dos atendimentos são na faixa etária de 20 a 39 anos por causas clínicas e o trauma em segundo lugar.<sup>15,16</sup>

Quanto à procedência, foi visto que grande parte é da própria cidade onde está localizado o hospital em estudo. No entanto, há uma diversidade de municípios atendidos, o que remete ao fato de que em situações de emergências o atendimento deve ser feito de forma incondicional, independentemente da cidade de origem, segundo a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde. Por outro lado, acredita-se que o elevado percentual de atendimentos com procedência no próprio município deve-se ao fato da população não conhecer os seus direitos, omitindo a procedência por receio de recusa de atendimento.<sup>9,17</sup>

No tocante às causas de atendimentos, as mais relevantes foram as causas externas, seguidas de outras causas e causas cerebrovasculares. Como dito anteriormente, as



causas externas representam a terceira causa de mortalidade no Brasil, sendo a primeira de internação hospitalar para ambos os sexos, em todas as faixas etárias, de acordo com estudo descritivo sobre a morbidade hospitalar por causas externas, realizado em Belo Horizonte. Assim, é importante ressaltar que a despesa gerada pelas causas externas culmina em um alto custo para o país, pois vai desde a internação até o processo de reabilitação.<sup>10,18</sup>

Os atendimentos realizados por inúmeros motivos, caracterizado no estudo como diversas causas, como: cefaleia, mal-estar, troca de sondas, dentre outras, alcançou o segundo lugar no estudo. Tais atendimentos, quando realizados em um local de serviço de emergência, são caracterizados como uma assistência de baixa complexidade. Tal fator pode estar relacionado à falta de conhecimento da população ou despreparo dos profissionais de saúde que atuam no acolhimento com classificação de risco, refletindo, assim, na superlotação do setor, o que diminui a assistência adequada aos pacientes que realmente necessitam de tratamento emergencial.

As causas do aparelho circulatório estão em primeiro lugar na mortalidade por grupos de causas no Brasil, abarcando as causas cerebrovasculares. Neste estudo, ocupou o terceiro lugar do total de atendimentos, o que difere dos achados no Brasil. No entanto, o resultado encontrado pode ter sido pelo fato de o hospital ser referência em traumatologia e neurocirurgia. De modo que o hospital recebe um número cada vez maior de pacientes vítimas de causas externas de todos os municípios da rede PEBA. É importante citar que pesquisas sobre essa temática são imprescindíveis para servir de alicerce na criação de políticas de atenção aos agravos agudos e crônicos mais prevalentes.<sup>19,20</sup>

No que se refere ao destino dos pacientes, foi observado que a maioria não tinha nenhuma informação. No decorrer do estudo, um dos fatores que dificultaram essa análise foi a falta de registro sobre informações relacionadas ao paciente, o que pode causar vieses no estudo, além de dificultar o planejamento e a gerência dos setores de emergência que precisam pautar suas ações no conhecimento do perfil de suas populações. Conforme pesquisa retrospectiva, realizada em um serviço de emergência sobre diagnósticos mais frequentes, foi constatado que 93,3% não tinham registro sobre o seu destino. Isso corrobora com os dados encontrados e impede a análise da relação da doença e o local de possível continuidade do tratamento.<sup>21</sup>

No que se refere às causas externas, há uma predominância do sexo masculino e da faixa etária entre 20 e 29 anos. Isso evidencia que para esses tipos de agravos há uma maior exposição desse gênero, devido às atividades que assumem diante da sociedade e que os colocam em maior risco. Segundo a PNAISH, os elevados índices de morbimortalidade entre jovens e adultos podem ser explicados pela necessidade social de autoafirmação, conforme a crença.<sup>22</sup>

Dentre as causas externas, destacam-se os acidentes motociclísticos, que acometem mais a população de 20 a 29 anos de idade. As possíveis causas para o alto

número desses acidentes podem ser explicadas pelo maior número de motocicletas em detrimento de carros no município e região. Atividade laboral de mototaxistas, profissão comum no interior do nordeste brasileiro para transporte de passageiros em motocicletas, devido à falta de outras oportunidades profissionais. A maior imprudência no trânsito atribuída à população jovem e a pouca utilização de equipamentos de proteção, o que evidencia uma deficiência na fiscalização de trânsito.<sup>22,23</sup>

A inadequada fiscalização no trânsito se deve à falta de uma rigorosa inspeção no veículo, a deficiência no domínio do tráfego e aos recursos humanos insuficientes para prestarem tais serviços de inspeção, mesmo que o Código de Trânsito Brasileiro (Lei nº 9.503/97) tenha medidas preventivas ligadas a ações de defesa e proteção à vida.<sup>24</sup>

De todos os atendimentos relacionados às causas externas, observou-se que a maioria era procedente do município de Petrolina, sendo que grande parte dessa população, após o atendimento na sala de emergência, foi transferida para setores do próprio hospital. Como é sabido, a sala vermelha é destinada para estabilizar os pacientes graves. Após realizar tal procedimento, o mesmo deve ser direcionado de acordo com seu diagnóstico ao respectivo setor correspondente, dando continuidade ao tratamento.

## **CONCLUSÃO**

O estudo permitiu conhecer o perfil dos pacientes atendidos na emergência, assim como seus agravos. O número elevado de pacientes do sexo masculino e jovens, que sofreram alguma injúria de causas externas, principalmente acidente de motocicleta, torna o trabalho relevante, pois se trata de uma população economicamente ativa, que gera altas despesas para o SUS por necessitar de um período prolongado de internamento ou cirurgias, que, conseqüentemente, sobrecarregam a Previdência Social devido às incapacidades físicas procedentes dos acidentes motociclísticos. Dessa maneira, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para subsidiar implantações de protocolos com a finalidade de direcionar o atendimento e, também, servir como ferramenta de planejamento de ações em saúde para possíveis elaborações e/ou reformulações de políticas públicas municipais/regionais.

## **REFERÊNCIAS**

1. Kopsel ME, Vicensi MC. Perfil epidemiológico e demográfico dos usuários do serviço de emergência do Hospital Universitário Santa Terezinha atendidos pelo convênio SUS. *Unoesc & Ciência – ACBS*. 2012;3(2):131-42.

2. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação em emergência hospitalar. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(7):1439-54.
3. Carret MLV, Fassa AG, Paniz VMV, Soares PC. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl.1):1069-79.
4. Antunes DO, Guimarães JP. A Importância do Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*. 2013;2(2):26-44.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048 de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*; 2002, Seção 1:42.
6. Azevedo ALCS, Pereira AP, Lemos C, Coelho MF, Chaves LDP. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. *Rev Eletr Enf*. 2010;12(4):736-45.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004.
8. Becker E, Furlanetto K. Perfil dos Pacientes Usuários de um Serviço de Urgência e Emergência [monografia]. Novo Hamburgo (RS): Universidade Feevale; 2009.
9. Magnago TSBS, Rosa TP, Tavares JP, Lima SBS, Schimidt MD, Silva RM. Perfil dos Pacientes Atendidos a Sala de Emergência do Pronto Socorro de um Hospital Universitário. *Rev Enferm UFSM*. 2011;1(1):51-60.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*; 2013, Seção 1:59.
12. Andrade SSSA, Sá NNB, Carvalho MGO, Lima CM, Silva MMA, Moraes Neto OL, et al. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21(1):21-30.
13. Gonsaga RAT, Brugugnolli ID, Zanutto TA, Gilioli JP, Silva LFC, Fraga GP. Características dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil, 2006 a 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(2):317-24.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
15. Olivati FN, Brandão GAM, Vazquez FL, Paranhos LR, Pereira AC. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. RFO UPF. 2010;15(3):245-50.
16. Brito MVH, Ribeiro BC, Souza ICB. Perfil da Demanda do Serviço de Urgência e Emergência do Hospital Pronto Socorro Municipal Mario Pinotti. Rev Para Med. 2013;27(1):1-6.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
18. Lignani LO, Villela LCM. Estudo descritivo sobre a morbidade hospitalar por causas externas em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008 - 2010. Epidemiol Serv Saúde. 2013;22(2):225-34.
19. Brasil. DATASUS. Indicadores e Dados Básicos-Brasil 2010 [Internet]. Brasília: 2010. Extraído de [<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2010/matriz.htm>], acesso em [12 de dezembro de 2013].
20. Furukawa TS, Mathias TAF, Marcon SS. Mortalidade por doenças cerebrovasculares por residência e local de ocorrência do óbito: Paraná, Brasil, 2007. Cad Saúde Pública. 2011;27(2):327-34.
21. Avanzi MP, Silva CRG. Diagnósticos mais freqüentes em serviço de emergência para adulto de um hospital universitário. Rev Ciê Méd. 2005;14(2):175-85.
22. Nery AA, Alves MS, Rios MA, Assunção PN, Matos Filho AS. Perfil Epidemiológico da Morbimortalidade por Causas Externas em um Hospital Geral. Rev Enferm UFPE. 2013;7(2):562-71.
23. Brasil. Departamento Estadual de Trânsito (DETRAN). Frota de veículos, segundo o tipo e município - Pernambuco - Novembro/2013. Extraído de [[http://www.detran.pe.gov.br/images/stories/estatisticas/HP/1.3\\_frota\\_tipo\\_pe.pdf](http://www.detran.pe.gov.br/images/stories/estatisticas/HP/1.3_frota_tipo_pe.pdf)], acesso em [13 de dezembro de 2013].
24. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui Código de Trânsito Brasileiro. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1999, Seção 1:1.

Recebido: 07.02.2015. Aprovado: 03.06.2015.