

## ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Vanessa Carolina Grigini Godoi<sup>1</sup>, Gabriela Schiavon Ganassin<sup>2</sup>, Kelly Cristina Inoue<sup>3</sup>, Nelly Lopes de Moraes Gil<sup>4</sup>

**RESUMO:** Objetivou-se caracterizar o atendimento dos usuários com a diretriz de Acolhimento com Classificação de Risco, em uma Unidade de Pronto Atendimento do interior do Paraná. Pesquisa de campo, descritivo-exploratória, quantitativa, cuja fonte de informação consistiu em 500 fichas de pacientes atendidos entre janeiro e maio de 2014, obtidas em amostragem aleatória simples. Foram coletados dados demográficos, clínicos, relacionadas à rede de atenção e à classificação de risco; submetidos à estatística descritiva. A maioria era mulher, de 20 a 29 anos, de demanda espontânea; encaminhados por enfermeiros e Unidades Básicas de Saúde. Sobre a classificação de risco, quatro (0,8%) eram de emergência, 175 (35%) de urgência maior, 245 (49%) de urgência menor e 68 (13,6%) não urgentes; sendo o técnico de enfermagem o principal triador e a alta o principal desfecho. Há necessidade de melhoria dos registros e revisão do processo de classificação para esclarecimento de falhas pontuais.

**DESCRIPTORIOS:** Enfermagem; Acolhimento; Assistência à saúde; Serviço hospitalar de emergência; Sistema Único de Saúde.

### RECEPTION WITH RISK CLASSIFICATION: CHARACTERISTICS OF THE DEMAND IN AN EMERGENCY UNIT

**ABSTRACT:** This study aimed to characterize the care of users with the guideline for Reception with Risk Classification in an Emergency Unit of Paraná state. This descriptive, exploratory and quantitative field study used 500 medical records of patients treated between January and May 2014 as the source of information, obtained by simple random sampling. Demographic and clinical data, related to the care network and risk classification, were collected and submitted to descriptive statistics. The majority of the patients were women, from 20 to 29 years of age, of spontaneous demand; referred by nurses and Primary Health Units. Regarding the classification of risk, four (0.8%) were emergency, 175 (35%) more urgent, 245 (49%) less urgent and 68 (13.6%) non-urgent; with the nursing technician mainly performing the triage and discharge being the primary outcome. There is a need to improve the medical records and review the classification process for clarification of specific failures.

**DESCRIPTORS:** Nursing; Reception; Healthcare; Hospital emergency service; National Health System.

### ACOGIDA CON CLASIFICACIÓN DE RIESGO: CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA EN UNIDAD DE URGENCIA

**RESUMEN:** El objetivo del estudio fue caracterizar el atendimento de los usuarios con la directriz de Acogida con Clasificación de Riesgo, en una Unidad de Urgencia del interior de Paraná. Es una investigación de campo, descriptiva, exploratoria y cuantitativa, cuya fuente de información fue compuesta de 500 fichas de pacientes atendidos entre enero y mayo de 2014, y obtenidas en muestra aleatoria simple. Fueron utilizados datos demográficos, clínicos, referentes a la red de atención y a la clasificación de riesgo; sometidos a la estadística descriptiva. La mayor parte era de mujeres, de 20 a 29 años, de demanda espontánea; encaminados por enfermeros y Unidades Básicas de Salud. Acerca de la clasificación de riesgo, cuatro (0,8%) eran de emergencia, 175 (35%) de urgencia mayor, 245 (49%) de urgencia menor y 68 (13,6%) no urgentes; siendo el técnico de enfermería la principal persona a triar y el alta el principal desfecho. Hay necesidad de mejoría de los registros y revisión del proceso de clasificación para aclaramiento de fallas puntuales.

**DESCRIPTORIOS:** Enfermería; Acogida; Asistencia a la salud; Servicio hospitalar de urgencia; Sistema Único de Salud.

<sup>1</sup>Enfermeira. Residente Multiprofissional em Urgência e Emergência. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil.  
<sup>2</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Bolsista de Apoio Técnico à Pesquisa. Faculdade Ingá. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil.  
<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Faculdade Ingá. Maringá, PR, Brasil.  
<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Doenças Tropicais. Coordenadora de Internato do Curso de Medicina da Faculdade Ingá. Maringá, PR, Brasil.

#### Autor Correspondente:

Nelly Lopes de Moraes Gil  
 Faculdade Ingá  
 R. Marquês de Abrantes, 53 - 87020-170 - Maringá, PR, Brasil  
 E-mail: nellymoraes@gmail.com

**Recebido:** 10/01/2016

**Finalizado:** 02/06/2016

## ● INTRODUÇÃO

Os serviços de emergência, como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Serviço Hospitalar de Emergência (SHE), configuram-se como portas de acesso à assistência à saúde, destinados àqueles que apresentam agravos clínicos ou cirúrgicos agudos. Desse modo, há uma quantidade variável de pacientes que recorrem a esse tipo de atendimento e que apresentam doenças ou lesões que diferem em gravidade, algumas das quais podem ser fatais e requerem intervenção imediata para aumentar ou garantir as chances de sobrevivência e sucesso terapêutico.

Quando a demanda recebida nos serviços de emergência excede a capacidade operacional ativa e são originadas filas de espera, os pacientes graves e com tempo de resposta terapêutica crítico devem ser identificados e priorizados pela equipe de saúde. Nesse contexto, todos os que procuram atendimento de emergência precisam ser avaliados e classificados quanto ao risco<sup>(1)</sup>, já que os pacientes podem se encontrar sob morte iminente e ainda assim, apresentar sinais vitais normais<sup>(2)</sup>.

A triagem classificatória de risco é, portanto, a primeira etapa do atendimento dos serviços de emergência, a qual visa otimizar o tempo de espera dos pacientes de acordo com a gravidade de sua condição clínica e reduzir o impacto negativo do atraso nos cuidados, mediante a designação de recursos adequados à resolução do problema, priorizando-se aqueles que não podem aguardar pela intervenção terapêutica em segurança<sup>(2-4)</sup>.

Desde o início da década de 1990, várias escalas têm sido desenvolvidas e implementadas nos serviços de emergência de diversos países para subsidiar o complexo processo de tomada de decisão inerente à triagem classificatória de risco. Dentre estas constam: *Australasian Triage Scale* (ATS, Australásia), *Manchester Triage System* (MTS, Reino Unido), *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS, Canadá), *Emergency Severity Index* (ESI, Estados Unidos da América)<sup>(2-3)</sup>.

No Brasil, o Ministério da Saúde preconizou, a partir de 2004, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) como diretriz para reorganização do processo assistencial e redução das longas filas de espera em UPA e SHE<sup>(5)</sup>; uma alternativa à superação do paradigma de atenção excludente atribuído ao termo triagem que era utilizado pelo modelo de atenção anteriormente vigente.

A UPA é um dos componentes da rede organizada de atenção às urgências no território brasileiro, representada por estruturas de complexidade intermediária, que devem funcionar de forma ininterrupta e constituir-se em elo entre a atenção básica e a rede hospitalar, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco de acordo com padrões nacionais e/ou internacionais reconhecidos<sup>(6)</sup>.

Assim como outros serviços de emergência, tanto no âmbito nacional<sup>(7)</sup> como internacional<sup>(8)</sup>, a UPA carece de recursos infraestruturais – principalmente por instalações físicas inadequadas e subdimensionamento de profissionais – e sofre com a superlotação<sup>(9-11)</sup>. Acresça-se a isso que a discordância na priorização dos casos entre médicos e enfermeiros, e falta de discussão sobre o protocolo e o fluxograma<sup>(7,9,12)</sup> na prática do ACCR, continuam a influenciar negativamente a qualidade do atendimento nas UPA e congêneres.

A saber, a superlotação é um dos problemas mais prejudiciais à gestão de serviços de emergência. Pesquisa realizada em um grande hospital italiano constatou que o uso de um sistema de triagem classificatória de risco robusto implica em correlação positiva entre a superlotação e o tempo de espera de pacientes não urgentes, sem influência no tempo de atendimento de casos urgentes<sup>(13)</sup>.

Apesar dos avanços normativos para melhoria da gestão e atendimento nas UPA, bem como desenvolvimento de pesquisas inerentes aos sistemas de triagem classificatória de risco, inclusive sobre o ACCR, as mudanças esperadas na prática assistencial ainda estão muito aquém do conhecimento explícito. Portanto, pesquisas voltadas à compreensão da dinâmica do ACCR e monitoramento contínuo do perfil dos atendimentos podem contribuir com a identificação de lacunas no processo de implantação dessa diretriz in loco e também direcionar ações de gestores e profissionais à configuração de uma rede de atenção realmente integrada e fortalecida por pactos e fluxos legitimados.

Diante ao exposto, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o atendimento dos usuários

com a diretriz ACCR em uma UPA do interior do Paraná, Brasil.

## ● METODOLOGIA

Pesquisa descritiva e documental de abordagem quantitativa, realizada nos meses de junho e julho de 2014.

Inserido no contexto de saúde pública, o município em estudo é centro de referência para 30 municípios vizinhos e conta com duas UPA e um Hospital Universitário que atende exclusivamente o serviço público.

O local de estudo foi uma UPA de uma cidade do interior do Paraná, Brasil, inaugurada em março de 2012 escolhida por conveniência e por se caracterizar como de Porte 1, e com maior densidade de atendimentos. Esta oferecia serviços de pronto atendimento 24 horas em pediatria, clínica médica e procedimentos cirúrgicos de menor complexidade, com apoio diagnóstico em análises clínicas e radiologia. Desde sua inauguração, realizava o ACCR, em consonância ao protocolo municipal, cuja classificação era baseada em quatro eixos de gravidade por cores (azul = não urgente, verde = urgência menor, amarelo = urgência maior e vermelho = emergência)<sup>(5)</sup>.

A UPA investigada atendia 400 usuários por dia, uma média mensal de 12.000 usuários, que totalizava cerca de 60.000 atendimentos em um período de cinco meses. Com isso, o cálculo da amostra foi estimado em 458 fichas, com grau de confiabilidade de 95% e erro amostral de 5%, acrescido de 20% para reposição de perdas. Para aumentar a confiabilidade, foram analisadas 500 fichas de pacientes atendidos entre janeiro e maio de 2014, em amostragem aleatória simples.

Para coleta dos dados, utilizaram-se como fonte as informações do ACCR e da Ficha de Atendimento Padrão de todas as UPA da referida cidade, as quais continham dados de caracterização demográfica (sexo, idade e procedência), bem como variáveis clínicas (queixa principal e desfecho) e relacionadas ao ACCR (classificação de risco e profissional responsável por esta classificação).

Integraram a amostra os prontuários que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: apresentou em letra legível o nome do paciente, número de registro do prontuário, queixa principal apresentada pelo paciente no momento da classificação de risco, discriminador geral ou específico da classificação e a classificação de risco obtida ao final da avaliação do enfermeiro. Foram excluídos do estudo os prontuários dos pacientes que não passaram pela classificação de risco e daqueles que foram atendidos fora do período de coleta de dados delimitado.

Obedecendo aos procedimentos éticos e legais vigentes, esta pesquisa encontra-se registrada sob Parecer Favorável no. 629.383 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) no. 30541614.6.0000.5220.

## ● RESULTADOS

Do total de usuários atendidos, 275 (55%) eram do sexo feminino e 225 (45%), do masculino. Entre as mulheres, cinco (1,81%) eram gestantes. Os demais dados de caracterização constam na Tabela 1.

Destaca-se que a demanda espontânea totalizou 327 (65,4%) atendimentos. Desse modo, 173 (34,6%) usuários foram encaminhados à UPA por outro serviço de saúde. Os dados referentes a esses encaminhamentos estão dispostos na Tabela 2.

Dentre os 500 atendimentos da UPA, quatro (0,8%) foram classificados como casos de emergência, 175 (35%) como de urgência maior, 245 (49%) como de urgência menor, 68 (13,6%) como não urgentes e oito (1,6%) não possuíam esta informação. Na Tabela 3, constam dados relacionados à CR na UPA.

Tabela 1 - Caracterização da população atendida na UPA. Maringá, PR, Brasil, 2014

CARACTERÍSTICA (n=500)	n	%
Faixa etária (anos)		
< 1	14	2,8
1 – 9	83	16,6
10 – 19	60	12
20 – 29	98	19,6
30 – 39	55	11
40 – 49	55	11
50 – 59	46	9,2
≥ 60	89	17,8
Procedência		
15ª Regional de Saúde	491	98,2
Outra Regional de Saúde do Paraná	4	0,8
Outros Estados	5	1

Tabela 2 - Responsáveis pelos encaminhamentos realizados à UPA. Maringá, PR, Brasil, 2014

Responsável pelo encaminhamento (n = 173)	n	%
Profissional de Saúde		
Enfermeiro	101	58,4
Médico	68	39,3
Auxiliar de Enfermagem	2	1,1
Técnico de enfermagem	1	0,6
Ignorado	1	0,6
Estabelecimento de Saúde		
Ambulâncias*	34	19,7
Unidade Básica de Saúde (UBS)	121	70
Consultório Médico Particular	9	5,2
Hospital Público	7	4
Hospital Particular	2	1,1

\* Inclui Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e particular.

Tabela 3 - Caracterização do atendimento na UPA, de acordo com a CR por cores. Maringá, PR, Brasil, 2014

Eixo	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul	Ignorado
Variável	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Responsável pela CR					
Enfermeiro (n=100)	-	33 (18,9)	47 (19,2)	19 (27,9)	1 (12,5)
Técnico de enfermagem (n=291)	2 (50)	89 (50,9)	156 (63,7)	39 (57,4)	5 (62,5)
Sem identificação (n=109)	2 (50)	53 (30,2)	42 (17,1)	10 (14,7)	2 (25)
Principal comprometimento orgânico					
Pele e musculoesquelético (n=104)	3 (75)	44 (25,1)	41 (16,7)	14 (20,6)	2 (25)
Cabeça, pescoço e anexos (n=65)	-	17 (9,7)	35 (14,3)	13 (19,1)	-
Neurológico* (n=20)	1 (25)	9 (5,1)	10 (4,1)	-	-
Respiratório (n=21)	-	8 (4,6)	9 (3,7)	4 (5,9)	-
Cardiovascular e hematológico (n=26)	-	17 (9,7)	7 (2,9)	2 (2,9)	-
Gastrointestinal (n=62)	-	13 (7,4)	41 (16,7)	7 (10,3)	1 (12,5)
Geniturinário (n=22)	-	7 (4)	13 (5,3)	2 (2,9)	-
Infecções (n=68)	-	20 (11,4)	40 (16,3)	8 (11,8)	-
Sinais e sintomas inespecíficos (n=62)	-	27 (15,4)	28 (11,4)	7 (10,3)	-
Ignorado** (n=26)	-	8 (4,6)	8 (3,3)	6 (8,8)	4 (50)
Outros*** (n=24)	-	5 (2,9)	13 (5,3)	5 (7,4)	1 (12,5)
Observação na UPA					
Sim (n=183)	4 (100)	84 (48)	80 (32,7)	11 (16,2)	4 (50)
Não (n=317)	-	91 (52)	165 (67,3)	57 (83,8)	4 (50)
Desfecho					
Alta domiciliar (n=434)	-	151 (86,3)	221 (90,2)	58 (85,3)	4 (50)
Transferência externa (n=40)	3 (75)	14 (8)	15 (6,1)	6 (8,8)	2 (25)
Abandono de tratamento (n=17)	1 (25)	8 (4,6)	3 (1,2)	4 (5,9)	1 (12,5)
Sem registro (n=9)	-	2 (1,1)	6 (2,4)	-	1 (12,5)

\* Inclui doenças psiquiátricas.

\*\* Inclui ausência de registro e letra ilegível.

\*\*\* Inclui comprometimento metabólico, gineco-obstétrico e causas externas.

## ● DISCUSSÃO

Os dados de caracterização da população da UPA aqui investigada assemelham-se aos resultados de pesquisa<sup>(14)</sup> realizada em uma unidade distrital de saúde, com complexidade intermediária, localizada em um município do interior paulista brasileiro, a qual avaliou o perfil de 477 usuários adultos do referido serviço e constatou que 53,7% eram do sexo feminino, com maior frequência na faixa etária de 20 e 29 anos (23,9%) anos, seguidos pelos idosos (23,1%).

Em contrapartida, em outros estudos brasileiros voltados à análise da demanda em serviços de emergência com classificação de risco, como aquele realizado em Diamantina, Minas Gerais<sup>(15)</sup> e Londrina, Paraná<sup>(16)</sup>, a maioria (56,4%) dos pacientes era do sexo masculino. Acresça-se a isso que pesquisa realizada em Pelotas, Rio Grande do Sul<sup>(17)</sup>, constatou oscilação do predomínio na variável sexo em relação à classificação de risco da demanda analisada; com maior frequência de homens nos eixos de emergência e urgência maior, enquanto a maioria dos casos de urgência menor e não urgentes era constituída por mulheres. Entretanto, estudo internacionais mostram que essa porcentagem não se mantém, e que em outros países os homens são aqueles evidenciados como maior proporção de atendidos<sup>(18)</sup>.

Destaca-se ainda que há dificuldade para a comparação de dados relacionados à idade dos pacientes com outras pesquisas<sup>(15-17,19)</sup> também relacionadas a essa temática, seja devido à alta frequência de dados ignorados, adoção de diferentes categorias na apresentação de dados tabulares ou pelo uso de medidas de posição; o que pressupõe a necessidade de uniformização na divulgação de resultados e melhoria do preenchimento das fichas de atendimento para serem utilizadas como indicadores de qualidade.

Os usuários da UPA eram residentes do próprio município ou da região, o que pode ser justificado pelo fato deste ser caracterizado como pólo universitário e referência para atendimento especializado em consórcio intermunicipal de saúde.

Neste estudo, houve maior frequência de demanda espontânea quando comparada aos encaminhamentos por outros estabelecimentos de saúde, tal como evidenciado em outras pesquisas brasileiras<sup>(14,16)</sup>. Esse tipo de informação nem sempre está presente na maioria das fichas de atendimento<sup>(15)</sup>, mas consiste em um dado importante para a análise da integração entre os diferentes componentes da rede de atenção à urgência proposto no país, além de apontar o grau de orientação da população quanto à acessibilidade e objetivos de cada serviço inserido neste tipo de configuração.

Acresça-se à premissa anterior que os encaminhamentos à UPA foram realizados predominantemente por enfermeiros e médicos, respectivamente; em sua maioria, originados em Unidades Básicas de Saúde. Esses resultados podem indicar que as ações em saúde nesse município estejam direcionadas à construção e solidificação de uma rede assistencial integrada. Contudo, é importante destacar a necessidade de se reconhecer o contexto no qual encaminhamentos foram feitos por profissionais de saúde de nível médio, porque, assim como nos serviços de emergência, preconiza-se a adoção do ACCR na atenção básica, cujo procedimento de avaliação e classificação de risco é de responsabilidade de profissional de saúde de nível superior capacitado para este tipo de procedimento<sup>(5)</sup>.

Este problema se mostrou mais importante na UPA investigada, onde o principal responsável designado para a classificação de risco foi o técnico de enfermagem. Esse resultado é alarmante, visto que, no âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em serviços de urgência é uma atribuição privativa do Enfermeiro<sup>(20)</sup>. Tal determinação foi reforçada pelo Conselho Federal de Medicina<sup>(11)</sup>, ao dispor sobre a obrigatoriedade de classificação de risco em UPA, como de responsabilidade de médicos ou enfermeiros capacitados; não eximindo a responsabilidade do médico em avaliar todo paciente, mesmo quando classificado por enfermeiro, antes desse ser liberado ou encaminhado a outro local.

Ao considerar a classificação de risco por eixos, houve predomínio de casos de urgência menor (cor verde) e urgência maior (cor amarela), fato que coaduna aos objetivos da UPA, considerada serviço de complexidade intermediária e que corrobora com achados de investigação realizada em Londrina, Paraná, Brasil<sup>(16)</sup>.

Com relação às queixas dos usuários, ampla maioria apresentava mais de um sinal e/ou sintoma associado ao principal comprometimento orgânico (dados não mostrados), sendo mais frequentemente citados aqueles que se relacionavam à pele e musculoesquelético, seguido das infecções. Queixas agudas de baixa gravidade ou mesmo consideradas como não urgentes, também foram reportadas em outras pesquisas brasileiras como principal motivo para que o paciente recorresse à UPA<sup>(14,17,19)</sup>. A procura por serviços de emergência de casos não urgentes se encontra amparada em uma gama heterogênea de motivos, os quais compreendem, com evidência limitada, experiências pessoais em outros pontos de atenção à saúde, auto-percepção quanto à gravidade da doença, crença de maior resolutividade em comparação à atenção básica, além de fatores relacionados ao acesso, conveniência e custos para utilização desses serviços<sup>(21)</sup>.

Há uma gama variável de condições clínicas que levam os pacientes a procurarem o serviço de emergência. A avaliação de sinais manifestados ou sintomas reportados durante a classificação de risco deve ser guiada por protocolos institucionais, analisados sob pensamento crítico e julgamento clínico do triador. Isso porque pacientes sob risco de morte podem apresentar sinais vitais normais<sup>(2)</sup> ou ainda, apresentar deterioração clínica após a classificação de risco à admissão<sup>(22)</sup>, o que pressupõe a necessidade de reavaliação periódica sistemática de todos os pacientes durante sua estadia no serviço de emergência<sup>(5,7)</sup>.

Apesar da maior parte dos pacientes ter sido classificada como casos urgentes, grande parcela destes recebeu alta após a consulta médica, sem demandar tratamento inicial em regime de observação na própria UPA ou internação em leitos de retaguarda hospitalar. Existe, portanto, um contrassenso entre a classificação de risco e a necessidade de observação ou desfecho do paciente.

Além de pacientes não urgentes terem sido mantidos sob observação ou transferidos para serviços de atenção hospitalar, aqueles que foram classificados como de urgência menor foram mais referenciados a outros serviços do que os de urgência maior. Esse resultado pode estar relacionado à falta de treinamento para classificação de risco, muitas vezes praticada por profissionais não habilitados, ou devido às condições do paciente para transporte e suporte institucional para observação e atendimento emergencial dos casos que deterioram rapidamente.

Soma-se à prerrogativa anterior que não foi evidenciado registro de contrarreferenciamento dos casos à atenção básica à saúde. Falhas como esta podem impedir a continuação dos cuidados e inviabilizar a prevenção de reincidências, especialmente entre aqueles que possuem comorbidades crônicas.

Interessante notar que, dentre os abandonos de tratamento, encontrou-se maior frequência entre aqueles de urgência maior e não urgentes, respectivamente. Ademais, um usuário classificado como caso de emergência também abandonou o tratamento. Ao considerar a realização sistemática e pautada em protocolo para classificação de risco, infere-se que o abandono de tratamento por parte de usuários, classificados nos eixos vermelho e amarelo, são de alto risco à saúde e segurança do próprio paciente e não deve ser negligenciado pelos profissionais da instituição. Em contrapartida, o abandono de tratamento de usuários do eixo azul denota falta de orientação e contrarreferenciamento aos pontos de atenção básica.

Ao se tratar de casos não urgentes, é importante lembrar que estes têm sido os principais responsáveis pelo estrangulamento dos serviços de emergência do mundo todo. Nesse contexto, revisão de literatura aponta que a utilização de serviços de emergência para condições não urgentes pode acarretar em gastos excessivos nos cuidados de saúde, testes e tratamento desnecessários, além de enfraquecer as relações dos profissionais da atenção básica com o paciente<sup>(21)</sup>.

De modo geral, os problemas decorrentes dos registros (ausência e ilegibilidade) evidenciados na coleta de dados deste estudo, ocorreram na classificação dos usuários, nas queixas principais, no encaminhamento de usuários até a UPA, nos principais sistemas orgânicos comprometidos e também no desfecho do paciente. Desse modo, há imprecisão de informações que prejudicam a análise do real cenário investigado.

## ● CONCLUSÃO

A população atendida em UPA apresenta convergências e divergências em diferentes espaços geográficos, e a compreensão de suas características pode estar sendo limitada pela falta de uniformização na divulgação de dados. Ademais, são importantes, em cada serviço, as características epidemiológicas, geográficas e institucionais para melhor compreensão do perfil da sua respectiva clientela.

Apesar de nas Unidades Básicas de Saúde, especialmente os enfermeiros serem os responsáveis pelo encaminhamento de pacientes à UPA, a maior parte destes foi caracterizada como demanda espontânea. Isto indica a necessidade de ampliar a sensibilização entre profissionais e usuários quanto aos fluxos e objetivos de cada componente da rede de atenção proposta no Brasil. Nesse sentido, maior atenção deve ser direcionada ao contrarreferenciamento, que não foi evidenciado neste estudo.

Profissionais de nível médio não são habilitados para realização do procedimento de classificação de risco, mas isto tem ocorrido tanto em Unidade Básica de Saúde como na UPA. Nesse sentido, considera-se importante revisar o dimensionamento de pessoal e as atribuições de cada integrante da equipe multiprofissional, para que o serviço possa se tornar mais eficiente e eficaz, prevenindo-se prejuízos e danos decorrentes de imperícia.

O predomínio de casos de urgência menor e maior coaduna aos objetivos da UPA, mas o contrassenso entre a classificação de risco e desfechos do paciente demanda atenção para identificar se o problema está no procedimento de classificação, no protocolo utilizado ou é inerente à própria condição clínica do paciente.

Falhas nos registros quanto ao ACCR em UPA são reportadas em pesquisas científicas e, neste estudo foram representadas pela falta de preenchimento e letra ilegível. Uma alternativa à resolução deste problema seria a informatização dos dados, os quais poderiam ser monitorados como indicadores de qualidade do serviço.

De modo geral, as ações de atenção à saúde do município parecem estar parcialmente direcionadas à proposição do modelo de atenção em rede, mas o uso do ACCR e aspectos infraestruturais a ele relacionados precisam ser revisados, porque há lacunas que podem ser melhoradas mediante o planejamento e implementação de ações pontuais aqui detectadas.

## ● REFERÊNCIAS

1. Ganley L, Gloster AS. An overview of triage in the emergency department. *Nurs Stand*. 2011; 26(12): 49-56.
2. Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, Lind L, Oredsson S, Jonsson H, et al. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. [Internet] 2011; (19) [acesso em 12 abr 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1186/1757-7241-19-42>.
3. Pourasghar F, Tabrizi JS, Sarbakhsh P, Daemi A. Kappa agreement of emergency department triage scales: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Res Gov*. 2014; 3(2): 124-33.
4. Ajani K. Triage: a literature review of key concepts. *J Pak Med Assoc*. 2012; 62(5): 487-9.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 104, de 15 de janeiro de 2014. Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2014.
7. Costa MAR, Versa GLGS, Bellucci Junior JA, Inoue KC, Sales CA, Matsuda LM. Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação de Serviços Hospitalares de Emergência. *Esc. Anna Nery*. 2015; 19(3): 491-7.

8. Alyasin A, Douglas C. Reasons for non-urgent presentations to the emergency department in Saudi Arabia. *Int Emerg Nurs*. 2014; 22(4): 220-5.
9. Duro CLM, Lima MADS, Levandovski PF, Bohn MLS, de Abreu KP. Perception of nurses regarding risk classification in emergency care units. *Rev Rene*. 2014; 15(3): 447-54.
10. de Oliveira SN, Ramos BJ, Piazza M, do Prado ML, Reibnitz KS, Souza AC. Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h: Percepção da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(1): 238-44.
11. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução n. 2.079/2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades. Brasília (DF); 2014.
12. de Souza CC, Diniz AS, Silva LLT, da Mata LRF, Chianca TCM. Nurses' perception about risk classification in an emergency service. *Invest Educ Enferm*. 2014; 32(1): 78-86.
13. Cremonesi P, di Bella E, Montefiori M, Persico L. The Robustness and Effectiveness of the Triage System at Times of Overcrowding and the Extra Costs due to Inappropriate Use of Emergency Departments. *Appl Health Econ Health Policy*. 2015; 13(5): 507-14.
14. Garcia VM, Reis RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. *Rev. bras. enferm.* [Internet] 2014; 67(2) [acesso em 22 fev 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140035>.
15. Guedes MVC, Henriques ACPT, Lima MMN. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Rev. bras. enferm.* 2013; 66(1): 31-7.
16. Feijó VBR, Cordoni Júnior L, de Souza RKT, Dias AO. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. *Saúde Debate*. 2015; 39(106): 627-36.
17. Tomberg JO, Cantarelli KJ, Guanilo MEE, Dal Pai D. Acolhimento com avaliação e classificação de risco no Pronto Socorro: Caracterização dos atendimentos. *Ciênc Cuid Saúde*. 2013; 12(1): 80-7.
18. Sunyoto T, Van den Bergh R, Valles P, Gutierrez R, Ayada L, Zachariah R, et al. Providing emergency care and assessing a patient triage system in a referral hospital in Somaliland: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2014; (14): 531.
19. de Souza TH, de Andrade SR. Acolhimento com classificação de risco: um indicador da demanda emergencial de um serviço hospitalar. *Cogitare Enferm*. 2014; 19(4): 701-8.
20. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 423, de 9 de abril de 2012. Normatiza, no âmbito do Sistema COFEN / Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Risco. Rio de Janeiro: COFEN; 2012.
21. Hosking J, Considine J, Sands N. Recognising clinical deterioration in emergency department patients. *Australas Emerg Nurs J*. 2014; 17(2): 59-67.
22. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Deciding to visit the emergency department for non-urgent conditions: a systematic review of the literature. *Am J Manag Care*. 2013; 19(1): 47-59.