

Adriana Esteves Rabello¹
Rita de Cássia Duarte Lima¹
Ana Claudia Pinheiro Garcia¹
Carlos Eduardo Andrade Fioroti¹
Maria Angélica Carvalho Andrade¹

Acknowledgement of risk and risk rating: opportunities and challenges for the accessibility of an emergency service

ABSTRACT | Introduction: *The Acknowledgement of Risk and Risk Rating can be considered decisive interventions in the reorganization and guarantee of health care access in the context of the Emergency Health Care Network organization and inserted in the National Humanization Policy. Objective: Analysis of the Acknowledgement of Risk and Risk Rating device through the demand and use of the services by users in need of health care in an Emergency State Hospital in the state of Espírito Santo. Methods: It is a descriptive, retrospective study with a quantitative approach. Secondary data, coming from the health care management system were used throughout the period from April 2015 to April 2016. Acknowledgement of Risk and Risk Rating of the unit uses the Manchester Protocol. Results: The results showed that most users admitted to hospital were classified as low risk and self-referral. There were also a high number of users returning in the health care unit and the use of flowcharts not included in the adopted protocol, suggesting an underestimate of the presented data. Conclusion: The conclusion of the study was that the flowcharts and reasons for treatment need to suit the Manchester Protocol, in addition to increase and qualify the professionals in charge of the classification. The data related to the users returning to the health care unit and their low complexity profile show that the organization and integration of the services, which are extremely important for the operation of the Emergency Health Care Network, need to be reflected upon.*

Keywords | Acknowledgement; Primary Health Care; Health Services; Health Services Needs and Demands; Emergency Medical Services.

| Acolhimento e a Classificação de Risco: possibilidades e desafios para a acessibilidade em um serviço de urgência

RESUMO | Introdução: No contexto de organização da Rede de Atenção às Urgências e inserido na Política Nacional de Humanização, o Acolhimento e Classificação de Risco pode ser considerado como uma intervenção decisiva na reorganização e garantia da acessibilidade aos serviços de saúde. **Objetivo:** Analisar o dispositivo Acolhimento e Classificação de Risco, por meio da demanda e utilização de serviços pelos usuários que procuraram por assistência em um serviço estadual hospitalar de urgência no Espírito Santo. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa. Foram utilizados dados secundários relativos ao período de abril de 2015 a abril de 2016, provenientes do sistema de gestão de saúde utilizado no serviço. O Acolhimento e Classificação de Risco da unidade utiliza o Protocolo de Manchester. **Resultados:** Os resultados mostraram que a maioria dos usuários acolhidos foi classificada como baixo risco, além de procurar a unidade hospitalar por demanda espontânea. Também se verificou um alto número de retornos de usuários na unidade e a utilização de fluxogramas fora do padrão do protocolo adotado, sugerindo uma subestimação dos dados apresentados. **Conclusão:** Concluiu-se que há necessidade de adequação dos fluxogramas e motivos de atendimento segundo o Protocolo de Manchester, além do incremento e capacitação dos profissionais lotados na classificação. Os dados relativos aos retornos e o perfil de baixa complexidade atendido na unidade suscitam uma reflexão acerca da organização e integração dos serviços, fundamentais para a concretização da Rede de Atenção às Urgências.

Palavras-chave | Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Serviços Médicos de Emergência.

¹Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, criaram-se as condições para a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nas diretrizes da universalidade do acesso, da equidade do cuidado, da integralidade das ações e da participação social¹. Nessas quase três décadas de criação do SUS, a experiência cotidiana do atendimento ao público nos serviços de saúde e os resultados de pesquisas de avaliação têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro, indicando a necessidade de novas propostas de atuação².

No SUS, o tema mais discutido e objeto de maior contingente de críticas talvez seja o atendimento de urgência e emergência (UE)³, que vem se apresentando como uma agenda fundamental e prioritária para os três entes federativos, tendo em vista a amplitude dos problemas nessa área e a necessidade de intervenção para um melhor atendimento ao usuário⁴.

O gargalo das portas de entrada das urgências e emergências no SUS, com prontos-socorros superlotados e com o sofrimento das pessoas em filas e corredores explica-se, dentre outras causas, pela insuficiência de resposta da Atenção Básica (AB) e pelos processos de trabalho fragmentados e sem classificação de risco³. O hospital, segundo Jorge *et al.*⁴, trabalha isoladamente e de forma desarticulada em relação aos outros pontos de atenção da rede, apresentando uma complexidade e muitos aspectos difíceis de serem alterados. Nesse contexto, as unidades hospitalares de UE, de acordo com Estellita-Lins⁵, “compõem um lócus privilegiado para o questionamento de uma lógica assistencial do SUS que pretende ser pautada na integralidade”.

Numa porta de entrada de UE, é essencial que se garanta a disponibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde, estabelecendo mecanismos de integração e articulação com a rede de cuidados⁶. Dentre as estratégias para qualificar e ampliar a atenção hospitalar, destaca-se a implantação do Acolhimento com o Protocolo de Classificação de Risco (ACR) nas portas de entrada⁴.

O ACR ganha o discurso oficial do Ministério da Saúde (MS)⁶, configurando-se como diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização (PNH)⁷. Apesar de não ter como objeto exclusivo as portas de UE, para Brasil⁸,

o ACR é uma tecnologia que tem por finalidade tornar a organização e produção do cuidado mais efetivos e eficazes, diminuindo o tempo de espera nas filas, reduzindo danos e aliviando a dor e o sofrimento de usuários e familiares.

Diante desse cenário de superlotação nos serviços de urgência e emergência e no contexto de implementação do ACR como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e garantia da acessibilidade aos serviços de saúde, este estudo tem como objetivo analisar o ACR por meio da demanda e utilização de serviços pelos usuários que procuram por assistência em um serviço hospitalar de urgência estadual no Espírito Santo (ES).

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado em maio de 2016, a partir da análise de dados dos relatórios enviados pela Empresa Organização para Desenvolvimento Social e Cidadania (ORDESC) à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), num período de 12 meses, compreendido entre 15 de abril de 2015 e 20 de abril de 2016. Ressalta-se que a ORDESC é uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) que, por meio de parcerias e contratos com entes públicos do estado, atua nas Unidades de Saúde no setor de ACR. No caso do ES, o termo de parceria foi assinado no ano de 2009.

Os dados contidos nos relatórios são reunidos a partir do Sistema SoulMV e do Sistema MV, sistemas de gestão interligados, utilizados pelas enfermeiras do setor de ACR do hospital e pelos profissionais de saúde do hospital, respectivamente. O SoulMV é um sistema gerencial que incorpora a classificação de risco, organizando o fluxo da demanda, com a padronização dos atendimentos e priorização de acordo com a gravidade. Os sistemas de gestão hospitalar reúnem informações facilitadoras do fluxo de dados entre os setores e integram todos os processos hospitalares, gerenciando informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas. Com base no programa é possível verificar a classificação de risco, o tempo de espera e a especialidade demandada.

O protocolo utilizado para a classificação de risco é o de Manchester, criado em 1994 pelo Grupo de Triagem de Manchester. Nesse protocolo, a classificação de risco avalia

as prioridades de atendimento, em cinco níveis e cinco cores⁹.

A cor Vermelha indica prioridade máxima, em que não há tempo de espera permitido, pois há risco de morte. A cor Laranja indica prioridade “muito urgente”, com necessidade de atendimento de 10 minutos no máximo. A cor Amarela é considerada urgente, com tempo máximo de espera de 60 minutos. A cor Verde é considerada como um risco pouco urgente, com atendimento médico realizado em, no máximo, 120 minutos. Já a cor Azul denota um quadro não urgente, com atendimento médico realizado em até 240 minutos ou encaminhamento para outro serviço de saúde. A cor Branca, de acordo com o protocolo, representa situações consideradas não compatíveis com o serviço, por exemplo, retornos técnicos programados e troca de receitas. Ressalta-se que o Protocolo de Manchester possui 52 fluxogramas os quais devem ser utilizados para se fazer a correta classificação de risco dos usuários, a partir de sinais e sintomas apresentados⁹.

O cenário de pesquisa foi um hospital estadual de grande porte, sendo um dos serviços de referência terciária em atendimento de trauma e emergência nas especialidades de Clínica Médica, Ortopedia, Cirurgia Geral, Torácica, Vascular, Urológica, Neurocirurgia, Buco-Maxilo-Facial, Oftalmologia e Otorrinolaringologia. O Hospital atende exclusivamente usuários pelo SUS, originados de todo o estado do ES, que necessitam de atendimento especializado.

Essa unidade hospitalar possui sala específica para o ACR, que se localiza na recepção do hospital. A Classificação é realizada por dois enfermeiros e os sinais vitais dos usuários são obtidos pelos técnicos de enfermagem do local. O usuário, ao procurar esse hospital de urgência, obtém uma senha eletrônica e aguarda o chamado para o acolhimento. Já na sala do ACR, o enfermeiro escuta as queixas apresentadas pelo usuário, que é então classificado de acordo com o Protocolo de Manchester. O usuário que será atendido na unidade é então encaminhado para aguardar na recepção o atendimento com os profissionais médicos, de acordo com a especialidade.

No caso de não atendimento, o enfermeiro orienta o usuário a procurar o serviço de referência para aquela demanda, sendo acolhido pelo Serviço Social para o devido encaminhamento. Caso a entrada no serviço seja feita mediante encaminhamento de outra unidade, e a unidade hospitalar estudada não seja a referência para o quadro

apresentado, o usuário é orientado a retornar ao serviço de origem.

Destaca-se que no estado do Espírito Santo, local desta pesquisa, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) começou sua implementação em 2008, resultando em definição e pactuação dos pontos de atenção, inicialmente redesenhando a Rede na Região Metropolitana.

É importante ressaltar que o ES, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), divide-se em quatro regiões de saúde¹⁰ e possui 3.929.911 habitantes¹¹. Com relação ao número de habitantes por região de saúde, a Norte compreende 14 municípios e uma população estimada de 425.796 habitantes (10,83%). A Central é composta por 18 municípios e apresenta uma população estimada de 642.611 habitantes (16,35%), enquanto a Metropolitana, com 20 municípios, possui 2.180.633 habitantes (55,49%). A Sul contém 26 municípios e apresenta uma estimativa de 680.871 habitantes, correspondendo a 17,33% do total de habitantes do ES¹⁰.

O ACR foi implementado nas unidades estaduais de UE no ano de 2009, por meio de capacitação realizada pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco¹². Em 2012, o “Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências na região metropolitana” foi elaborado e aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com objetivo de ampliar e organizar o acesso humanizado e integral, com integração de todos os seus componentes. De acordo com o documento, uma das metas para o quadriênio (2012-2015) em relação às Urgências no Estado era a implantação da RUE em todas as regiões de saúde. Nesse plano, as unidades de Pronto Atendimento foram responsabilizadas pelos atendimentos dos usuários classificados como verde e amarelo (pouco urgente e urgente), e a Atenção Básica ficou responsável pelos atendimentos dos usuários classificados como verde e azul¹³.

A análise dos dados foi realizada por meio de análises estatísticas descritivas, com cálculo de frequências absolutas e relativas, utilizando o *software Microsoft Excel*, versão 2013.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Veiga de Almeida e aprovado sob o parecer nº 876.415, em 18/11/2014, e autorizado pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo.

RESULTADOS |

O censo estudado foi composto por 57.902 usuários com idade média de 44,31 anos, sendo 5.086 usuários menores de 20 anos (8,9%), 10.135 (17,7%) com idade entre 20 e 29 anos, e 11.217 (19,6%) com idade entre 30 e 39 anos. Da população adulta de usuários atendidos, 54% dos usuários tinham entre 20 e 49 anos (30.846 usuários), enquanto 37% tinham 50 anos ou mais (21.160 usuários).

Quanto aos horários de atendimento, destaca-se que a maioria dos atendimentos (69,6%) foi realizada nos períodos da manhã e da tarde, correspondendo a 40,8% e 28,8% dos atendimentos, respectivamente, enquanto 24,1% dos atendimentos foram realizados no período da noite, e 6,3% no período da madrugada.

De acordo com os dados analisados, foram utilizados 30 fluxogramas do protocolo. Entre os 49.337 motivos de atendimento, destacam-se o fluxograma “problema em extremidades”, correspondendo a 17,16% dos motivos de atendimento descritos, seguido pelo fluxograma “queda”, que correspondeu a 5.266 atendimentos (10,67%). O fluxograma “corpo estranho” foi utilizado em 3.229 classificações, correspondendo a 6,54% do total, enquanto o fluxograma “problema nos olhos” foi utilizado para 2.112 usuários classificados, correspondendo a 4,28% dos motivos de atendimento descritos.

Ressaltam-se os motivos de atendimento que não fazem parte dos fluxogramas existentes no protocolo, que, somados, corresponderam a 36,96% dos atendimentos, totalizando 18.233 motivos de atendimento. Entre eles, as consultas de retorno para as especialidades médicas totalizaram 11.122 atendimentos (22,54%). Na especialidade de Ortopedia, foram registrados 5.942 atendimentos de retorno, enquanto na de cirurgia vascular foram descritos 2.032 retornos ao serviço. Outros motivos que não compõem o protocolo também se destacam, como “a pedido médico”, “motivo não declarado” e “outros”, correspondendo a 4,08% dos motivos de atendimento inseridos no sistema (Tabela 1).

Com base nos dados revelados pelos relatórios da ORDESC, no período de abril de 2015 a abril de 2016, foram analisados os dados de 53.621 (100%) usuários acolhidos e classificados no Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco do hospital. Segundo os critérios propostos pela classificação de risco de Manchester, foi

possível classificar 424 (0,79%) atendimentos como casos de emergência.

Os atendimentos classificados como muito urgentes e urgentes representaram 3.985 (7,43%) e 14.683 (27,38%), respectivamente, totalizando 34,81% dos atendimentos realizados. Já os classificados como pouco urgentes corresponderam a 22.319 (41,62%) do total de usuários acolhidos, enquanto os não urgentes totalizaram 949 acolhimentos (1,77%), e os atendimentos identificados como situações consideradas não compatíveis com o serviço corresponderam a 11.261 (21%) dos acolhimentos no ano estudado.

Importante ressaltar que os atendimentos classificados como “Verde”, “Azul” e “Branco”, corresponderam a 33.045 (64,39%) do total de usuários acolhidos, enquanto os atendimentos prioritários nas unidades hospitalares de urgência e emergência, classificados como “Vermelho”, “Laranja” e “Amarelo” representaram 19.092 (34,81%) do total de acolhimentos (Tabela 2).

No tocante à origem dos usuários, de acordo com o tipo de serviço de saúde de referência, dos 53.621 usuários acolhidos e classificados, 43.173 (80,52%) procuraram o hospital por demanda espontânea, ao passo que apenas 10.448 (19,48%) foram referenciados a partir de outros serviços. Entre esses usuários, a maioria das referências ao hospital foi realizada por profissionais de unidades de Pronto Atendimento (61,5%), seguida por outros serviços hospitalares, clínicas e centro de especialidades (35,6%), e unidades de saúde da Rede Básica (2,9%).

A partir da origem dos usuários por região de saúde, dos 59.486 atendidos na unidade, 96,4% foram oriundos da região Metropolitana, enquanto apenas 2,97% tiveram sua origem nas outras regiões de saúde. Os usuários oriundos da região Sul corresponderam a 2% (1.232 usuários), enquanto 0,52% (308) eram originários da Região Central, e 0,38% (229) da região Norte. Observou-se que o número de usuários provenientes de fora do estado do Espírito Santo, correspondeu a 0,63% do total, compreendendo 372 atendimentos.

Do total de 56.172 atendimentos de Pronto-Socorro inseridos no sistema, 33,47% (18.803) usuários foram atendidos pela especialidade Ortopedia e Traumatologia, enquanto a especialidade de Neurocirurgia foi responsável por 13.352 atendimentos (23,77%). Os atendimentos

Tabela 1- Distribuição dos atendimentos no hospital, por discriminante do Protocolo de Manchester. Vitória, ES, 2015-2016

Fluxogramas de acordo com o Protocolo de Manchester	n	%
Agressão	1452	2,94%
Alergia	36	0,07%
Alteração do comportamento	139	0,28%
Asma, história de	5	0,01%
Cefaléia	1547	3,14%
Convulsões	894	1,81%
Corpo estranho	3229	6,54%
Desmaio no adulto	64	0,13%
Diabetes, história de	14	0,03%
Diarreia e/ou vômitos	37	0,07%
Dispneia em adultos	68	0,14%
Dor abdominal em adulto	304	0,62%
Dor cervical	232	0,47%
Dor de garganta	106	0,21%
Dor lombar	1385	2,81%
Dor testicular	20	0,04%
Dor torácica	157	0,32%
Feridas	1407	2,85%
Infecções locais e abscessos	216	0,44%
Mal estar em adulto	1684	3,41%
Overdose e envenenamento	5	0,01%
Problemas dentários	4	0,01%
Problemas em extremidades	8467	17,16%
Problemas em face	716	1,45%
Problemas em ouvidos	184	0,37%
Problemas nos olhos	2112	4,28%
Quedas	5266	10,67%
Trauma cranioencefálico	1161	2,35%
Trauma toracoabdominal	193	0,39%
Total	31104	63,04%
Motivos fora do Protocolo de Manchester	n	%
A pedido do médico	90	0,18%
Acidente automobilístico	914	1,85%
Acidente de bicicleta	446	0,90%
Acidente de moto	2439	4,94%
Acidente de trabalho	323	0,65%
Febre	3	0,01%
Motivo não declarado	836	1,69%
Outros	1088	2,21%
Problemas nasais	3	0,01%
Retorno das especialidades	11122	22,54%
Tentativa de suicídio	9	0,02%
Vítima de afogamento	7	0,01%
Vítima de arma branca	108	0,22%
Vítima de arma de fogo	278	0,56%
Vítima de Atropelamento	567	1,15%
Total	18233	36,96%
Total geral	49337	100,00%

Tabela 2 – Classificação de Risco dos usuários acolhidos em uma unidade hospitalar de urgência e emergência. Espírito Santo, Brasil, 2015-2016

Classificação pelo Protocolo de Manchester	Usuários
Vermelho - Emergente	424 (0,79%)
Laranja - Muito urgente	3.985 (7,43%)
Amarelo - Urgente	14.683 (27,38%)
Verde - Pouco Urgente	22.319 (41,62%)
Azul - Não Urgente	949 (1,77%)
Branco - situações incompatíveis	11.261 (21%)
Total	53.621 (100%)

realizados pelas especialidades cirúrgicas (Geral, Vascular, Plástica, Torácica e Urologia) somaram 11.519 (20,51%), enquanto Clínica Geral foi o destino de atendimento de 2.619 usuários (4,66%). A especialidade de Oftalmologia foi responsável por 5.570 atendimentos (9,92%), enquanto 747 usuários (1,33%) foram direcionados para a Otorrinolaringologia. Outro dado a ser destacado é o número de atendimentos realizados pelo serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, responsável por 5,02% dos atendimentos no período estudado.

Dentre os 53.621 usuários acolhidos e classificados, no período estudado, observou-se que 5.274 usuários (9,9%) não tiveram atendimentos médicos nessa unidade hospitalar estudada, sendo encaminhados a outros serviços de saúde pelo Serviço Social do Acolhimento. Com relação ao tipo do serviço de saúde de destino, 3.325 encaminhamentos (63%) foram para as Unidades de Pronto Atendimento, e somente 338 (7,4%) para as unidades básicas de saúde. Observou-se que 1.561 usuários (29,6%) foram encaminhados para outros serviços de saúde, tais como hospitais da região, centros de especialidades municipais e estadual e centros de apoio.

DISCUSSÃO |

A análise realizada sobre a classificação de risco permite afirmar que essa ferramenta foi importante para identificar um pequeno percentual de usuários com risco iminente de morte, reconhecer os usuários com prioridade de atendimento, além da qualificação da urgência, sugerindo a importância do uso desse protocolo para estabelecer a priorização do atendimento, baseada na identificação de riscos de indivíduos^{14,15}.

Alguns autores apontam para limitações do protocolo de classificação de risco, na medida em que o atendimento clínico conduzido de maneira pontual, somente centrado pela gravidade do problema de saúde, faz com que o usuário tenha que exagerar na queixa para ser atendido. Ademais, a percepção do usuário de que o profissional é quem decide por ele – se deve ou não ser atendido pelo médico – gera insatisfação e limita sua autonomia^{14,15}. Além disso, há, por parte dos profissionais, dificuldades na operacionalização do protocolo, seja pela ambiência precária ou pela falta de conhecimento, por parte dos usuários, do funcionamento da classificação¹⁶.

É importante destacar que a simples presença de sintomatologia e a possibilidade de gravidade podem estimular a procura pelo serviço de emergência¹⁷, o que justificaria o resultado encontrado nesta pesquisa, na qual mais de 40% dos usuários com uma demanda “pouco urgente” buscaram essa unidade hospitalar de urgência e emergência para seu atendimento, e isso pode ser explicado pela existência de fatores ligados à facilidade de acesso a esse tipo de serviço de saúde.

Além de parte importante da população ainda buscar atendimento em serviços de Pronto-Socorro (PS), superestimando o papel do hospital na resolução de seus problemas de saúde, a utilização excessiva dos hospitais pela população também pode estar relacionada a outros problemas, tais como as diferentes concepções que os usuários, a população e os profissionais de saúde têm para definir a urgência e emergência, e a baixa resolutividade da Atenção Básica (AB) e dos Pronto Atendimentos (PAs)⁴.

Nesse sentido, o uso dos serviços hospitalares de urgência como porta de entrada prioritária para os usuários evidenciados como “não urgentes” sinaliza um fluxo

inadequado entre os níveis de assistência, invertendo a lógica preconizada de fortalecimento da AB como principal porta de entrada no sistema¹⁸. Nesse contexto, o número de atendimentos nos períodos da manhã e da tarde pode sugerir a preferência dos usuários pelo atendimento na unidade hospitalar, já que, a priori, as unidades da rede básica estariam abertas e deveriam ser o primeiro contato dos usuários, corroborando os achados na literatura¹⁹.

As dificuldades no acesso aos exames e consultas especializadas também trazem impactos para os serviços de urgência, na medida em que eles se constituem como a principal forma de acesso aos serviços de saúde com maior densidade tecnológica e médica, com a consequente superlotação das unidades de emergência²⁴. Nessas circunstâncias, é imperativo assumir que o acesso ao serviço de saúde é um conceito complexo, no qual se considera o grau de ajuste entre usuários e o sistema de saúde, observando-se as dimensões relacionadas à disponibilidade dos serviços, acessibilidade, acolhimento e aceitabilidade²⁰.

O pequeno percentual de usuários (19,48%) referenciados a partir de outros serviços sinaliza para o fato de os serviços hospitalares de urgência e emergência se manterem funcionando com um grande fluxo de demanda espontânea, o que pode culminar com sua superlotação. Esse quantitativo vai ao encontro de outras pesquisas, que confirmam essa tendência, em média de 80% do total de atendimentos, na busca da unidade hospitalar como principal porta de entrada do sistema de saúde¹⁸.

Corroborando esses achados, alguns autores²¹ explicam a demanda espontânea, em parte, pela crença dos usuários na efetivação de suas necessidades por meio de consultas, acesso a exames e outras tecnologias, além do consumo de medicamentos, realização de procedimentos, dentre outros.

É válido destacar que, dentre os usuários referenciados, o fato de a maioria dos encaminhados e acolhidos (61,5%) ter sido referenciada a partir das Unidades de Pronto Atendimento (PAs) pode indicar uma maior procura inicial dos usuários com queixas de baixa complexidade por esses serviços, os quais, juntamente com os prontos-socorros dos hospitais, têm sido considerados importantes portas de entrada para assistência médica por uma boa parcela da população usuária do SUS^{21,22}.

Cabe ressaltar que as unidades de Pronto Atendimento são caracterizadas como estabelecimentos de complexidade

intermediária, compondo uma rede integrada e organizada de atenção às urgências na Rede Básica e na Rede Hospitalar. Pela articulação entre os serviços pertencentes à Rede de Urgências, e mediante ordenação das Centrais de Regulação, devem atender de forma resolutiva os quadros agudos, prestando o primeiro atendimento aos traumas e aos casos cirúrgicos, além de avaliar se há necessidade de encaminhamento a serviços de maior complexidade²³.

Com relação à origem dos usuários, destaca-se que 96,4% eram provenientes da região de saúde Metropolitana e apenas 2,97% tinham origem nas outras regiões de saúde, sendo 2% na região Sul, 0,52% na Central e 0,38% na Norte. Com relação a esse aspecto, é necessário considerar a localização geográfica do hospital em estudo, que se encontra inserido na região de saúde Metropolitana, a qual também apresenta a maior população do estado.

Ao analisar esse aspecto da demanda não urgente, também é importante considerar que o acesso ao serviço de saúde relaciona-se a inúmeros fatores, tais como: a distância entre o domicílio do indivíduo e o serviço de saúde; o tempo gasto e os meios utilizados para o deslocamento; as dificuldades para conseguir o atendimento, traduzidas pela presença de filas, tempo e local de espera; o tratamento que o usuário recebe dos diversos profissionais; a priorização no atendimento de casos urgentes, bem como a possibilidade de agendamento prévio²⁴.

O agendamento prévio, numa unidade hospitalar de UE, suscita uma reflexão sobre a oferta de serviços desarticulada das demandas dos usuários, o que pode contribuir para as iniquidades no acesso e a ineficiência do sistema de saúde serem ampliadas. Nesse contexto, destaca-se o grande número de usuários classificados com a cor “branca”, atribuída àqueles com situações não compatíveis com o serviço de urgência. De acordo com os relatórios analisados, referem-se a consultas de retorno aos especialistas, sugerindo a ausência de um sistema integrado a outros serviços, para onde os usuários sejam acompanhados após o atendimento e alta no serviço de urgência.

Tal fato constata a existência de um hiato entre o planejado e os resultados evidenciados nesta pesquisa. Importante ressaltar que o processo de utilização dos serviços de saúde é definido como a resultante da interação de comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro desse sistema²⁰.

Outro dado a ser considerado são os motivos de atendimento na unidade. Dos 30 fluxogramas utilizados, somente 5,8% corresponderam à queixa de dor, resultado diferente dos obtidos na literatura pesquisada onde a dor é o motivo de atendimento mais utilizado pela classificação^{18,19}. Esse fato pode estar relacionado à característica das unidades estudadas.

Também é importante ressaltar o número elevado de motivos de atendimento descritos que não pertencem ao protocolo de Manchester. Existem algumas queixas que não são classificadas de acordo com os fluxogramas do protocolo. Esses fluxogramas não pertencentes ao Protocolo, resultando nos motivos de atendimento relativos aos acidentes e lesões por armas (além do suicídio), foram adicionados ao sistema por uma demanda estadual de estatísticas dessas situações. Já os motivos de atendimento relacionados às crianças são ausentes, pois o hospital atende essencialmente adultos e jovens.

Entretanto, outros motivos criados não fazem parte das estatísticas estaduais (os descritos como “outros”, “febre”, “motivo não declarado” e “a pedido médico”), sugerindo inconsistências no lançamento dos dados no sistema além de revelar a recorrência das queixas descritas. Alguns autores apontam que essas falhas podem ser resultado da falta de especificidade das queixas existentes no protocolo, ressaltando-se que a determinação dos motivos de atendimento de forma correta é dependente da relação enfermeiro-usuário, como um bom local para a avaliação, além de prévia capacitação dos profissionais em relação ao protocolo, de forma a melhorar sua confiabilidade²⁵.

Os dados relativos às especialidades com maior demanda apontam para uma maior procura pelos serviços de Ortopedia e Traumatologia, Neurocirurgia e especialidades cirúrgicas. Esses dados confirmam o hospital como referência para essas especialidades. Achados semelhantes foram encontrados em outros estudos realizados em hospitais de grande porte²⁶.

Analisando o número de retornos na especialidade de Ortopedia e Traumatologia e os atendimentos realizados, percebe-se que, dentre 18.803 atendimentos, 31,63% foram relativos a consultas de retorno, enquanto no serviço de cirurgia vascular, as consultas de retorno foram responsáveis por 34,7% dos atendimentos, caracterizados na classificação de risco com a cor “branca”.

Para Acosta e Lima²⁷, a procura frequente pelos serviços de urgência sugere obstáculos na utilização da rede de atenção. Em seu estudo, 27% dos usuários retornaram para reavaliação agendada e 73% retornaram de forma espontânea, apontando para aspectos relativos à falta de articulação entre os serviços e a preocupação dos profissionais na manutenção do cuidado. Todavia, a frequência de retornos acaba distorcendo o propósito dos serviços de urgência. Nesse sentido, reconhecer o impacto desses atendimentos torna-se fundamental para reflexão e mudança das práticas de saúde.

CONCLUSÃO |

Este estudo revela que a maior parte dos usuários procura o serviço de urgência como porta de entrada principal dos serviços de saúde, e os acolhimentos realizados pela classificação de risco são, em sua maioria, de baixa complexidade. Ademais, demonstra o grande número de retornos para as especialidades, incompatíveis com o propósito de um serviço de urgência e emergência e sobrecarregando o serviço de ACR. Esses dados relativos aos retornos das especialidades apontam para a necessidade de inserção do tema nas pesquisas em saúde coletiva.

O estudo também identifica que os fluxogramas mais utilizados pelo acolhimento e classificação de risco são aqueles relativos a traumas e acidentes, coerentes com o perfil de atendimento do serviço de urgência estudado. Todavia, a utilização frequente, pelos profissionais de ACR, de fluxogramas não oficiais demonstram a necessidade de adequação do protocolo de classificação de risco utilizado, com a capacitação permanente dos profissionais classificadores e qualificação dos registros lançados no sistema de gestão SoulMV.

No processo de organização da demanda e para a concretização das redes, deve haver articulação de fluxos de encaminhamento dos usuários, de forma complementar a outros serviços, a partir das necessidades reais e conforme pactuação interinstitucional.

Nesse contexto de distorção no fluxo de pacientes na rede de saúde e de sobrecarga de atendimentos nos serviços de urgência e emergência, o acesso deve ser focado como um dos elementos do sistema de saúde relacionado à organização dos serviços, numa perspectiva

de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde. Um importante aspecto a ser considerado na análise desse pequeno fluxo de encaminhamento refere-se à fragilidade da constituição da rede e ao fato de que a falta de atendimento é considerada um dos parâmetros que avalia de forma negativa os serviços de saúde.

A análise demonstrou como a realidade ainda se encontra distante da possibilidade do Acolhimento e Classificação de Risco enquanto estratégia de ampliação do acesso e humanização das relações, revelando obstáculos para que se alcance a resolução das necessidades de saúde de forma integral e contínua.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União 20 set 1990 [acesso em 30 abr 2016]. Disponível em: URL: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.
2. O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. Ciênc Saúde Coletiva. 2009 [acesso em 07 maio 2016]; 14(5):1881-90. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500030>.
3. Magalhães Junior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. Rev Divulg Saúde Debate [Internet]. 2014 [acesso em 28 abr 2016]; (52):15-37. Disponível em: URL: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>.
4. Jorge AO, Coutinho AAP, Cavalcante APS, Fagundes AMS, Pequeno CC, Carmo M, et al. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. Rev Divulg Saúde Debate. 2014 [acesso em 28 abr. 2016]; (52):125-45. Disponível em: URL: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>.
5. Estellita-Lins C. A urgência/emergência como modelo crítico para a integralidade. In: Pinheiro R, Lopes TC, organizadoras. Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2010. p. 67-100.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Mitre SM, Andrade ELG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(8):2071-85.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento de classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
9. Grupo de Triagem de Manchester. Triagem do serviço de urgência. 2. ed. Portugal: BMJ; 2002.
10. Espírito Santo. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. Plano Diretor de Regionalização [Internet]. Vitória: SESA; 2011 [acesso em 26 out 2015]. Disponível em URL: <http://antigo.saude.es.gov.br/Download/PDR_PlanosDiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf>.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2015 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [acesso em 15 maio 2015]. Disponível em: URL: <<http://www.ibge.gov.br>>.
12. Hospital São Lucas adota sistema para otimizar atendimento. Diário Oficial dos Poderes do Estado 2009 ago 6; p. 8.
13. Espírito Santo. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. Plano Estadual de Saúde 2012/2015 [Internet]. Vitória: SESA; 2012 [acesso em 28 mar 2016]. Disponível em: URL: <http://antigo.saude.es.gov.br/Download/Plano_Estadual_de_Saude_2012_2015.pdf>.
14. Pinto Júnior D, Salgado PO, Chianca TCM. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. Rev Latino-Am Enferm. 2012; 20(6):1041-7.

15. Storm-Versloot MN, Ubbink DT, Kappelhof J, Luitse JS. Comparison of an informally structured triage system, the Emergency Severity Index, and the Manchester Triage System to distinguish patient priority in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2011; 18(8):822-9.
16. Araujo YM, Santos CM, Gomes MSM, Silva ATMF, Ferreira LBA. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: limites e possibilidades uma questão para os enfermeiros. *Persp Online: Biol Saúde.* 2014; 15(7):25-49.
17. Giglio-Jacquemot A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
18. Guedes HM, Almeida AGP, Ferreira FO, Vieira Junior G, Chianca TCM. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. *Rev Enferm Ref.* 2014; IV(1):37-44.
19. Tomberg JO, Cantarelli KJ, Guanilo MEE, Pai DD. Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos. *Cienc Cuid Saúde.* 2013; 12(1):80-7.
20. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(Supl. 2):S190-S8.
21. Azevedo DSS, Tibães HBB, Alves AMT. Determinantes da procura direta pela população com acometimentos preveníveis no pronto atendimento. *Rev Enferm UFPE on line [Internet].* 2014 [acesso em 15 maio 2016]; 8(10):3306-13. Disponível em: URL: <<http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10061/1048>>.
22. Gomide MFS, Pinto IC, Gomide DMP, Zacharias FCM. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2012; 45(1):31-8.
23. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n°. 342, de 04 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) 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 [Internet]. Diário Oficial da União 05 mar 2013 [acesso em 14 jul 2016]. Disponível em: URL: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html>.
24. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(1):27-34.
25. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49(1):144-51
26. Becker JB, Lopes MCBT, Pinto MF, Campanharo CRV, Barbosa DA, Batista REA. Triagem no serviço de emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49(5):783-9.
27. Acosta AM, Lima MADS. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. *Rev Latino-Am Enferm.* 2015; 23(2):337-44.

Correspondência para/Reprint request to:

Adriana Esteves Rabello

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,

Centro de Ciências da Saúde,

Universidade Federal do Espírito Santo,

Av. Marechal Campos, 1468,

Maruípe, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29043-900

Tel.: (27) 3335-2572

E-mail: dri.esteves@gmail.com

Recebido em: 30/11/2016

Aceito em: 07/11/2017