



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Brasil

Biazon El Reda Feijó, Vivian; Cordoni Junior, Luiz; Kazue Tanno de Souza, Regina;  
Oliveira Dias, Alexsandro

Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco

Saúde em Debate, vol. 39, núm. 106, julio-septiembre, 2015, pp. 627-636

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406342828005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco

## *Analysis of the demand in urgency with risk classification*

Vivian Biazon El Reda Feijó<sup>1</sup>, Luiz Cordoni Junior<sup>2</sup>, Regina Kazue Tanno de Souza<sup>3</sup>, Alessandro Oliveira Dias<sup>4</sup>

**RESUMO** O objetivo desta pesquisa foi analisar a classificação de risco em serviço de urgência de um hospital. Foram amostrados 976 usuários que procuraram atendimento, cujos dados foram coletados nas fichas preconizadas pelo protocolo de atendimento médico. Predominaram pessoas do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 59 anos, que procuraram o serviço em dias úteis e horário comercial. Foram considerados adequados à demanda para o atendimento no serviço de urgência 82,3% dos pacientes, com associação significativa entre adequação e as variáveis procedência e horário de atendimento. A implantação do protocolo contribuiu para a identificação dos casos mais graves e organização da demanda.

**PALAVRAS-CHAVE** Serviço hospitalar de emergência; Serviço hospitalar de enfermagem; Perfil de saúde; Acolhimento.

**ABSTRACT** *The objective of this research was to analyze the risk rating at the emergency department of a hospital. We sampled 976 users who sought treatment, whose data were collected from records at forms recommended by protocol and medical care. Results showed that 20-59 year-old males, attending the service on weekdays and during business hours, were predominant 82,3% of patients were considered adequate to meet the demand in the emergency department. There was a significant association between adequacy and the variables origin and opening hours. The implementation of the protocol helped identifying the most serious cases and demand organization.*

**KEYWORDS** *Emergency service; Nursing service; Health profile; User embracement.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Londrina (UEL) - Londrina (PR), Brasil.  
feijovivif@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Londrina (UEL), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Londrina (PR), Brasil.  
luizcordoni@gmail.com

<sup>3</sup>Universidade Estadual de Londrina (UEL), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Londrina (PR), Brasil.  
reginatanno@hotmail.com

<sup>4</sup>Universidade de São Paulo (USP), Escola de Pós-Graduação em Enfermagem - São Paulo (SP), Brasil.  
alexuel@bol.com.br

## Introdução

A utilização do Serviço Hospitalar de Urgência (SHU) no Brasil tem sido motivo de inquietação para gestores dos sistemas de saúde, profissionais e a sociedade em geral, pois o seu uso tem se tornado crescente. A maioria desses serviços funciona acima de sua capacidade instalada, com profissionais sem capacitação, gerenciamento inefetivo, ausência de planejamento, excesso de demanda e demanda inadequada (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

De acordo com Garlet *et al.* (2009), ressaltam-se ainda o crescente aumento do atendimento no SHU relacionado ao aumento dos acidentes e da violência urbana, às questões socioeconômicas, à falta de leitos para internação na rede pública, ao aumento da longevidade da população, assim como à falta de agilidade e de resolutividade dos serviços de saúde (VALENTIM; SANTOS, 2009). A crise no SHU é agravada, também, pela procura por pessoas em situação de urgência, juntamente com aquelas em condições de saúde não graves, dificultando o estabelecimento de prioridades (MARQUES; LIMA, 2008).

Para Bellucci Júnior e Matsuda (2012), quando se pensa em qualidade nos serviços hospitalares, surge a necessidade de discutir formas de gestão que deem suporte às instituições para que possam atender às necessidades e exigências do usuário em todas as suas dimensões. Nesse contexto é que o governo federal propõe a reorganização e a normatização do atendimento no SHU em todo território nacional, por meio da Política Nacional de Atenção às Urgências e da Política Nacional de Humanização, contemplando estratégias para o Acolhimento com Classificação de Risco (BRASIL, 2009).

Essas políticas visam ampliar o acesso, reduzir as filas e o tempo de espera para o atendimento, diminuir o risco de mortes evitáveis, a extinção das triagens por profissional não qualificado e a priorização de acordo com critérios clínicos em vez da ordem de

chegada (BRASIL, 2009). Configura-se como ação potencialmente decisiva na reorganização dos serviços de saúde em rede por propiciar assistência resolutiva e humanizada àqueles em situações de risco (SOUZA *ET AL.*, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde propõe a implantação de um sistema com denominação de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em vez de triagem, por pressupor que o verbo triar exprime exclusão (DURO; LIMA, 2010).

A identificação da demanda de acesso dos usuários aos serviços de saúde é fundamental no gerenciamento da capacidade de utilização dos recursos disponíveis, assim como a superlotação nos serviços de emergência com problemas de saúde não urgentes tem atraído atenção mundial e motivado vários estudos nesta área (VAN UDEN *ET AL.*, 2005).

Assim, ainda na década de 1960, nos Estados Unidos da América, iniciou-se a implantação de sistemas de triagens em serviços de atendimento às urgências. Paralelamente, no Canadá foi desenvolvido um sistema que somente em 1995 tornou-se realidade. Na Austrália, uma escala de classificação das urgências foi adotada em 2000, porém foi no Reino Unido que, em 1997, iniciou-se a triagem de Manchester, reconhecida internacionalmente e mais utilizada nos dias atuais, pois apresenta os critérios de gravidade, do tempo alvo de atendimento e de reavaliação do paciente. A partir de 2001, na Espanha, também foi introduzido um sistema classificatório de urgências hospitalares (DURO; LIMA, 2010).

As ações de acolhimento podem ser realizadas por qualquer profissional de saúde, desde que capacitado. Entretanto, cabe ao enfermeiro reunir as condições necessárias, as quais incluem linguagem clínica orientada para os sinais e sintomas, para a realização das escalas de avaliação e classificação de risco do usuário de acordo com o grau de urgência de seu agravo, com base em um sistema predefinido: emergência, urgência, menor urgência e baixa complexidade (BRASIL, 2009).

Assim, acredita-se que desenvolver pesquisa com o foco na avaliação de um serviço de urgência torna-se imprescindível para subsidiar propostas de reestruturação organizacional e melhorar a qualidade do atendimento no serviço, além de contribuir para o avanço do conhecimento nessa área, ainda pouco explorado em nível nacional.

Desse modo, considerando-se a implantação do ACCR no Hospital Universitário de Londrina (HUL) (PR) e com o propósito de ampliar as discussões acerca dos sistemas de classificação de risco, o presente estudo tem por objetivo analisar a demanda atendida no serviço de urgência, identificando aspectos relacionados à sua adequação ante a implantação do protocolo estabelecido.

## Método

Estudo individuado, transversal, realizado a partir da consulta aos registros de atendimento com avaliação de risco e atendimento médico. O serviço estudado situa-se na cidade de Londrina (PR), município sede da 17ª Regional de Saúde que abrange 20 municípios e uma população de 801.756 habitantes.

A pesquisa foi realizada na unidade de pronto-socorro do hospital universitário público. É o único hospital terciário de grande porte no norte do Paraná, constituindo em Centro de Referência Regional para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A instituição possui capacidade de internação de 313 leitos para atendimento ao SUS, distribuídos pelas diversas especialidades médicas, e mantém o pronto-socorro em regime de plantão permanente, oferecendo atendimentos gerais e especializados nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, ortopedia/traumatologia e anestesiologia.

O estudo foi constituído por uma amostra de pacientes que procuraram atendimento direto ou por referência a instituição e que

foram avaliados na consulta de enfermagem com base no protocolo de ACCR, no período de junho de 2008 a maio de 2009.

O tamanho da amostra foi calculado considerando os 16.223 pacientes elegíveis, com a adoção de uma proporção esperada de 50% para um evento, por ser aquela que gera o maior tamanho de amostra, nível de confiança de 95% e margem de erro de 3%, resultando amostra de mil atendimentos.

Utilizou-se amostragem sistemática a partir da listagem de pacientes elegíveis, ordenada por data do atendimento, a fim de garantir a representação proporcional dos meses que compõem o período do estudo. Para seleção dos participantes do estudo, considerou-se um intervalo de amostragem de 13 pacientes. Foram consideradas perdas os casos nos quais os prontuários não foram localizados.

Os dados de interesse foram obtidos das fichas arquivadas no setor responsável pela ordem e guarda dos prontuários médicos.

Foram consideradas variáveis independentes do estudo o sexo, a faixa etária, a procedência, o horário e dia da semana da procura pelo atendimento, o destino após a avaliação de risco, a especialidade responsável pelo atendimento e destino após atendimento médico.

A variável dependente (desfecho) foi a adequação da demanda ao serviço de urgência. Foram considerados adequados todos os pacientes classificados, com base em um sistema predefinido, como emergência, urgência e menor urgência, seguindo a padronização por cores instituída pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Humanização, descritas, respectivamente, como vermelha, amarela e verde (BRASIL, 2009). Por outro lado, foram considerados inadequados ao serviço de urgência os casos classificados em cor azul, que caracterizam atendimentos de baixa complexidade.

Os dados foram analisados por meio do programa estatístico Epi Info™ 3.4.3 versão 2007. A associação entre as variáveis foi

realizada utilizando-se o teste de qui-quadrado, e foram consideradas significativas quando  $p < 0,05$ .

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da Universidade Estadual de Londrina, com parecer nº 228/08.

## Resultados

Do total de mil indivíduos amostrados, ocorreram 24 perdas por não localização dos prontuários. Entre os 976 indivíduos que passaram por atendimento, predominaram pessoas do sexo masculino (58,6%), adultos de 20 a 59 anos (63,2%), sendo a média de idade de 42,6 anos (dp de 20,9 anos).

Sobre a variável procedência da demanda, 56% procuraram diretamente o atendimento, 11,6% foram encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde, 8,0% pelos hospitais secundários, 6,5% por serviços de atendimento móvel às urgências – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (Samu/Siate), 4,7% por serviços ambulatoriais e 3,1% por centrais de regulação dos leitos. Além disso, 10,1% eram retornos do próprio serviço.

De acordo com a *tabela 1*, foi evidenciada uma maior distribuição da amostra classificada na cor verde com 60,3% do total de casos. Conforme a classificação nas cores verde, amarela e vermelha, 82,3% dos pacientes atendidos foram considerados adequados aos atendimentos no serviço em estudo.

Tabela 1. Classificação de risco atribuída à amostra por cores de acordo com o protocolo do ACCR do pronto-socorro, HUL. Londrina-PR, Brasil, 2008-2009

Classificação de risco	n	%
Vermelho	15	1,5
Amarelo	200	20,5
Verde	588	60,3
Azul	173	17,7
<b>Total</b>	<b>976</b>	<b>100,0</b>

Nota: Elaboração própria

Sobre a adequação da demanda (*tabela 2*), observou-se associação com as variáveis procedência e horário de procura por atendimento ( $p < 0,001$ ). A proporção de casos considerados adequados foi significativamente mais elevada entre os que foram

encaminhados pelo Samu/Siate, hospitais secundários e central de leitos. Quanto aos horários de atendimento, a maior proporção de casos adequados foi observada entre os atendidos de madrugada (95,8%) e no horário noturno (93,3%).

Tabela 2. Associação da adequação da demanda dos pacientes atendidos na classificação de risco, com variáveis sociodemográficas e de utilização de serviços. HUL. Londrina-PR, Brasil, 2008-2009

Variável	Demanda Adequada				Total	
	Sim		Não			
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b> ( $p = 0,122$ )						
Feminino	324	80,0	81	20,0	405	100,0
Masculino	479	83,9	92	16,1	571	100,0
<b>Faixa Etária</b> ( $p = 0,681$ )						
< 20 anos	124	85,5	21	14,5	145	100,0
20 a 39 anos	265	81,5	60	18,5	325	100,0
40 a 59 anos	234	80,1	58	19,9	292	100,0
60 anos ou mais	180	84,1	34	15,9	214	100,0
<b>Procedência</b> ( $p < 0,001$ )						
Procura direta	453	83,3	91	16,7	544	100,0
Samu/Siate	64	100,0	-	-	64	100,0
Unidades Básicas de Saúde	100	88,5	13	11,5	113	100,0
Hospitais secundários	76	97,4	2	2,6	78	100,0
Serviços ambulatoriais	42	89,4	5	10,6	47	100,0
Retorno programado ao serviço	39	39,4	60	60,6	99	100,0
Central de leitos	29	96,7	1	3,3	30	100,0
<b>Horário do ACCR</b> ( $p < 0,001$ )						
7h às 12h59	307	74,7	104	25,3	411	100,0
13h às 18h59	296	84,1	56	15,9	352	100,0
19h às 23h59	154	93,3	11	6,7	165	100,0
24h às 6h59	46	95,8	2	4,2	48	100,0
<b>Dia de semana do ACCR</b> ( $p = 0,319$ )						
Segunda	139	80,3	34	19,7	173	100,0
Terça	119	80,9	28	19,1	147	100,0
Quarta	112	78,9	30	21,1	142	100,0
Quinta	115	83,9	22	16,1	137	100,0
Sexta	100	79,4	26	20,6	126	100,0
Sábado	106	84,1	20	15,9	126	100,0
Domingo	112	89,6	13	10,4	125	100,0
<b>Passou por outro serviço de saúde na queixa atual</b> ( $p = 0,914$ )						
Sim	351	82,6	74	17,4	425	100,0
Não	452	82,0	99	18,0	551	100,0
<b>Total</b>	<b>803</b>	<b>82,3</b>	<b>173</b>	<b>17,7</b>	<b>976</b>	<b>100,0</b>

Nota: Elaboração própria

Em relação à *tabela 3*, verifica-se que do total de casos atendidos, houve predominância de pacientes atendidos no pronto-socorro cirúrgico, porém os casos mais graves foram atendidos pelo pronto-socorro médico, com

3,8% classificados na cor vermelha e 40,1% na cor amarela. Além disso, 25% dos casos atendidos pelo pronto-socorro obstétrico, 17,2% pelo pronto-socorro ortopédico e 16,0% pelo cirúrgico não se tratavam de casos de urgência.

Tabela 3. Classificação de risco segundo clínica responsável pelo atendimento no pronto-socorro. HUL. Londrina-PR, Brasil, 2008-2009

Variável	Classificação de risco								Total	
	Vermelho		Amarelo		Verde		Azul			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Clínica Responsável pelo atendimento no HUL ( $p < 0,001$ )										
Não se aplica	-	-	4	4,8	40	48,2	39	47,0	83	100,0
PS Médico	8	3,8	85	40,1	96	45,3	23	10,8	212	100,0
PS Cirúrgico	7	1,3	91	16,6	363	66,1	88	16,0	549	100,0
PS Ortopédico	-	-	20	15,6	86	67,2	22	17,2	128	100,0
PS Obstétrico	-	-	-	-	3	75,0	1	25,0	4	100,0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>1,5</b>	<b>200</b>	<b>20,5</b>	<b>588</b>	<b>60,2</b>	<b>173</b>	<b>17,7</b>	<b>976</b>	<b>100,0</b>

Nota: Elaboração própria

Quanto ao destino após atendimento médico segundo a classificação de risco (*tabela 4*), verificou-se que a maioria dos pacientes obteve alta. A alta após o

atendimento foi observada em 13,3%, 40,9%, 79,8% e 100,0% entre os classificados, respectivamente, nas cores vermelha, amarela, verde e azul.

Tabela 4. Destino após atendimento médico no pronto-socorro segundo a classificação de risco. HUL. Londrina-PR, Brasil, 2008-2009

Destino após atendimento médico - Pronto-Socorro ( $p < 0,001$ )*†	Classificação de risco								Total	
	Vermelho		Amarelo		Verde		Azul			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alta após atendimento	2	13,3	79	40,9	408	79,8	122	100,0	611	72,7
Internação imediata	5	33,3	66	34,2	65	12,7	-	-	136	16,2
Observação por até 24 horas	5	33,3	42	21,8	35	6,8	-	-	82	9,8
Transferência para bloco cirúrgico	1	6,8	6	3,1	-	-	-	-	7	0,8
Aguardou UTI	2	13,33	-	-	-	-	-	-	2	0,2
Transferência para outro hospital	-	-	-	-	3	0,7	-	-	3	0,3
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>193</b>	<b>100,0</b>	<b>511</b>	<b>100,0</b>	<b>122</b>	<b>100,0</b>	<b>841</b>	<b>100,0</b>

Notas: Elaboração própria

\* Teste de qui-quadrado com as categorias de classificação vermelho, amarelo, verde e azul

† 135 ausências de informação

Dos casos classificados como vermelho, um terço foi internado imediatamente, 13,3% foram encaminhados à UTI e um terço permaneceu em observação. Entre os pacientes classificados com a cor amarela, 34,2% foram internados e 3,1% transferidos ao centro cirúrgico.

## Discussão

Estudos realizados em diferentes países mostram que a implantação de protocolos de triagens nos serviços de emergência permitiu que os casos considerados de maior gravidade fossem priorizados, com impacto nas taxas de mortalidade (LUNET; PINTO; AZEVEDO, 2010; PROVIDENCIA ET AL., 2009).

O presente estudo, ao analisar as características da demanda de um serviço de urgência de hospital terciário público e sua adequação conforme o protocolo de avaliação com classificação de risco, permitiu constatar que o perfil predominante da amostra atendida foi de adulto jovem, em idade produtiva, sexo masculino, que procuraram o serviço espontaneamente, no período diurno, em dias úteis, e que foram classificados na cor verde ou azul.

A predominância do atendimento aos indivíduos do sexo masculino é padrão que se repete em serviços de urgência referenciada de hospitais públicos do Brasil (BERTONCELLO; CAVALCANTI; ILHA, 2012; OLIVEIRA ET AL., 2011) e se relaciona a maior exposição masculina à violência urbana, ao tipo de trabalho e ao meio de transporte, pois frequentemente os homens são condutores de carros e motocicletas, possuem ambas as habilitações e aprendem a dirigir com menor idade. Indicadores brasileiros mostram que os homens têm 12 vezes mais chances de morrer por causas traumáticas que as mulheres (FERREIRA ET AL., 2009).

Quanto à variável idade, a maior proporção de indivíduos em idade produtiva que procuraram espontaneamente os serviços de urgência coincide com pesquisas que verificaram

esta tendência (OLIVEIRA ET AL., 2011; FERREIRA ET AL., 2009; BARRETO ET AL., 2012; GIBSON ET AL., 2010).

Ressalta-se que o acesso aos serviços do SUS deve ser realizado preferencialmente a partir da atenção primária, com garantia de referência a outros níveis de atenção conforme sua necessidade. Porém a situação observada reflete ainda a desarticulação dos diferentes níveis de atenção à saúde, com supervalorização do enfoque curativo e hospitalocêntrico e descrédito da população em relação à atenção primária e secundária no alcance da resolutividade desejável (KOVACS ET AL., 2005).

A maior procura pelo serviço ocorreu nos dias de semana, em horário comercial, principalmente no período matutino. Todavia, a associação entre a adequação da demanda e horário de procura, com maior proporção de casos inadequados no horário matutino e diurno, corroboram os dados encontrados em diversos estudos (OLIVEIRA ET AL., 2011; KOVACS ET AL., 2005), que evidenciaram maior procura por atendimento no horário comercial de casos que se caracterizaram como baixa urgência no atendimento.

Mais da metade dos casos pesquisados não procurou outro serviço de menor complexidade devido à queixa atual, contribuindo com o aumento da espera do usuário que aguardava o atendimento.

De acordo com o protocolo do ACCR, verificou-se que a maioria da demanda estudada estava adequada à finalidade assistencial deste serviço. Entretanto, a alta frequência de pacientes classificados como verde e azul pressupõe que muitos desses casos poderiam ter sido resolvidos em instituições de menor complexidade tecnológica. Alguns fatores podem explicar a procura por estes serviços: baixa concentração de recursos humanos e tecnológicos nos serviços primários e secundários, a efetividade dos procedimentos médicos assistenciais disponíveis no nível terciário e a cultura largamente difundida de confiança na instituição hospitalar.

Richards, Navarro e Derlet (2000), em estudo americano, ressaltam que a superlotação que



se desenvolveu em serviços de emergência em todo o país reduziu a capacidade de prestar serviço em tempo útil e apontam que a criação de uma cooperativa integrada, ao serviço de emergência, para atendimento médico de cuidados primários reduziu em 53% a utilização inadequada do serviço de emergência, ou seja, metade das pessoas teriam seus problemas resolvidos na atenção primária, colaborando com a organização dos fluxos.

O destino da demanda após atendimento médico associado à classificação de risco – com destaque para os casos classificados como azul, os quais todos tiveram alta hospitalar após o atendimento médico – reforça tais aspectos, semelhantemente ao verificado em estudo espanhol, em que a maioria dos pacientes apresentou alta após o atendimento médico (SÁNCHEZ LÓPEZ *ET AL.*, 2005).

Carret, Fassa e Kawachi (2009), em revisão sistemática, com ênfase em estudos realizados em diferentes países, verificaram que a prevalência do uso inadequado varia de 10,0% a 90,0%, e, em quase a metade dos estudos avaliados, de 24,0% a 40,0%, considerando todos os artigos com critérios semelhantes de avaliação da adequação.

Os resultados desta pesquisa evidenciam mais uma vez que casos classificados como verde e azul poderiam ter sido resolvidos em instituição de menor complexidade tecnológica. Todavia, a necessidade de continuidade de atenção evidenciada, na maioria dos casos classificados na cor vermelha no presente estudo, reitera a importância do ACCR na definição de prioridades.

Sinaliza-se, desse modo, a necessidade da organização do trabalho na unidade de urgência com base nos pressupostos da Política Nacional da Atenção às Urgências, que preconizam o acesso e acolhimento aos serviços de saúde de acordo com sua complexidade.

Para tanto, faz-se necessário analisar a estrutura dos serviços e estabelecer a rede de atenção às urgências, com grades de referência e contrarreferência efetivamente pactuadas, com definição de responsabilidades,

de modo a corrigir as distorções ainda existentes no sistema.

## Considerações finais

A adoção do ACCR constitui estratégia de inversão do fluxo de procura de atendimento e induz a mudanças no sentido da utilização da rede básica como porta de entrada. Nesse sentido, o registro sistemático dos atendimentos realizados com o uso do protocolo de ACCR contribuiu no estudo com a criação de um sistema que produz dados imprescindíveis na qualificação das práticas assistenciais e no reordenamento do fluxo.

No contexto da enfermagem, pode significar a possibilidade de contribuir na organização do processo de trabalho, no dimensionamento adequado de recursos materiais e humanos, maior autonomia profissional e intervenção oportuna de acordo com a situação de risco.

Infere-se que a excessiva demanda aos serviços de urgência é uma questão a ser resolvida, e o ACCR constitui ferramenta que pode permitir maior racionalidade no atendimento de urgência por priorizar os atendimentos de maior risco, a organização dos serviços com adequada provisão de recursos humanos conforme horário de atendimento, adequação da estrutura de acordo com a natureza da demanda e a articulação em rede da atenção primária, secundária e terciária.

Como limitação do estudo, recomenda-se estudo multicêntrico, com realização de mais pesquisas com amostras maiores, com objetivos voltados ao conhecimento da análise da demanda atendimento em serviços de urgências de hospitais públicos, privados e filantrópicos.

## Agradecimentos

À professora Tiemi Matsuo, por sua ajuda de valor incalculável a esta pesquisa. ■

## Referências

- BARRETO, R. F. *et al.* Pain and epidemiologic evaluation of patients seen by the first aid unit of a teaching hospital. *Revista Dor*, São Paulo, n. 13, v. 3, p. 13-19, 2012.
- BELLUCCI JÚNIOR, J. A. B.; MATSUDA, L. M. Construction and validation of an instrument to assess the Reception with Risk Rating. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, n. 65, v. 5, p. 751-757, set./out., 2012.
- BERTONCELLO, K. C. G.; CAVALCANTI, C. D. K.; ILHA, P. Análise do perfil do paciente como vítima de múltiplos traumas. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, n. 17, v. 4, p. 717-723, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de urgência*. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2014.
- CARRET, M. L. V.; FASSA, A. C. G.; DOMINGUES, M. R. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan., p. 7-28, 2009.
- DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. The nurse's role in emergency triage systems: literature analysis. *Online Brazil Journal Nursing*, Niterói, n. 9, v. 3, p. 1-12, 2010.
- FERREIRA, T. F. A. *et al.* Estudo da gravidade dos pacientes vítimas de acidentes de trânsito atendidos pelo hospital de clínicas de Uberlândia de dezembro de 2005 a março de 2006 segundo índices de trauma. *Bioscience Journal*, Uberlândia, n. 2, v. 2, p. 152-60, 2009.
- GARLET, E. R. *et al.* Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto contexto-enferm.*, Santa Catarina, n. 18, v. 2, p. 266-272, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.
- GIBSON, N. P. *et al.* Paediatric frequent attenders at emergency departments: A linked-data population study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, Oxford, n. 46, p. 723-728, 2010.
- KOVACS, M. H. *et al.* Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, n. 81, v. 3, p. 251-258, 2005.
- LUNET, N.; PINTO D.; AZEVEDO A. Sensitivity and specificity of the Manchester Triage System for patients with acute coronary syndrome. *Rev Port Cardiol.*, Lisboa, n. 29, v. 6, p. 961-987, 2010.
- MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Technological organization of labor in an emergency service and nursing worker's autonomy. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, n. 42, v. 1, p. 41-47, 2008.
- O'DWYER, G.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualisUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 14, v. 5, p. 1881-90, 2009.
- OLIVEIRA, G. N. *et al.* Profile of the Population Cared for in a Referral Emergency Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, n. 19, v. 3, p. 1-9, 2011.
- PROVIDENCIA, R. *et al.* Importance of Manchester Triage in acute myocardial infarction: impact on prognosis. *Emergency Medicine Journal*, Londres, 2009.
- RICHARDS, J. R.; NAVARRO, M. L.; DERLET, R. W. Survey of directors of emergency departments in California on overcrowding. *Western Journal of Medicine*, San Francisco, v. 172, n. 6, p. 385-388, 2000.
- SÁNCHEZ LÓPEZ, J. *et al.* Frecuencia y características de la demanda atendida en un servicio de urgencia hospitalario: circuitos de atención. *Emergências*, Madrid, v. 17, n. 2, p. 52-61, 2005.
- SOUZA, C. C. *et al.* Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 26-33, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf)>. Acesso em: 28 dez. 2014.
- VALENTIM, M. R. S.; SANTOS, M. L. S. C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, n. 17, v. 2, p.

285-289, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a26.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

VAN UDEN, C. J. T. *et al.* The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service. *Journal of General Internal Medicine*, Philadelphia, v. 20, n. 7, p. 612- 617, 2005.

---

Recebido para publicação em março de 2015

Versão final em abril de 2015

Conflito de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve