



ARTIGO ORIGINAL

Perfil sociodemográfico e clínico dos usuários de um pronto socorro de uma instituição do Vale do Paraíba

Sociodemographic and clinical profile of the users of the emergency department in a Paraíba Valley institution

Valdinéia Luiz Hertel^{1,2*}, Kelly Sansevero Guimarães¹, Roseli Alves de Oliveira Cardoso¹

¹Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB), Itajubá, Minas Gerais, Brasil.

²Centro Universitário Teresa D'Ávila (UNIFATEA), Lorena, São Paulo, Brasil.

INFORMAÇÕES GERAIS

Recebido em: novembro de 2016

Aceito em: março de 2017

Palavras-Chave:

Urgência e emergência
Atendimento em pronto-socorro
Enfermagem em emergência

Keywords:

Emergency department
ER visits
Emergency nursing

RESUMO

Introdução: A procura excessiva nos serviços de urgência/emergência geralmente se dá devido a problemas que poderiam ser solucionados nos serviços de atenção básica à saúde. Os usuários procuram o serviço de emergência muitas vezes por desconhecerem a finalidade deste, gerando enormes filas de espera. **Objetivos:** Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários de um pronto socorro (PS) de uma instituição do Vale do Paraíba. **Métodos:** O estudo segue a abordagem quantitativa, do tipo descritivo, transversal e de caráter documental, fundamentado na análise de dados coletados diretamente das Fichas de Atendimentos dos pacientes atendidos no PS. A amostra consistiu de 774 atendimentos nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2015. **Resultados:** Observou-se que 39% dos pacientes tinham entre 19 e 25 anos de idade, 55% eram do sexo feminino, 63% eram pertencentes à cidade de Aparecida, 82% eram da zona urbana, 98% tinham prescrição médica, 34% não realizaram os exames, 29% tinham hipótese diagnóstica de sintomas gripais, 81% dos pacientes tiveram alta e 16% dos pacientes tinham histórico clínico de cefaleia. **Conclusão:** Os atendimentos apontaram para a necessidade de orientação dos usuários na utilização do serviço de atenção básica.

ABSTRACT

Introduction: The over going in the emergency service is usually because of the problems which could be solved at the primary health service. The patients look for the emergency service many times because they do not know exactly the finality, which results in a huge waiting line. **Aims:** To describe the clinic and sociodemographic profile of the emergency users in an institution in Vale do Paraíba, São Paulo, Brazil. **Methods:** A quantitative, descriptive, transversal, the character documental, based on the data analysis collected from the attendance sheets of the patients who went to the emergency. The sample of this study was 774 attendances in the months of January, February, and March of 2015. **Results:** It was observed that 39% of the patients were between 19 and 25 years old, 55% female gender, 63% were from the city of Aparecida (Brazil), 82% were from the urban area, 98% had medical recipe, 34% did not do the examination, 29% had symptoms of flu, 81% of the patients had been discharged from the hospital, and 16% of the patients had got a headache. **Conclusion:** The attendance showed the need of clients' education to use the services in the primary health area.

CC BY-NC-SA 4.0 2017 RCSFMIT

Introdução

O modo como os serviços de emergência têm sido encontrados atualmente é causa de grande preocupação

para a comunidade sanitária e a sociedade em geral, pois a busca por esse atendimento é demasiadamente grande e os seus serviços têm aumentado muito nas últimas décadas.¹ Uma das justificativas apresentadas para a procura excessiva nos serviços de urgência/emergência hospitalar se dá pelo motivo de grande parte dos atendimentos realizados serem procedentes de problemas de diferentes aspectos, que poderiam ser solucionados em

* Correspondência:

Rua do Sossego, 154
Resende - RJ - CEP: 27521-600
e-mail: valdineahertel@gmail.com

doi: 10.21876/rcsfmit.v7i2.662

serviços de atenção básica ou especializados, ou ainda em serviços de urgência de menor complexidade.²

Essa forma delinea uma das principais portas de entrada ao sistema de saúde e, possivelmente, denuncia, entre outras coisas, distribuição irregular da oferta de serviços. Isso ocorre não apenas do ponto de vista quantitativo, mas também qualitativo, na atenção básica, especializada e hospitalar. Dessa forma, além dos casos graves, os Prontos-Socorros (PSs) prestam atendimento com diversas necessidades de atenção, gerando enormes filas de espera.³

Esses fatos foram causadores de constantes conflitos entre usuários e profissionais, uma vez que a definição de urgência é distinta para esses fatores sociais. Na maioria dos casos, o assunto que é de extrema urgência para o usuário não passa de atendimento corriqueiro e de tratamento ambulatorial aos olhos dos profissionais.⁴ Esse fato leva profissionais de saúde a deduzirem que os usuários procuram o serviço de emergência também por desconhecerem as suas específicas atribuições.⁵

Dentre outros fatores determinantes que favorecem esse quadro, destaca-se a prevalência do molde tradicional de estruturação do acato às emergências, demarcado pela busca espontânea. Isso gera superlotação das salas de atendimento, acarretando baixa qualidade de assistência prestada, longo tempo de espera para consultas, exames, cirurgias, falta de vagas para internação, bem como de pessoal tecnicamente capacitado.²

De acordo com a frequência dessa realidade, o Ministério da Saúde redigiu uma cartilha que traz em seu contexto subsídios para os problemas dos atendimentos dos serviços de urgência/emergência, por meio do acolhimento e classificação de risco. Ela apresenta o acolhimento como um instrumento que tem de estar sempre presente no dia a dia das práticas de saúde. Ressalta ainda que essa prática deve ser executada por um profissional enfermeiro, devidamente qualificado para tal função, e ter consigo consensos previamente estabelecidos com a equipe médica, atendendo a todos os protocolos, o que sistematiza e respalda a atuação segura.⁶

O enfermeiro deve atentar-se que há intrínseca ligação entre a escuta qualificada e a constituição dos serviços oferecidos. A resposta destes últimos precisa traduzir-se em qualificação da produção de saúde, atendendo o que é necessário e possível, e direcionando os demais atendimentos. Ressalta-se que a tecnologia de avaliação com classificação de risco prima seguir o raciocínio lógico, de um protocolo predeterminado, de acordo com o nível de complexidade do usuário e não pela ordem de chegada.⁷

Os objetivos da Política Nacional de Saúde visam um atendimento mais rápido e qualificado à população. Nele está inserido o descongestionamento dos PSs, redução do tempo de atendimento médico e direcionamento do cliente à especialidade a que realmente necessita ser atendido.⁷ No entanto, a obtenção do sucesso desses objetivos está diretamente ligada à integração entre os diferentes níveis de atenção como resolutive e ao conhecimento das características da população, que frequenta os serviços de emergência, tornando possível traçar um planejamento de ações em saúde. Durante a realização da pesquisa bibliográfica sobre o tema, foi identificado que o

índice de usuários frequentadores das unidades de PSs é muito alto, independentemente de sua localização.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é definida como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade”. Tal conceito tem profunda relação com o desenvolvimento e expressa a associação entre qualidade de vida e saúde da população. A saúde, nesse sentido, é resultado de um processo de produção social e sofre influência de condições de vida adequadas de bens e serviços.⁸ No ano de 2008, a OMS relatou a necessária reorientação do sistema de saúde com foco nos Cuidados de Saúde Primários. Atribuiu a esses cuidados quatro conjuntos de reformas, tomando como base a saúde primária. São elas as seguintes:

- *Reformas da Cobertura Universal*: garantem que sistemas de saúde contribuam para a equidade em saúde, justiça social e o fim da exclusão, apontando primordialmente para o acesso universal e a proteção social da saúde;
- *Reformas da Prestação de Serviços*: reorganizam os serviços de saúde em torno das necessidades e expectativas das pessoas, de forma a torná-los socialmente mais relevantes e capazes de responder ao mundo em mudança, ao mesmo tempo em que produzem melhores resultados;
- *Reformas de Políticas Públicas*: garantem comunidades mais saudáveis, integrando ações de saúde pública com cuidados primários, seguindo políticas saudáveis em todos os setores e ampliando intervenções de saúde pública nacional e transnacional;
- *Reformas da Liderança*: substituem uma dependência desproporcionada entre, por um lado, comando e controle e, por outro, o *laissez-faire* descomprometido do Estado por uma liderança inclusiva, baseada em negociação e participação, mais adequada à complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos.

Essas reformas têm por objetivo a diminuição da exclusão e as discrepâncias sociais em saúde.⁸ Os sistemas de saúde estão a desenvolver-se em direções que pouco contribuem para a equidade e justiça social e são pouco eficientes na consecução de melhores resultados em saúde. As três tendências mais preocupantes podem ser caracterizadas da seguinte forma:

- Sistemas de saúde centrados, de forma desproporcionada, em uma oferta limitada de cuidados curativos especializados;
- Sistemas de saúde em que a prestação de serviços está a ser fragmentada por abordagens de controle de doenças, com objetivos imediatistas, em espírito de comando e controle;
- Sistemas de saúde em que uma abordagem *laissez-faire* do governo facilitou a expansão da comercialização desregulamentada da saúde.⁸

Embasadas nos princípios destas reformas e objetivando efetivar o atendimento eficaz no setor de PS, pensou-se na importância da presente pesquisa em as-

pectos como, por exemplo, na prática de trabalho. Uma vez que há prévia identificação da clientela, os profissionais conseguem se organizar melhor quanto ao dimensionamento e perfil da enfermagem, quanto à rotina do setor, e também quanto ao tipo e à quantidade de material a ser usado, evitando desperdícios. Essa prática atrela-se à relevância social da pesquisa, pois a conduta de conhecer o perfil de sua clientela implica agilidade de resoluções de problemas práticos, por meio de orientações e direcionamento aos usuários, além de ocasionar descongestionamento no atendimento, beneficiando o público e os profissionais. Dessa forma, a presente pesquisa tem por objetivo descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários de um PS, de uma instituição do Vale do Paraíba.

Métodos

O presente estudo foi de abordagem quantitativa,⁹ do tipo descritivo,¹⁰ transversal e de caráter documental, fundamentado na análise de dados que será coletado diretamente das Fichas de Atendimentos (FA) dos pacientes atendidos no Pronto Atendimento. Os sujeitos do estudo que fizeram parte da população de interesse foram as FAs do PS do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), após autorização do Diretor Técnico do Hospital.

A amostra,¹¹ que é um subconjunto dos elementos da população, nesse estudo será determinada pelo critério de amostragem probabilística aleatória simples. Como o número de atendimentos mensais no local escolhido para desenvolver este estudo é superior a 1000, o tamanho da amostra foi determinado pela seguinte fórmula:¹¹

$$n = \frac{n^{\circ} \text{ de atendimentos mensais}}{30}$$

Assim, o tamanho da amostra foi de 774 atendimentos, como exposto no cálculo abaixo:

$$\begin{aligned} \text{Janeiro} &= 7868/30=262 \\ \text{Fevereiro} &= 6481/30=216 \\ \text{Março} &= 8884/30=296 \end{aligned}$$

Os critérios de inclusão dos sujeitos do estudo foram: FAs de pacientes adultos, atendidos no PS, no período de janeiro a março de 2015, que foram sorteados aleatoriamente após as fichas serem separadas pelos funcionários do SAME. De acordo com os critérios de inclusão, foram pegadas, de forma aleatória, uma ficha sim e a outra não, até completar a amostra de cada mês.

Os critérios de exclusão dos sujeitos do estudo foram: FAs preenchidas inadequadamente ou com dados incompletos.

O presente estudo seguiu os preceitos estabelecidos pela Resolução nº 466/12, de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Os aspectos éticos da pesquisa foram resguardados em todos os momentos, ressaltando-se, como exposto anteriormente, que a coleta de dados só foi iniciada após o consentimento do Diretor Técnico da Santa Casa de Misericórdia de Aparecida (SP), bem como após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer 1.289.699).

Resultados

Os resultados são apresentados nas **Tabelas 1 e 2**.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos pacientes (n= 774) atendidos no pronto-socorro no ano de 2015.

VARIÁVEL	Janeiro	Fevereiro	Março	Total	Porcentagem (%)
IDADE (anos)					
19 a 25	118	85	101	304	39
26 a 32	39	62	46	147	19
33 a 39	13	11	14	38	4
40 a 46	13	33	15	61	8
47 a 53	26	10	74	110	14
54 a 60	53	15	46	114	15
TOTAL	262	216	296	774	100
SEXO					
Masculino	118	97	133	348	45
Feminino	144	119	163	426	55
TOTAL	262	216	295	774	100
ORIGEM (cidade)					
Aparecida	131	118	236	485	63
Guaratinguetá	13	11	15	39	5
Roseira	13	11	0	24	3
Potim	39	65	30	134	17
Outros	66	11	15	95	12
TOTAL	262	216	296	774	100
ZONA					
Urbana	249	162	222	633	82
Rural	13	54	74	141	18
Periurbana	0	0	0	0	0
TOTAL	262	216	296	774	100

Observou-se que 39% ($n=304$) dos pacientes atendidos no PS tinham entre 19 e 25 anos de idade e 4% ($n=38$) tinham entre 33 e 39 anos. Quanto ao sexo, 55% ($n=426$) dos pacientes atendidos eram do sexo feminino. Foram atendidos 63% ($n=485$) pertencentes a cidade de Aparecida. Finalizando, 82% ($n=633$) eram e mantinham residência em zona urbana.

Da mesma forma, 98% ($n=759$) dos pacientes atendidos no PS tinham prescrição médica. Notou-se que

34% ($n=263$) não realizaram os exames, 15% ($n=118$) realizaram exame de sangue (hemograma), e 14% ($n=110$) realizaram radiografia. Percebeu-se que 29% ($n=224$) dos pacientes tinham hipótese diagnóstica de sintomas gripais, e 7% ($n=54$) tinham hipótese diagnóstica de neurologia. Identificou-se que 81% ($n=626$) dos pacientes atendidos no PS tiveram alta, e ainda se verificou que 16% ($n=127$) dos pacientes atendidos no PS tinham histórico clínico de cefaleia.

Tabela 2. Dados clínicos dos pacientes ($n= 774$) atendidos no pronto-socorro no ano de 2015.

VARIÁVEL	Janeiro	Fevereiro	Março	Total	Porcentagem (%)
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
Pacientes com prescrição	262	216	281	759	98
Pacientes sem prescrição	0	0	0	0	2
TOTAL	262	216	281	774	100
RESULTADOS DOS EXAMES					
Exames não realizados	92	97	74	263	34
Fraturas	8	8	26	42	5
Radiografias sem anormalidades	27	24	59	110	14
Hemograma com alterações	18	13	48	79	10
Hemogramas sem alterações	52	22	44	118	15
Colo uterino Fechado	26	11	15	52	8
Urina I com alterações	13	11	15	39	5
Outros	26	30	15	71	9
TOTAL	262	216	296	774	100
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA					
Infecções do trato urinário	39	11	14	64	8
Ortopedia	39	32	30	101	13
Alterações gástricas	13	32	44	89	12
Sintomas gripais	66	54	194	224	29
Neurologia	13	11	30	54	7
Gestacionais	26	32	15	73	9
Outros	66	44	59	169	22
TOTAL	262	216	296	774	100
DESTINO DO PACIENTE					
Alta	249	158	219	626	81
Internação	13	58	77	148	19
Transferência	0	0	0	0	0
TOTAL	262	216	296	774	100
HISTÓRICO CLÍNICO					
Entorse	15	22	15	52	7
Cefaleia	65	32	30	127	16
Gestação	23	22	30	75	10
Dores articulares	26	29	17	72	9
FCC	9	14	44	67	9
Precordialgia	13	11	15	39	5
Furunculose	29	11	8	48	6
Queda da própria altura	13	7	12	32	4
HAS	13	22	42	77	10
Lombalgia	26	30	15	71	9
Outros	30	16	68	114	15
TOTAL	262	216	296	774	100

Discussão

Com a análise das características dos dados socio-demográficos, foi possível perceber que 39% dos pacientes atendidos no PS tinham entre 19 e 25 anos de idade, o que demonstra a busca pelo serviço ser predominantemente feita pela população jovem. Em relação ao sexo, 55% dos pacientes atendidos eram do sexo feminino. Este perfil da população corrobora com um estudo semelhante no município do estado de São Paulo, que apontou que 58% das pessoas que procuravam o serviço eram do sexo feminino.¹²

Quanto à cidade, foi evidenciado que 63% eram de Aparecida. A cidade é localizada entre duas grandes metrópoles do país, sendo cortada pela mais importante rodovia brasileira, a Presidente Dutra. Ainda, a mesma tem localização privilegiada, facilitando a acessibilidade ao município. O maior uso do serviço de emergência está relacionado também à menor distância da moradia ao serviço, além da cultura imediatista dos usuários e, aqui, pode-se fazer uma analogia dos pacientes que esperam acesso e tratamento fácil e rápido.¹³

Em relação à zona habitacional, a maioria da população que mais demanda as unidades de PS e Pronto Atendimento são oriundas da zona urbana. Um dos fatores facilitadores são a via de acesso e os meios de transportes disponíveis, o que nem sempre está presente na zona rural.¹⁴

Geralmente, os pacientes que procuram o PS necessitam de algum tipo de tratamento, o que foi comprovado pela pesquisa. Noventa e oito por cento dos pacientes atendidos receberam atendimento medicamentoso. A realização do ato médico se completa com a prescrição médica.¹⁵

É comum no atendimento no PS a solicitação pelo médico de exames diagnósticos. O estudo revelou que 34% dos pacientes não realizaram nenhum exame; 15% realizaram exame de sangue; e 14% fizeram radiografias, que não apresentaram anormalidades. Um dos argumentos apresentados para a demanda excessiva nos serviços de urgência/emergência hospitalar é que a maior parte dos atendimentos realizados é decorrente de problemas "simples", que poderiam ser resolvidos em serviços de atenção básica ou, ainda, em serviços de urgência de menor complexidade.¹⁶

Das hipóteses diagnósticas, a mais predominante foi de sintomas gripais. Uma das justificativas para este resultado é a possibilidade do diagnóstico comum de Síndrome Gripal, a qual manifesta sinais e sintomas do vírus influenza. O Programa Global de Influenza monitora a atividade da influenza em nível mundial. Este tem por base dados epidemiológicos e laboratoriais reportados pela Rede de Vigilância Mundial de Influenza, na qual o Brasil e, por conseguinte, o Estado de São Paulo, encontram-se inseridos.¹⁷ De acordo com os dados disponíveis no Sivep-Gripe, em 2012, observou-se aumento progressivo da proporção de atendimento de casos de Síndrome Gripal.¹⁷

Observou-se que 16% dos pacientes atendidos no

PS tinham históricos clínicos de cefaleia. A cefaleia está entre as mais frequentes aflições humanas, correspondendo a uma causa comum na prática clínica.¹⁹

A cefaleia é uma condição clínica debilitante e comum. É frequente na população em geral, pois sua prevalência ao longo da vida chega a 93% nos homens e 99% nas mulheres. Além disso, cerca de 40% das pessoas sofrem de cefaleia regularmente. No Brasil, 68% de pessoas relataram apresentar pelo menos uma crise de cefaleia no último ano. A Classificação Internacional das Cefaleias é a única ferramenta reconhecida e aceita internacionalmente para o diagnóstico e classificação das cefaleias e as divide em dois grupos: a) primária (ou "cefaleia doença"), definida como a dor que ocorre na cabeça, na ausência de qualquer transtorno, que poderia ser reconhecido como causa de cefaleia; e b) secundária (ou "cefaleia sintoma"), engloba vários tipos diferentes que são dependentes ou consequência de uma causa subjacente.²⁰

Quanto ao destino do paciente, 81% receberam alta. Este fato pode ser justificado até mesmo pelos próprios resultados da pesquisa, destacando a principal causa da procura ao serviço e os resultados dos exames. O destino da maioria dos pacientes foi, após a consulta, a dispensa, o que também aponta a inexistência de gravidade nos atendimentos.¹⁸

Conclusão

O perfil sociodemográfico e clínico dos usuários do PS revelou em sua amostra uma população jovem, do sexo feminino, procedente da própria cidade e do município (zona urbana). Os atendimentos apontaram que a maioria dos usuários não necessitava de prescrição médica. Não foi necessária a realização de exames.

Acredita-se que, com os resultados obtidos com a realização deste estudo, certamente reforçou a necessidade de informação aos usuários dos serviços de atenção básica, orientando-os da finalidade de um serviço médico de emergência e incentivando-os a procurar serviços de baixa complexidade e Unidades de Pronto Atendimento. Isso visa a desafogar o contingente de indivíduos nos PSs, permitindo assistência médica e de enfermagem com mais qualidade.

As informações obtidas foram também de grande valia para a sociedade acadêmica. Contribuiu-se para o aumento da bibliografia referente ao tema, haja vista que, ao se fazer o levantamento de dados bibliográficos, depa-rou-se com a escassez de produção científica. Isso reforça como sendo outro fator motivante para a realização desta pesquisa.

Declaração de financiamento e conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Silva VPM, Silva AK, Heinisch RH. Caracterização do perfil da demanda da emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. *Arq Catarin Med.* 2007;36(4):18-2.
2. Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando como referência, as políticas nacionais da atenção às urgências e humanização. *Med.* 2003;36:498-515.
3. Simons DA. Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do programa saúde da família [Tese]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
4. Dal Pai D, Lautert L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "Discurso Vazio" no acolhimento com classificação de risco. *Esc Anna Nery.* 2011;15(3):524-30.
5. Araujo MT, Ferreira AR, Rocha TB. Perfil dos usuários e suas demandas em uma unidade de atendimento imediato. *Recenf.* 2010;8(25):178-86.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
8. Organização Mundial da Saúde. Cuidados de saúde primários agora mais que nunca. Lisboa: Ministério da Saúde; 2008.
9. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2011.
10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
11. Dyniewicz AM. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. 2ª ed. São Caetano do Sul: Difusão; 2009.
12. Oliveira GN, Silva MFN, Araújo IEM, Carvalho-Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev Latino Am Enferm.* 2011;19(3):1-9.
13. Prefeitura Municipal de Aparecida [Internet]. Aparecida, 2017 [Acesso 2017 Jan 15].
14. Veras R. Atendimento as pessoas em situação de urgência e emergência. In: Silva JV. Saúde do Idoso: processo de envelhecimento sobre múltiplos aspectos. São Paulo: Érica; 2009.
15. Madruga CMD, Souza ESM. Manual de orientações básicas para prescrição médica. João Pessoa: Ideia; 2009.
16. Simons DA. Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do programa Saúde da Família. [Tese]. Recife (PE): Fundação Oswaldo Cruz – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães; 2008.
17. Governo do Estado de São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, Coordenadoria de Controle de Doenças, Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac", Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória. Informe técnico: influenza – ESP. São Paulo: DDTR; 2013.
18. Barakat SFC. Caracterização da demanda do serviço de emergências clínicas de um hospital terciário do município de São Paulo [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2004.
19. Fortini I. O paciente com cefaleia. In: Velasco IT. Propedêutica na emergência. São Paulo: Atheneu; 2005.
20. Costa YM Caracterização diagnóstica de cefaleia secundária à disfunção temporomandibular em músculos mastigatórios: um estudo controlado [Dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru; 2013. Walsh NP, Gleeson M, Shephard RJ, Gleeson M, Woods JA, Bishop NC, *et al.* Position Statement Part One: immune function and exercise. *Exerc Immunol Rev.* 2011;17:6-63.