

**Patient risk assessment:
analysis of low urgency calls
in a regional hospital**

| Acolhimento com classificação de risco: análise dos atendimentos não urgentes em um hospital regional

ABSTRACT | Introduction:

The great demand for emergency services is a reality in all countries, causing organizational difficulties in health systems. Objective:

To describe the demand for non-urgent visits to the emergency department of the Regional Hospital of Guarai - TO.

Methods: *This was a descriptive study, in which 14 612 records were analyzed regarding the characteristics of the service and demographics. The instrument applied was based on the Risk Rating Protocol devised by the Ministry of Health for risk stratification and on the International Classification of Primary Care - CIAP to identify the reason for consultation. Results:* *The mean monthly attendance was 2,435 consultations (SD 152.6). In the evaluation of the total demand in relation to age, 32 % were aged 20-39 years, corresponding to a mean of 778.3 visits by this age group (SD 58.5). The proportion of female cases was 56.4 %.*

The green line classification reached 66.8%, followed by 21.4 % for blue line, while the red line accounted for only 1.0%. Conclusion: *Demand for non-urgent care in the emergency room unit was very high, with a predominance of young adults, and the main reasons for consultation were associated with endocrine, metabolic and nutritional problems. There is a strong need to devise strategies for separating the flow between primary care and emergency services, and for ensuring a smooth coordination between the managers of the different levels of care.*

Keywords | *Emergency care; Health care; Screening.*

RESUMO | Introdução: A grande demanda de atendimentos nos serviços de urgência é uma realidade em todos os países, ocasionando dificuldades organizacionais nos sistemas saúde. **Objetivo:** Descrever a demanda de atendimentos não urgentes no pronto-socorro do Hospital Regional de Guarai/TO. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, no qual 14612 prontuários foram analisados quanto às características do atendimento e ao perfil demográfico. O instrumento utilizado foi estruturado com base no Protocolo de Classificação de Risco proposto pelo Ministério da Saúde para a estratificação do risco e na Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) para identificação do motivo da consulta. **Resultados:** A média mensal de atendimentos foi de 2435 consultas (DP 152,6). Na avaliação do total de atendimentos em relação à faixa etária, 32% tinham idade entre 20 e 39 anos, correspondendo a uma média de 778,3 atendimentos nesta faixa etária (DP 58,5). A proporção de casos do sexo feminino foi de 56,4%. A classificação de risco verde apresentou-se com 66,8%, seguido do risco azul, com 21,4%. O risco vermelho foi de 1,0%. **Conclusão:** A demanda de atendimentos não urgentes na unidade de pronto-socorro foi muito elevada, com maior predominância de atendimentos à população adulta jovem e principais motivos de consulta caracterizados como problemas endócrinos, metabólicos e nutricionais. São necessárias a organização do fluxo entre atenção primária e serviços de emergência e a articulação entre os gestores dos diferentes níveis de atenção.

Palavras-chave | Atendimento de emergência; Assistência à saúde; Triage.

¹Instituto Educacional Santa Catarina - Faculdade Guarai, Guarai/TO, Brasil.

²Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre/RS, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A grande demanda de atendimentos nos serviços de urgência é uma realidade em todos os países, ocasionando dificuldades organizacionais e impedindo um fluxo assistencial efetivo à necessidade de atendimento à população que utiliza os serviços públicos de saúde. A procura de pacientes não urgentes por atendimentos em unidades de pronto-socorro é a causa principal dessa desordem¹.

No Brasil, 90% dos atendimentos nos serviços de urgência e emergência são de casos clínicos, que, em sua maioria, são de baixa complexidade e poderiam ser tratados nas redes de atenção primária à saúde, enquanto apenas 10% estão relacionados a situações de traumas em pronto atendimento hospitalar².

O atendimento de pacientes não urgentes nesses serviços de saúde compromete a assistência prestada e, principalmente, causa prejuízos aos pacientes que necessitam de atendimento rápido em função de situações graves de saúde, em especial nas unidades que não utilizam a classificação de risco como ferramenta nesse processo³.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do serviço de saúde. Dessa forma, os serviços que contemplam esse nível de atenção devem ser de fácil acesso à população e devem sistematizar atendimentos de prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento oportuno de patologias agudas e controle e acompanhamento de patologias crônicas, ao contrário dos serviços de média e alta complexidade, que necessitam de maior investimento tecnológico e estão organizados para prestar atendimentos a condições que impliquem gravidade⁴.

Nessa perspectiva, em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)³. No entanto, ainda é perceptível a desarticulação da rede e a alta demanda de atendimentos não urgentes nos serviços de urgência e emergência. Em um estudo brasileiro, verificou-se taxas de até 85% de pacientes não urgentes entre os atendimentos de um serviço de urgência e emergência⁶.

O Ministério da Saúde (MS) normatiza a necessidade de substituir o modelo clássico, por ordem de chegada, pelo modelo de prioridade de atendimento e propõe a implantação do acolhimento com classificação de risco nas unidades de urgência e emergência⁷.

A utilização da classificação de risco é uma estratégia de gestão de fluxo utilizada por vários países com o intuito de agilizar e priorizar os atendimentos nas unidades de pronto-socorro¹. Atualmente, a estratificação do risco é realizada em praticamente todas as emergências de hospitais de Primeiro Mundo e são muitas as publicações referentes ao assunto, testando e adaptando as escalas existentes para cada região⁸.

No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Humanização (PNH), propõe o protocolo que define a prioridade de atendimento, conforme a gravidade do caso, estratificando-o em quatro cores. A cor vermelha identifica o paciente de emergência; a amarela, o paciente que necessita de atendimento urgente; a cor verde, o paciente de prioridade não urgente; e a azul, o paciente que necessita de consulta de baixa complexidade, com última prioridade para atendimento⁷. As cores verde e azul representam o paciente com baixo risco de agravos que pode receber atendimento na APS¹.

Há necessidade de melhorar o fluxo de atendimento entre a atenção primária e os serviços de emergência, e a descrição do perfil dos pacientes não urgentes que procuram a emergência é fundamental para que haja melhor entendimento quanto às suas necessidades.

O presente estudo teve como objetivo descrever a demanda de pacientes não urgentes e identificar os motivos das consultas na Unidade de Pronto-Socorro do Hospital Regional de Guaraí, no Estado do Tocantins.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma Unidade de Emergência de um Hospital Regional, de médio porte, que presta atendimento integralmente aos usuários do SUS. O Hospital dispõe de 61 leitos, oferece atendimento às especialidades médicas básicas e é referência para atendimentos de urgência e emergência e maternidade de baixo e médio risco. Está localizado na Região Central do Estado do Tocantins, no município de Guaraí, polo de uma das oito regiões de saúde que compõem a Rede Estadual de Saúde, a Região Cerrado Tocantins Araguaia. Essa região é composta por 23 municípios, totalizando uma população de 146.205 habitantes⁹.

A amostra foi consecutiva no período de 1º de janeiro de 2014 a 30 de junho de 2014. O estudo utilizou dados secundários contidos nas 14.612 fichas de atendimento e fichas de acolhimento com classificação de risco dos pacientes atendidos no Pronto-Socorro e submetidos ao Acolhimento com Classificação de Risco, conforme protocolo proposto pelo PNH/MS⁷.

Foi elaborado um instrumento para coleta de dados secundários contemplando cinco variáveis categóricas: faixa etária, sexo, classificação de risco, característica do atendimento e motivo da consulta. O instrumento para coletar estas variáveis foi elaborado pela autora e validado após a aplicação em um estudo-piloto.

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) foi realizado de acordo com o protocolo do MS. Os pacientes foram classificados em quatro cores de acordo com o grau de gravidade: vermelho (alto risco de morte, atendimento imediato), amarelo (risco iminente de morte, tempo de espera de até 30 minutos), verde (pacientes em condições agudas sem risco iminente de morte) e azul (pacientes com queixas leves ou doenças crônicas sem risco de morte)⁷.

A característica do atendimento foi analisada, identificando o encaminhamento do paciente após consulta médica. Foram também consideradas as seguintes categorias: internação hospitalar, observação, transferência fora de domicílio (TFD), referência à Unidade Básica de Saúde (UBS), atendimento médico seguido de alta, evasão e óbito.

A identificação do motivo de consulta foi embasada nos critérios da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), que tem por base uma estrutura simples distribuída em capítulos e componentes¹⁰. O motivo da consulta foi registrado com base no ponto de vista do paciente ou do acompanhante (mãe de uma criança ou familiar que acompanha um paciente inconsciente) e totalmente baseado na descrição dada por ele e inserida no campo queixa principal da ficha de classificação de risco.

Inicialmente, os dados foram armazenados em um banco de dados do *EpiData* 3.1, um programa usado para armazenamento de dados em estudos epidemiológicos e análises estatísticas¹¹. Em seguida, eles foram incluídos e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 18.0 *for Windows*, mediante uma dupla digitação. Para a análise dos dados, foi realizada a estatística descritiva. Como as variáveis quantitativas

contínuas seguiam a distribuição normal, foi realizada análise de média e desvio padrão. Percentual e frequência foram analisados para as variáveis categóricas. Foi realizado teste qui-quadrado para comparar variáveis categóricas e considerou-se o p -valor $< 0,05$ como estatisticamente significativo.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA) e obteve aprovação sob o parecer nº 735.834.

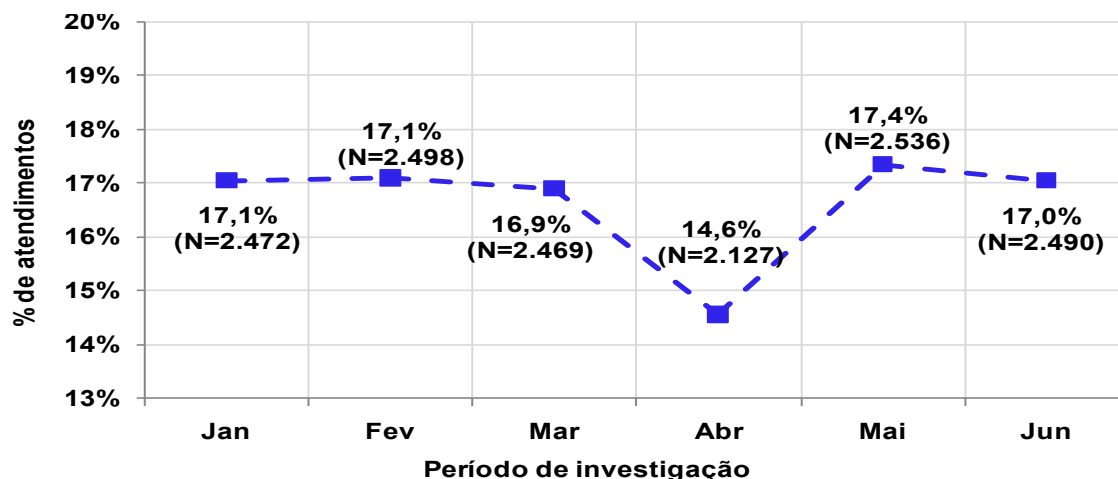
RESULTADOS |

Os resultados apresentados referem-se aos dados totais de atendimentos, de 14.612 casos no período da coleta, estimando, aproximadamente, uma média mensal de 2435 (± 153) atendimentos. Quanto à distribuição percentual dos atendimentos mês a mês, apresentaram a proporção de 14,6% ($n=2.127$) no mês de abril, alcançando o máximo de 17,4% ($n=2.536$) no mês de maio (Figura 1).

Nenhuma das fichas apresentou variáveis incompletas, mas ilegitimidade. Nesses casos, a pesquisadora realizou contato com os responsáveis pelo preenchimento, pessoalmente, após acompanhamento das escalas profissionais disponibilizadas pela Direção Técnica do Hospital. Após informar a autorização da Secretaria de Saúde para realização da pesquisa e esclarecer sobre o objetivo e sigilo das informações em termos da preservação da identidade profissional, eram certificados os registros para armazenamento das informações no banco de dados.

Na avaliação do total de atendimentos, em relação à faixa etária e ao sexo, predominaram as idades de 20 a 39 anos, com média de 778,3 atendimentos (DP = 58,5), correspondendo a 32,0% ($n=4.670$), seguida da faixa de 40 a 59 anos, com média de 464,0 (DP= 55,3) e percentual de 19,1% ($n=2.784$). As idades inferiores a 1 ano apresentaram média mensal de atendimentos de 105,8 (DP=17,8), correspondendo a 4,3% ($n=635$). Aquelas idades de 7 a 12 anos representaram média de 158,7 atendimentos (DP= 32,7), sendo seu percentual de 6,5% ($n=952$). Considerando os atendimentos segundo o sexo, a proporção de casos do sexo feminino, 56,4% ($n=8.244$), mostrou-se ligeiramente mais elevada que a do masculino, 43,6% ($n=6.368$), diferença que não se mostrou significativa ($p=0,426$). Do total de atendimentos

Figura 1 - Distribuição relativa do total de atendimentos por mês no 1º semestre



realizados em pessoas do sexo feminino, 90,3% (n=7447) foram considerados não urgentes, enquanto no sexo masculino os não urgentes corresponderam a 85,39% (n=5434). Comparando as duas proporções apresentadas, verificou-se que a diferença de 5,0% entre os sexos, neste tipo de atendimento, não se mostrou significativa neste estudo (p=0,573). Os atendimentos não urgentes não foram associados estatisticamente ao sexo.

Ainda quanto à distribuição dos atendimentos em relação à faixa etária, verificou-se que a média mensal de atendimentos mais elevada alcançou 778,0 (±58,3)

atendimentos na faixa etária de 20 a 39 anos, e a média mínima foi de 105,8 (±17,8) atendimentos no grupo com menos de 1 ano (Tabela 1).

No que se refere à classificação de risco, a maior ocorrência de atendimentos se concentrou no risco verde, 66,8% (n=9.760). Para o risco azul, os atendimentos representaram 21,4% (n=3121). O risco vermelho foi de menor expressão: 1,0% (n=139).

Sobre o número médio mensal de atendimentos, observou-se que a estimativa mais elevada foi para o risco verde,

Tabela 1 - Média e desvio padrão para o número de atendimentos mensais e distribuição absoluta e relativa para os atendimentos por faixa etária

Faixa etária (anos)	Atendimentos – 1º semestre			
	Mensal		Total	
	Média	Desvio padrão	N	%
< 1	105,8	17,8	635	4,3
1 a 6	329,8	72,0	1979	13,5
7 a 12	158,7	32,7	952	6,5
13 a 19	299,7	34,4	1798	12,3
20 a 39	778,3	58,5	4670	32,0
40 a 59	464,0	55,3	2784	19,1
60 e mais	299,0	15,6	1794	12,3
TOTAL	2435,3	152,6	14612	100,00

em que a média foi de 1.626,7 ($\pm 148,8$) ao mês, seguido do risco azul, com uma média de atendimentos de 520,2 ($\pm 70,6$) casos.

Na avaliação dos atendimentos por faixa etária em relação à classificação de risco, verificou-se que, independentemente da faixa etária, predominou a classificação verde. Houve variação de 48,0% (n=305) no grupo com menos de 1 ano a 71,8% (n=908) no grupo com idades de 20 a 39 anos (Tabela 2).

No que se refere à distribuição do sexo segundo a classificação de risco, verificou-se que tanto no sexo feminino quanto no masculino prevaleceu o risco verde, com percentuais de 70,3% (n=5.797) e 52,2% (n=3.963), respectivamente (Tabela 3).

Considerando a característica do atendimento relacionada ao seguimento do paciente após consulta médica, observou-se que, 67,3% (n=9.840) se relacionavam aos atendimentos seguidos de alta hospitalar, 19,0% (n=2.776) foram direcionados para observação, 5,4% (n=786) foram indicados à internação hospitalar e apenas 2,2% (n=315) foram referenciados à Unidades Básicas de Saúde.

Quanto à média de atendimento mensal, foi de 1.640,0 ($\pm 154,4$) para atendimentos seguidos de alta. Para o seguimento observação, a média de atendimento mensal para o primeiro semestre foi de 462,7 ($\pm 32,1$) pacientes (Tabela 4).

Tabela 2 - Distribuição absoluta e relativa para os atendimentos por faixa etária segundo a classificação de risco

Faixa etária (anos)	Classificação de risco – 1º semestre*					
	Azul		Verde		Amarelo/vermelho	
	N	%	N	%	N	%
< 1	274	43,1	305	48,0	56	8,8
1 a 6	573	29,0	1162	58,7	244	12,3
7 a 12	238	25,0	622	65,3	92	9,7
13 a 19	362	20,1	1279	71,1	157	8,7
20 a 39	908	19,4	3352	71,8	410	8,8
40 a 59	599	21,5	1823	65,5	362	13,0
60 e mais	167	9,3	1217	67,8	410	22,9
TOTAL	3121	21,4	9760	66,8	1731	11,8

*Percentuais obtidos com base no total de cada faixa etária.

Tabela 3 - Distribuição absoluta e relativa para os atendimentos por sexo segundo a classificação de risco

Classificação de risco	Atendimentos por sexo – 1º semestre			
	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Azul	1650	20,0	1471	23,1
Verde	5797	70,3	3963	62,2
Amarelo	731	8,9	861	13,5
Vermelho	66	0,8	73	1,1
TOTAL	8244	56,4	6368	43,6

Tabela 4 - Média e desvio padrão para o número de atendimentos mensais e distribuição absoluta e relativa para os atendimentos por seguimento

Seguimento	Atendimentos – 1º semestre			
	Mensal		Total	
	Média	Desvio padrão	N	%
Internação hospitalar	131,0	11,7	786	5,38
Observação	462,7	32,1	2776	19,00
Transferência Fora de Domicílio	66,2	14,8	397	2,72
Referência Unidade Básica de Saúde	52,5	22,2	315	2,16
Atendimento seguido de alta	1640,0	154,4	9840	67,34
Óbito	1,0	1,3	6	0,04
Evasão	82,0	16,7	492	3,37
TOTAL	2435,3	152,6	14612	100,00

Para todos os pacientes, foram analisados os motivos da consulta e verificou-se que os principais problemas estão relacionados ao sistema endócrino, metabólico e nutricional, correspondendo a 17,7% daqueles identificados, seguidos de problemas do aparelho respiratório (16,3%), do aparelho digestivo (14,3%) e do aparelho circulatório (9,9%).

DISCUSSÃO |

Os resultados mostraram que 88,2 % dos atendimentos foram realizados em pacientes não urgentes. Esse percentual encontra-se entre os maiores registrados no Brasil, pois estudos demonstram que a frequência desses pacientes em locais de assistência à urgência e emergência pode variar entre 5% e 90%. Em sua maioria, as taxas são em torno de 40%¹². Esses dados são confirmados por outros trabalhos realizados em várias regiões do País^{13,14,15,16,17}.

No âmbito internacional, em revisão sistemática de 31 estudos realizados em vários países, foi constatado que a prevalência do uso inadequado dos serviços de emergências apresentou variação de 20% a 40%. Estudo comparativo realizado em Nova Iorque, nos Estados Unidos, entre os anos de 1994 e 1998, identificou 75% dos atendimentos realizados nos setores de emergência dos hospitais como referentes a atendimentos não urgentes ou de condições sensíveis a APS¹⁴.

Os pacientes classificados como não urgentes fazem parte do grupo de demanda prevista para os serviços de APS. Por esse motivo, a possibilidade de a APS não estar atendendo essa demanda de pacientes é uma hipótese de explicação para a alta frequência (88,2%) encontrada no presente estudo. Essa hipótese do não atendimento da demanda pela atenção básica talvez esteja relacionada à dificuldade de acesso da população às unidades básicas. Estudo realizado em 2006 identificou a região norte apresentando 45% menos chance de acesso aos serviços de saúde pela população do que a região sul do País, em todos os níveis de atenção¹⁸.

Esses atendimentos, contrários ao fluxo proposto pela rede de atenção à urgência e à emergência, elevam o custo no setor de saúde, diminuem a oferta disponível para situações emergenciais, influenciam negativamente a qualidade do atendimento e, principalmente, ocasionam prejuízo à saúde do próprio indivíduo, uma vez que o cuidado não é realizado de forma integral¹².

Consequentemente, chama a atenção o fato de que apenas 1% dos atendimentos se referem a situações emergenciais. Esse achado é confirmado por outra pesquisa realizada em 2009, em um Hospital Municipal, que descreveu a classificação vermelha como a de menor predomínio, com apenas 0,8%, dos atendimentos¹⁵.

Essa realidade encontrada nos serviços de emergência apresenta repercussões negativas aos atendimentos de maior gravidade, porque ocasiona uma grande dispersão

da atenção da equipe. Essa realidade é resultado da baixa concentração de recursos humanos e tecnológicos nos serviços de nível primário e maior facilidade de acesso ao serviço de urgência, uma vez que as unidades hospitalares funcionam 24h, tornando-os resolutivos e de maior acesso¹³.

A faixa etária de adultos jovens, de 20 a 59 anos, representou 51,1% dos atendimentos, o que é similar ao resultado de uma pesquisa realizada no ano de 2010 que observou o predomínio de 63,0% de atendimentos na mesma faixa etária¹³. Esse percentual está muito abaixo daquele de outro estudo cuja predominância de atendimentos realizados em adultos jovens é de 75,5%¹⁹. Ressalta-se que essa faixa etária é considerada como fator associado à procura inadequada pelos serviços de saúde¹⁹.

A ausência de diferença significativa entre os sexos observada neste estudo é coincidente com os resultados de um estudo realizado em Porto Alegre (RS) e de outro em Divinópolis (MG)^{12,20}.

A pesquisa ainda possibilitou identificar a consulta médica seguida de alta como característica predominante no seguimento dos pacientes atendidos no pronto-socorro do hospital regional. Outros estudos nacionais corroboram essa predominância^{13,17}. Esse achado é compreensível, uma vez que mais de 80% dos atendimentos foram realizados em pacientes não urgentes, ou seja, que não precisavam necessariamente receber atendimento hospitalar.

Em estudo realizado em 2002, os autores afirmam que o desfecho do atendimento clínico apresenta associação significativa com a classificação de risco, uma vez que, quase sempre, os casos classificados como azul recebem alta hospitalar após o atendimento médico. Descrevem ainda que a alta hospitalar após atendimento médico corresponde a 68,7% dos seguimentos¹³.

Este estudo identificou também problemas relacionados ao sistema endócrino, metabólico e nutricional, ao aparelho respiratório, ao aparelho digestivo e ao aparelho circulatório como os motivos de consulta mais frequentes na emergência do hospital regional, sendo de maior predominância os problemas relacionados ao sistema endócrino, metabólico e nutricional. O número de indivíduos com diabetes, considerada uma das mais frequentes doenças endócrino-metabólicas, atualmente é estimado em 35 milhões e projetado para 64 milhões em

2025, nas Américas. Nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, o aumento será observado em todas as faixas etárias, duplicando na faixa etária de adultos jovens²¹. Estudos demonstram declínios nas doenças respiratórias e cardiovasculares crônicas em associação com o sucesso das políticas de saúde voltadas para a diminuição do tabagismo. No entanto, hábitos nutricionais desfavoráveis estão associados à prevalência de diabetes, que está crescendo em paralelo com o sobrepeso²².

Chama a atenção o fato de que, mesmo se tratando de atendimentos, em sua maioria, à população jovem, percebe-se prevalência de problemas endócrinos e cardiovasculares, o que evidencia fatores de risco e carga de doenças crônicas e degenerativas. A exposição a fatores de risco comportamentais, como tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo, que frequentemente se inicia na adolescência e se consolida na vida adulta, explica essa realidade. Esse achado evidencia um sério problema de saúde pública, uma vez que pressupõe uma população adulta e idosa com maior incidência de morbimortalidade²³. Sabe-se que a dinâmica dos serviços de emergência não permite ações de prevenção. Dessa forma, fica evidente a inadequação dos serviços de emergência para pacientes caracterizados como não urgentes.

Uma limitação da pesquisa foi a utilização de dados secundários devido à dificuldade de compreensão dos registros. No entanto, não houve perda de dados porque a autora encontrou possibilidade de captar as informações corretas com os profissionais responsáveis por esses registros. Note-se que se trata de dados atuais, a instituição é de apenas 61 leitos e situa-se em um município com menos de 30 mil habitantes.

Concluindo, os resultados mostram que a média mensal de atendimentos no Hospital Regional de Guarai, no primeiro semestre de 2014, apresentou uma amplitude de 2.282 a 2.588 atendimentos, com maior predominância de adultos jovens e de pacientes não urgentes com elevado número de encaminhamentos para acompanhamento no nível ambulatorial. Os principais motivos de consulta foram problemas endócrinos, metabólicos e nutricionais.

Considerando a existência de diretrizes já propostas nas portarias que instituem as Redes de Atenção à Saúde (RAS), em especial a Rede de Atenção a Urgências e Emergências, e o fato de a região não contar com Unidade de Pronto Atendimento (UPA), recomenda-se articulação entre os

gestores do serviço hospitalar (pronto-socorro) e gestores das Unidades Básicas de Saúde para, estrategicamente, buscarmos a inversão desse fluxo, uma vez que a “porta de entrada” deve ser iniciada na APS e somente os casos de maior complexidade devem ser referenciados ao hospital.

Identificou-se, finalmente, a dificuldade de referenciamento de pacientes não urgentes às Unidades Básicas de Saúde, o que demonstra a fragmentação da atenção à saúde. Nesses sistemas desarticulados, a APS não pode exercer seu papel de centro de comunicação e coordenação do cuidado, uma vez que não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde. Neste caso, pode-se considerar a não existência de uma rede de atenção²⁴.

A qualidade e efetividade do atendimento prestado à população estão diretamente relacionadas a uma RAS organizada de forma a superar a fragmentação da atenção e garantir que os indivíduos recebam atenção integral à saúde e tenham acesso ao serviço de saúde adequado para as suas necessidades. É necessária também a migração de uma abordagem isolada do serviço de saúde para uma abordagem integral e articulada, garantindo a integralidade da assistência à saúde nos diferentes níveis de complexidade.

REFERÊNCIAS |

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Ribeiro RM, Cesarino CB, Ribeiro RCHM, Rodrigues CC, Bertolin DC, Pinto MH, et al. Caracterização do perfil das emergências clínicas no pronto-atendimento de um hospital de ensino [Internet]. *Rev Min Enferm*. 2014 [acesso em 11 mar 2016]; 18(3):533-8. Disponível em: URL: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/944>>.
3. Oliveira GN, Silva MF, Araujo IEM, Carvalho Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada [Internet]. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2011 [acesso em 15 nov 2013]; 9(3):548-56. Disponível em: URL: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4374/5665>>.
4. Rehem, TCMSB, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo [Internet]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 [acesso em 22 out 2014]; 16(12):4759-66. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/24.pdf>>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [internet]. *Diário Oficial da União: Brasília*; 29 mar 2006 [acesso em 20 out 2013]. Seção 1. Disponível em: URL: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html>.
7. Brasil. Ministério da saúde. 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: Ministério da saúde; 2009.
8. Albino RM, Grosseman S, Riggenbach V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade [internet]. *Arq Catarin Med*. 2007 [acesso em 25 out 2014]; 36(4):70-5. Disponível em: URL: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/523.pdf>>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geográfica e Estatística (IBGE). Censo 2010.
10. Organização Mundial de Médicos de Família. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2). 2. ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009.
11. Lauritsen JM, Bruus M, Myatt MA. Programa para criar banco de dados [internet]. *Epi Data Association. Odense Denmark*; 2002 [acesso em 03 jul 2014]. Disponível em: URL: <http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/preventivapesquisa_2_Apostila_Epidata.pdf>.
12. Kraemer FZ. Usuários não urgentes em emergência: qualidade de vida e problemas psiquiátricos. Dissertação [Mestrado em Epidemiologia] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
13. Feijó VBER. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: análise da demanda atendida no Pronto Socorro de um hospital escola. Dissertação [Mestrado em Saúde

Coletiva]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2010.

14. Carret MLV, Fassa AG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(1):7-28.

15. Souza CC. Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

16. Costa JSD, Buttenbender DC, Hoefel AL, Souza LL. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil [internet]. *Cad Saúde Pública*. 2010 [acesso em 23 out 2014]; 26(2):358-64. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/14.pdf>>.

17. Oliveira GN, Silva MFN, Araújo IEM, Carvalho FMA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada [internet]. *Rev Latino-Am. Enferm*. 2011 [acesso em 11 out 2014]. 19(3):548-56. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14>.

18. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003 [internet]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006 [acesso em 11 out 2014]; 11(4):975-86. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000400019&script=sci_arttext>.

19. Carret MLV, Fassa AG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(1):7-28.

20. Diniz AS, Silva AP, Souza CC, Chianca TCM. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester [internet]. *Rev Eletr Enf*. 2014 [acesso em 11 out 2014]. 16(2):302-20. Disponível em: URL: <http://deploy.extras.ufg.br/projetos/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a06.pdf>.

21. Gabriel OS, Júlia DB, Gláucia MMO, Carlos HK, Nelson ASS. Evolução de indicadores socioeconômicos

e da mortalidade cardiovascular em três estados do Brasil [internet]. *Arq Bras Cardiol*. 2013 [acesso em 16 out 2014]; 100(2):147-56. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt>.

22. Schmidt MIS, Duncan BB, Silva GA, Ana MM, Carlos AM, BarretoSM, et.al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Public Health-Global Health* [internet]. 2010 [acesso em 22 out 2014]. 377(9781):1949-61. Disponível em: URL: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/fulltext#article_upsell)>.

23. Barreto SM, Passos VMA, Giatti L. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil [internet]. *Rev Saúde Pública* 2009 [acesso em 25 out 2014]. 43(sup 2):9-17. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao799.pdf>>.

24. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [internet]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 [acesso em 25 out 2014]. 15(5):2297-2305. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>.

Correspondência para/ Reprint request to:

Camila Ferreira Cruz Coelho

Av. JK, 2541, Setor Universitário,

Guaraí/TO, Brasil

CEP: 77700-000

Tel.: (63) 3464-1289

E-mail: camila.coelho@faculdadeguarai.com.br

Submetido em: 14/12/2015

Aceito em: 28/042016