

**Perfil epidemiológico de pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis em uma  
Unidade de Pronto Atendimento**

**Epidemiological profile of people with Chronic Non-Communicable Diseases cared for  
at an Emergency Care Unit**

**Perfil epidemiológico de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles  
atendidas en una Unidad de Pronta Atención**

Recebido: 30/04/2020 | Revisado: 04/05/2020 | Aceito: 08/05/2020 | Publicado: 16/05/2020

**Daniela Buriol**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2635-5275>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: burioldani@hotmail.com

**Cláudia Zamberlan**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1898-328X>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: claudiaz@ufn.edu.br

**Maria Denise Schimith**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4867-4990>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: ma.denise2011@gmail.com

**Silomar Ilha**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2132-9505>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: silo\_sm@hotmail.com

**Mariana Pellegrini Cesar**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7938-5614>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: marianapcesar@hotmail.com

**Christiani Andrea Marquesini Rambo**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6428-9657>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

## Resumo

**Objetivo:** Delinear o perfil epidemiológico de pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis atendidas em uma Unidade de Pronto Atendimento. **Método:** Pesquisa transversal, quantitativa, documental e retrospectiva. A amostra foram 49 prontuários eletrônicos das pessoas atendidas no período de outubro de 2017 a março de 2018. Os dados foram coletados por meio de análise dos prontuários eletrônicos e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences*. **Resultados:** As pessoas atendidas, em sua maioria, possuíam doenças crônicas cardiovasculares (87,76%), eram do sexo masculino (59,18%) e idosos (67,34%). Os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (74,42%) e o Diabetes Mellitus (37,21%). O desfecho final do atendimento na Unidade de Pronto Atendimento foi a transferência para outros locais (46,51%). **Conclusão:** Evidencia-se a importância de investir em ações de prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. O conhecimento sobre a abrangência dessas doenças tanto no Brasil quanto no mundo faz parte das atribuições necessárias para o combate das mesmas, evitando sobrecarga aos serviços de emergência.

**Palavras-chave:** Doenças crônicas; Emergência; Enfermagem; Epidemiologia.

## Abstract

**Objective:** To outline the epidemiological profile of people with Chronic Non-Communicable Diseases cared for at an Emergency Care Unit. **Method:** Cross-sectional, quantitative, documentary and retrospective research. The sample consisted of 49 electronic medical records of people cared for from October 2017 to March 2018. Data were collected through the analysis of electronic medical records and analyzed using the *Statistical Package for the Social Sciences* program. **Results:** Most of the people cared for had chronic cardiovascular diseases (87.76%), were male (59.18%) and elderly (67.34%). The main risk factors for cardiovascular diseases were Systemic Arterial Hypertension (74.42%) and Diabetes Mellitus (37.21%). The final outcome of care at the Emergency Care Unit was the transfer to other locations (46.51%). **Conclusion:** It highlights the importance of investing in actions to prevent Chronic Non-Communicable Diseases. The knowledge about the breadth of these diseases both in Brazil and in the world is part of the attributions required to fight them, thereby avoiding overloading emergency services.

**Keywords:** Chronic diseases; Emergency; Nursing; Epidemiology.

## Resumen

**Objetivo:** Trazar el perfil epidemiológico de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles atendidas en una Unidad de Pronta Atención. **Método:** Investigación transversal, cuantitativa, documental y retrospectiva. La muestra consistió en 49 registros médicos electrónicos de personas atendidas desde octubre de 2017 hasta marzo de 2018. Los datos se recopilieron mediante el análisis de registros médicos electrónicos y se analizaron en el programa *Statistical Package for the Social Sciences*. **Resultados:** La mayoría de las personas atendidas tenían enfermedades cardiovasculares crónicas (87,76%), eran hombres (59,18%) y ancianos (67,34%). Los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares fueron la Hipertensión Arterial Sistémica (74,42%) y la Diabetes Mellitus (37,21%). El resultado final de la atención en la Unidad de Pronta Atención fue la transferencia a otros lugares (46.51%). **Conclusión:** Se evidencia la importancia de invertir en acciones para la prevención de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. El conocimiento sobre la amplitud de estas enfermedades tanto en Brasil como en el mundo es parte de las atribuciones necesarias para combatirlas, evitando sobrecarga para los servicios de emergencias.

**Palabras clave:** Enfermedades crónicas; Emergencia; Enfermería; Epidemiología.

## 1. Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são morbidades multifatoriais que surgem ao longo da vida e possuem longa duração. Constituem problema de saúde e correspondem às principais causas de mortalidade em muitos países, seja de alta, média ou baixa condição socioeconômica. Foram responsáveis por 38 milhões de mortes no mundo em 2012 e deverão aumentar para cerca de 52 milhões até 2030. Aproximadamente, 42% de todas as mortes ocorreram globalmente antes dos 70 anos de idade; 48% das mortes em países de baixa e média renda e 28% em países de alta renda em indivíduos com idade inferior a 70 anos (World Health Organization [WHO], 2014).

No Brasil, em 2011, as DCNT foram responsáveis por 72,7% do total de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (30,4% dos óbitos), as neoplasias (16,4%), as doenças respiratórias (6,0%) e o Diabetes Mellitus (5,3%) (Malta et al., 2014). Ademais, constituem um agravo na saúde brasileira gerando aproximadamente 75% dos gastos no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011). Além disso, as DCNT são contribuintes para a

redução da qualidade de vida, perda de produtividade, aumento da hospitalização nos serviços de urgência e emergência em decorrência da agudização e dos custos dos cuidados de saúde, bem como à morte prematura (Betancourt et al., 2014).

As quatro principais DCNT elencadas pela literatura são as do aparelho circulatório (cardiovasculares e cerebrovasculares), o Diabetes Mellitus, as neoplasias e as doenças respiratórias crônicas, as quais vêm atreladas a uma série de fatores de risco aos quais as pessoas estão expostas (Brasil, 2011). Dentre os fatores de risco desencadeantes das DCNT, destacam-se a idade, raça, o sexo, tabagismo, as altas taxas de colesterol e glicemia, o sedentarismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, o sal e açúcar em excesso, a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças. Além disso, há determinantes socioeconômicos como a desigualdade social, o desemprego, a baixa escolaridade e a pobreza. Esses fatores podem aumentar o risco de complicações em pessoas que já possuem as DCNT (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2011).

As doenças crônicas são muitas vezes decorrentes de condições crônicas não prevenidas e tratadas. Desse modo, torna-se uma condição incapacitante que requer longo tempo de cuidado, além de contínuas ações de prevenção primária, secundária e serviço de reabilitação (Brasil, 2013a; Mendes, 2012).

Nesse ínterim, um dos serviços de saúde onde ocorre procura por atendimento em função da agudização das DCNT são as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), as quais são consideradas como um setor de urgência e emergência com atendimento 24 horas por dia e porta de entrada para todas as pessoas com risco de morte. Possuem leito de observação de até no máximo 24 horas, porém devido à demanda excessiva e por superlotação nos hospitais os pacientes acabam internando por mais tempo nesse espaço, aguardando melhora clínica ou transferência para o hospital (Brasil, 2017).

Constata-se que há uma grande procura para atendimento em UPA gerando um aumento excessivo de atendimentos (Vieira et al., 2015). Além disso, destaca-se que a presença de DCNT é um dos fatores associados à utilização repetida de serviços de urgência e emergência (Acosta & Lima, 2015). Nesse sentido, este estudo se justifica pela importância de delinear o perfil epidemiológico das DCNT, pois compreender estas e seus determinantes é fundamental para o cuidado em saúde, bem como para o desenvolvimento de intervenções de saúde pública que possam auxiliar na redução das taxas de doenças crônicas e melhorar a saúde e a qualidade de vida da população (Betancourt et al., 2014).

Segundo a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (Brasil, 2015), as DCNT são consideradas prioridades em pesquisa, destacando-se como temáticas relevantes

para a saúde pública brasileira. Ademais, ressalta a importância de estudos epidemiológicos em diferentes faixas etárias que visem identificar os determinantes sociais, os fatores de risco e os grupos populacionais vulneráveis (Brasil, 2015). Também, evidencia-se que a partir de pesquisas sobre as DCNT pode-se construir e selecionar indicadores epidemiológicos para monitoramento e vigilância dos fatores de risco, morbidade e mortalidade (Brasil, 2015). Portanto, é de suma importância a realização de estudos sobre o tema em razão da relevância da problemática no Brasil e no mundo, já que a cada ano mais pessoas vivem com DCNT, o que pode resultar em complicações e mudanças no estilo de vida, contribuindo para modificações significativas na qualidade de vida.

Assim, este estudo tem por objetivo delinear o perfil epidemiológico de pessoas com DCNT atendidas em uma UPA.

## 2. Método

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, documental e retrospectivo, realizado em uma UPA 24 horas do estado do RS. A UPA 24 horas *lócus* deste estudo é uma das portas de entrada dos serviços de urgência e emergência do município, no qual presta serviços de baixa e média complexidade, e tem capacidade de atender cerca de 500 pessoas por dia. A amostra foi constituída por 57 prontuários, porém, destes, foram estudados 49 prontuários eletrônicos de pessoas com DCNT que foram atendidas no período de outubro de 2017 a março de 2018 conforme critérios elegíveis para o estudo. O período elencado tem relação com a permanência no campo prático da UPA pela Enfermeira Residente em Urgência/Trauma de uma Instituição de Ensino Superior. Como critério de inclusão adotado, selecionaram-se prontuários de pessoas que possuíam as DCNT cardiovasculares e cerebrovasculares. Excluíram-se prontuários incompletos e de pessoas menores de 18 anos de idade.

A coleta dos dados foi realizada no *Software* de Sistema de Informações Gerenciais da instituição por meio de análise dos prontuários eletrônicos no período de abril a julho de 2018. Utilizou-se um formulário construído especificamente para o estudo, composto pelo perfil dos pacientes, contendo as seguintes questões: idade, sexo e estado civil. Quanto aos aspectos clínicos, investigaram-se a DCNT apresentada e os fatores de risco (Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, obesidade, tabagismo e etilismo). Também foi investigado o desfecho do paciente após o atendimento (alta da UPA, transferência para outro local ou óbito).

Os dados foram duplamente digitados e validados no programa Microsoft Office Excel 2016; em seguida, foram exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, agrupados em categorias e inicialmente analisados por meio de estatística descritiva simples. Já as comparações das variáveis categóricas dicotômicas entre os grupos foram realizadas por meio do Teste Exato de Fisher. E para as variáveis politômicas foi utilizado o Teste de Qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 0,05 em todos os testes.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ensino e Pesquisa da instituição hospitalar e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição de Ensino (Parecer nº 2.591.900, na data: 10/04/2018), em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

### **3. Resultados**

Dos 49 prontuários eletrônicos analisados de pessoas com DCNT, 43 (87,76%) apresentavam doenças cardiovasculares e seis (12,24%) cerebrovasculares, as quais foram atendidas no período de outubro de 2017 a março de 2018 na UPA. A Tabela 1 mostra o perfil sociodemográfico em relação ao sexo, faixa etária e estado civil.

**Tabela 1** – Distribuição das pessoas com DCNT segundo o perfil sociodemográfico referente às variáveis: sexo, faixa etária e estado civil – Santa Maria, RS, Brasil, 2020.

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	20	40,82
Masculino	29	59,18
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,00</b>
<b>Faixa Etária</b>		
40-49	3	6,12
50-59	13	26,53
60-69	15	30,61
70-79	16	32,65
80-89	1	2,04
90-99	1	2,04
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,00</b>
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro(a)	3	6,12
Casado(a)	22	44,90
Não informado	24	48,98
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,00</b>

Fonte: autores.

Nos dados da Tabela 2, observam-se as associações entre a prevalência das DCNT cardiovasculares e cerebrovasculares com os fatores de risco, sendo Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), obesidade, tabagismo e etilismo.

**Tabela 2** – Prevalência dos fatores de risco para as DCNT cardiovasculares e cerebrovasculares – Santa Maria, RS, Brasil, 2020.

	Cardiovasculares	Cerebrovasculares	p*
<b>Fatores de risco</b>			
DM	16(37,21%)	02(33,33%)	0,999
HAS	32(74,42%)	05(83,33%)	0,999
Obesidade	07(16,28%)	01(16,67%)	0,999
Tabagismo	11(25,58%)	01(16,67%)	0,279
Etilismo	09(20,93%)	02(33,33%)	0,605

\*teste de proporções ao nível de 5%

Fonte: autores.

A Tabela 3 mostra o desfecho final do atendimento das pessoas com DCNT cardiovasculares e cerebrovasculares.

**Tabela 3** – Desfecho final do atendimento para as DCNT cardiovasculares e cerebrovasculares – Santa Maria, RS, Brasil, 2020.

<b>Desfecho final do atendimento</b>	<b>Cardiovasculares (n = 43)</b>	<b>Cerebrovasculares (n = 06)</b>	<b>p*</b>
Alta	18(41,86%)	-	0,134
Transferência	20(46,51%)	05(83,33%)	0,134
Óbito	05(11,63%)	01(16,67%)	0,134

\*teste de proporções ao nível de 5%

Fonte: autores.

Destaca-se que seis óbitos de 49 pessoas com DCNT são considerados como alerta, pois configuram-se estatisticamente como significativos. Ademais, dos 20 pacientes que foram transferidos, que possuíam as doenças cardiovasculares, 11 (25,58%) foram encaminhados para o hospital de alta densidade tecnológica, 6 (13,95%) para os leitos de retaguarda do município, 2 (4,65%) para hospitais particulares via ordem judicial e 1 (2,33%) para hospital privado.

Dos 6 indivíduos com doenças cerebrovasculares, 2 (33,33%) foram encaminhados para o hospital de alta densidade tecnológica, 2 (33,33%) para Unidades de Terapia Intensiva via Central de Leitos do Estado e 1 (16,67%) para hospital privado via ordem judicial. Esses dados das transferências mostram que essas pessoas que procuraram atendimento na UPA necessitaram dar continuidade ao atendimento devido à gravidade das DCNT.

Além disso, das 18 pessoas que tiveram alta da UPA pelas doenças cardiovasculares, nenhuma foi encaminhada para a Atenção Primária à Saúde (APS). Esse fato demonstra uma lacuna nas Redes de Atenção à Saúde, uma vez que o acompanhamento na APS evitaria a agudização e a gravidade das DCNT.

#### **4. Discussão**

O presente estudo mostrou que as DCNT prevalentes na UPA foram as cardiovasculares, sendo 43 (87,76%), com predomínio de pessoas do sexo masculino, 29

(59,18%), e na faixa etária de 70 a 79 anos, 16 (32,65%). A maior proporção de indivíduos do sexo masculino observada pode ser explicada por fatores sociais e culturais, como mostra o estudo epidemiológico realizado em UPAs do Recife. Esse demonstrou que os maiores preditores de morte, para o homem após os 40 anos, são as doenças cardiovasculares (Mesquita, 2017).

O número relativamente maior de atendimentos ao sexo masculino (59,18%) pode se relacionar ao fato de que os homens frequentemente recorrerem aos serviços de emergências em virtude de doenças agudas e casos de agudização de doenças crônicas já instaladas. Já as mulheres buscam outros serviços da rede de atenção, como a APS, para realizar ações de prevenção (Tibães, Silva, Alves, Penna, & Brito, 2018).

Nota-se, ao estratificar a idade em duas faixas, que 33 (67,34%) pessoas tinham mais de 60 anos, corroborando com o estudo epidemiológico realizado em três UPAs da cidade do Recife (Mesquita, 2017). O idoso constitui o grupo de maior risco para doenças crônicas, destacando as cardiovasculares. Além disso, as principais intercorrências envolvendo idosos se devem à presença de DM, HAS e aos hábitos de vida (Mesquita, 2017; Ribeiro et al., 2014). Esse fato está relacionado às mudanças ocorridas na pirâmide etária do Brasil, caracterizadas pelo envelhecimento da população e pela transição epidemiológica, com predomínio das DCNT, no qual torna o serviço de emergência frequentemente solicitado nos casos de agudização de problemas crônicos (Acosta & Lima, 2015; Mesquita, 2017).

Os principais fatores de risco encontrados no estudo foram consistentes com outros resultados (Oliveira, Santos, Rocca, Dobri, & Nascimento, 2018) e com a transição epidemiológica que acompanha o aumento da expectativa de vida. Dentre os fatores de risco mais prevalentes entre as pessoas com DCNT cardiovasculares e cerebrovasculares, destacaram-se, em ordem de prevalência, a HAS, o DM, a obesidade, o tabagismo e etilismo, corroborando com outras pesquisas (Oliveira et al., 2018; Silveira et al., 2017).

A HAS é adquirida principalmente pela má alimentação e sedentarismo, levando a um grave fator de risco para ocorrências de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, conforme foi observado no estudo. Desse modo, a detecção precoce, o tratamento e controle da hipertensão são fundamentais para diminuir os eventos cardiovasculares (Lima, Moreira, Borges, & Rodrigues, 2016).

Quanto ao desfecho final do atendimento, estudos apontam que a alta da UPA prevaleceu em relação à transferência para hospitais e ao óbito (Vieira et al., 2015; Guedes, Martins, & Chianca, 2015). Porém, como resultado do presente estudo prevaleceram as

transferências para hospitais. Isso pode estar relacionado aos leitos de retaguarda disponíveis na região e também pela presença de um hospital de alta densidade tecnológica no município.

Além disso, por se tratar de um estudo com coleta de dados dos prontuários, é importante ressaltar as limitações e dificuldades inerentes à fonte de dados. Como limitações, na coleta de dados foram evidenciados problemas decorrentes dos registros nos prontuários eletrônicos, como prontuários incompletos e sem o diagnóstico definido, os quais entraram nos critérios de exclusão do estudo. Por esse motivo, houve apenas seis pessoas com doenças cerebrovasculares durante o período de outubro de 2017 a março de 2018. Desse modo, há imprecisão de informações, o que pode prejudicar a análise do cenário investigado. Espera-se que por meio da padronização da coleta de dados possíveis vieses tenham sido minimizados.

Entretanto, os resultados obtidos neste estudo corroboram com os dados dos indicadores mensais e anuais dessa UPA, na qual, nos anos de 2017 e 2018, as DCNT mais prevalentes foram as cardiovasculares. Os indicadores de saúde do local são realizados seguindo o modelo das linhas de cuidados da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS (Brasil, 2013b) que se dividem em três: linha de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e trauma. Destaca-se que entre as três linhas há predomínio do atendimento a emergências clínicas do que emergências em trauma e, entre os atendimentos clínicos, as doenças cardiovasculares têm alto predomínio.

Os resultados apresentam um panorama de análise de UPA de uma localidade, podendo ser aplicados em outras realidades, o que representa umas das recomendações para pesquisas futuras. A exemplo, pode-se destacar o desenvolvimento de ações de promoção de saúde com orientações às pessoas que procuram o atendimento na UPA, assim como o trabalho em consonância com as Redes de Atenção à Saúde, possibilitando a construção de fluxos assistenciais com a APS.

## **5. Considerações Finais**

O estudo do perfil epidemiológico das pessoas com DCNT atendidas em uma UPA mostrou que essa população se caracterizou, predominantemente, por homens, idade acima dos 60 anos e com as doenças cardiovasculares sendo a principal doença crônica.

Ademais, comparando as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares com os fatores de risco, a HAS predominou em relação ao DM, obesidade, tabagismo e etilismo. Já quanto ao desfecho final do atendimento na UPA, a transferência para outro local teve predomínio. Esse fato se destaca pelos leitos de retaguarda na região e por ter um hospital de alta

densidade tecnológica no local do estudo. Desse modo, conhecer a situação real desses fatores possibilita a adoção de medidas específicas e eficazes para promoção da saúde e prevenção das DCNT.

Portanto, investir em ações de prevenção das DCNT é necessário, visto que preconizar o controle dos principais fatores de risco pode garantir uma diminuição da taxa de mortalidade nas próximas gerações, além de reduzir os altos custos gerados no SUS. O conhecimento sobre a abrangência das DCNT no Brasil e principalmente em nível municipal faz parte das ações necessárias para o combate mais efetivo dessas doenças, evitando, assim, sobrecarga para os serviços de emergência.

## Referências

Acosta, A. M., & Lima, M. A. D. S. (2015). Frequent users of emergency services: associated factors and reasons for seeking care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(2):337-344.

Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/129910/000977080.pdf?sequence=1> DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/0104\\_1169.0072.2560](http://dx.doi.org/10.1590/0104_1169.0072.2560)

Betancourt, M. T., Roberts, K. C., Bennett, T. L., Driscoll, E. R., Jayaraman, G., & Pelletier, L. (2014). Monitoring chronic diseases in Canadá: the Chronic Disease Indicator Framework. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 34(suppl. 1):01-30. Recuperado de [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/hpcdp-pspmc/34-1-supp/assets/pdf/34-S1\\_E\\_v6.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/hpcdp-pspmc/34-1-supp/assets/pdf/34-S1_E_v6.pdf)

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução número 466: de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

Brasil. (2013a). Ministério da Saúde. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2013b). 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)*. 1 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 84 p.

Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. *Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017*. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010\\_03\\_01\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html)

Guedes, H. M., Martins, J. C. A., & Chianca, T. C. M. (2015). Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. *Rev. Bras. Enferm*, 68(1):45-51. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000100045&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000100045&script=sci_arttext)

Lima, D. B. S., Moreira, T. M. M., Borges, J. W. P., & Rodrigues, M. T. P. (2016). Association between treatment compliance and different types of cardiovascular complications in arterial hypertension patients. *Texto contexto - enferm*, 25(3):02-09. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000300302&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300302&lng=en)

Malta, D. C., Moura, L., Prado, R. R., Escalante, J. C., Schmidt, M. I., & Duncan, B. B. (2014). Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 23(4):599-608. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222014000400599&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000400599&lng=en). DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000400002>

Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Mesquita, F. O. S., Souza, C. D. F., Quinteiro, M. I. A., Couto, M. C. A., Correia, Jr. M. A. V., & Silva, T. N. S. (2017). Perfil epidemiológico de pacientes submetidos à Ventilação Mecânica nas Unidades de Pronto Atendimento de uma capital brasileira. *Rev Pesq Fisio*, 7(2):199-206. Recuperado de <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1304/868>

Oliveira, C. P., Santos, I. M. G., Rocca, A. R., Dobri, G. P., & Nascimento, G. D. (2018). Epidemiological profile of elderly patients treated in the emergency room of a university hospital in Brazil. *Rev Med (São Paulo)*, 97(1):44-50. Recuperado de <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i1p44-50>

Organização Pan-Americana da Saúde. (2011). *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde*. Traduzido por Flávio Goulart, Brasília (DF): Organização Pan-americana da Saúde.

Ribeiro, R. M., Cesarino, C. B., Ribeiro, R. C. H.M., Rodrigues, C.C., Bertolin, D.C., Pinto, M. H. et al. (2014). Profile of clinical emergencies in the emergency department of a teaching hospital. *Rev Min Enferm*, 18(3):533-538. Recuperado de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/944>

Silveira, J. L. Jr., Santos, J. V. S., Melo, E. A., Chiorlin, A. C. P., Almeida, R. S. Jr., Almeida, M. F. Z. et al. (2017). Clinical and Topographic Evaluation of Patients Diagnosed With Stroke in an Emergency Unit. *R bras ci Saúde*, 21(1):43-50. Recuperado de <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/23594/16434>

Tibães, H. B. B., Silva, D. M., Alves, M., Penna, C. M. M., & Brito, M. J. M. (2018). Perfil de Atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Norte de Minas Gerais. *Rev Fund Care Online*, 10(3):675-682. Recuperado de [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6150/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6150/pdf_1)

Vieira, M. S., Strujak, D. D., Costa, K. N. K., Lisboa, A. F., Avila, J. L. S., & Gallo, R. B. S. G. (2015). Epidemiological profile of patients with cardiovascular diseases and pulmonary served on a upa (care unit ready). *Rev. Inspirar Mov Saúde*, 7(2):22-26. Recuperado de <https://www.inspirar.com.br/wp-content/uploads/2015/08/perfil-epidemol-416-v7-n2-2015.pdf>

World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1)

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Daniela Buriol – 30%

Cláudia Zamberlan – 20%

Maria Denise Schimith – 15%

Silomar Ilha – 15%

Mariana Pellegrini Cesar – 10%

Christiani Andrea Marquesini Rambo – 10%