

Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil

Reference and counter reference network for emergency care assistance in a municipality in the countryside of Minas Gerais – Brazil

Maria Luiza de Faria Alves¹, Helisamara Mota Guedes², José Carlos Amado Martins³, Tânia Couto Machado Chianca⁴

DOI: 10.5935/2238-3182.20150110

RESUMO

Introdução: o sistema de referência e contrarreferência caracteriza-se pela tentativa de organizar o acesso ao sistema secundário de saúde, que tem sido realizado, especialmente, pelos prontos-socorros (PS). **Objetivo:** analisar a estrutura da rede de referência e contrarreferência do município de Diamantina, sob a visão dos atendimentos realizados em um serviço de urgência. **Métodos:** estudo descritivo que utilizou ficha estruturada para coleta de informações do quadro clínico dos pacientes e dados da classificação de risco. Foram avaliados 605 pacientes que deram entrada no PS e ali permaneceram por mais de 24 horas. Os dados foram digitados e analisados com estatística descritiva. **Resultados:** os pacientes foram classificados nas cores vermelha (3,9%), laranja (27,3%), amarelo (46,3%), verde (10,7%), azul (0,2%) e branco (11,6%). Os encaminhamentos foram feitos em 4,6%, 4,2% e 9,5% por intermédio do Serviço de Atenção Móvel de Urgência, Corpo de Bombeiros ou por consultório particular, respectivamente. A população que procura o PS distribuiu-se de acordo com a seguinte frequência: 2,9%, 37,6%, 36,3% e 0,82% do Programa de Estratégia de Saúde da Família, direto de sua residência, de municípios vizinhos e do setor secundário, respectivamente. **Conclusão:** é significativa a quantidade de pessoas que se autorreferenciam ao PS, sendo este procurado como atendimento de primeira escolha. Os dados permitem a reflexão sobre a necessidade de organização da rede de saúde no município e melhor articulação dos serviços nos diferentes níveis de atenção.

Palavras-chave: Triagem; Serviços Médicos de Emergência; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: the reference and counter reference systems are characterized by the attempt to organize access to secondary health care system, which has been mainly provided by emergency services (PS). **Objective:** To analyze the structure of the reference and counter reference network in the municipality of Diamantina in the view of assistance provided in the emergency care. **Methods:** this was a descriptive study using a structured form to collect clinical information on patients and risk classification data. We evaluated 605 patients who were admitted to the PS and remained there for more than 24 hours. Data were entered and analyzed using descriptive statistics. **Results:** the patients were classified in red (3.9%), orange (27.3%), yellow (46.3%), green (10.7%), blue (0.2%), and white (11.6%) labels. Assistance was provided in 4.6%, 4.2%, and 9.5% by the Mobile Emergency Care Service, Fire Department, or private practice, respectively. The population that sought out assistance in the PS was distributed according to the following frequencies: 2.9%, 37.6%, 36.3%, and 0.82% of the Family Health Strategy Program, straight from their residences, from neighboring municipalities, and the secondary sector, respectively. **Conclusion:** the amount of people who self-refer to the PS is significant, which is in demand as the first choice service. The data allow the reflection on the need for health network organization

¹ Enfermeira. Santa Casa de Caridade de Diamantina. Diamantina, MG – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri-UFVJM. Diamantina, MG – Brasil.

³ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra – Portugal.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Recebido em: 17/03/2014

Aprovado em: 01/12/2015

Instituição:

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFMJM Diamantina, MG – Brasil

Autor correspondente:

Helisamara Mota Guedes
E-mail: helisamaraguedes@gmail.com

in the municipality and improved coordination of services at different levels of attention.

Key words: Triage; Emergency Medical Services; Health Services.

INTRODUÇÃO

O elevado número de pessoas atendidas, a imprevisibilidade dos atendimentos, a área física reduzida, entre outros fatores, fazem com que os serviços de urgência e emergência se tornem locais com extrema dificuldade para a organização do trabalho.¹ Sabe-se que esses serviços são caracterizados pelo atendimento a pacientes que se encontram em risco de morte ou sofrimento intenso. E, de acordo com o artigo nº196 da Constituição Federal de 1988², a saúde é direito de todos, cabendo ao estado o dever de garantir as melhores respostas aos cidadãos em matéria de saúde. Nesse sentido, percebe-se que para que a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) se torne possível, é necessário que ocorra o referenciamento dos usuários nos seus diversos níveis de atenção à saúde.³

O Sistema de Referência e Contrarreferência caracteriza-se por uma tentativa de organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. De acordo com tal sistema, o usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é “referenciado” (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento de que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser “contrarreferenciado”, ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita.⁴ A referência e contrarreferência devem ser feitas em formulário próprio da instituição, preenchido pelo profissional de nível superior responsável.

Esse sistema vem, então, para otimizar o funcionamento do sistema de saúde, proporcionando ao usuário adequado atendimento a partir do conhecimento pregresso do seu estado de saúde e tratamentos passados.⁵ Assim, um serviço de saúde informará ao outro a respeito dos procedimentos realizados e as possíveis condutas a serem seguidas.

Percebe-se que, apesar da existência de um sistema de referenciamento, os serviços de emergência estão cada vez mais funcionando como porta de entrada do sistema de saúde, recebendo todos os tipos de pacientes desde os realmente graves até os

casos mais simples, que poderiam e deveriam ser resolvidos na atenção primária à saúde (APS).⁶

Partindo desse pressuposto, vê-se que o sistema de referência e contrarreferência deve funcionar de maneira hierarquizada, a fim de adequar o fluxo dos usuários aos níveis de complexidade de atendimento, tendo o setor primário como a porta de entrada no sistema e sucessivamente o secundário e terciário, quando necessário ao usuário.⁷ E, desta maneira, o paciente grave deve procurar como porta de entrada o setor terciário, adequado ao seu estado de saúde.

Os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) estão estruturados para atender as pessoas que necessitam de ações preventivas e programadas. Entretanto, tais serviços não têm conseguido resolver os problemas apresentados pelas pessoas que, muitas vezes, demandam cuidados de baixa complexidade. Os usuários acabam superlotando as unidades de Pronto-Socorro (PS), na tentativa de receberem atendimento mais resolutivo. Nestas, em geral, as pessoas recebem tratamento para resolver apenas os problemas ou sintomas de forma imediata. Isso gera grandes prejuízos a todo o sistema de saúde, pois reproduz o modelo assistencial centrado na doença e resulta, por vezes, em prejuízos no acompanhamento clínico de pessoas com doenças crônicas.⁸

Dessa maneira, a rede de referência e contrarreferência é um sistema que se desenvolve em quatro componentes que funcionam de maneira integrada, (1) sendo a APS que coordena a rede, que vincula a população; (2) atenção secundária, os ambulatórios especializados e os hospitais de média e alta complexidade; (3) os sistemas logísticos, regulação, transporte sanitário, registro eletrônico em saúde; (4) e os de apoio, assistência farmacêutica, apoio diagnóstico terapêutico.⁹

Na tentativa de organizar o serviço de urgência e emergência o governo do estado implantou o Sistema de Triage de Manchester (STM) como instrumento norteador para a triagem de pacientes.

O Protocolo de Manchester é método que auxilia na identificação rápida das pessoas que procuram o serviço de urgência e tem por objetivo ser um dos instrumentos para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram atendimento de saúde, possibilitando atendimento prioritário aos casos de mais gravidade, excluindo o atendimento por ordem de chegada. Pelo STM existem cinco níveis de prioridade clínica. A cada nível é atribuído uma cor, nome e tempo máximo aceitável até o atendimento médio (vermelho – emergente-atendimento imediato; laranja – muito

urgente-atendimento em até 10 minutos; amarelo – urgente-atendimento em até 60 minutos; verde – pouco urgente-atendimento em até 120 minutos, azul – não urgente-atendimento em até 240 minutos¹⁰; e branco – para classificar pacientes com eventos ou situações/ queixas não compatíveis com o serviço de urgência, como, por exemplo, pacientes admitidos para procedimentos eletivos, retornos, atestados, entre outros).

Considera-se importante conhecer a demanda de atendimentos classificados por cor em diferentes níveis de prioridade clínica dos municípios brasileiros e, neste caso, mineiro, para avaliar o quanto está estruturada a rede de referência e contrarreferência dos mesmos, o quanto precisa ser estruturada para diminuir a superlotação no PS e facilitar a articulação dos três níveis de atenção à saúde.

Sendo assim, delineou-se este estudo, que teve por objetivo analisar a estruturação da rede de referência e contrarreferência do município de Diamantina-MG, sob a ótica dos atendimentos realizados em serviço de urgência.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, desenvolvido no PS da Santa Casa de Caridade do município de Diamantina-MG, unidade de referência de urgência para o Vale do Jequitinhonha.

O hospital selecionado é referência macro e microrregional em assistência médico-hospitalar em média e alta complexidade, constituindo-se na principal porta de entrada do município para o atendimento de urgências clínicas, além de ser referência para outras unidades de pronto-socorro da região.

A microrregião Jequitinhonha (Diamantina) é responsável por 15 municípios, sendo eles: Alvorada de Minas, Carbonita, Coluna, Congonhas do Norte, Couto de Magalhães, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Gouveia, Itamarandiba, Presidente Kubitschek, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves e Serro.¹¹

Participaram da pesquisa pacientes que deram entrada no PS de Diamantina no período de maio a setembro de 2012 e que permaneceram por mais de 24 horas internados. O cálculo utilizado para determinação do tamanho da amostra com base na estimativa do total de pacientes foi $n = z^2 \cdot q \cdot p \cdot N / e^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot q \cdot p$.¹²

Foram abordados 960 pacientes, sendo que 229 (23,9%) foram encaminhados por portaria secundária, não passando pelo PS. Dessa forma, não foram classificados pelo STM; 72 (7,5%) passaram pelo PS, porém a ficha manual de classificação do STM estava em branco. Houve recusa de seis (0,7%) pessoas em participar da pesquisa; cinco (0,5%) foram transferidas para outro hospital antes das 24 horas de coleta dos dados; oito (0,8%) faleceram dentro das 24 horas de entrada no setor; 35 (3,7%) ganharam alta nas primeiras 24 horas. A amostra do estudo foi de 605 pacientes. Não houve perdas, tendo em vista que a coleta de dados aconteceu durante todos os dias da semana no período da tarde.

Para a coleta de dados foi utilizada ficha estruturada contendo informações do quadro clínico dos pacientes e a ficha de classificação de risco. Os dados foram extraídos do registro do STM e dos prontuários dos pacientes. Os dados foram digitados e submetidos a estatísticas descritivas com análise de frequências e inferencial no Programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais CAAE – 0430.0.203.000-11. Participaram desta pesquisa as pessoas que assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais CAAE – 0430.0.203.000-11. Participaram desta pesquisa as pessoas que assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Dos 605 pacientes classificados, 254 (42,0%) eram do sexo feminino e 351 (58,0%) do sexo masculino. Os pacientes foram classificados nas cores vermelhas (24-3,9%), laranja (165-27,3%), amarelo (280-46,3%), verde (65-10,7%), azul (1-0,2%) e branco (70-11,6%). Não foi encontrada diferença significativa entre o sexo e as cores de classificação, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição do sexo dos pacientes por grupo de classificação de risco. Diamantina, MG, 2012

| Cor da Classificação | Sexo | | | | Total | |
|----------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|
| | Masculino | | Feminino | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| Vermelho | 16 | 2,6 | 8 | 1,4 | 24 | 4,0 |
| Laranja | 101 | 16,7 | 64 | 10,6 | 165 | 27,3 |
| Amarelo | 158 | 26,1 | 122 | 20,1 | 280 | 46,2 |
| Verde | 40 | 6,6 | 25 | 4,1 | 65 | 10,7 |
| Azul | 1 | 0,2 | - | - | 1 | 0,2 |
| Branco | 35 | 5,8 | 35 | 5,8 | 70 | 11,6 |
| Total | 351 | 58,0 | 254 | 42,0 | 605 | 100 |

A idade mínima dos pacientes foi de dois anos e a máxima de 102 anos, média de 56,5 anos, dp=22,8 anos.

Foram poucos os encaminhamentos oriundos do setor primário e secundário, 18 (2,9%) e cinco (0,9%), respectivamente. A população encaminhada de municípios vizinhos, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Corpo de Bombeiros foi classificada em urgentes e emergentes. E os pacientes classificados em menor gravidade foram os advindos dos consultórios médicos (Tabela 2).

Em relação à distribuição dos encaminhamentos advindos de outros municípios pertencentes à mi-

corregião de Diamantina-MG, observou-se que os mesmos foram, em sua maioria, para atendimento de urgência e emergência (Tabela 3).

A cor azul foi retirada na tabela por só ter uma pessoa que se encaixou em “Outros”.

Em relação às principais queixas apresentadas pelos pacientes, destacam-se mal-estar no adulto, alteração de comportamento e dispneia, com 21,5%, 15,6% e 13,4%, respectivamente. A queixa menos encontrada foi a de cefaleia, com 1,0% (Tabela 4).

Os pacientes, ao ganharem alta, tiveram o instrumento Sumário de Alta preenchido pelo médico (100%).

Tabela 2 - Distribuição dos encaminhamentos dos pacientes por grupo de classificação de risco. Diamantina, MG, 2012

| Encaminhamento | Cores da Classificação | | | | | | | | | | | | Total | |
|---------------------|------------------------|-----|---------|------|---------|------|-------|-----|------|-----|--------|-----|-------|------|
| | Vermelho | | Laranja | | Amarelo | | Verde | | Azul | | Branco | | n | % |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Direto para o PS | 4 | 0,7 | 54 | 8,9 | 132 | 21,8 | 20 | 3,3 | - | - | 18 | 3,0 | 228 | 37,7 |
| UBS | - | - | 7 | 1,1 | 7 | 1,1 | 3 | 0,5 | - | - | 1 | 0,2 | 18 | 2,9 |
| Municípios vizinhos | 11 | 1,8 | 74 | 12,2 | 104 | 17,2 | 25 | 4,1 | - | - | 6 | 1,0 | 220 | 36,3 |
| Corpo de Bombeiro | 3 | 0,5 | 11 | 1,8 | 6 | 1,0 | 5 | 0,8 | - | - | 1 | 0,2 | 26 | 4,3 |
| SAMU | 5 | 0,8 | 9 | 1,5 | 11 | 1,8 | 3 | 0,5 | - | - | - | - | 28 | 4,6 |
| Consultório médico | - | - | 6 | 1,0 | 14 | 2,3 | 6 | 1,0 | 1 | 0,2 | 31 | 5,1 | 58 | 9,6 |
| Hemodiálise | - | - | 2 | 0,3 | 3 | 0,5 | - | - | - | - | 10 | 1,7 | 15 | 2,5 |
| HNSS | 1 | 0,2 | 1 | 0,2 | 2 | 0,3 | 2 | 0,3 | - | - | 1 | 0,2 | 7 | 1,2 |
| Setor secundário | - | - | 1 | 0,2 | 1 | 0,2 | 1 | 0,2 | - | - | 2 | 0,3 | 5 | 0,9 |

Nota: HNSS – Hospital Nossa Senhora da Saúde. UBS – Unidade Básica de Saúde.

Tabela 3 - Distribuição dos municípios de origem dos pacientes por cor da classificação de risco. Diamantina, MG, 2012

| Municípios | Cor da Classificação | | | | | | | | | | Total | |
|-----------------------------|----------------------|-----|---------|------|---------|------|-------|-----|--------|-----|-------|------|
| | Vermelho | | Laranja | | Amarelo | | Verde | | Branco | | n | % |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Diamantina | 5 | 0,8 | 63 | 10,4 | 122 | 20,1 | 33 | 5,4 | 36 | 6,0 | 259 | 42,5 |
| Gouveia | 1 | 0,2 | 6 | 1,0 | 15 | 2,5 | 2 | 0,3 | 2 | 0,3 | 26 | 4,3 |
| Felício dos Santos | 1 | 0,2 | 8 | 1,3 | 11 | 1,8 | 4 | 0,7 | 1 | 0,2 | 25 | 4,2 |
| Carbonita | 2 | 0,3 | 7 | 1,2 | 7 | 1,2 | 1 | 0,2 | 4 | 0,7 | 21 | 3,5 |
| Itamarandiba | 3 | 0,5 | 7 | 1,2 | 5 | 0,8 | 2 | 0,3 | 4 | 0,7 | 21 | 3,5 |
| Serro | - | - | 5 | 0,8 | 10 | 1,6 | 3 | 0,5 | 3 | 0,5 | 21 | 3,5 |
| Senador Modestino Gonçalves | - | - | 7 | 1,2 | 7 | 1,2 | 4 | 0,7 | 2 | 0,3 | 20 | 3,4 |
| Couto de Magalhães de Minas | 1 | 0,2 | 4 | 0,7 | 10 | 1,6 | 2 | 0,3 | 1 | 0,2 | 18 | 3,0 |
| São Gonçalo do Rio Preto | - | - | 3 | 0,5 | 12 | 2,0 | 2 | 0,3 | - | - | 17 | 2,8 |
| Datas | 1 | 0,2 | 4 | 0,7 | 7 | 1,2 | 1 | 0,2 | 3 | 0,5 | 16 | 2,7 |
| Presidente Kubitschek | - | - | 4 | 0,7 | 8 | 1,3 | 1 | 0,2 | 2 | 0,3 | 15 | 2,5 |
| Congonhas do Norte | - | - | 1 | 0,2 | 4 | 0,7 | - | - | - | - | 5 | 0,9 |
| Alvorada de Minas | - | - | 1 | 0,2 | 3 | 0,5 | - | - | - | - | 4 | 0,7 |
| Santo Antônio do Itambé | - | - | 1 | 0,2 | 2 | 0,3 | 1 | 0,2 | - | - | 4 | 0,7 |
| Coluna | 1 | 0,2 | 1 | 0,2 | 1 | 0,2 | - | - | - | - | 3 | 0,6 |
| Outros | 9 | 1,5 | 43 | 7,1 | 56 | 9,2 | 9 | 1,5 | 12 | 2,0 | 130 | 21,3 |

Tabela 4 - Principais queixas apresentadas pelos pacientes. Diamantina MG, 2012

| Queixa | n | % |
|----------------------------|-----|-------|
| Mal estar em adulto | 130 | 21,5 |
| Alteração de comportamento | 34 | 15,6 |
| Dispnéia em adulto | 81 | 13,4 |
| Dor abdominal em adulto | 63 | 10,4 |
| Trauma craniano | 37 | 6,1 |
| Dor torácica | 29 | 4,8 |
| Problemas em extremidades | 27 | 4,5 |
| Diarreia e vômito | 18 | 3,0 |
| Dor lombar | 16 | 2,6 |
| Trauma maior | 15 | 2,5 |
| Convulsões | 14 | 2,3 |
| Diabetes | 8 | 1,3 |
| Feridas | 7 | 1,2 |
| Hemorragia digestiva | 7 | 1,2 |
| Quedas | 7 | 1,2 |
| Cefaleia | 6 | 1,0 |
| Total | 605 | 100,0 |

DISCUSSÃO

Dos 605 pacientes da amostra, 58,0% eram masculinos, média de idade de 56,5 anos, dados corroborados em estudo feito em Itajaí-SC, que encontrou predomínio de indivíduos masculinos (58,0%) com faixa etária média em 56 anos atendidos em hospital geral de grande porte.¹³

A população residente no município de Diamantina deu entrada direto no PS (37,7%) ou foram trazidos pelo SAMU, Corpo de Bombeiro Militar ou encaminhados a partir de consultório particular (4,6%, 4,3% e 9,6%, respectivamente). A população que procurou o PS com encaminhamento da UBS foi muito baixo (2,9%). Ressalta-se que a realização do encaminhamento e contrarreferenciamento de pacientes constitui-se em prática de suma importância para a melhoria do atendimento das urgências e emergências. Neste estudo foi possível identificar que o registro do encaminhamento para o setor terciário (sistema de referência e contrarreferência) ainda é incipiente na rede de saúde no município. A população continua utilizando o PS como a principal porta de acesso ao serviço de saúde, conforme descreveu Cecílio (1997).¹⁴ Este dado também foi encontrado em estudos conduzidos na Holanda.^{15,16} Estudo feito em São Paulo referiu como dificuldade para a alocação adequada dos pacientes a falta de correta

referência e contrarreferência devido à inadequada articulação da atenção básica com os hospitais de referência, baixa responsabilização pelo seguimento dos pacientes¹⁷, o que repercute em superlotação dos PS. Além disso, ocorre comprometimento do atendimento por equipamentos/materiais insuficientes no atendimento dos casos de urgência.¹⁸

Observou-se, durante a coleta de dados, que os pacientes encaminhados de outros municípios da micro e macrorregião de Diamantina vinham com impresso de referência adequadamente preenchido. O fato de passarem por avaliação de um profissional de saúde facilitou para que os encaminhamentos priorizassem, em sua maioria, aqueles com necessidade de serviços de urgência e emergência (classificação de risco no STM: vermelho, laranja e amarelo). Nesse sentido, esses encaminhamentos foram adequados e respeitaram a rede de referência organizada.

O sumário de alta foi o único instrumento de comunicação identificado neste estudo para contrarreferência dos pacientes nos outros níveis de atenção. Observou-se que não existe padrão no conteúdo das informações, uma vez que o registro é manual.

Considerando-se, entretanto, que a coleta de dados foi feita em pacientes 24 horas após terem dado entrada no PS, apurou-se que os classificados como verde, azul e branco estavam internados (65,0%, 1,0%, 70,0%, respectivamente). A internação pode ser justificada pelo fato de esses pacientes terem piorado dentro das 24 horas. Essas cores no serviço de urgência podem estar relacionadas à ausência do profissional de saúde na APS ou à ausência de determinada especialidade médica, à falta de recursos materiais e medicamentos, uma vez que são municípios de pequeno porte e com pouca infraestrutura.

O hospital onde foi realizada a coleta de dados possui algumas peculiaridades quando comparado a um hospital de grande porte. Estudo realizado no PS de um hospital em Belo Horizonte mostrou que os usuários classificados nas cores verdes e azuis que deram entrada no PS foram referenciados para serviços da atenção primária ou secundária, não permanecendo no serviço após a classificação.¹⁹ No município de Diamantina, os classificados nas cores verdes e azuis foram atendidos após o fechamento das UBS, ou seja, após 17 horas, finais de semana e feriados. Além disso, quando os mesmos receberam tal classificação durante o horário de funcionamento das UBS, foram atendidos pela assistente social do PS, que os orientou quanto ao local mais adequado para

seu atendimento. Eles receberam, então, um formulário de contrarreferência e foram conduzidos para a UBS de sua área de abrangência. Outro diferencial registrado foi que essas pessoas, devido à carência de profissional médico e de materiais nas UBS da zona rural, foram atendidas em horário integral.

Os hospitais de alta ou média complexidade devem garantir atendimento imediato aos pacientes classificados como vermelho, laranja e amarelo, já os portadores das cores verde e azul devem ser encaminhados para UBS com um documento de referência.¹⁹

Os três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) devem se articular por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contrarreferência, sendo de extrema importância que cada serviço se reconheça como parte integrante dessa rede, acolhendo e atendendo adequadamente à parcela da demanda que lhe compete e se responsabilizando pelo encaminhamento dessa clientela quando a unidade não tiver os recursos necessários a tal atendimento.²⁰

Pode-se afirmar que os usuários procuraram os serviços de urgência com a finalidade de solucionar suas necessidades, sejam urgentes ou não. Estudo mostrou que casos não emergenciais, muito frequentemente, são encontrados nos serviços de urgência/emergência para um tratamento que poderia ser de seguimento da APS. Vale destacar que a APS deve resolver mais de 85% dos problemas de saúde da população.²¹

Das queixas encontradas neste estudo quatro estavam relacionadas à dor: dor abdominal (10,4%), dor torácica (4,8%), dor lombar (2,6%) e cefaleia (1,0%). Pesquisa feita em PS de Belo Horizonte também encontrou a dor como responsável por 25,2% das queixas identificadas.¹⁹

Estudo realizado na Holanda mencionou que 80% dos atendimentos com menos gravidade podem ser atendidos por clínicos geral da rede, uma vez que um em cada 15 pacientes de baixa gravidade foram encaminhados do clínico geral para o departamento de emergência, por necessidade de recursos tecnológicos.²² Os autores concluíram que pacientes pouco urgentes podem ser tratados de forma eficiente e segura por clínico geral.

Percebe-se, então, que para que possa ocorrer elo entre a integralidade e o sistema de referência e contrarreferência, é necessário que haja a organização em rede dos serviços de maior e menor complexidade. Faz-se necessário, também, que sejam ofertadas

ações de promoção a saúde e prevenção dos fatores de risco no setor primário, que deve resolver a maior parte dos problemas de saúde, organizar os fluxos dos usuários dentro do sistema, além da conscientização da população em relação a quando buscar o atendimento no PS, diminuindo, dessa maneira, a sobrecarga no serviço de urgência.

A limitação deste estudo está relacionada à seleção da amostra de pacientes que permaneceram internados por mais de 24 horas no serviço de urgência, não sendo possível conhecer os dados dos pacientes que faleceram dentro das 24 horas e os mais estáveis que ganharam alta.

CONCLUSÃO

O presente estudo encontrou maioria de pacientes masculinos (58,0%), com média de idade de 56,0 anos, com a queixa de mal-estar no adulto (21,5%), classificação na cor amarela (46,3%) e baixa prevalência de encaminhamentos da ESF (2,9%).

Grande parte da população se autorreferencia ao PS como atendimento de saúde de primeira escolha (37,6%). Pode-se perceber que esses pacientes não procuram a APS, talvez por falta de orientações de qual serviço deva ser procurado ou pela baixa resolutividade desse nível de atenção.

Os dados servem de subsídios para auxiliar a organização da rede de saúde no município e melhor articulação dos serviços nos diferentes níveis de atenção, para que sejam absorvidos pela atenção primária os pacientes que possuem queixas de menor urgência (pacientes verdes e azuis).

Torna-se imprescindível que um instrumento de referência e contrarreferência seja colocado em prática nos estabelecimentos de saúde, para haver a integração da rede e continuidade dos cuidados oferecidos a esse paciente, facilitando, assim, o acesso dos usuários em todos os níveis de complexidade, além da melhoria da qualidade da atenção prestada à população.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), pelo fomento a esta pesquisa, edital 07/2012 CDS- APQ 02677-12.

REFERÊNCIAS

1. Shiroma LMB, Pires DEP. Classificação de risco em emergência- um desafio para as/os enfermeiras/os. *Enferm Foco*. 2011; 2(1):14-7.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
3. Juliani CMM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. 1999; 33(4):323-33.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários da Saúde-CONASS. Atenção Primária e promoção da saúde: Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2011.
5. Fratini JRG, Saube R, Massaroli A. Referência e contra Referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Cienc Cuid Saúde*. 2008 jan/mar; 7(1): 65-72.
6. Feijó VBER. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: análise da demanda atendida no Pronto Socorro de um hospital escola [dissertação]. Londrina: Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina; 2010. [Citado em 2013 out 23]. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/pos/saudecoletiva/mestrado/diss/113.pdf>.
7. Santa Catarina. Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. Sistema Único de Saúde (SUS). Gerências Regionais de Saúde. Diretrizes de Organização. Florianópolis: Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina; 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
10. Coutinho AAP, Cecílio LCO, Mota JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Rev Med Minas Gerais*. 2012; 22(2):188-98.
11. Malachias I, Leles FAG, Silva Pinto MA. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas; 2011.
12. Jekel JF, Katz DL, Elmore JG. *Epidemiology, biostatistics, and preventive medicine*. 3rd ed. Atlanta, USA: Elsevier; 2007.
13. Fratini JRG. Avaliação de um programa de referência e contra referência em saúde [dissertação]. Itajaí-SC: Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde Itajaí; 2007.
14. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública*. 1997 jul/set; 13(3):469-78.
15. Storm-Versloot MN, Vermeulen H, Van Lammeren N, Luitse JS, Goslings JC. Influence of the Manchester Triage System on waiting time, treatment time, length of stay and patient satisfaction; a before and after study. *Emerg Med J*. 2014 Jan; 31(1):13-8.
16. Storm-Versloot MN, Ubbink DT, Kappelhof J, Luitse JSK. 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 Aug; 18(8):822-9.
17. Onocko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madsen PR, Gama CAP, Dantas DV, Nascimento R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(1):43-50.
18. Dubeux LS, Freese E, Reis YAC. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(8):1508-18.
19. Pinto Jr 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.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Normatiza o serviço de Pré-Hospitalar Móvel. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
21. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
22. Straten LMVD, Stel HFV, Spee FJ, Vreeburg ME, Schrijvers AJ, Sturms LM. Safety and efficiency of triaging low urgent self-referred patients to a general practitioner at an acute care post: an observational study. *Emerg Med J*. 2012; 29:877-81.