

PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES ADMITIDOS NO PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Jessica Souza Carneiro¹ , Jeanny Franciela Kos Moleta²

Resumo: Este estudo teve como finalidade caracterizar o perfil clínico e funcional dos pacientes atendidos no Pronto Atendimento de um hospital universitário, buscando compreender a complexidade assistencial desse setor. Trata-se de uma pesquisa transversal baseada na análise de prontuários, contemplando informações sociodemográficas, comorbidades, motivos de admissão, necessidade de suporte ventilatório, nível de consciência, capacidade funcional, exames laboratoriais e desfechos. A população avaliada foi composta majoritariamente por indivíduos adultos e idosos, com predominância do sexo masculino e prevalência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares. Houve alta ocorrência de politrauma e acidente vascular cerebral. Os resultados evidenciam que o Pronto Atendimento funciona como porta de entrada para casos complexos, ressaltando a importância da atuação integrada e precoce da equipe multiprofissional, especialmente no manejo ventilatório e na reabilitação inicial.

Palavras-chave: Pronto Atendimento; Urgência e Emergência; Perfil Clínico; Fisioterapia Hospitalar; Politrauma.

Abstract: This study aimed to characterize the clinical and functional profile of patients treated in the Emergency Department of a university hospital, seeking to understand the complexity of care provided in this setting. This cross-sectional study was based on the analysis of medical records, including sociodemographic data, comorbidities, reasons for admission, need for ventilatory support, level of consciousness, functional capacity, laboratory tests, and clinical outcomes. The evaluated population consisted predominantly of adults and elderly individuals, with a higher prevalence of males and common comorbidities such as systemic arterial hypertension, diabetes mellitus, and cardiovascular diseases. There was a high occurrence of polytrauma and stroke. The findings demonstrate that the Emergency Department acts as an entry point for complex cases, highlighting the importance of early and integrated multidisciplinary care, particularly in ventilatory management and initial rehabilitation.

Keywords: Emergency Department; Urgent and Emergency Care; Clinical Profile; Hospital Physiotherapy; Polytrauma.

¹Residente de Fisioterapia em Urgência e Emergência - Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais

²Professora Ma. Jeanny Franciela Kos Moleta - Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência fazem parte da rede de atenção à saúde, sendo delegado por prestar atendimento imediato a agravos que implicam risco de morte ou que exijam intervenções rápidas para evitar complicações (BRASIL,2011). Esse serviço é oferecido 24 horas por dia, objetivando estabilizar o paciente e conduzi-lo para o nível de cuidado adequado, seja ele na Unidade de Terapia Intensiva, enfermaria ou outro cuidado.

O fisioterapeuta tem papel fundamental dentro dos serviços de urgência e emergência nas unidades de pronto atendimento (PA), principalmente no manejo de pacientes em situações críticas que demandam suporte ventilatório ou reabilitação funcional precoce. Sua atuação vai desde a avaliação da função respiratória e motora até a aplicação de técnicas que auxiliam na melhora da ventilação, oxigenação e mobilidade, contribuindo para a estabilização clínica e redução de complicações. Além disso, o fisioterapeuta participa ativamente do trabalho multiprofissional, apoiando a tomada de decisões rápidas e colaborando para otimizar fluxos assistenciais, reduzir o tempo de internação e qualificar o atendimento prestado.

O estudo sobre o perfil dos pacientes admitidos na unidade de PA é de grande importância para a qualificação do atendimento. Conhecer quem são esses pacientes, suas principais doenças e demais características permite que os profissionais estejam mais preparados e capacitados para oferecer uma assistência eficiente e direcionada. Além disso, o conhecimento desses dados epidemiológicos torna-se fundamental para embasar tomadas de decisão, planejar ações, otimizar recursos e aprimorar a qualidade dos serviços prestados.

Na região dos Campos Gerais, no estado do Paraná, essa análise ganha ainda mais relevância, considerando as especificidades demográficas, sociais e epidemiológicas da população local. Identificar os principais motivos de procura, diagnósticos prevalentes e características dos pacientes permite à gestão hospitalar e às autoridades de saúde desenvolver estratégias mais assertivas de cuidado, prevenção e capacitação profissional.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo traçar o perfil clínico dos pacientes admitidos no PA de um hospital da região dos Campos Gerais, contribuindo para o aprimoramento dos serviços prestados e para a elaboração de políticas de saúde mais eficazes e direcionadas às reais demandas da população.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, de natureza observacional, realizado no setor de PA do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HU-UEPG). A amostra foi composta por dados clínicos coletados por conveniência, no período de novembro de 2024 a abril de 2025. A pesquisa foi iniciada após aprovação do (Comitê de Ética em Pesquisa), com a devida solicitação e autorização de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram analisadas variáveis sociodemográficas, antropométricas, clínicas, fisiológicas e laboratoriais dos pacientes admitidos no pronto atendimento. As variáveis sociodemográficas e antropométricas incluíram sexo, idade, profissão, escolaridade e região de origem, agrupada por regional de saúde. As variáveis clínicas englobaram motivo da internação definido conforme descrição médica, local de admissão, necessidade e motivo da intubação orotraqueal, tipo de suporte ventilatório, intercorrências durante a internação, comorbidades prévias, peso, a gravidade clínica foi classificada de acordo com os critérios institucionais de alocação, sendo a sala vermelha destinada a pacientes críticos, com necessidade de suporte avançado e monitorização contínua; a sala amarela, a pacientes em condição grave, porém clinicamente estáveis; e a sala laranja, a pacientes potencialmente graves, que requerem avaliação rápida e vigilância clínica, presença e tipo de isolamento, além do uso de bloqueador neuromuscular (BNM), analgesia e sedação.

Foram avaliados parâmetros fisiológicos na admissão, incluindo pressão arterial sistólica e diastólica, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigênio, Escala de Coma de Glasgow (GCS) e score Sequential Organ Failure Assessment (SOFA). A mobilidade funcional foi mensurada no segundo atendimento utilizando a escala Johns Hopkins (JH), instrumento validado internacionalmente e amplamente utilizado em ambiente hospitalar para mensurar o nível de mobilidade de pacientes. A escala avalia a capacidade funcional do paciente por meio da observação de parâmetros como deambulação, sedestação, ortostatismo e transferências, permitindo identificar se o indivíduo apresenta mobilidade independente, assistida ou restrita ao leito. De acordo com o Johns Hopkins Hospital (2005), pontuações mais elevadas na escala indicam maior independência funcional e menor risco de quedas, sendo um instrumento útil para direcionar condutas fisioterapêuticas e estratégias de segurança no cuidado hospitalar.

No primeiro dia de internação, foram coletados exames laboratoriais, incluindo hemoglobina, plaquetas, creatinofosfoquinase (CPK), proteína C-reativa (PCR), ureia, creatinina e potássio.

3 RESULTADOS

Foram analisados 785 pacientes admitidos no PA, alocados nas salas vermelha, amarela e laranja, conforme critérios institucionais de locação. Dentre eles, 491 (62,5%) foram direcionados para a sala vermelha, 286 (36,5%) para a sala amarela e 8 (1,0%) para a sala laranja.

A Tabela 1 apresenta a caracterização demográfica, antropométrica, socioeducacional e regional dos pacientes incluídos no estudo. Observou-se predominância do sexo masculino, com média de idade de 56,2 anos, variando entre 13 e 98 anos. O peso corporal médio foi de aproximadamente 80 kg, com ampla variação entre os indivíduos. Em relação à situação profissional, a maior parte dos pacientes era composta por aposentados, seguidos por trabalhadores ativos e autônomos. Quanto à escolaridade, houve predomínio de indivíduos com ensino fundamental incompleto, sendo observado percentual expressivo de registros não informados. No que se refere à procedência, a maioria dos pacientes era oriunda da Regional de Saúde 3, seguida pelas regionais 21 e 4, refletindo as regionais de referência para encaminhamento.

Tabela – 1 Caracterização demográfica, antropométrica, socioeducacional e regional dos pacientes.

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	495	63,2
	Feminino	290	36,8
Peso (kg)	Média ± DP	—	—
	79,96 ± 20,83	—	—
Profissão	Aposentado	270	34,4
	Trabalhador ativo	203	25,9
	Autônomo	61	7,8
	Desempregado	48	6,1
	Beneficiário	42	5,4
	Estudante	11	1,4
	Não informado	150	19,1
Escolaridade	Analfabeto	20	2,6
	Ensino fundamental completo	37	4,7

	Ensino fundamental incompleto	180	22,9
	Ensino médio completo	71	9,0
	Ensino médio incompleto	30	3,8
	Ensino superior completo	14	1,8
	Ensino superior incompleto	5	0,6
	Não informado	428	54,5
Regional de Saúde	Regional 3	562	71,6
	Regional 21	78	9,9
	Regional 4	70	8,9
	Regional 2	9	1,2
	Regional 5	4	0,5
	Regional 7	2	0,3
	Regional 15	1	0,1
	Regional 16	2	0,3
	Regional 19	2	0,3
	Outros estados	5	0,6
	Não informado	50	6,4

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

N = número de indivíduos; % = porcentagem do total; DP = desvio padrão.

A tabela 2 apresenta a caracterização clínica dos 785 pacientes admitidos no PA, incluindo motivos de internamento definidos conforme descrição médica, escore SOFA, tempo de permanência no PA e comorbidades. Em relação às comorbidades, os números ultrapassam o total de pacientes, uma vez que alguns indivíduos apresentavam mais de uma condição clínica associada.

Tabela 2 - Caracterização clínica dos pacientes admitidos no pronto atendimento.

Variáveis	N	%	Média ± DP
Motivo do Internamento			

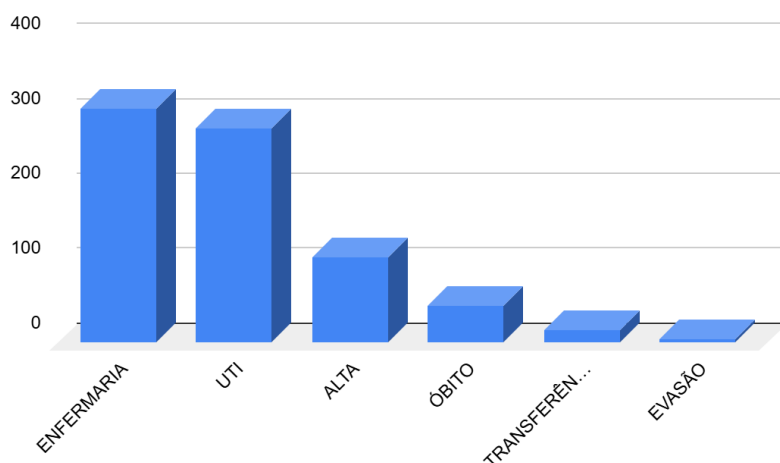
Politrauma	124	15,80	—
AVC isquêmico/Suspeita de AVC isquêmico	115	14,65	—
Hemorragia digestiva alta	101	12,87	—
Traumatismo cranioencefálico	55	7,01	—
Queda	50	6,37	—
AVC hemorrágico/Suspeita de AVC hemorrágico	31	3,95	—
Rebaixamento do nível de consciência	24	3,06	—
Ferimento por arma de fogo	21	2,68	—
Hemorragia digestiva baixa	20	2,55	—
Crise convulsiva	20	2,55	—
Sepse	17	2,17	—
Abdômen agudo obstrutivo	16	2,04	—
Queimado	12	1,53	—
Fratura de fêmur	11	1,40	—
Agressão	9	1,15	—
Tentativa de autoextermínio	8	1,02	—
Ferimento por arma branca	8	1,02	—
DPOC exacerbado	5	0,64	—
Queda do estado geral	5	0,64	—
Suspeita de TEP	5	0,64	—
Dor abdominal A/E	5	0,64	—
Outros	123	15,67	—
Escore SOFA	—	—	3,4 ± 3,32
Tempo de internamento no PA (dias)	—	—	3,0 ± 1,69
Comorbidades			
Hipertensão arterial sistêmica	263	23,97	—
Diabetes mellitus	124	11,30	—
AVC prévio	46	4,19	—
Hipotireoidismo	26	2,37	—
Outros	259	23,61	—
Nega comorbidades	326	29,72	—

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

N = número de indivíduos; % = porcentagem do total; DP = desvio padrão; AVC = acidente vascular cerebral; DPOC = doença pulmonar obstrutiva crônica; TEP = tromboembolismo pulmonar; A/E = a esclarecer (sigla utilizada pelo hospital).

Dos pacientes admitidos e avaliados no PA, 39,9% (n=313) foram encaminhados para enfermarias e 36,5% (n=286) necessitaram de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Além disso, 14,6% (n=115) receberam alta hospitalar diretamente do setor, 2,2% (n=17) foram transferidos para outros hospitais e 0,5% (n=4) evadiram-se da unidade. O percentual de óbitos foi de 6,4% (n=50). Esses dados estão detalhados no gráfico 1.

Gráfico – 1: Desfechos dos pacientes atendidos no Pronto Atendimento.



Fonte: Dados da pesquisa (2025).

A distribuição dos pacientes quanto à necessidade de tubo orotraqueal (ventilação mecânica invasiva), suporte ventilatório e intercorrências durante a internação, possibilitando a análise das intervenções respiratórias e eventos adversos observados no período do estudo são descritas na tabela 4.

Tabela - 4 Distribuição dos pacientes quanto à necessidade de tubo orotraqueal, suporte ventilatório e intercorrências.

Variável	Categoria	N	%
----------	-----------	---	---

Tubo Orotraqueal	Não necessitou	585	74,52
	Origem	122	15,54
	Pronto atendimento	69	8,79
	Centro cirúrgico	9	1,15
Suporte ventilatório	Não necessitou	516	65,73
	Ventilação mecânica invasiva	200	25,48
	Cateter nasal de O ₂	63	8,03
	Máscara de O ₂ com reservatório	6	0,76
Intercorrências durante internação ventilatórias	Intubação orotraqueal	69	8,79
	Troca de tubo orotraqueal	9	1,15
	Extubação acidental	1	0,13
Parada cardiorrespiratória		47	5,99
Sem intercorrências		659	83,95

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

N = número de indivíduos; % = porcentagem do total; O₂ = oxigênio.

A avaliação do nível de consciência dos 785 pacientes na admissão, realizada por meio da GCS, apresentou média de 12,1. A maioria dos pacientes (71,2%) apresentou rebaixamento do nível de consciência leve (13–15), (8,3%) apresentaram moderado (9–12) e (20,4%) grave (3–8). Apenas 0,1% dos casos não possuíam registro da escala. A avaliação da mobilidade avaliada pela escala JH apresentou média de 3, o que indica que, em média, os pacientes encontravam-se no nível funcional de sedestação à beira do leito.

A análise das medidas de isolamento adotadas evidenciou que a grande maioria dos pacientes (90,2%) não necessitou de precauções específicas durante o internamento no PA. Entre aqueles que demandaram medidas adicionais, predominou o isolamento

por contato (8,5%), seguido em menor proporção pelos isolamentos por aerossol (0,6%), protetor (0,4%) e gotícula (0,3%).

Com relação à necessidade de utilização de BNM, a grande maioria não utilizou a medicação, correspondendo a 97,1% da amostra, apenas 1,8% utilizaram e 1,1% não tinham informação registrada. Quanto à analgesia, 29,7% dos pacientes receberam algum tipo de analgesia, 69,3% não receberam e 1,0% não possuía registro. No que diz respeito à sedação, 23,6% dos pacientes foram sedados, 75,4% não receberam sedação e 1,0% não tiveram dados informados.

Acerca dos sinais vitais na admissão, observou-se que a maioria dos pacientes apresentava SpO_2 acima de 95% (70,3%), enquanto 21,2% encontravam-se entre 90–94% e 5,7% apresentavam $SpO_2 < 90\%$. Em relação à FC, 69,8% estavam dentro da faixa de normalidade (60–100 bpm), 21,8% apresentaram taquicardia e 5,1% bradicardia. Quanto à pressão arterial média (PAM), 55,4% encontravam-se normotensos (65–100 mmHg), 35,3% apresentaram hipertensão (>100 mmHg) e 6,2% hipotensão (<65 mmHg). As informações não registradas variaram entre 2,8% e 3,3%, conforme o parâmetro analisado.

Os valores laboratoriais médios da população estudada estão apresentados na Tabela 6. Observou-se ampla variação entre os parâmetros avaliados, com destaque para elevação significativa nos níveis de CPK, em parte dos pacientes. A PCR apresentou valores médios compatíveis com resposta inflamatória sistêmica. As plaquetas e a hemoglobina mantiveram-se, em média, dentro dos limites de normalidade, embora com ampla dispersão dos dados. Os níveis de uréia e creatinina demonstraram tendência à elevação, indicando possível comprometimento renal em parte da amostra. Já o potássio sérico manteve-se, em média, dentro da faixa fisiológica esperada.

Tabela - 6 Valores laboratoriais médios da população.

Exames	Média	$\pm DP$
CPK	1.323	7.512
PCR	1,54	8,5
Plaquetas	224.881	156.552
Hemoglobina	12,17	2,90
Uréia	53,4	6,36
Creatinina	2,32	0,21

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Siglas: DP = Desvio Padrão; CPK = Creatinofosfoquinase; PCR = Proteína C-reativa.

4 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo mostraram que a maioria dos pacientes admitidos no pronto atendimento eram do sexo masculino. Esse achado é consistente com estudos brasileiros sobre serviços de urgência. Costa Dias et al. (2016) observaram que 63,2% dos atendimentos do SAMU no Rio Grande do Norte ocorreram em pacientes do sexo masculino. Da mesma forma Siqueira et al. (2024), registraram que 73,03% das internações por politrauma na região Nordeste corresponderam a indivíduos do sexo masculino. De forma semelhante, análises de traumatismo cranioencefálico e fraturas cranianas também mostraram predominância masculina, com mais de 70% dos internados (COSTA et al., 2022; FONTES et al., 2023). As publicações têm origem em grupos de pesquisa vinculados a instituições de diferentes cidades brasileiras, sobretudo São Paulo (SP) e Vitória (ES), o que demonstra caráter multicêntrico das investigações.

A idade média dos pacientes atendidos foi de 56,2 anos. Esse valor é superior ao encontrado em alguns estudos nacionais. Magalhães et al. (2024), ao analisarem o perfil de adultos atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento em Curitiba, observaram média de idade de 39 anos entre os usuários classificados como não urgentes. Por outro lado, Araújo e Ostrowski (2024), em estudo realizado na Sala Vermelha de uma UPA em Rondônia, identificaram predominância de atendimentos em indivíduos idosos; entretanto, os contextos assistenciais são distintos, o que limita a comparação direta com os achados do presente estudo. Dessa forma, a média etária observada pode refletir o perfil de pacientes atendidos no hospital, caracterizado por ser referência em AVC isquêmico, e também em politraumatizados.

Quanto à profissão dos pacientes admitidos no PA, a maioria era aposentados (270; 34,4%), seguida por trabalhadores ativos (203; 25,9%) e autônomos (61; 7,8%). A predominância de aposentados reflete a significativa demanda de idosos por serviços de urgência hospitalar, possivelmente relacionada à maior prevalência de doenças crônicas e à necessidade de atendimento em situações agudas. Estudos brasileiros mostram que adultos em idade avançada e idosos constituem uma parcela importante dos atendimentos em serviços de emergência. Leite et al. (2023) observaram que idosos representam uma parte significativa dos atendimentos no SAMU, e Antunes et al. (2025) destacaram a relevância de adultos em idade avançada nos atendimentos em UPA 24h. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias preventivas e de

organização dos serviços de urgência hospitalar voltadas para pacientes em idade avançada, incluindo aposentados.

No que se refere à escolaridade dos pacientes admitidos no PA observou-se que a maioria não informou o nível educacional (428; 54,5%). Entre os que forneceram essa informação, a maior parte possuía ensino fundamental incompleto (180; 22,9%). Esses achados sugerem que a população atendida apresenta, em grande parte, baixa escolaridade, o que pode influenciar o acesso a informações de saúde, adesão a tratamentos e a procura por serviços de emergência apenas em situações agudas. Estudos nacionais e internacionais corroboram essa relação. Pacientes com menor escolaridade ou literacia em saúde reduzida apresentam maior risco de hospitalizações evitáveis, maior frequência de retornos ao pronto-atendimento e maior dificuldade em compreender orientações de saúde. Em nível internacional, Baker et al. (1998) demonstraram que indivíduos com literacia funcional inadequada apresentaram risco significativamente maior de hospitalização. Além disso, Buja et al. (2020) mostraram que pacientes com literacia reduzida tinham maior risco de retornar ao pronto atendimento após a alta hospitalar, indicando impacto direto na utilização dos serviços de saúde. No contexto brasileiro, Figueiredo et al. (2021) demonstraram que pacientes com menor escolaridade apresentam dificuldade em compreender instruções médicas e em realizar autocuidado, o que aumenta a vulnerabilidade e a probabilidade de hospitalizações ou retornos ao pronto-atendimento. Esses resultados reforçam a importância de estratégias de educação em saúde, comunicação adequada e atenção individualizada, principalmente para pacientes com menor nível educacional.

No presente estudo, o politrauma destacou-se como um dos principais motivos de internamento hospitalar, sendo o hospital referência no SUS para esse perfil de atendimento, causando grande impacto no serviço de urgência e emergência. O politrauma é definido como a presença de múltiplas lesões simultâneas, em diferentes segmentos corporais, sendo pelo menos uma delas potencialmente fatal, o que exige atendimento imediato e de alta complexidade. De acordo com Costa et al. (2017), o politrauma representa uma das principais causas de internação e mortalidade em hospitais de referência, especialmente em centros urbanos, devido à gravidade das lesões e à necessidade de cuidados intensivos. Em seu estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, os autores identificaram que parâmetros fisiológicos alterados na admissão — como saturação de oxigênio reduzida, pressão arterial diastólica baixa e níveis elevados de lactato — são preditores independentes de mortalidade em pacientes politraumatizados. Além disso, Zuanazzi et al. (2024) evidenciam que o manejo hospitalar do politrauma demanda uma abordagem multiprofissional e integrada, envolvendo equipes médicas, de enfermagem, fisioterapia e demais profissionais da saúde, a fim de garantir a estabilização clínica e a recuperação funcional. A pesquisa destaca que a articulação

entre as equipes e o seguimento de protocolos de atendimento são essenciais para reduzir complicações e o tempo de internação. Assim, os resultados do presente estudo corroboram os achados da literatura ao apontar o politrauma como um dos principais motivos de internamento hospitalar. Esses dados reforçam a importância de estratégias voltadas à prevenção de traumas e ao fortalecimento das equipes especializadas no atendimento a esses pacientes.

Com relação ao tempo médio de permanência no PA, foi encontrado à média de 3 dias, embora não tenha sido encontrado na literatura brasileira estudos específicos que remetem exatamente a média de dias de permanência no PA, é sabido que a permanência tende a variar conforme a gravidade clínica, necessidade de exames, complexidade do caso e disponibilidade de leitos de internação. Observa-se que os principais motivos de admissão identificados — politrauma e AVC — são condições de alta complexidade clínica, que frequentemente demandam monitorização intensiva, avaliação multiprofissional e procedimentos complementares. Esses fatores justificam, de maneira plausível, a média de 3 dias observada no presente estudo. Além disso, a presença de diagnósticos graves reforça a importância de integração multiprofissional e planejamento da gestão de fluxo de pacientes, de modo a otimizar a atenção, reduzir complicações e possibilitar encaminhamento seguro para alta ou internação definitiva.

Analisando as comorbidades, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a comorbidade mais prevalente, seguida pelo diabetes mellitus (DM). Esses achados estão alinhados com a literatura brasileira, que aponta alta prevalência dessas doenças crônicas na população adulta. Gomes et al. (2021) estimaram prevalência de HAS de aproximadamente 26 % e de DM de 6,1 % na população de Belo Horizonte, com valores ainda mais elevados em regiões de maior vulnerabilidade social. Estudo multicêntrico com pacientes portadores de diabetes tipo 1 mostrou prevalência de hipertensão em torno de 19,2 %, evidenciando a sobreposição dessas comorbidades (Gomes et al., 2013). Além disso, análises nacionais indicam que o diabetes é um dos principais fatores de risco para hospitalizações e desfechos adversos, reforçando sua relevância na gestão hospitalar (de Souza et al., 2021). A presença significativa de HAS e DM na amostra evidencia que uma parcela relevante dos pacientes internados apresenta perfil de risco elevado, o que demanda atenção multiprofissional e monitoramento rigoroso. Pacientes com essas condições crônicas estão mais predispostos a complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, o que pode influenciar a gravidade do quadro, a necessidade de exames complementares e o tempo de permanência no PA. Assim, os achados reforçam a importância de integrar o manejo de comorbidades crônicas ao cuidado inicial, contribuindo para a otimização da atenção, prevenção de complicações e melhoria nos desfechos clínicos.

A análise do destino dos pacientes admitidos no PA, revelou que 39,9% foram encaminhados para enfermarias e 36,5% necessitaram de internação em UTI. Esses dados indicam que uma parcela significativa da população atendida apresentava quadro clínico grave ou instável, demandando monitoramento intensivo e cuidados especializados. O encaminhamento para enfermarias demonstra que muitos pacientes apresentavam condições que necessitavam de internação, porém sem risco imediato de vida, permitindo observação clínica e continuidade do tratamento. Por outro lado, a proporção elevada de pacientes encaminhados para UTI evidencia a presença de casos graves, frequentemente associados à instabilidade hemodinâmica, trauma severo ou risco de complicações agudas, justificando a necessidade de monitoramento contínuo, suporte multiprofissional e protocolos de urgência rigorosos (LENTSCK et al., 2019; Ribeiro et al., 2020). Estudos brasileiros indicam que atrasos na transferência do pronto-socorro para a UTI podem impactar negativamente o desfecho dos pacientes, aumentando a mortalidade e prolongando o tempo de internação (Ribeiro et al., 2020). Além disso, análises nacionais sobre internações por trauma mostram que grande parte dos pacientes atendidos em PA necessitam de internação em UTI, confirmando que a demanda por leitos críticos é elevada em hospitais de referência (Santos, 2016). Esses achados destacam a necessidade de planejamento de leitos, considerando a alta demanda por internações em UTI e enfermaria nos pronto atendimentos de referência.

As intercorrências registradas durante a internação incluíram episódios de parada cardiorrespiratória 1,15% e necessidade de intubação orotraqueal 8,79%. A incidência de PCR encontrada no presente estudo situa-se dentro das variações descritas em serviços de urgência e emergência brasileiros, nos quais taxas próximas a 1% são relatadas para eventos de PCR intra-hospitalar, especialmente em pacientes com quadros clínicos graves (VIANA et al., 2021). Do mesmo modo, a intubação orotraqueal como intercorrência representa procedimento frequente em cenários de PA, e os valores observados são comparáveis aos descritos na literatura nacional, que aponta prevalência entre aproximadamente 5% e 12% dos pacientes atendidos em portas de urgência com necessidade de via aérea avançada (MAIA et al., 2025). Assim, as intercorrências identificadas neste estudo, PCR e IOT, demonstram coerência com o perfil esperado em serviços de alta complexidade, reforçando a necessidade de vigilância contínua e equipes treinadas para intervenção rápida em deteriorações clínicas agudas.

Quanto ao uso de BNM, 97,1% dos pacientes não receberam. Importante ressaltar que o BNM foi administrado durante a ventilação mecânica, e não na intubação em si. Estudos indicam que o BNM melhora a sincronização paciente-ventilador e pode reduzir complicações respiratórias, mas seu uso deve ser criterioso (WILCOX et al., 2012). A baixa proporção de pacientes que receberam BNM sugere que a maioria não

necessitou de paralisia muscular controlada durante a ventilação. Em relação à analgesia, 29,7% dos pacientes receberam algum tipo de medicação. Esses achados são consistentes com a literatura, que aponta subutilização da analgesia em PA devido a protocolos clínicos, prioridades ou recusa do paciente (JONES et al., 2019). Quanto à sedação, 23,6% dos pacientes receberam o medicamento. No presente estudo, avaliou-se apenas a presença ou ausência de sedação, sem mensuração da profundidade ou da adequação do nível sedativo. Observou-se que praticamente todos os pacientes em ventilação mecânica invasiva foram sedados, conduta compatível com o manejo inicial recomendado para facilitar a adaptação ao ventilador e reduzir desconforto. Estudos multicêntricos, como o ED-SED Study, realizado por Fuller et al. (2019), demonstram que a sedação administrada precocemente no PA pode influenciar desfechos clínicos importantes (FULLER et al., 2019), destacando a necessidade de monitoramento sistemático e de protocolos estruturados. Além disso, Mercado et al. (2017) reforçam que a profundidade da sedação é um determinante relevante para a evolução clínica (MERCADO et al., 2017). Dessa forma, os achados indicam a importância de incorporar instrumentos formais de avaliação da sedação em pesquisas futuras, possibilitando análises mais precisas sobre a qualidade assistencial e a segurança do paciente. Em síntese, os achados demonstram prática farmacológica compatível com a gravidade clínica, caracterizada por uso restrito de bloqueadores neuromusculares e possível subutilização de analgesia. A sedação apresentou seu uso aliado a paciente sob ventilação mecânica, conforme esperado.

Na amostra, a maioria dos pacientes apresentava $SpO_2 > 95\%$ (70,3%). Quanto à FC, 69,8% encontravam-se dentro da faixa normal. A PAM estava normotensa em 55,4% dos casos. Esses achados sugerem que a maior parte dos pacientes apresentava estabilidade inicial, mas subgrupos com $SpO_2 < 90\%$, taquicardia, bradicardia ou PAM fora da faixa normal representam risco clínico aumentado, necessitando monitoramento e intervenção precoce. Estudos demonstram que alterações nos sinais vitais na admissão estão associadas a piores desfechos, incluindo necessidade de internação em UTI, procedimentos de salvamento ou mortalidade (HU et al., 2017; MCQUILLAN et al., 2012; SINGH et al., 2024; LEE et al., 2018). Segundo Hu et al. (2017), a $SpO_2 < 92\%$ esteve associada a um aumento significativo do risco de readmissão em até 7 dias após a alta. MCQUILLAN et al. (2012) mostraram que FC, pressão arterial e SpO_2 estavam associadas à mortalidade hospitalar e parada cardíaca em 72 h. Singh et al. (2024) e Lee et al. (2018) confirmam que taquicardia, hipotensão ou hipoxemia na admissão preveem necessidade de intervenção intensiva e pior prognóstico. Em síntese, embora a maioria estivesse estável, uma parcela apresentava sinais vitais alterados, reforçando a importância de protocolos claros de triagem, estratificação de risco e monitoramento contínuo no PA.

Na população estudada, observou-se ampla variação nos valores laboratoriais médios. A CPK apresentou média de 1.323 U/L ($\pm$ DP 7.512), sugerindo que parte dos pacientes apresentou lesão muscular ou rabdomiólise, condição bem documentada em pacientes graves ou traumatizados (HUERTA-ALARDÍN et al., 2004; ASSANANGKORNCHAI et al., 2017). A PCR apresentou média de 1,54 mg/dL ($\pm$ 8,5), achado que, em parte dos casos, esteve relacionado à presença de resposta inflamatória sistêmica. Conforme referido por Jiang et al. (2023), elevadas trajetórias de PCR têm sido associadas a pior prognóstico em pacientes críticos. As plaquetas e a hemoglobina mantiveram-se, em média, dentro dos limiares de normalidade, embora com dispersão, o que sugere que alguns pacientes estavam com trombocitopenia ou anemia — alterações que também têm sido associadas a pior evolução clínica (YANAGAWA et al., 2024). Os níveis de uréia e creatinina mostraram tendência à elevação, o que sugere comprometimento renal em parte da amostra, fenômeno já observado em pacientes críticos/traumatizados (LUO et al., 2022). Em contrapartida, o potássio sérico manteve-se dentro da faixa fisiológica esperada, indicando equilíbrio eletrolítico aceitável na maioria dos casos. Em síntese, os achados laboratoriais demonstram heterogeneidade clínica: enquanto pacientes apresentavam exames relativamente próximos da normalidade, uma parcela mostrava sinais de lesão muscular, inflamação ou possível disfunção renal, o que reforça a importância de monitoramento contínuo e abordagem individualizada (HUERTA-ALARDÍN et al., 2004; ASSANANGKORNCHAI et al., 2017; YANAGAWA et al., 2024; JIANG et al., 2023; LUO et al., 2022).

5 CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que a população atendida no PA é predominantemente masculina e apresenta comorbidades frequentes, especialmente hipertensão arterial e diabetes mellitus. Politrauma e AVC foram os principais motivos de internação, o que reflete o papel institucional como referência para esses casos no SUS, resultando em uma demanda composta por pacientes complexos que exigem atenção multiprofissional, monitoramento contínuo e protocolos clínicos rigorosos.

Embora a maioria dos pacientes apresentasse sinais vitais e exames laboratoriais dentro da normalidade, uma parcela mostrou alterações de risco clínico, incluindo elevação de CPK, PCR, uréia e creatinina, reforçando a necessidade de avaliação individualizada e estratificação de risco.

Os achados do estudo indicam a importância de fortalecer protocolos de triagem, monitoramento multiprofissional e gestão eficiente de leitos, contribuindo para otimizar o atendimento, reduzir complicações e melhorar os desfechos clínicos. Dessa forma, os resultados fornecem subsídios relevantes para o planejamento de estratégias

assistenciais para esse perfil de pacientes e para o aprimoramento do cuidado no pronto atendimento.

6 REFERÊNCIAS

- 1 - BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 8 jul. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 1 jun. 2025.
- 2 - JOHNS HOPKINS HOSPITAL. *Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT) – Clinical Practice Guidelines*. Baltimore: Johns Hopkins Medicine, 2005. Disponível em: <https://www.hopkinsmedicine.org>. Acesso em: 26 out. 2025.
- 3 - DIAS, J. M. da C.; LIMA, M. S. M.; DANTAS, R. A. N.; et al. Perfil de atendimento do serviço pré-hospitalar móvel de urgência estadual. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. 1, p. 01–09, 2016.
- 4 - Siqueira, M. R. S.; Diniz, R. F.; Araujo, M. J. P.; Sousa dos Santos, K. L.; Gomes, N. da S.; Almeida, J. dos S. “Ocorrência das internações em caráter de urgência por politraumatismo no Nordeste do Brasil”. *Revista Saúde Nordeste*, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/rehu/article/view/6585>
- 5 - COSTA, D. G. A.; SILVA, V. C. T.; BRITO, C. A.; ZAIA, B.; SERAFINI, L.; MOTA, R. M.; FONSECA, V. C. R.; MENEZES, E. X. S. B.; HORA, K. S. S.; REZENDE, J. M. M.; FERNANDES, M. V. S.; NASCIMENTO, A. T. Análise epidemiológica de traumatismo intracraniano nas macrorregiões brasileiras. *Brazilian Journal of Integrated Health Studies*, 2022.
- 6 - FONTES, G. N.; SILVA, G. M. A.; AZEVEDO, G. O.; PACHECO, G. R.; AMARAL, L. R. A.; ARAÚJO, N. H. F.; ROCHA, C. K.; REZENDE, K. S.; VIANA, A. C. N.; FERREIRA, T. A. Retrato de seis anos da morbidade hospitalar por fratura de crânio e ossos da face. *Brazilian Journal of Integrated Health Studies*, 2023.
- 7 - MAGALHÃES, D. F.; NUNES, M. G. J.; SILVA, J. C. Perfil dos atendimentos de adultos classificados como não urgentes em unidade de pronto atendimento. *Revista de Enfermagem da UFPI*, v. 13, n. 1, p. 1-10, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/download/5466/4767/24684>.
- 8 - ARAÚJO, H. M.; OSTROWSKI, J. Análise dos casos atendidos na Sala Vermelha de uma Unidade de Pronto Atendimento. *Revista FAEMA*, v. 15, n. 3, p. 45-54, 2024.

Disponível em:
<https://revista.unifaema.edu.br/index.php/Revista-FAEMA/article/download/1400/1227/5161>.

9 - LEITE, L. R.; et al. Perfil de atendimentos realizados por pessoas idosas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). *Revista de Saúde*, 2023. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10401>. Acesso em: 26 out. 2025.

10 - ANTUNES, A. P.; MACHADO, K. F. C.; RODRIGUES, C. Perfil dos atendimentos na Classificação de Risco de uma Unidade de Pronto-Atendimento 24h. *Research, Society and Development*, v. 14, n. 3, e48350, 2025. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/48350>. Acesso em: 26 out. 2025.

11 - Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med*. 1998;13(12):791–798.

12 - BUJA, A.; TOFFANIN, R.; RATTANATZA, M.; et al. Education level and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions: an education approach is required. *European Journal of Public Health*, v. 30, n. 2, p. 207–212, 2020. DOI: 10.1093/eurpub/ckz160.

13 - Figueiredo M, Silva M, Oliveira R. Sociodemographic and clinical characteristics associated with health literacy in hospitalized patients with chronic diseases. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(5):e20201045.

14 - COSTA, L. G. V. et al. Independent early predictors of mortality in polytrauma patients: a prospective, observational, longitudinal study. *Clinics (São Paulo)*, v. 72, n. 8, p. 461-468, 2017. DOI: 10.6061/clinics/2017(08)02.

15 - ZUANAZZI, E. C.; FORTE, E. C. N.; LAZZARI, D. D.; SILVA, M.; BOELL, J. E. W. Multidisciplinary work: care for polytrauma victims. *Revista de Enfermagem UERJ*, 2024. DOI: 10.12957/reuerj.2024.78834.

16- GOMES, M. et al. *Estimates of hypertension and diabetes mellitus prevalence according to Health Vulnerability Index in Belo Horizonte, MG, Brazil*. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 24(supl 1): e210015, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2021.v24suppl1/e210015/en/>.

17- GOMES, M. B. et al. Prevalence, awareness, and treatment of hypertension in patients with type 1 diabetes: a nationwide multicenter study in Brazil. *PLoS ONE*, v. 8, n. 8, e69953, 2013. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3603155/>. Acesso em: 27 nov. 2025.

- 18 - DE SOUZA, R. et al. *Diabetes mellitus hospitalization and mortality rate according to a national database in Brazil: a longitudinal study*. BMC Public Health, 21: 1891, 2021. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10438-z>
- 19 - LENTSCK, M. H.; SATO, A. P. S.; MATHIAS, T. A. F. Panorama epidemiológico de dezoito anos de internações por trauma em UTI no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, 83, 2019. DOI: 10.11606/s1518-8787.2019053001178
- 20 - RIBEIRO, A. et al. *Retardo na transferência do pronto-socorro para a UTI: impacto nos desfechos do paciente*. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 32(4): 478-486, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/zcyvFwLds6G65vCJJkPnYtt>
- 21 - SANTOS, F. R. Q. *Avaliação clínico-epidemiológica dos pacientes internados na emergência aguardando UTI*. Tese (Mestrado) — FAMERP, 2016. Disponível em: <http://bdtd.famerp.br/handle/tede/481>
- 22 - VIANA, M. V. et al. Changes in cardiac arrest profiles after the ... *Revista Brasileira de Terapia Intensiva (RBTI)*, 2021.
- 23 - MAIA, I. W. A. et al. Peri-intubation adverse events and clinical outcomes in emergency department patients: the BARCO study. *Critical Care*, v. 29, 2025. DOI:10.1186/s13054-025-05392-w.
- 24 - WILCOX, S. R.; BITTNER, E. A.; ELMER, J.; SEIGEL, T. A.; NGUYEN, N. T.; DHILLON, A.; EIKERMANN, M.; SCHMIDT, U. *Neuromuscular blocking agent administration for emergent tracheal intubation is associated with decreased prevalence of procedure-related complications*. Critical Care Medicine, v. 40, n. 6, p. 1808-1813, June 2012. DOI: 10.1097/CCM.0b013e31824e0e67. Acesso em: 08 nov. 2025.
- 25 - JONES, P.; et al. *Analgesia in the emergency department: why is it not administered?* Emergency Medicine Journal, 2019. Acesso em: 08 nov. 2025.
- 26 - FULLER, B. M. et al. The ED-SED study: a multicenter, prospective cohort study of practice patterns and clinical outcomes associated with emergency department sedation for mechanically ventilated patients. *Critical Care Medicine*, v. 47, n. 11, p. 1539-1548, 2019.
- 27 - MERCADO, M. C. et al. Early sedation depth and clinical outcomes in mechanically ventilated adults: systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, v. 21, n. 1, p. 1-12, 2017.

28 - HU, P. et al. *Emergency Department Vital Signs and Outcomes After Discharge*. Journal of the American Geriatrics Society, v. 65, n. 2, p. 456-463, 2017.

29 - MCQUILLAN, P. et al. *How accurate are vital signs in predicting clinical outcomes in critically ill emergency department patients*. Resuscitation, v. 83, n. 5, p. 563-567, 2012.

30 - SINGH, A. et al. *Predictability of adult patient medical emergency condition from triage vital signs and comorbidities: a single-center, observational study*. BMC Emergency Medicine, v. 24, p. 101, 2024.

31 - LEE, J. et al. *Association of Vital Signs and Process Outcomes in Emergency Department Patients*. Western Journal of Emergency Medicine, v. 19, n. 5, p. 806-814, 2018.

32 - HUERTA-ALARDÍN, A. L.; VARGAS, H. O.; WONG, D.; et al. Bench-to-bedside review: Rhabdomyolysis – Critical Care. *Critical Care*, v. 8, art. 219, 2004.

33 - ASSANANGKORNCHAI, N.; LIU, N.; HEINEMANN, A.; et al. Characteristics of creatine kinase elevation in trauma patients. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, v. 2, e000105, 2017.

34 - JIANG, X.; ZHANG, C.; PAN, Y.; CHENG, X.; et al. Effects of C-reactive protein trajectories of critically ill patients with sepsis on in-hospital mortality rate. *Scientific Reports*, v. 13, art. 15223, 2023.

35 - YANAGAWA, Y.; NAGASAWA, H.; OTA, S.; et al. The Factors Associated With Decreasing Hemoglobin Levels and Platelet Counts After Trauma. *Acute Critical Care Medicine*, 2024. DOI disponível.

36 - LUO, H.; ZHANG, H.; SHEN, Y.; et al. Blood creatinine and urea nitrogen at ICU admission and mortality in patients with intracranial hemorrhage. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, v. 9, art. 967614, 2022.