

Lúcia Elaine Ranieri
Cortez¹

Ana Paula Rondina
Correa²

Nathália Luz Alberti³

Eraldo Schunk Silva⁴

Mirian Ueda

Yamaguchi⁵

Perfil do atendimento de adolescentes em uma Unidade de Pronto Atendimento

Profile of adolescent's care in an Emergency Unit

> RESUMO

Objetivo: Caracterizar os atendimentos de adolescentes em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) quanto às morbidades, horários, dias da semana e classificação de risco. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva e retrospectiva cuja coleta de dados foi feita por análise manual de todos os prontuários de atendimento dos adolescentes na UPA no período de 1º de janeiro de 2014 a 31 de janeiro de 2014. O perfil de morbidade foi classificado segundo a Classificação Internacional das Doenças. As informações foram sintetizadas por meio de tabelas de frequências e as associações entre os Grupos de Causas da CID - 10 e variáveis sociodemográficas foram testadas por meio dos testes Qui-quadrado (χ^2) e Exato de Fisher. **Resultados:** Totalizaram-se 1052 atendimentos, destes 54,94% foram do sexo feminino e 45,06% do masculino e 76,56% dos atendimentos tinham entre 15 e 19 anos. A maioria dos atendimentos ocorreu no período diurno (55,59%) e as doenças infecciosas e parasitárias foram as causas mais prevalentes de doença. Quanto à classificação de risco, a cor verde representou 77,26% das ocorrências. **Conclusão:** Os dados sugerem que a maior parte dos atendimentos é qualificada como de baixo risco de vida ao paciente. Somado a isso, os períodos de maior fluxo foram aqueles em que as Unidades Básicas de Saúde estavam abertas, mostrando assim a utilização errônea dos serviços pelos pacientes, que fazem da Unidade de Pronto Atendimento a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde.

> PALAVRAS-CHAVE

Triagem, adolescente, serviços médicos de emergência.

> ABSTRACT

Objective: Characterize the medical records of adolescents in an emergency unit regarding morbidity, day of the week, hour and risk classification. **Methods:** This is a descriptive and retrospective research which data collected by manual analyses of medical records of teenagers in the emergency unit (UPA) from January 1, 2014 to January 31, 2014. The morbidity profile was classified according to the International Classification of Diseases. Information was synthesized using frequency tables and associations between CID - 10 cause groups and socio-demographic variables were tested by using the Chi-square test (χ^2) and Fisher's Exact test. **Results:** There were 1052 records, in which 54.94% were female and 45.06% were male and 76.56% of the visitors had between 15 to 19 years. The majority of visits occur during (55.59%) and infectious and parasitic diseases were the prevalent causes of diseases. Regarding the risk classification, the green color was the most prevalent in 77.26%.

¹Doutorado em Química de Produtos Naturais pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (UNICESUMAR) e pesquisadora do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (ICETI). Maringá, PR, Brasil.

²Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR). Maringá, PR, Brasil.

³Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR). Maringá, PR, Brasil.

⁴Doutorado em Agronomia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Botucatu, SP, Brasil. Docente da graduação em Estatística e do mestrado em Bioestatística da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, PR, Brasil.

⁵Doutorado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, PR, Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (UNICESUMAR) e pesquisadora do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (ICETI). Maringá, PR, Brasil.

Lúcia Elaine Ranieri Cortez (lucia.cortez@unicesumar.edu.br) - Centro Universitário de Maringá, Av. Guedner, 1610, Bloco 07/ Mestrado, Jd. Aclimação. Maringá, PR, Brasil. CEP: 87050-390.

Recebido em 02/12/2015 – Aprovado em 11/09/2016

of the cases. **Conclusion:** The data suggest that most of the visits are qualified as low life-threatening to the patient. Added to this, the periods of greater flow were those when the Primary Care Units were open, thus showing the erroneous use of services by the patients, who uses the Emergency Room as the primary access to the Unified Health System.

> KEY WORDS

Triage, adolescent, emergency medical services.

> INTRODUÇÃO

Os serviços de urgências e emergências têm como objetivos articular e integrar todos os equipamentos de saúde de maneira a ampliar e qualificar o acesso humanizado e de maneira integral, ágil e oportuna aos usuários do serviço¹.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) compõem uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos. São consideradas estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar, e objetiva-se além do acolhimento dos pacientes, prestar atendimento resolutivo e qualificado².

Para agilizar e reorganizar os atendimentos de acordo com as reais necessidades dos pacientes foi criado o Protocolo de Acolhimento por Classificação de Risco, PACR³. Esse Protocolo faz parte da Política Nacional de Humanização (PHN) cuja finalidade é contribuir para uma atenção integral e equânime, ampliando o acesso dos usuários aos serviços de saúde⁴.

O PACR consiste na identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, ou seja, separa o indivíduo com risco de morte daquele que pode esperar sua vez com segurança^{3,5}.

Dos Protocolos existentes, o mais utilizado no mundo é o Protocolo de Manchester (*Manchester Triage System* – MTS). Este classifica os pacientes em cinco níveis de riscos que são referidos por cores para facilitar a visualização. De acordo com a cor estratifica-se o tempo de espera para o atendimento médico⁶. A avaliação para classificar os pacientes é feita por um

profissional da saúde capacitado, normalmente médico ou enfermeiro, e se dá pela análise dos sinais vitais, saturação de oxigênio, escala de dor e sinais e sintomas apresentados pelo usuário. É importante que nesse contato haja empatia, agilidade, habilidade técnica, ética e capacidade de avaliação e comunicação⁷.

A frequente utilização dos serviços de Pronto Atendimento (PA) é vista, na percepção dos usuários, como uma forma de acesso rápido e fácil ao serviço de saúde, uma vez que para o atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) é necessário o agendamento das consultas, o que pode levar algum tempo⁸. Um estudo que analisa o perfil de morbidade e motivos de procura de serviços de urgência aponta para uma parcela significativa de ocorrências que poderiam ser solucionadas na atenção básica⁹.

Outro motivo de grande demanda neste serviço resulta-se de acreditarem que a urgência e emergência ofereçam um serviço completo, já que além de rapidez há a presença de médicos especialistas (se necessário), tecnologia, coleta de exames e prescrição/administração de medicamentos momentaneamente, o que nem sempre é possível no atendimento primário⁸.

Apesar disso, o atendimento nesse serviço é baseado na queixa e conduta com foco no modelo biomédico, aquele no qual se avalia apenas os sinais e sintomas do paciente, sem integração de seu estado social, emocional e subjetividade individual. O diagnóstico é feito sem uma maior relação entre médico e usuário⁸. Isso acarreta em um comprometimento da continuidade com o cuidado e integralidade da atenção à saúde, já que o usuário procura o UPA como porta de entrada ao sistema local de saúde⁶.

Observa-se também que a crescente demanda por serviços de urgência é resultado da transição demográfica e epidemiológica, com o aumento da expectativa de vida, prevalência de doenças crônicas e degenerativas, considerando-se o aumento da violência urbana e incremento acentuado de acidentes. É relatado que as violências e os acidentes estão entre as principais causas que podem levar a população adulta e jovem à morte¹⁰.

A Organização Mundial de Saúde afirma que os adolescentes possuem entre 10 a 19 anos de idade, e representam 20% dos brasileiros, o que equivale a 38 milhões de pessoas. Estes são caracterizados como indivíduos que estão passando por rápidas e intensas modificações nos campos biológico, fisiológico e emocional, o que leva a uma maior vulnerabilidade, representando riscos para sua saúde e qualidade de vida¹¹.

Para a operacionalização da rede de atenção às urgências, é fundamental conhecer a demanda e o perfil de morbidade da população atendida no serviço, possibilitando analisar as necessidades de saúde da população, bem como direcionar planejamento de ações na busca para a efetivação da atenção integral à saúde⁸. Por isso essa pesquisa objetiva caracterizar as principais morbidades, horários e dias da semana, bem como a classificação de risco dos atendimentos de adolescentes no serviço de urgência e emergência em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

> MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) localizado na Zona Norte de Maringá – PR., sendo que a amostra do estudo foi constituída de prontuários de atendimentos a adolescentes (12 a 19 anos), no período de 1º de janeiro de 2014 a 31 de janeiro de 2014.

Para tal, foram avaliados manualmente todos os prontuários de atendimento no período estudado. Foram avaliadas as seguintes variá-

veis: perfil do usuário (sexo e faixa etária), dias da semana, e período de procura pelo atendimento, sendo considerado como manhã, tarde, noite e madrugada os atendimentos registrados entre 6 e 11:59 horas, 12 e 17:59 horas, 18 e 23:59 horas e 24 e 5:59 horas, respectivamente. O perfil de morbidade foi segundo a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) e com base nos Capítulos desta.

A classificação da morbidade foi baseada na CID, pois essa é uma publicação oficial da Organização Mundial da Saúde (OMS) que visa padronizar a codificação de doenças. Para que essa classificação pudesse ser feita, levou-se em consideração registros das fichas de atendimento preenchidas pelos médicos, definindo diagnósticos médicos, como sinais e sintomas apresentados pelo paciente no momento do atendimento. Identificou-se dificuldade para a coleta de dados referente ao diagnóstico, principalmente com relação preenchimento completo da história clínica e ao diagnóstico, bem como das condutas adotadas pelo médico, como medicação e pedido de exames.

Para a coleta dos dados foi construída uma planilha eletrônica no Microsoft Excel 2010, preenchida pelos próprios pesquisadores e após validação das variáveis, as mesmas foram processadas e analisadas por meio do aplicativo *Statistical Software Analysis - SAS*. As informações foram sintetizadas por meio de tabelas de frequências e as associações entre os Grupos de Causas da CID – 10 e as variáveis sociodemográficas foram testadas por meio dos testes Qui-quadrado (χ^2) e Exato de Fisher. Considerou um nível de confiança de 95% ($\alpha=0,05$). Esta pesquisa foi aprovada pela comissão de ética da Unicesumar, pelo parecer número 529.360, em 21 de fevereiro de 2014.

RESULTADOS <

No período pesquisado totalizaram-se 1052 atendimentos aos usuários de 10 a 19 anos. Destes 54,94% (n= 578) foram do sexo feminino e 45,06% (n=474) do sexo masculino. Em

relação à faixa etária, 79,56% (n=837) dos usuários estão situados entre os 15 a 19 anos, assim, apenas 20,44% (n=215) dos adolescentes que procuram o serviço estão entre 12 e 15 anos. Os adolescentes de 18 a 19 anos foram os que mais utilizaram o serviço, representando 24,43% (n=257) dos usuários, sendo 25,26% (n=146) do sexo feminino e 23,42% do sexo masculino (n=111) (Tabela 1).

Quanto ao período de atendimento, a noite foi o horário de maior procura do serviço, correspondendo a 37,06% (n= 388) dos atendimentos seguido por 33,43% (n=350) 22,16% (n=22,16) e 7,35% (n=77) correspondentes à tarde, manhã e madrugada, respectivamente.

Em todos os horários, as causas mais prevalentes de procura pelo usuário foram "Algumas doenças infecciosas e parasitárias (Cap. I)", "Doenças do Aparelho Respiratório (Cap. X)" e "Fatores que influenciam o estado de saúde e contato com os serviços de saúde (Cap XXI)", agrupadas segundo o CID10.

Pode-se observar uma associação significativa ($p < 0,0001$) entre os CIDs e o sexo, segundo a tabela 2. Evidencia-se uma maior prevalência de ambos os sexos para "Algumas doenças infecciosas e parasitárias (Cap. I)", "Doenças do Aparelho Respiratório (Cap. X)" e "Fatores que influenciam o estado de saúde e contato com os serviços de saúde (Cap XXI)", apesar de uma maior ocorrência no sexo masculino, com 18,57%, 17,72% e 14,35%, respectivamente. Vale ressaltar que ocorreu maior prevalência no sexo masculino para a maioria das doenças, com exceção das "Doenças do Aparelho Geniturinário" (Cap. XIV), "Doenças

do Aparelho Digestivo" (Cap. XI) e "Doenças do ouvido e da apófise mastóide" (Cap. VII) que foram mais prevalentes para o sexo feminino, com 11,44%, 5,20% e 1,04%.

É visto na tabela 3 uma associação significativa ($p < 0,0001$) entre as causas da CID-10 e grupo etário. Observa-se uma maior prevalência no grupo etário menor de 15 anos para "Algumas doenças infecciosas e parasitárias (Cap. I)" (20%, n=43), "Doenças do Aparelho Respiratório (Cap. X)" (17,67%, n=38) e "Doenças do olho e anexo" (Cap. VII) (13,95%, n=30). Para o grupo etário de 15-19 anos, coincidentemente "Doenças do Aparelho Respiratório (Cap. X)" (17,70%, n=148) e "Algumas doenças infecciosas e parasitárias (Cap. I)" (15,19%, n=127). Nesta faixa etária destaca-se "Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde" (Cap. XXI) (13,16%, n=110).

Quanto aos dias da semana de maior procura pelos atendimentos em ordem decrescente: quarta-feira (17,41%), sexta-feira (17,13%), quinta-feira (15,79%), segunda-feira (13,80%), terça-feira (13,42%), sábado (11,89%) e domingo (10,56%), conforme mostra a figura 1. Esses dados revelam que durante o final de semana não há aumento de procura e nem maior agudização de doenças como se costuma pensar. Porém, aumentou a procura do serviço por morbidades que se encontram no Cap. XIX no CID10, "Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas". Esta cresce conforme o final de semana se aproxima, apresentando-se na segunda-feira como 6,21% dos atendimentos e no sábado como 15,20%.

Tabela 1. Distribuição dos atendimentos dos adolescentes analisados na presente pesquisa segundo grupo etário e sexo.

Grupo etário	Sexo				Total
	Feminino		Masculino		
	N	%	N	%	N
Menos de 15 anos	93	8,84	122	11,60	215
De 15 a 19 anos	485	46,10	352	33,46	837
Total	578	54,94	474	45,06	1052

Tabela 2. Distribuição dos atendimentos analisados na presente pesquisa conforme grupo de causas da CID-10 e sexo dos pacientes.

Grupo de causas da CID – 10	Sexo				Total
	Feminino		Masculino		
	N	%	n	%	N
Cap. I Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	82	14,21	88	18,57	170
Cap. VII Doenças do olho e anexo (H00-H59)	33	5,72	42	8,86	75
Cap. VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60-H99)	6	1,04	4	0,84	10
Cap. X Doenças do Aparelho Respiratório (J00-J99)	102	17,68	84	17,72	186
Cap. XI Doenças do Aparelho Digestivo (K00-K93)	30	5,20	13	2,74	43
Cap. XII Doença da Pele e do tecido subcutâneo (L00-I99)	10	1,73	12	2,53	22
Cap. XIII Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (M00-M99)	26	4,51	27	5,70	53
Cap. XIV Doenças do Aparelho geniturinário (N00-N99)	66	11,44	10	2,11	76
Cap. XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	38	6,59	54	11,39	92
Cap. XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	70	12,13	68	14,35	138
Outros	114	19,76	72	15,19	186
Total	577	100,00	474	100,00	1051

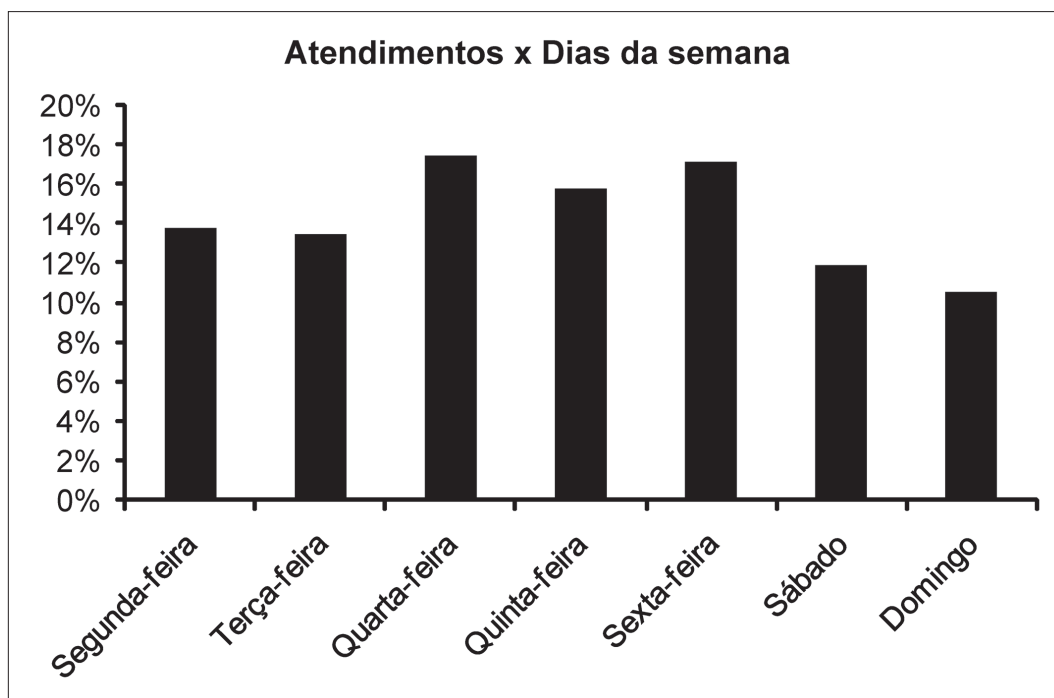
$\chi^2 = 54,34$ p-valor < 0,0001

Tabela 3. Distribuição dos atendimentos analisados na presente pesquisa conforme grupo de causas da CID-10 e grupo etário dos pacientes.

Grupo de causas da CID – 10	Grupo etário				Total
	Menos de 15 anos		De 15 a 19 anos		
	N	%	n	%	N
Cap. I Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	43	20,00	127	15,19	170
Cap. VII Doenças do olho e anexo (H00-H59)	30	13,95	45	5,38	75
Cap. VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60-H99)	0	0,00	10	1,20	10
Cap. X Doenças do Aparelho Respiratório (J00-J99)	38	17,67	148	17,70	186
Cap. XI Doenças do Aparelho Digestivo (K00-K93)	4	1,86	39	4,67	43
Cap. XII Doença da Pele e do tecido subcutâneo (L00-I99)	5	2,33	17	2,03	22
Cap. XIII Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (M00-M99)	6	2,79	47	5,62	53
Cap. XIV Doenças do Aparelho geniturinário (N00-N99)	7	3,26	69	8,25	76
Cap. XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	28	13,02	64	7,66	92
Cap. XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	28	13,02	110	13,16	138
Outros	26	12,09	160	19,14	186
Total	215	100,00	836	100,00	1051

$\chi^2 = 45,03$ p-valor < 0,0001

Figura 1. Distribuição atendimentos dos adolescentes analisados na presente pesquisa conforme os dias da semana.



Por fim, avaliou-se a cor da ficha dos atendimentos que são baseadas no Protocolo de Manchester, que estabeleceu que cada cor representa um grupo da classificação de risco. Na atual pesquisa encontrou-se que 77,26% dos atendimentos realizados foram referentes à cor verde, assim como também há sua prevalência em todos os grupos de morbidades enquadradas no CID-10. As categorias com maior porcentagem de consultas de cor verde foram as Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Cap. XIII) e Doenças do aparelho digestivo (Cap. XI). Em relação aos atendimentos classificados dentro do Cap. XIII, 96,23% destes foram de cor verde, já os classificados no Cap. XI obtiveram 95,35% das fichas caracterizadas nesta cor. O maior número de usuários dentro da amostra "fichas verdes" estavam no grupo "Outros", correspondendo à fichas sem a hipótese diagnóstica ou diagnóstico médico, constando apenas sinais e sintomas inespecíficos.

As fichas classificadas como cor amarela segundo a Classificação de Risco de Manches-

ter somaram 20,08% dos atendimentos, sendo a segunda cor mais prevalente no atual estudo. A maior prevalência dela foi dentro do grupo de doenças "Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas" (Cap. XIX), seguido do grupo "Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde" (Cap. XXI). Quanto às causas externas, a necessidade de realização de suturas merece destaque, enquanto o tipo de atendimento prevalente do Cap. XXI foi o de mulheres grávidas por causas diversas (dores, sangramentos, náuseas e vômitos de intensidade importante, atenção à gestação de risco, etc.). Assim como nas fichas verdes, as amarelas também tiveram a maior parte de seu atendimento voltada à categoria "Outros", com 20,38% dos usuários sem diagnóstico preciso.

A cor azul representou apenas 0,29% dos atendimentos, somando o número de três consultas; duas delas foram por morbidades do grupo "Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde" (Cap. XXI) e

o restante referente ao grupo “Doenças do aparelho respiratório” (Cap. X), segundo CID-10.

➤ DISCUSSÃO

Essa pesquisa não encontrou usuários classificados segundo o Protocolo de Manchester com as cores vermelha e laranja¹², o que significa que não houve atendimento com risco iminente de vida e necessidade de encaminhamento direto à sala de emergência. Outros estudos analisados corroboraram com o atual na medida em que tais cores também representaram a menor parcela dos atendimentos nos serviços de urgência e emergência nas cidades de Divinópolis-MG e Campinas-SP, onde a cor vermelha significou 0,8% e 2% das consultas, respectivamente^{6,13}. Tais pesquisas também obtiveram as maiores parcelas de atendimentos referentes à cor verde (61% em Divinópolis e 67% em Campinas), seguida da cor amarela, com poucos atendimentos enquadrados nas demais^{6,13}.

Esse tipo de serviço está em superlotação, em grande parte devido a procura errônea do serviço pela população¹⁴, já que foram realizados poucos atendimentos com a sua finalidade inicial, que abrange doenças que levem ao risco de vida do paciente e causas crônicas agudizadas (exemplos: doenças dos sistemas cardiovascular e endócrino, tais como dor precordial, suspeita de infarto e hiperglicemia), representadas pelas cores amarela e laranja, segundo Protocolo de Manchester⁸.

É importante ressaltar que 2,38% dos atendimentos não foram classificados de acordo com o Protocolo de Manchester, o que demonstra uma falha, já que a marcação das cores é uma forma de priorizar os pacientes a fim de melhorar qualidade do serviço e oferecer atenção àqueles que mais necessitam, dando ênfase ao princípio básico da equidade do Sistema Único de Saúde Brasileiro.

Ao analisar os horários e dias da semana de maior procura pelos serviços de urgência e emergência, nota-se que 55,59% da demanda

ocorreu no período diurno (06h – 18h), dado que corrobora com outros estudos de diversas localidades^{15,16}. Em relação aos dias da semana, existe variação quanto ao dia de maior fluxo, porém, esses trabalhos também apontam para uma diminuição da busca pelo atendimento nos finais de semana. O que significa que os usuários estão utilizando o nível intermediário de atendimento em períodos onde a Unidade Básica de Saúde está aberta (dias de semana e período diurno) e tendo como principais causas morbididades que poderiam ser atendidas na atenção primária^{17,18,19}. Isso reflete a falta de conhecimento da população quanto à “porta de entrada” ao SUS e hierarquização dos níveis de atenção à saúde.

Entretanto, apesar de uma menor busca pelos serviços oferecidos pela UPA durante o final de semana, as morbididades referentes ao Cap. XIX do CID10, “Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas” sofrem crescente procura pelos adolescentes, elevando-se de 6,21% na segunda-feira para 15,20% no sábado. Com esse dado podemos inferir que essa parcela de atendimentos é condizente com a finalidade do serviço utilizado, sendo prestado para causas agudas e nos momentos em que as Unidades Básicas de Saúde não estão disponíveis. Sendo assim, a atual pesquisa está de acordo com dados encontrados em Ribeirão Preto⁸, que encontrou a maior proporção de atendimentos adequados durante os finais de semana.

O número de atendimento aos jovens por causas externas poderá superlotar o serviço estudado durante os finais de semanas daqui a algum tempo, visto que já aumentaram em 200% em 20 anos. Esse aumento se deu pelo uso crescente de moto e bicicleta como meio de transporte e de acidentes de trânsito⁶.

A dificuldade deste estudo refere-se ao fato dos dados fornecidos através de fichas de atendimento preenchidas por médicos e enfermeiros locais apresentarem lacunas de preenchimento, como diagnóstico médico, exames realizados e condutas adotadas, o que dificulta o conhecimento sobre o perfil de gravidade e a condição clínica do indivíduo.

> CONCLUSÃO

O estudo mostrou que a demanda da UPA, no que tange aos usuários adolescentes, está inadequada na maior parte dos atendimentos, já que estes poderiam ter sido realizados em unidades de menor complexidade. Esse fato infere que é necessário um esclarecimento da população sobre a hierarquização e o papel de cada unidade que compõe a rede assistencial de urgência e emergência.

Também reflete necessidade de melhoria dos serviços na Unidade Básica de Saúde, já que

os maiores motivos para buscarem os serviços de urgência e emergência são agilidade no acolhimento das demandas não programadas ou espontâneas e tecnologia.

Já na UPA, faz-se necessário o aprimoramento do sistema de referência e contra referência, buscando melhor organização do fluxo do atendimento, informando e oferecendo referência aos usuários sobre qual local procurar quando determinada injúria acontecer. Assim como informa-lo que deve utilizar as UBS como porta de entrada ao Sistema de Saúde para que haja uma atenção integral à sua saúde.

> REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Brasil. Portaria n. 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html> acesso em 26/09/2015.
2. Ministério da Saúde. Brasil. Portaria MS/GM n. 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília (DF). Seção 1. 2003. p. 56.
3. Ministério da Saúde. Brasil. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília (DF). 2009.
4. Oliveira KKD, Amorim KKPS, Fernandes APNL, Monteiro AI. Impact of the implementation of patient engagement with risk classification for professional work of one urgent care unit. *Rev MinEnferm* 2013Jan/Mar; 17(1):149-165
5. Galati AG, Santos NSGM. Protocolo de classificação de risco em setor de emergência em um hospital filantrópico do noroeste paulista. *Rev Cient Unilago* 2014[acesso em: 26 setembro 2015]. Disponível em: <http://www.unilago.edu.br/revista/edicaoatual/Sumario/2014/downloads/3.pdf>.
6. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. *Rev Lat.Amer de Enferm* 2011; 19(1): 26-33
7. Baggio MA, Callegaro GD, Erdmann AL. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2008out; 61(5): 552-557.
8. Garcia VM, Reis RK. Adequação da demanda e perfil de morbidade atendida em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. *Rev Cienc Cuid Saude* 2014Out/Dez; 13(4): 665-673.
9. Furtado BMASM, Araújo Jr. JL, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(3):279-289.
10. Mathias TAF, Jorge MHP, Andrade OG. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região Sul do Brasil. *Rev Lat Am Enferm* 2006; 14(1):1724.
11. Ciampo LA, Ciampo RL. Perfil de morbidade e hospitalização entre adolescentes da região de Ribeirão Preto/SP. *Medicina* 2011; 44(2): 195 – 201.
12. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. *Emergency triage/ Manchester triage Group*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2006.

13. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho-Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011maio-jun [acesso em: 26/09/2015];19(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14.pdf
 14. Albino RM, Grosseman S, Riggenbach V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência. *ACM Arq Catarin Med* 2007; 36(4): 70-75.
 15. Silva VPM, Silva AK, Heinisch RH, Heinisch LMM. Caracterização do Perfil da Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. *Arq Catarin Med* 2007;36(4):18-25
 16. Simons DA. Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do programa Saúde da Família. Tese de doutorado- Fundação Osvaldo Cruz-Centro de Pesquisa Ageu Magalhães Recife (PE). 2008.161 p.
 17. Almeida AO. Unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência da Região Metropolitana de Campinas: aspectos organizacionais e conhecimento teórico dos enfermeiros sobre PCR/RCP. Dissertação- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas-SP; 2008. 144 p.
 18. Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Medicina* 2003;36:498- 515.
 19. Rocha AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte. Dissertação-Universidade Federal de Minas Gerais-Belo Horizonte (MG); 2005. 120 p.
-