

# Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro

Risk classification: portrait of a population using a Brazilian emergency service

Clasificación de riesgo: retrato de personas atendidas en un servicio de emergencia de Brasil

Helisamara Mota Guedes\*; Áglidy Gomes Pena Almeida\*\*; Fernanda de Oliveira Ferreira\*\*\*; Geraldo Vieira Júnior\*\*\*\*; Tânia Couto Machado Chianca\*\*\*\*\*

## Resumo

**Enquadramento:** Os serviços de urgência e emergência têm representado a principal porta de entrada no sistema de saúde, gerando uma sobrelotação nas unidades. Reorganizar esses serviços tornou-se primordial no intuito de estabelecer critérios para que o paciente não sofra prejuízos decorrentes da espera.

**Objectivo:** Caracterizar a população classificada em relação ao Sistema de Triage de Manchester num serviço de urgência de uma instituição hospitalar de um município de Minas Gerais, Brasil.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal realizado em 500 fichas de atendimento de pacientes seleccionados por aleatorização sistemática.

**Resultados:** A média de idade foi de 43,85 anos ( $dp=26,10$ ), a maioria (56,4%) do sexo masculino e natural do município de Diamantina (87,4%). Os 34 fluxogramas mais utilizados foram indisposição no adulto, dor abdominal, dor torácica, dor de garganta, feridas e vômitos e estes corresponderam a 44% das classificações. Entre os pacientes 50,8% foram classificados nas cores, verde ou azul.

**Conclusão:** A unidade é utilizada como porta de entrada ao serviço de saúde e as queixas mais relevantes que levam as pessoas a buscar pelo atendimento poderiam ser resolvidas no nível primário de atenção à saúde.

**Palavras-chave:** enfermagem; serviços médicos de emergência; triagem.

## Abstract

**Theoretical framework:** Urgent and emergency services have represented the main gateway into the health system, leading to unit overcrowding. Rearranging these services has become paramount for establishing criteria so that patients do not suffer further harm due to waiting times.

**Aim:** To characterize the population under analysis using the Manchester Triage System in the emergency service of a hospital from one city in the state of Minas Gerais, Brazil.

**Methodology:** This was a cross-sectional study using a sample of 500 medical records of systematically randomized patients.

**Results:** The mean age was 43.85 years ( $sd=26.10$ ), most patients were male (56.4%) and their birth place was Diamantina (87.4%). Of the 34 flowcharts used, the most common were unwell adult, abdominal pain, chest pain, sore throat, wounds and vomiting, corresponding to 44% of the ratings. 50.8% of the patients were classified as green or blue.

**Conclusion:** The unit is used as a gateway into the health service and the most relevant complaints for which people seek assistance could be solved at primary health care level.

**Keywords:** nursing; emergency medical services; triage.

\*Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Diamantina/Minas Gerais/Brasil. Morada: Rua da Glória, n. 187, B. Centro, Diamantina-MG, Brasil. CEP: 39.100.000 [helisamaraguedes@gmail.com].

\*\* Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Diamantina/Minas Gerais/Brasil. CEP:39.100.000 [aglidygomes@yahoo.com.br].

\*\*\* Psicóloga. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta do Departamento de Ciências Básicas da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Diamantina/Minas Gerais/Brasil. CEP:39.100.000 [ferreira.ufvm@gmail.com].

\*\*\*\* Enfermeiro. Pós-Graduado em Urgência e Emergência Pré-Hospitalar. Diamantina/Minas Gerais/Brasil. CEP:39.100.000 [vieira\_diamantina@yahoo.com.br].

\*\*\*\*\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais/Brasil. CEP:39.100.000 [tchianca@enf.ufmg.br].

## Resumen

**Marco contextual:** los servicios de urgencia y de emergencia han representado la principal puerta de entrada al sistema de salud, lo que ha provocado una aglomeración en las unidades. Reorganizar esos servicios se ha convertido en algo fundamental para establecer criterios para que el paciente no se vea perjudicado por la espera.

**Objetivo:** caracterizar a la población clasificada como Sistema de Triage Manchester en un servicio de urgencia de un hospital en la ciudad de Minas Gerais (Brasil).

**Metodología:** se realizó un estudio transversal en 500 historias clínicas de pacientes seleccionados por aleatorización sistemática.

**Resultados:** la edad media fue de 43,85 años ( $dp=26,10$ ), la mayoría (56,4 %) eran hombres y naturales del municipio de Diamantina (87,4 %). Los 34 diagramas de flujo más utilizados fueron malestar en el adulto, dolor abdominal, dolor torácico, dolor de garganta, llagas y vómitos, los cuales corresponden al 44 % de las clasificaciones. Entre los pacientes, el 50,8 % fue clasificado en verde o azul.

**Conclusión:** la unidad se utiliza como puerta de entrada a los servicios de salud y los motivos más relevantes que hacen que la gente solicite ayuda podrían ser resueltos en el nivel primario de atención sanitaria.

**Palabras clave:** enfermería; servicios médicos de urgencia; triaje.

Recebido para publicação em: 17.04.13

Aceite para publicação em: 28.01.14

## Introdução

Nas últimas décadas verificou-se uma mudança no perfil de morbimortalidade da população brasileira e considera-se que a ineficácia do sistema de saúde para atender a essas mudanças continua. Por sua vez, os serviços de urgência e emergência têm representado a principal porta de entrada ao sistema de saúde, o que gera sobrelotação nas unidades. Esta é agravada pela falta de preparação da equipa para receber e organizar tal contingente (Ministério da Saúde, 2006). Procurar uma forma de reorganizar estes serviços tornou-se primordial, com o intuito de estabelecer critérios onde o paciente não sofra prejuízos decorrentes da espera. Neste sentido, a triagem estruturada ou de acordo com o Ministério da Saúde, acolhimento com classificação de risco, é apontada como um dispositivo interessante, uma vez que permite que pacientes mais graves sejam atendidos em primeiro lugar (Albino, Grosseman, & Riggenbach, 2007).

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação que leva em consideração o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento dos pacientes. O objectivo dessa classificação é de avaliar o paciente logo na sua chegada à unidade, humanizando dessa forma o atendimento já que é determinada a área de atendimento primário e o tempo de espera para o atendimento médico de acordo com a gravidade do paciente. Com isso é possível descongestionar a unidade de serviço de urgência e emergência e fornecer aos pacientes e familiares um atendimento e informações necessárias (Ministério da Saúde, 2004).

Actualmente o Ministério da Saúde no Brasil tem procurado padronizar o processo de acolhimento com classificação de risco por meio da adopção de medidas que uniformizem esse processo, em todo o território nacional. A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) iniciou, no ano de 2007, um processo de troca de experiências sobre o processo de classificação de risco com Portugal, que utiliza para a classificação de risco nos seus serviços de urgência o Sistema de Triagem de Manchester (STM) (Grupo Brasileiro de Classificação de risco, 2009).

Essa troca de experiência resultou em dezembro de 2009 numa deliberação do Governo do Estado de Minas Gerais, a Resolução SES Nº 2132, que definiu os critérios para implantação e implementação do STM, como uma linguagem única, adoptada em urgência e

emergência no estado, considerando este como um instrumento de gestão de urgência e que seu uso viabiliza uma melhor qualidade da assistência e maior resolubilidade dos casos (Ministério da Saúde, 2009). O município de Diamantina, localizado no Estado de Minas Gerais (MG), Brasil, é referência macrorregional de média e alta complexidade, que atende a sede e mais de 30 municípios do Vale do Jequitinhonha. O município adoptou o STM no seu único serviço de urgência (SU), com a utilização de sistema manual de documentação em agosto de 2008. Este encontra-se com um processo de capacitação de profissionais e adequação de recursos físicos e materiais para melhor aplicabilidade do mesmo em curso.

Percebe-se neste hospital uma grande procura nos serviços de urgência e emergência e que muitos dos atendimentos prestados poderiam ser realizados nas unidades básicas de saúde, por parecer que não se caracteriza como urgência e emergência. Diante disto, torna-se necessário conhecer os principais motivos que levam as pessoas ao Posto de Atendimento. Estas informações possibilitarão mapear as necessidades de atendimento de saúde da população de Diamantina e assim contribuir para otimizar o atendimento no serviço e nas unidades básicas de saúde.

Sendo assim, o objectivo deste estudo foi caracterizar a população classificada quanto ao STM em serviço de urgência de uma instituição hospitalar de um município de Minas Gerais, Brasil.

## Enquadramento

No Brasil, os serviços de urgência e emergência são caracterizados de acordo com os critérios de gravidade e complexidade, sendo: urgência - quando não há risco de morte, porém o paciente apresenta um quadro crítico ou agudo; e emergência - casos em que há risco de morte. Os serviços de urgência e emergência funcionam 24 horas por dia e atendem pacientes com problema de carácter de urgência, não absorvidos pelos serviços de atenção primária e pelas urgências sociais. O critério de acesso ao serviço é o da gravidade clínica do paciente, sendo o STM um dos protocolos de triagem (Valentim & Santos, 2009).

O STM possui cinco níveis de prioridade clínica com uma cor atribuída a cada um desses níveis (vermelho – emergência; laranja – muito urgente; amarelo – urgente; verde – pouco urgente e azul – não

urgente). A cor identifica o tempo máximo de espera indicado para o atendimento médico, respectivamente: emergência – atendimento imediato; laranja – 10 minutos; amarelo – 60 minutos; verde – 120 minutos, e azul – 240 minutos.

Este protocolo reconhece que um método de triagem deve fornecer ao profissional não um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica. Para cada nível de prioridade clínica, existem sinais e sintomas que os discriminam, que são os chamados discriminadores. Estes encontram-se dispostos na forma de fluxogramas, e guiam a avaliação a partir da queixa principal apresentada pelo paciente no momento de seu atendimento (Mackway-Jones, Marsden, & Windle, 2010). Após classificado, o paciente passa para a fase de monitorização e reavaliação.

A classificação de risco é considerada um processo dinâmico, ou seja, se os sinais e sintomas apresentados pelo paciente evoluem, ele é reclassificado e consequentemente o tempo de espera é modificado (Mackway-Jones et al., 2010).

Estudos internacionais mostram a eficácia do STM. Ao comparar a classificação de risco inter e intra-observador e o Índice de Severidade de Emergência (ESI) encontrou-se uma unanimidade no julgamento para STM de 90% e de 73% no ESI. O nível de divergência encontrada foi de 8% e 23% dos casos, respectivamente. Concluiu-se que o STM teve uma concordância melhor inter e intra-observador na Holanda (Storm-Versloot, Ubbink, Chin a Choi, & Luitse, 2009). Em Portugal, um estudo concluiu que o STM faz a distinção entre pacientes que têm alta e baixa probabilidade de óbito, bem como entre os indivíduos que permanecerão no serviço e aqueles que irão regressar a casa (Martins, Cunã, & Freitas, 2009).

No Brasil, uma pesquisa mostrou que o STM, quando comparado com um protocolo institucional, aumentou o nível de prioridade dos pacientes, sendo mais inclusivo (Souza, Toledo, Tadeu, & Chianca, 2011) e capaz de prever a evolução dos pacientes classificados durante a permanência na instituição (Pinto Júnior, Salgado, & Chianca, 2012).

## Metodologia

O estudo é do tipo transversal, realizado num SU na cidade de Diamantina, no Vale do Jequitinhonha.

Este hospital é referência macro e microrregional em assistência médico-hospitalar em média e alta complexidade nas 24 horas do dia, constituindo-se na principal porta de entrada do município e para outras unidades de SU da macrorregião Jequitinhonha, para o atendimento de urgências clínicas, e abrange uma população de 265.000 habitantes.

A população alvo do estudo foi composta por 13.000 fichas registadas de forma manual para a documentação do atendimento e que correspondem a todos os pacientes atendidos no SU no período de colheita de dados (entre 1 de maio e 30 de setembro de 2010).

Para o cálculo da amostra, admitiu-se um grau de confiabilidade de 95%, uma prevalência de 50%, e um erro de amostra tolerável de 5%, obtendo um total de 388 fichas (Jekel, Katz, & Elmore, 2007). Para compensar perdas, esse número foi acrescido de 20%, totalizando um mínimo de 466 fichas avaliadas. Com a intenção de aumentar a confiabilidade foram analisadas 500 fichas em amostragem aleatória sistematizada. Foi sorteado o número da primeira ficha e, em seguida, foi utilizado o sistema 26 (foi analisada uma ficha a cada 26). A escolha do 26º número deve-se ao facto dele ser o resultado da razão entre o número total da população pelo número de fichas que seriam analisadas ( $13000/500 = 26$ ).

Para a colheita dos dados foi utilizada uma planilha estruturada que permitiu o agrupamento das informações contidas na ficha de atendimento e que não permite a identificação dos pacientes. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, queixa, cor da classificação de risco, encaminhamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) e município de origem.

Os dados foram digitados em banco de dados e analisados no Programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Foi conduzida uma análise descritiva e bivariada. A análise da normalidade da distribuição foi obtida realizando o teste Kolmogorov-Smirnov. Os testes de qui-quadrado de Pearson e de Kruskal-Wallis foram aplicados na análise comparativa de variáveis categóricas e numéricas. O nível de significância adotado foi  $p < 0.05$ .

Este estudo foi aprovado pelo Comité de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e do Mucuri – CEP/UFVJM, sob o número de protocolo 001/2011.

## Resultados

Nas 500 fichas estudadas a idade mínima dos pacientes encontrada foi de 5 dias e máxima de 93 anos, média de 43,85 anos e  $dp = 26,10$  anos. Foram verificadas

diferenças significativas nas médias de idade entre os diferentes níveis de classificação de risco ( $p = 0,002$ ), sendo que a média de idade mais baixa foi observada nos pacientes classificados na cor verde (Tabela 1).

TABELA 1 – Distribuição do grupo de classificação de risco por faixa etária.

Variáveis Classificação de risco	Faixa etária			Valor de p*
	Média (anos)	Desvio padrão	IC	
Vermelho	41,57	23,74	19,61 – 63,53	0,002
Laranja	34,39	23,98	27,27 – 41,51	
Amarelo	35,98	25,78	32,20 – 39,76	
Verde	26,17	20,40	23,55 – 28,79	
Azul	32,74	21,08	25,01 – 40,48	

Nota: \* Teste Kruskal-Wallis.

Em relação ao sexo, a maioria (56,4%) dos pacientes era do sexo masculino e 43,6% feminino. Não foi encontrada

diferença estatística ( $p = 0,269$ ) em relação ao sexo entre os grupos de classificação de risco (Tabela 2).

TABELA 2 – Distribuição do grupo de classificação de risco por sexo dos pacientes.

Classificação de risco	Gênero				Total		Valor de p*
	Masculino		Feminino		N	%	
	N	%	N	%			
Vermelho	6	1,2	1	0,2	7	1,4	0,269
Laranja	28	5,6	18	3,6	46	9,2	
Amarelo	93	18,6	88	17,6	181	36,2	
Verde	136	27,2	99	19,8	235	47,0	
Azul	19	3,8	12	2,4	31	6,2	
Total	282	56,4	218	43,6	500	100	

Nota: \*  $\chi^2$  de Pearson.

Quanto à naturalidade, a maioria (87,4%) dos atendimentos foi de pessoas do próprio município, enquanto 12,6% são provenientes de outros 26 municípios. 4,8% dos pacientes vieram encaminhados de Unidade Básica de Saúde, 2,2% não foram encaminhados pela UBS, enquanto que em 93% das fichas não constava essa informação.

A análise também permitiu identificar, através da

comparação desses dados com a classificação de risco, se os municípios que estão encaminhando pacientes para o serviço de urgência utilizavam critérios satisfatórios. Foram identificadas diferenças significativas ( $p=0,0001$ ) entre as classificações de risco de pacientes provenientes do próprio município e pacientes residentes em outras localidades (Tabela 3).

TABELA 3 – Distribuição da classificação de risco por naturalidade do paciente.

Classificação na escala de risco	Naturalidade				Valor de p*
	Diamantina		Outro		
	N	%	N	%	
Vermelho	5	1,1	2	3,2	0,0001
Laranja	27	6,2	19	30,2	
Amarelo	155	35,5	26	41,3	
Verde	221	50,6	14	22,2	
Azul	29	6,6	2	3,2	
Total	437	100	63	100	

Nota: \*  $\chi^2$  de Pearson.

O STM possui 52 fluxogramas, que são utilizados para classificar os pacientes de acordo com os sinais e sintomas apresentados. Observou-se que foram utilizados 34 (65,3%) fluxogramas apresentados de acordo com as cores obtidas pela escala de risco (Tabela 4). Em 3,8% dos fluxogramas analisados os pacientes não

apresentavam a classificação de risco documentada no prontuário. Os fluxogramas indisposição no adulto, dor abdominal, dor torácica, dor de garganta, feridas e vômitos foram os mais utilizados, correspondendo a 44% das classificações. A diferença encontrada entre os grupos pela análise bivariada (Qui-quadrado) foi significativa ( $p < 0,0001$ ).

TABELA 4 – Distribuição da Classificação na escala de risco por discriminante do Sistema de Triagem de Manchester.

Fluxogramas	Classificação na escala de risco				
	Vermelho (%)	Laranja (%)	Amarelo (%)	Verde (%)	Azul (%)
Agressão	0	0	0	1	0
Asma	0	0,2	1,2	1,8	0
Corpo estranho	0	0,2	0,2	0,4	0,4
Cefaleia	0	0,2	2,8	1,8	0
Comportamento estranho	0	0,2	0,4	0	0
Convulsões	0,2	0,2	0,2	0,2	0
Criança que não se sente bem	0,2	0,8	0,6	2,4	0,2
Diarreia	0	0	1,6	0,6	0
Dispneia	0,4	0,4	1,2	0,4	0
Dor abdominal	0	0,6	5,2	2	0,8
Dor cervical	0	0	0	0,8	0
Dor de garganta	0	0,2	1,4	4,6	0
Dor lombar	0	0,4	2	1,6	0,6
Dor torácica	0	1,2	2	2,2	0,8
Embriaguez aparente	0	0	0,4	0	0
Erupções cutâneas	0	0,2	0,6	1,6	0
Estado de inconsciência	0,2	0	0	0	0
Exposição a químicos	0	0	0	0,2	0
Feridas	0	0	0,8	4,6	0,4
Hemorragia gastrointestinal	0	0	0,2	0	0
Hemorragia vaginal	0	0,2	0	0	0
Indisposição no adulto	0	0,8	5,4	4,8	0,6
Infecções locais e abscessos	0	0	0,4	0,8	0,2
Mordeduras e picadas	0	0,2	0	1	0
Pais preocupados	0	0	0,2	0,4	0
Problemas nasais	0	0	0	0	0,4
Problema nas extremidades	0	0	0,8	4	0
Problemas oftalmológicos	0	0	0,6	0,6	0
Problema nos ouvidos	0	0	0,2	1,6	0,4
Problemas urinários	0	0	0,8	1,4	0
Queda	0	0,2	1	1,2	0
Queimaduras	0	0	0	0,2	0
Sobredosagem ou envenenamento	0	0,2	0,2	0	0
Traumatismo Crânio Encefálico	0,2	2	1,2	1,4	0
Vômito	0	0	3,4	1,8	0,4
Total	1,2	8,8	35	45,6	5,2

Os pacientes residentes no próprio município classificados nas cores verde ou azul não foram atendidos pelo médico e sim contrarreferenciados para a UBS e em 10% dos casos o encaminhamento foi realizado directamente pelo enfermeiro. Em 2,4% o enfermeiro encaminhou para o serviço social do SU para agendamento de consulta na UBS.

## Discussão

Percebe-se que o público que procura o serviço de urgência e emergência é representado por pessoas de todas as faixas etárias, porém destaca-se a faixa etária de 20 a 59 anos. A média da idade de 43,85 anos foi baixa em relação a estudo feito em um SU municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais onde se encontrou uma idade média de 57,3 anos (Pinto Júnior et al., 2012) e alta em relação a resultados de estudo no mesmo hospital que identificou ser a idade média de 39,32 anos (Souza et al., 2011).

Houve uma predominância de indivíduos do sexo masculino. Esse dado está em concordância com a literatura que demonstra que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde em comparação com as mulheres, e por esse motivo, procuram com maior frequência os serviços de urgência. Esse facto está directamente relacionado à baixa assiduidade do público masculino na atenção básica, ou seja, os homens possuem menor hábito de prevenção de saúde em relação às mulheres (Gomes, Nascimento, & Araújo, 2007). A distribuição do sexo entre os grupos de classificação de risco foi semelhante, resultado também encontrado no trabalho desenvolvido num hospital municipal de Belo Horizonte (Pinto Júnior et al., 2012).

Em Portugal, local onde o STM está implantado há mais de 10 anos, encontrou-se pacientes classificados nas cores vermelho (0,7%), laranja (24,7%), amarelo (50,6%), verde (20,2%), azul (2,0%) e branco (1,5%) (Martins et al., 2009). Este dado mostra que a população procura o serviço apresentando prioridade clínica mais elevada. No Brasil, ainda é recente a implantação do STM e ajustes no sistema terão que ser permanentemente realizados, assim como uma maior conscientização da população.

Foi possível identificar que o público que procura o SU com encaminhamento de UBS é muito baixo. Isso significa que as pessoas continuam a entender

o serviço de urgência como a porta de entrada para o serviço de saúde e que os serviços de atenção básica desse município não têm sido resolutivos, o que contrapõe a legislação vigente que afirma que ela deveria resolver 85% dos casos. Essa informação corrobora os resultados da pesquisa realizada na unidade de emergência de um hospital público estadual de Santa Catarina, onde foi observado que a procura pelo serviço era efectuada, em sua grande maioria, por pacientes que não se encontravam em situação de gravidade clínica. Poucos indivíduos apresentavam carácter prioritário de necessidade de atendimento segundo uma classificação de risco, tendo sido considerado que muitos poderiam ser assistidos na UBS (Baggio, Callegaro, & Errdmann, 2008). As pessoas acedem ao sistema por onde consideram ser mais fácil ou possível (Cecílio, 1997). No presente estudo observa-se uma baixa resolubilidade nos serviços de atenção básica do município, já que mais de metade (53,2%) do público que procura o referido SU deveria ser assistida numa UBS, facto comprovado pela classificação dos mesmos nas cores azul e verde.

Esta dificuldade de inserção adequada no serviço de saúde também é identificada por pesquisadores em outros países. Estudo realizado em Lisboa (Portugal) encontrou uma taxa de readmissão de 28% nos trinta dias após a alta de pacientes dependentes, sendo que aqueles com dependência severa não foram os mais readmitidos no serviço de urgência. A justificativa foi atribuída aos cuidadores dos pacientes não readmitidos que tinham mais apoio social e de profissionais de saúde, conduzindo a uma diminuição da necessidade de recorrer aos serviços de urgência (Marques, 2011).

Em relação à naturalidade, percebe-se que 74,7% dos atendimentos de pacientes provenientes de outro município são característicos em serviços de urgência e emergência (classificação de risco vermelho, laranja e amarelo). Isso evidencia que os pacientes encaminhados por outros municípios ao SU são pessoas que realmente necessitam desse tipo de atendimento. Considerando, entretanto, os pacientes residentes no próprio município, verificou-se que apenas 43,1% têm indicação real para atendimento nos serviços de urgência e emergência.

Dos seis fluxogramas mais utilizados, três referem-se à queixa de dor (dor abdominal, dor torácica, dor de garganta). Evidencia-se que vários pacientes

que procuram atendimento relatam dor em algum segmento corporal. Num trabalho realizado em outro município mineiro que objectivou estabelecer o perfil dos atendimentos realizados no hospital através da classificação de risco, foram encontrados dados semelhantes aos do presente estudo, já que 48% dos atendimentos foram em decorrência de um quadro de indisposição no adulto. Desses, 28,9% dos pacientes apresentaram dor como discriminador e o segundo maior atendimento (9,1%) foi de pacientes que referiam dor abdominal (Madeira, Loureiro, & Nora, 2010).

Uma Pesquisa feita em Belo Horizonte também encontrou a dor como a queixa mais comum dos pacientes atendidos e classificados quanto ao risco, estando presente em 76,7%, seja como queixa principal ou associada a esta (Souza et al., 2011). Estudo feito por Ponte, Machado, Dutra, Cardoso, e Lima (2008) no ano de 2008 num hospital em São Pedro do Sul - RS, concluiu que a dor também foi referida como a queixa mais frequente em 39,3% dos pacientes.

Apesar de ser um dado subjectivo, verifica-se a necessidade de melhor atenção e avaliação desse sintoma, principalmente em se tratando de um serviço de urgência e emergência. Assim, cabe aos profissionais que realizam a classificação de risco, bem como a toda a equipa, o aperfeiçoamento de técnicas e conhecimentos para avaliação e tratamento da dor (Souza et al., 2011).

Outro fluxograma que chama a atenção é o de feridas, que representou 5,8% dos atendimentos. Esse dado difere do encontrado num hospital municipal em Belo Horizonte (Souza et al., 2011), onde o fluxograma de feridas ocupou o 26º lugar, com 0,3% de frequência na classificação pelo STM e 20º lugar, com 0,6%, na classificação pelo Protocolo Institucional naquela mesma instituição. Apesar de apenas 18 casos (3,6%) representarem o público emergente e muito urgente, não se deve negligenciar o público classificado como urgente (amarelo), já que as morbidades que as pessoas apresentam, segundo a Organização Mundial de Saúde, ocupam o 3º lugar em óbitos no Brasil (Organização Mundial de Saúde, 2011). Sendo assim, evidencia-se a importância da reavaliação dos pacientes já classificados, uma vez que os mesmos podem ter os sintomas agravados.

Salienta-se ser necessária uma intervenção dos gestores com o intuito de tornar a população cada

vez mais informada acerca de onde procurar o atendimento, além de tornar a atenção primária mais efectiva e resolutive, pois deveriam ser resolvidos nesta 85% dos casos (Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, 2000) e isso não foi aqui evidenciado.

Este estudo alcançou os objetivos que ele se propôs, porém uma limitação do estudo e que enriqueceria o conhecimento sobre a validade do STM, seria o acompanhamento dos desfechos clínicos dos pacientes classificados. Com estes dados é possível fazer associação entre a classificação de risco atribuída e resultado final da alta/transferência e óbito.

## Conclusão

Este estudo transversal foi realizado em um serviço de SU de um município do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais. Apesar de ser referência em saúde para muitos municípios, a maior parte dos atendimentos são realizados a pessoas de naturalidade diamantinense.

A média de idade do público atendido é de 43,85 anos (dp=26,10). A maioria (56,4%) dos pacientes é do sexo masculino e natural do próprio município (87,4%). Em 93% das fichas não constava a informação da origem dos encaminhamentos e dos 34 fluxogramas utilizados, os mais utilizados (44%) foram indisposição no adulto, dor abdominal, dor torácica, dor de garganta, feridas e vômitos. Foram classificados nas cores verde ou azul 50,8% dos pacientes, público este que deveria ter recorrido inicialmente ao atendimento à saúde em UBS.

Percebe-se com isso que a população tem procurado utilizar o SU como porta de entrada ao serviço. Esse facto evidencia que o fluxo entre os níveis de assistência à saúde sofre uma inversão e que isto pode estar a representar uma sobrecarga no serviço de urgência e emergência em questão. Entretanto, em relação aos utentes encaminhados por outro município, verificou-se que esses realmente apresentam sinais e sintomas característicos do atendimento em uma unidade de SU.

É importante destacar que outros estudos apresentando dados dos serviços que utilizam a classificação de risco devem ser realizados, sobretudo considerando que essa classificação está sendo implantada em todos os serviços de saúde do Estado

de Minas Gerais. Outras pesquisas para analisar o problema da classificação de risco em SU, a avaliação do enfermeiro e a aplicabilidade do instrumento também são importantes, uma vez que o profissional enfermeiro é o responsável pela classificação de risco nas portas de entrada dos serviços de urgência e emergência em vários países do mundo.

Os dados podem servir para planejar um cuidado de qualidade direcionado para as necessidades de saúde da população em serviços de urgência e emergência, já que se conhecem as características dos pacientes que procuram atendimento.

## Referências Bibliográficas

- Albino, R. M., Grosseman, S., & Riggenbach, V. (2007). Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de urgência de qualidade. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 36 (4), 70-75.
- Baggio, M. A., Callegaro, G. D., & Erddmann, A. L. (2008). Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (5), 552-557.
- Cecílio, L. C. O. (1997). Modelos tecno-assistenciais em saúde: Da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (3), 469-478.
- Gomes, R., Nascimento, E. F., & Araújo, F. C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (3), 565-574.
- Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. (2009). *Histórico da classificação de risco*. Retirado de [http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=75&Itemid=109](http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=75&Itemid=109)
- Jekel, J. F., Katz, D. L., & Elmore, J. G. (2007). *Epidemiology, biostatistics, and preventive medicine* (3ª ed.). Atlanta, GA: Elsevier.
- Mackway-Jones, K., Marsden, J., & Windle, J. (2010). *Sistema Manchester de classificação de risco* (2ª ed.). Belo Horizonte, Brasil: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco.
- Madeira, D. B., Loureiro, G. M., & Nora, E. A. (2010). Classificação de risco: Perfil do atendimento em um hospital municipal do Leste de Minas Gerais. *Revista Enfermagem Integrada*, 3 (2), 543-553.
- Marques, R. M. D. (2011). Readmissão dos doentes dependentes no serviço de urgência: Estudo de alguns factores. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (3), 95-104.
- Martins, H. M. G., Cuña, L. M. C. D., & Freitas, P. (2009). Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emergency Medicine Journal*, 26 (3), 183-186.
- Ministério da Saúde. (2004). *HumanizaSUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: Um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília, Brasil: Autor.
- Ministério da Saúde. (2006). *Política nacional de atenção às urgências*. Brasília, Brasil: Autor.
- Ministério da Saúde. (2009). *Resolução SES nº 2132 de 09 de dezembro de 2009 (BR): Define critérios para implantação e implementação do Protocolo de Classificação de Risco no Serviço de Urgência e Emergência: Sistema Manchester, como linguagem única adotada em urgência e emergência no Estado de Minas Gerais*. Brasília, Brasil: Autor.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. (2000). *A implantação da Unidade de Saúde da Família: Caderno 1*. Brasília, Brasil: Autor.
- Organização Mundial da Saúde. (2011). *Dados e estatísticas*. Retirado de <http://www.who.int/es/index.html>
- Pinto Júnior, D., Salgado, P. O., & Chianca, T. C. M. (2012). Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: Avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (6), 1041-1047.
- Ponte, S. T. D., Machado, A., Dutra, A. P. G., Cardoso, J., & Lima, R. (2008). Dor como queixa principal no serviço de Pronto-Atendimento do hospital municipal de São Pedro do Sul-RS. *Revista Dor*, 9 (4), 1345-1349.
- Souza, C. C., Toledo, A. D., Tadeu, L. F. R., & Chianca, T. C. M. (2011). Classificação de risco em pronto-socorro: Concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (1), 26-33.
- Storm-Versloot, M. N., Ubbink, D. T., Chin a Choi, V., & Luitse, J. S. (2009). Observer agreement of the Manchester Triage System and the Emergency Severity Index: A simulation study. *Emergency Medicine Journal*, 26 (8), 556-560.
- Valentim, M. R. S., & Santos, M. L. S. C. (2009). Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 17 (2), 285-289.