

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

SÔNIA MARA NEVES FERRI

**Modelo de acolhimento com classificação de risco em
unidade de pronto-atendimento: Estratégia para
reorganização do trabalho e reordenação do acesso à rede
de saúde**

**Ribeirão Preto
2013**

SÔNIA MARA NEVES FERRI

**Modelo de acolhimento com classificação de risco em
unidade de pronto-atendimento: Estratégia para
reorganização do trabalho e reordenação do acesso à rede
de saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Doutor em Ciências
Médicas.

Área de Concentração: Cirurgia.

Orientador: Prof. Dr. José Sebastião dos Santos

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ferri, Sônia Mara Neves

Modelo de acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto-atendimento: Estratégia para reorganização do trabalho e reordenação do acesso à rede de saúde. Ribeirão Preto, 2013.

107p.: 5il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Cirurgia.

Orientador: Santos, José Sebastião dos

1. Medicina de Emergência; 2. Serviços Médicos de Emergência; 3. Acolhimento; 4. Triagem; 5. Avaliação de Risco; 6. Regulação e Fiscalização em Saúde; 7. Atenção Básica; 8. Unidade Básica de Saúde; 9. Serviço Hospitalar de Emergência; 10. Sistema Único de Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: Sônia Mara Neves Ferri

Título: Modelo de acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto-atendimento: Estratégia para reorganização do trabalho e reordenação do acesso à rede de saúde

Tese apresentada ao Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Doutor em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Cirurgia.

Data da aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Suporte Financeiro:

Fundação Waldemar Barnsley Pessoa

FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - Programa PPSUS.

Suporte Administrativo:

Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Resumo

FERRI, S. **Modelo de acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto-atendimento: Estratégia para reorganização do trabalho e reordenação do acesso à rede de saúde.** 2013. 107f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Introdução: As estratégias e as políticas para atenção às urgências testadas ainda não foram suficientes para ordenar o acesso dos usuários às redes assistenciais hierarquizadas e, assim, evitar aglomeração em alguns dos seus componentes. **Objetivo:** Testar modelo de acolhimento com classificação de risco (ACR) em Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) que funciona como entreposto entre a atenção básica e o hospital. **Método:** Estudo realizado em município que possui 605.114 habitantes e cinco UPAs que funcionam ininterruptamente e contam com recepção, sala de urgência, consultórios, leitos de observação, exames bioquímicos e radiológicos simples, medicamentos e equipe com médicos para adultos e crianças que atendem cerca de 340 pacientes/dia. A UPA estudada abrange um distrito com 144.998 habitantes, 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS) (nove com estratégia de saúde de família e oito com modelo tradicional) e um centro de especialidades. Os pacientes admitidos pela recepção foram acolhidos (registro das queixas, verificação de sinais vitais e, eventualmente, glicemia capilar, com pré-classificação de risco), em sala própria, por um técnico de enfermagem e um enfermeiro. Na sequência, em outra sala, o médico, também da equipe do ACR, complementava a avaliação (poderia fazer eletrocardiograma, se fosse o caso), finalizava a classificação de risco e direcionava o paciente para alta, com ou sem encaminhamento para a UBS ou atendimento pelo médico de plantão da UPA. A classificação de risco adotada tinha quatro níveis: azul e verde (não urgentes), amarelo (urgente) e vermelho (emergência). **Resultados:** Foram avaliados 466 pacientes: 50% classificados como azuis – todos procuraram a UPA espontaneamente, na recepção, passaram pelo ACR e não precisaram de atendimento pela equipe de urgência: 155 (66,5%) receberam alta, sem redirecionamento para outro serviço da rede assistencial. Dentre os casos remanescentes 34,5% foram classificados como verdes, 14,2% como amarelos e apenas 1,3% como vermelhos – todos os casos classificados como vermelhos chegaram à UPA via Regulação Médica/Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU/192). O tempo médio para ACR foi de 7,1 minutos. Dentre os pacientes atendidos pela equipe da UPA, 38 (8,2%) foram direcionados para internação hospitalar e cinco desses (14%), em regime de vaga zero. **Conclusão:** A mitigação da aglomeração nas UPAs pode ser obtida com o deslocamento do modelo de ACR proposto para as UBSs e a integração das ações dessa prática com a Regulação de Urgência/SAMU/192, o que permitiria a orientação da população, nas situações de urgência, a procurar a UBS ou ligar para a Central de Regulação Urgência.

Palavras-chave: Medicina de Emergência, Serviços Médicos de Emergência, Acolhimento, Triagem, Avaliação de Risco, Regulação e Fiscalização em Saúde, Atenção Básica, Unidade Básica de Saúde, Serviço Hospitalar de Emergência, Sistema Único de Saúde.

Abstract

FERRI, S. **Reception model with risk classification in an emergency unit: A strategy for work reorganization and reordering of access to the health network** 2013. 107f. Thesis (Doctoral) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Introduction: The strategies and policies tested thus far regarding emergency care have not been sufficient to order the access of users to hierarchized assistance networks and thus prevent agglomeration in some units. **Objective:** To test a model of reception with risk classification (RRC) at an Emergency Care Unit (ECU) which functions as half-way point between basic care and hospitalization. **Method:** the study was conducted in a municipality with 605,114 inhabitants and 5 ECUs that function uninterruptedly and that are equipped with a reception room, an emergency room, doctors' offices, observation beds, simple biochemical and radiological tests, medications and a team of doctors for adults and children who provide care for about 340 patients/day. The ECU studied covers a district with 144,998 inhabitants, 18 Basic Health Units (BHU) (9 with a family health strategy and 8 with a traditional model), and a specialty center. The patients admitted through the reception were received (registration of complaints, verification of vital signs and, eventually, capillary glycemia with risk pre-classification) in a specific room by a nursing technician and a nurse. Next, in another room, the doctor of the RRC team completed the evaluation (performing an electrocardiogram if necessary), finalized the classification of risk and directed the patients for discharge, with or without referral to the BHU or assistance by the ECU doctor on call. The risk classification adopted consisted of 4 levels: blue and green (no emergency), yellow (urgency), and red (emergency). **Results:** a total of 466 patients were evaluated: 50% classified as blue (all came to the ECU spontaneously and went through the RRC in the reception), 34.5% as green, 14.2% as yellow, and only 1.3% as red (all came to the ECU via the Medical Regulation/Mobile Emergency Care Service SAMU192/). The mean time for RRC was 7.1 minutes. **Conclusion:** Agglomeration in ECUs can be mitigated by shifting the proposed RRC model to the BHU and by integrating the actions of this practice with the Medical Regulation/SAMU/192, thus permitting to instruct the population to seek the BHU or to call the Medical Regulation Center in an emergency situation.

Key-words: Emergency Medicine, Emergency Medical Services, Reception, Triage, Risk Assessment, Health Care Coordination and Monitoring, Primary Health Care, Health Centers, Emergency Service, Unified Health System.

Lista de Figuras

Figura 1. Evolução do número de atendimentos na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, após implantação da Central de Regulação de Urgência, no ano de 2000. (Fonte: GAD-HCFMRP-USP)	26
Figura 2. Evolução da taxa de ocupação de leitos na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, após implantação da Central de Regulação de Urgência, no ano de 2000. (Fonte: GAD-HCFMRP-USP)	26
Figura 3. Evolução da média de permanência na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, após implantação da Central de Regulação de Urgência, no ano de 2000. (Fonte: GAD-HCFMRP-USP)	27
Figura 4. Distritos de Saúde do município estudado.....	44
Figura 5. Delineamento do estudo. Fluxo de pacientes com duas entradas (recepção e emergência), posicionamento da equipe de acolhimento e classificação de risco e das observadoras.....	51

Lista de Tabelas

Tabela 1:	População da área de abrangência de cada UBS do distrito oeste e a população distrital total	45
Tabela 2:	Porcentagem de atendimentos diários, realizados pela equipe participante da pesquisa	58
Tabela 3:	Distribuição dos atendimentos, segundo o sexo dos pacientes e tipo de acesso à Unidade de Pronto-Atendimento.....	58
Tabela 4:	Número de atendimentos/hora realizados pela equipe da pesquisa, considerando as pausas necessárias durante o período de trabalho.....	59
Tabela 5:	Tempo até o acolhimento (min.) e duração do acolhimento (min.) para os pacientes atendidos pela recepção geral.....	60
Tabela 6:	Distribuição dos atendimentos, segundo a classificação de risco e o tipo de acesso ao Serviço de Saúde.....	60
Tabela 7:	Distribuição dos atendimentos, segundo a passagem anterior dos pacientes na UBS, antes de se dirigir ao PA, em dias úteis, e o tipo de acesso ao Serviço de Saúde.....	61
Tabela 8:	Idade dos pacientes, cujos atendimentos deram entrada pela urgência (via SAMU/192), segundo a classificação de risco e o total.....	61
Tabela 9:	Idade média e respectivos desvios-padrão dos pacientes cujos atendimentos deram entrada pela recepção geral, segundo a classificação de risco e o total	62
Tabela 10:	Idade média e respectivo desvio-padrão dos pacientes cujos atendimentos deram entrada pela urgência (via SAMU/192) e recepção geral, segundo a classificação de risco.....	62
Tabela 11:	Tempo de duração do acolhimento em minutos para os pacientes atendidos pela recepção geral, segundo a classificação de risco.....	63
Tabela 12:	Tempo de espera até ser consultado pelo médico, em minutos, para os pacientes que deram entrada pela recepção geral, segundo a classificação de risco em verde e amarelo.....	63
Tabela 13:	Distribuição dos motivos/queixas apresentados pelos pacientes com classificação de risco “Azul”90.....	64
Tabela 14:	Distribuição dos motivos/queixas apresentados pelos pacientes com classificação de risco “Verde”	65

Tabela 15:	Distribuição dos motivos/queixas apresentados pelos pacientes com classificação de risco “Amarelo”.....	66
Tabela 16:	Distribuição dos motivos/queixas apresentados pelos pacientes com classificação de risco “Vermelho”.....	66
Tabela 17:	Distribuição dos grupos de CID10 atribuídos pelo médico aos pacientes com classificação de risco “Azul”.....	67
Tabela 18:	Destino dos atendimentos com entrada pela recepção geral e classificação de risco “Azul”.....	68
Tabela 19:	Retorno dos casos “azuis”, em número de vezes, a algum serviço de saúde da rede assistencial para atendimento médico, no período de 30 dias após a consulta na UPA do estudo, segundo o tipo de unidade	69
Tabela 20:	Retorno dos casos “azuis” a algum serviço de saúde da rede assistencial para atendimento médico, no período de 30 dias após a consulta na UPA do estudo, segundo o grupo do CID10.....	69
Tabela 21:	Número de atendimentos que foram encaminhados para internação ou não, com respectivas porcentagens, segundo classificação de risco	70
Tabela 22:	Casos internados de acordo com o grau de risco nas diferentes entradas.....	70
Tabela 23:	Informações sobre os casos encaminhados para internação: risco, idade, entrada na UPA, especialidade solicitada pelo plantonista, prioridade do caso, hospital de internação e se vaga zero ou não.	72

Lista de Quadros

- Quadro 1:** Dados estatísticos vitais em saúde do município de Ribeirão Preto e do Estado de São Paulo - Fonte: Fundação SEADE - 2010.....43
- Quadro 2:** Tempo médio para agendamento de consulta em clínica médica e com o enfermeiro nas unidades básicas de saúde do distrito oeste46
- Quadro 3:** Classificação de risco em níveis de prioridade e padronização do “tempo até ser consultado pelo médico”, para o sistema de quatro níveis adotado neste estudo, considerando os tempos dos sistemas de triagem validados em literatura.....55

Lista de Abreviaturas

ACR-	Acolhimento com classificação de risco
APS-	Atenção Primária em Saúde
CIB-	Comissão Intergestores Bipartite
CID-	Classificação Internacional das Doenças
CIR-	Comissão Intergestores Regional
CIT-	Comissão Intergestores Tripartite
CONEP-	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CR-	Complexo Regulador
CTAS-	<i>Canadian Emergency Department Triage and acuity Scale</i>
CURM-	Central Única de Regulação Médica
ESF-	Estratégia da Saúde da Família
ESI-	<i>Emergency Severity Index</i>
FMRP-USP-	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HCFMRP-USP-	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IC-	Intervalo de confiança
MAT-	<i>Model Andorra de Triage</i>
MTS-	<i>Manchester Triage System</i>
NHS-	<i>National Health Service</i>
NTS-	<i>National Triage Scale</i>
PCR-	Parada cardiorrespiratória
PNAU-	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH-	Política Nacional de Humanização
PSF-	Programa de Saúde da Família
RAS-	Redes de Atenção à Saúde

SAMU-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SPSS-	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS-	Sistema Único de Saúde
UBDS-	Unidade Básica e Distrital de Saúde
UBS-	Unidade Básica de Saúde
UESF-	Unidades com Estratégia da Saúde da Família
UPA-	Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	31
3 OBJETIVOS.....	40
3.1 Objetivo Geral.....	41
3.2 Objetivos Específicos	41
4 MATERIAL E MÉTODOS	42
4.1 Tipo de pesquisa	43
4.2 Campo do estudo	43
4.2.1 Ambiência para proceder ao acolhimento.....	48
4.2.2 Períodos de coleta de dados	48
4.3 População	48
4.4 Critérios de inclusão.....	48
4.5 Critérios de exclusão	49
4.6 Amostra.....	49
4.7 Trabalho de campo.....	49
4.7.1 Classificação de risco	49
4.7.2 Equipe de acolhimento e avaliação de risco	50
4.7.3 Coleta dos dados.....	51
4.7.4 Análise dos dados	53
4.7.5 Análise dos tempos	54
4.7.6 Análise das queixas, grupos de CID10 e diagnósticos.....	55
4.8 Considerações Éticas.....	55
5 RESULTADOS.....	57
6 DISCUSSÃO	73
7 CONCLUSÕES	87
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
9 ANEXO.....	104

1- Introdução

Os departamentos ou serviços de urgência, no mundo todo, são alvos de intensas reclamações por parte dos usuários e sofrem grandes pressões da imprensa, de órgãos governamentais e organizações sociais, para executarem suas tarefas de forma eficiente (SCARPELINI, 2007; NG et al., 2010). Os países desenvolvidos e, em desenvolvimento, sofrem com essa questão, e até o momento, apesar da vasta contribuição teórica sobre o assunto, ainda não se conseguiram respostas para superar o problema (NG et al., 2010; OREDSON et al., 2011).

A mudança do perfil demográfico e epidemiológico dos países do hemisfério norte com sistema de saúde socializado, também em curso acelerado no Brasil, já constata aumento da demanda para a atenção às urgências, sobretudo para os casos de doenças crônicas agudizadas. Para o crescimento de 9,3% na população, houve aumento de 25,8% da demanda aos serviços de urgência (NAGREE et al., 2012). Na Espanha, o aumento populacional de 2000 a 2005 foi de 8,9%, mas a demanda por serviços de urgência aumentou 10,4% (MIRÓ, 2009).

A insatisfação com os serviços de urgência ocorre em países com sistemas nacionais de acesso universal e sistemas privados de saúde, países ricos e pobres, em sistemas de saúde que reconhecem a atenção básica (AB) como coordenadora do cuidado ou não, em sistemas de saúde que se baseiam no mercado e na prestação de serviços (O'DWYER, 2010). A satisfação nos serviços de urgência é significativamente associada ao tempo de espera, à qualidade do atendimento fornecido e idade do paciente (McCARTHY et al., 2011).

Uma característica comum nos serviços de urgência em todos os sistemas de saúde é a aglomeração, que compromete a segurança do paciente, o tempo para o tratamento adequado - "*timeless*", leva à frustração e consome muita energia dos funcionários (OREDSON et al., 2011). A aglomeração associada a este aumento da estadia no serviço de urgência também se associa com o aumento da mortalidade (SPRIVULIS et al., 2006; SINGER et al., 2011).

O modelo "*input-throughput-output*" tem sido uma abordagem aceita para entender a causa da aglomeração, pois busca respostas que podem estar na entrada para o atendimento, no percurso interno do serviço ou na saída (OREDSON et al., 2011).

Os locais de atendimento de urgência convivem com usuários que possuem demandas não urgentes e que acabam por dificultar o desdobramento eficiente dos casos de pacientes mais graves (OREDSON et al., 2011). Diversos estudos mostram que esta demanda de casos não urgentes, que podem variar de 12 a 73% (TSAI; LIANG; PEARSON, 2010), deve ser acolhida e reorientada, criando-se estruturas alternativas para suprir esta procura, tais como ambulatórios próximos aos serviços de urgência (GENTILE et al., 2010; HWANG; CHANG, 2010).

Diversas medidas têm sido adotadas para minimizar os riscos da espera prolongada e de organização, para que os serviços tenham eficiência (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007). Dentre as intervenções já utilizadas na tentativa de melhorar o fluxo de pacientes nos serviços de urgência diminuindo o tempo de espera para atendimento e de estadia, as duas mais eficientes foram o *Fast track* e a equipe de triagem (OREDSON et al., 2011). Na abordagem do *Fast track*, colocam-se os pacientes de baixa gravidade clínica num local de atendimento em paralelo com os pacientes mais graves e espera-se que 90% destes pacientes tenham alta em 60 minutos (WILER et al., 2010).

Novas estratégias têm sido adotadas para melhorar o fluxo de pacientes nos serviços de urgência, baseadas no modelo de *lean healthcare*, inspirado no *Lean Principles of the Toyota Production* que focam em pontos-chave para uma manufatura enxuta. Assim, nos serviços de urgência, dever-se-ia focar em: orientação de fluxo, redução de elementos de trabalho desnecessários, melhoria contínua da qualidade e participação de todos os trabalhadores, em busca de resolver as causas multifatoriais da aglomeração (NG et al., 2010).

O sistema de triagem ou avaliação de risco é um desses recursos para enfrentar a aglomeração nos estabelecimentos de saúde que prestam atendimento de urgência, além disso, é imprescindível para otimizar esse atendimento e a organização interna do serviço (SOLLA, 2005; ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007; BRASIL, 2009a).

A Austrália foi o primeiro país a implantar um sistema de triagem. Hoje já existem cinco modelos validados: o da Austrália e Oceania, *National Triage Scale (NTS)* (Australia, 2007), o canadense *Canadian Emergency Department Triage and acuity Scale (CTAS)* (BULLARD et al., 2008), o americano *Emergency Severity Index*

(ESI) (GILBOY et al., 2011) e o espanhol *Model Andorra de Triage (MAT)* (JIMÉNEZ, 2003). Todos esses modelos foram baseados em cinco níveis numéricos de gravidade (de 0 a 4 ou de 1 a 5).

Finalmente, o modelo de Manchester, *Manchester Triage System (MTS)* (MACKWAY-JONES, 2005), baseia-se na classificação de risco por cores; nível vermelho, o mais grave, seguido das cores laranja, amarela, verde e azul, também de cinco níveis (ALBINO et al., 2007).

Já existem evidências científicas que o CTAS pode ser reproduzido em outros países. Um trabalho realizado na Arábia Saudita comprovou que, se utilizado fora do Canadá, atinge os objetivos a que foi proposto (ELKUM; BARRET; AL-OMRAN, 2011).

O Ministério da Saúde no Brasil preconiza a classificação de risco em quatro cores: vermelho, amarelo, verde e azul. Há pouco conhecimento divulgado sobre a triagem em quatro níveis, mas aponta-se para a necessidade de “*escuta qualificada*” nos serviços de urgência e nas unidades de saúde com o instrumento da Classificação de Risco implantado. A triagem como protocolo, acrescida da qualificação da relação profissional-usuário, tem sido uma opção.

Alguns países também realizam a classificação de risco de quatro níveis em seus serviços, como a Tailândia, Itália, Cuba, Kuwait e mesmo alguns serviços nos EUA (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009).

Nos EUA, o sistema de cinco níveis, ESI, é utilizado por 72% dos serviços de urgência. Apesar de oficialmente indicado pela *American College of Emergency Physicians* e pela *Emergency Nurses Association* como um sistema a ser utilizado em todo o país, muitos hospitais, principalmente os de pequeno porte, ainda utilizam o de quatro ou até o de três níveis (McHUGH et al., 2012). Na Austrália, é obrigatório por lei os departamentos de emergência utilizarem o sistema oficial de cinco níveis - NTS (FARROHKNIA et al., 2011).

A validação dos sistemas de cinco níveis de triagem existentes foi sistematizada para os quesitos de *melhor utilização de recursos, mortalidade e hospitalização*, porém ainda faltam estudos para validar a *confiabilidade e segurança* (FARROHKNIA et al., 2011). Recomenda-se que nenhum paciente deve ser encaminhado a outro serviço de AB ou especializado sem ser visto por um médico,

pois são necessários mais estudos sobre quais sinais vitais e queixas são de maior valor prognóstico na triagem e salienta-se que mesmo pacientes com sinais vitais normais podem ter uma condição com risco de vida (FARROHKNIA et al., 2011).

Nesse contexto, a avaliação de risco de quatro cores, associada a uma escuta qualificada dos profissionais, pode direcionar os pacientes para o atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) previstas na rede de urgência do SUS (SILVA, 2012).

Até meados da década de 1990, o acolhimento foi utilizado como forma de organizar a demanda espontânea nos serviços, mas somente no ano de 2000, intensificou-se, na perspectiva da humanização, ganhando contornos próprios e relevância na Atenção Primária em Saúde (APS) para garantir acesso humanizado e resolubilidade às demandas de saúde dos usuários e das comunidades. Também, os profissionais de saúde apresentaram-se mais sensíveis às necessidades desses usuários e dessas comunidades (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Há doze anos, ainda na ausência de políticas públicas mais específicas para a atenção básica, urgência e regulação da assistência, constatou-se que, apesar da região de saúde de Ribeirão Preto contar com uma boa estrutura de AB, havia baixa resolubilidade nas suas ações clínicas e na coordenação do acesso à rede assistencial, bem como insuficiência na oferta de serviços hospitalares de média complexidade, o que induzia à aglomeração e ao excesso de atendimentos nos serviços especializados e de urgência do hospital de referência terciária (SANTOS et al., 2003; LOPES; SANTOS; SCARPELINI, 2007; FERRI et al., 2012; SANTOS et al., 2012).

A partir do ano de 2000, a atuação assistencial dos serviços hospitalares do município de Ribeirão Preto, sob gestão municipal ou estadual, mediante ampla pactuação locorregional, passou a ser regulada pelos gestores. À época, a população e os profissionais de saúde foram esclarecidos acerca dos principais atributos clínicos da AB: acolher e resolver os problemas de saúde mais frequentes da população e, ainda, quando necessário, coordenar o acesso dos usuários aos outros níveis de atenção, por meio do Complexo Regulador (CR) da assistência, garantindo, assim, o princípio doutrinário da integralidade na atenção (SANTOS et al., 2003; LOPES; SANTOS; SCARPELINI, 2007; SANTOS et al., 2012).

No ano de 1999, frente à aglomeração dos atendimentos de urgência de baixa e média complexidade na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) e os seus desdobramentos assistenciais, administrativos, éticos e jurídicos, desencadeou-se um movimento para reorientar o papel desse hospital na rede assistencial que culminou, no ano de 2000, com a instalação do Comitê Regional de Urgência.

O Comitê Regional de Urgência formado por representantes dos gestores estaduais e municipais, dos prestadores, das universidades, do Ministério Público, corpo de bombeiros e dos usuários, dentre outros, planejou a instalação de Central de Regulação de Urgência. Assim, no ano de 2000, o HCFMRP-USP passou a disponibilizar a sua oferta assistencial eletiva e de urgência, essa diuturnamente, para os gestores, na expectativa de que os encaminhamentos fossem feitos mediante avaliação criteriosa de necessidade e respeitassem a capacidade instalada do prestador.

A experiência exitosa de regulação na urgência, com o impacto esperado na caracterização do papel da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP na rede de urgência, pode ser ilustrada no exame de alguns indicadores, tais como redução do número de atendimentos, de 109.878, em 1999, para 35.654, em 2011 (Figura 1), e das taxas de ocupação de 113% para 100,2% (Figura 2), com aumento concomitante das diárias de internação de 3,8 dias para 7,4 (Figura 3).

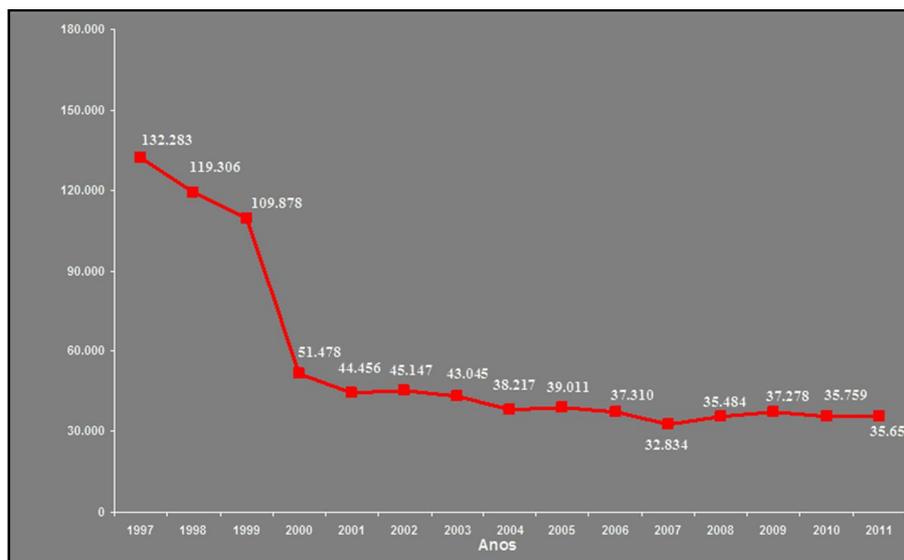


Figura 1: Evolução do número de atendimentos na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, após implantação da Central de Regulação de Urgência, no ano de 2000. (Fonte: GAD-HCFMRP-USP).

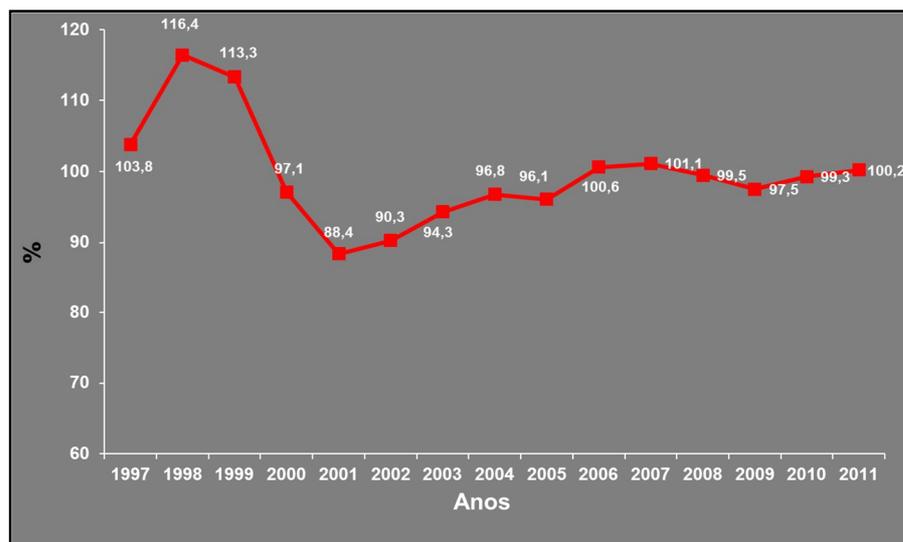


Figura 2: Evolução da taxa de ocupação de leitos na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, após implantação da Central de Regulação de Urgência, no ano de 2000. (Fonte: GAD-HCFMRP-USP).

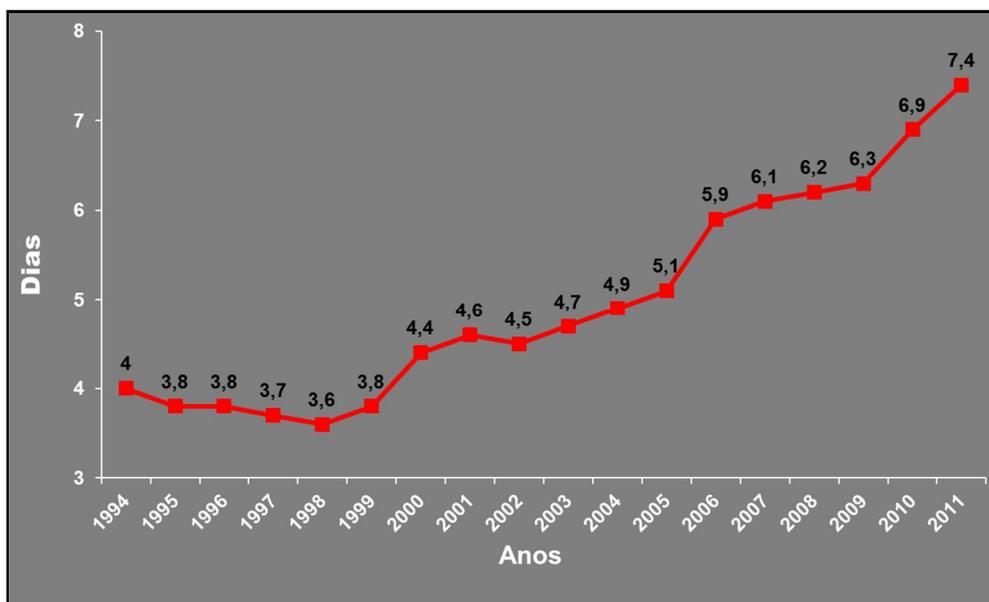


Figura 3: Evolução da média de permanência na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, após implantação da Central de Regulação de Urgência, no ano de 2000. (Fonte: GAD-HCFMRP-USP).

Nesse processo, os indicadores da Central de Regulação, analisados pelo Comitê Gestor de Urgência, com regularidade, ofereciam informações sobre restrições de recursos humanos, capacitação, lacunas assistenciais e, assim, passaram a servir de mecanismo de gestão da rede assistencial de urgência e oferecer subsídios para identificar necessidades de investimentos públicos. Essa experiência exitosa foi reconhecida pela população (SANTOS et al., 2003; LOPES; SANTOS; SCARPELINI, 2007) e subsidiou também a elaboração da Política Nacional de Atenção às Urgências, no ano de 2003 (BRASIL, 2003).

Em 2005, no âmbito da gestão municipal, em Ribeirão Preto, mesmo antes da política nacional de regulação, organizou-se, após muita resistência do Poder Legislativo municipal e dos prestadores, o Complexo Regulador da Atenção e da Assistência do município (FERREIRA et al., 2010). Esse processo de ordenação do acesso, para os serviços de referência, reforçou o papel do HCFMRP-USP como ponto preferencial para a atenção terciária e induziu também a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e o próprio HCFMRP-USP a ampliarem os cenários assistenciais, com filiação a uma rede de

serviços para fazer extensão, formar e capacitar recursos humanos que contemplam todos os níveis de cuidados previstos no Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS et al., 2003; LOPES; SANTOS; SCARPELINI, 2007).

Assim, nesses últimos 12 anos, organizou-se um Complexo Assistencial associado à FMRP-USP e ao próprio HCFMRP-USP formado por cinco núcleos de saúde da família e duas unidades básicas tradicionais, um Centro de Saúde com policlínica e uma unidade de pronto-atendimento e três hospitais de média complexidade, além das Unidades *Campus* (eletiva) e de Urgência do HCFMRP-USP. A configuração dessa rede assistencial que atende às demandas de ensino, extensão e pesquisa reforça a premência de adoção de mecanismos para aperfeiçoar a avaliação das necessidades assistenciais do usuário nas suas portas de entrada, como forma de subsidiar a ordenação do acesso entre os serviços de referência.

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (BRASIL, 2003) propôs-se a reorganizar e regular a rede de serviços de urgência. A PNAU e a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004b) preconizaram as seguintes diretrizes específicas para a atenção às urgências que ocorrem nos pronto-atendimentos, nos pronto-socorros e na assistência pré-hospitalar:

- a) Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais pontos de assistência.
- b) Comprometer-se com a referência e contrarreferência, aumentando a resolução da urgência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e à transferência segura, conforme a necessidade dos usuários.
- c) Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e necessidades do sujeito.

A primeira estratégia adotada na PNAU foi a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2003), baseado no modelo francês, composto pela Central de Regulação Médica de Urgência e o componente assistencial das ambulâncias de suporte básico e avançado (BRASIL, 2006d; O'DWYER, 2010).

Segundo a portaria, a regulação médica das urgências é o elemento ordenador e orientador dos sistemas estaduais de urgência e qualifica o fluxo dos pacientes na rede de serviços e deve garantir aos usuários do SUS a multiplicidade de respostas necessárias para a resolução de suas demandas de saúde (BRASIL, 2003).

Para o atendimento pré-hospitalar fixo, a portaria prevê a prestação da assistência em um primeiro nível de atenção, de modo hierarquizado e regulado. As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) ou Unidades com Estratégia da Saúde da Família (UESFs) teriam como atribuições o acolhimento dos casos agudos, com pessoal qualificado para a atenção às urgências, estruturação de recursos físicos e retaguarda pactuada (definição de fluxos e mecanismos de transferência). Às UPAs cabem dar retaguarda às UBSs e UESFs, como locais de estabilização até o hospital, ou ainda ter o papel de porta de entrada, quando as mesmas estiverem fechadas. As UPAs devem fazer o atendimento de casos agudos de média complexidade, diminuindo a sobrecarga nos hospitais de maior complexidade.

Em dezembro de 2008, foram estabelecidas as diretrizes técnicas e financeiras à regionalização da rede nacional do SAMU (BRASIL, 2008b; DELLAGIUSTINA; NITSCHKE, 2011) e, finalmente, em maio de 2009, as diretrizes para o componente pré-hospitalar fixo para organizar as redes locais de atenção integral às urgências foram publicadas (BRASIL, 2009a).

Recentemente, houve reformulação da PNAE com instituição das Redes de Atenção às Urgências, com seus componentes fixos e móveis; e organização do componente hospitalar definindo as portas de entrada hospitalares de urgência, leitos de retaguarda, leitos de longa permanência e de terapia intensiva, com os devidos repasses financeiros federais (BRASIL, 2011ab).

O Ministério da Saúde classifica as UPAs em três diferentes portes: I, II e III, a depender da população do município-sede, da capacidade instalada (área física), do número de leitos disponíveis, da gestão de pessoas e da capacidade diária para realizar atendimentos médicos (BRASIL, 2011c).

Quanto à estrutura física há uma definição de materiais e equipamentos imprescindíveis para o funcionamento de uma UPA, de acordo com o seu porte. Para as salas de acolhimento com classificação de risco é prevista uma lista mínima

de materiais necessários para o seu funcionamento como: computador, biombo, cadeira giratória com braços, cadeiras estofadas fixas, escada de dois degraus, esfigmomanômetro adulto, esfigmomanômetro infantil, estetoscópio adulto, estetoscópio infantil, mesa auxiliar para instrumental, mesa de escritório, mesa para exames, termômetro timpânico (BRASIL, 2011c).

A questão da ambiência é de suma importância para o bom acolhimento, em respeito à privacidade do paciente e possibilidade de uma boa avaliação de risco. Um problema existente na maioria das UPAs é a ausência de espaço físico adequado. O Sistema de Triagem Espanhol preconiza a metragem da sala de classificação de risco entre 6 e 9m² (JIMÉNEZ, 2003). No Brasil, as UPAs financiadas pelo Ministério da Saúde devem apresentar 9m² (BRASIL, 2009a).

A equipe de trabalho proposta para a tarefa do acolhimento envolve a recepção, enfermagem, os orientadores de fluxo e a segurança (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2006d). Porém, como a classificação de risco não se propõe a realizar um diagnóstico prévio ou excluir pessoas do atendimento médico, esta deve ser realizada pelo profissional de enfermagem de nível superior e sempre com respaldo médico, sendo o protocolo a ferramenta necessária para o trabalho. No entanto, este não será suficiente se não houver interação, diálogo, escuta, pois sem isso não há formas de avaliar o risco e a vulnerabilidade de cada pessoa que procura os serviços de urgência (BRASIL, 2009b).

Na realidade, as UPAs ainda apresentam baixo nível de organização e resolubilidade. Essas unidades acabam isoladas dentro da rede, são portas de entrada e ordenadoras da assistência hospitalar (DELLAGIUSTINA; NITSCHKE, 2011), mas, em geral, não se comunicam com a AB e, portanto, não contribuem na plenitude com a reorganização do fluxo.

Nessa perspectiva, o ACR, proposto na PNH, deve ser incorporado à rotina do trabalho de todas as unidades assistenciais do SUS, principalmente naquelas previstas como porta de entrada do sistema, para atuar nas necessidades agudas advindas da população (BRASIL, 2011b; O'DWYER, 2010). Assim, cabe à AB assumir seu protagonismo e ser ordenadora do sistema, e aos serviços de urgência regular os casos agudos com necessidades urgentes por meio das centrais de regulação de urgência municipais e regionais, para fornecer resposta em tempo hábil e de forma organizada, aplicando protocolos clínicos e de regulação (Anexo) (SANTOS et al., 2012).

2- Revisão de Literatura

Desde a sua criação, há 22 anos, o SUS vem se estruturando baseado na descentralização administrativa, com ampliação da autonomia e das responsabilidades dos municípios (BRASIL, 1990). Nesse período, várias instruções normativas, chamadas de Normas Operacionais (BRASIL, 1993; 1996; 2001; 2002) e elaboradas pelo ente federal, impulsionaram o processo de descentralização, mas não atendiam parte da diversidade de cenários sociais, culturais e geopolíticos do país. Mais recentemente, foi instituído o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) com melhor definição das atribuições dos entes federados, fortalecimento dos espaços de negociação, articulação e pactuação.

Nesse contexto, foram criados os colegiados de gestão regional com potencial para formulação de estratégias que operacionalizam as políticas públicas de saúde, e este arranjo regional, previsto constitucionalmente, pode proporcionar a formação de sistemas de saúde eficientes e o estabelecimento de relações governamentais cooperativas e solidárias (BRASIL, 2006b).

Após quatro anos da assinatura dos Pactos e após pouco mais de 20 anos da criação do SUS, o Governo Federal regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) com dispositivos sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011a).

A definição das responsabilidades de gestão das três esferas de governo foi consolidada recentemente por decreto, com definição das atribuições da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR). A organização e o funcionamento deverão ser pactuados nas ações e serviços de saúde integrados em Redes de Atenção à Saúde (RAS) (SANTOS, ANDRADE, 2008; BRASIL, 2011a).

A regulamentação da lei orgânica da saúde reafirma o acesso universal e igualitário e orienta a ordenação às ações e aos serviços de saúde através de suas portas de entrada: serviços de atenção primária, urgência e psicossocial e serviços especiais de acesso aberto, se completando nas RASs regionalizadas e hierarquizadas, de acordo com a complexidade do serviço necessário (BRASIL, 2011a).

O processo de regionalização retornou à agenda do SUS após a assinatura do Pacto pelos entes federados e tem induzido a organização de espaços de

discussão das políticas de saúde, de forma a estabelecer as RASs e a responsabilidade da atenção básica como ordenadora dessa rede e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2006c; CAMPOS, 2008; CONILL, 2008; WHO, 2008).

Deve ser destacado que a regionalização foi uma diretriz adotada na concepção do SUS, pois já existiam evidências internacionais suficientes de que o sistema de saúde em redes melhora a qualidade dos serviços, os resultados sanitários, a satisfação do usuário e, ainda, diminui os custos (SANTOS, 2008; MENDES, 2010).

A implantação das RASs tem sido orientada, mediante diretrizes de organização definidas como: *"arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado"* (BRASIL, 2010a). É consenso que as RASs deverão se apoiar na APS (STARFIELD, 2002; SILVA, 2008; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2012) e também nos Complexos Reguladores da Assistência (BRASIL, 2008b; FERREIRA et al., 2010; SANTOS et al., 2012) que, quando bem estruturados, tornam-se efetivos, eficientes e de qualidade.

A inspiração para organizar a atenção à saúde em redes de serviços com agregação tecnológica crescente, hierarquizados, e com acesso regulado vem dos modelos de saúde socializados de países localizados, principalmente, no hemisfério norte. A primeira descrição completa de uma rede regionalizada foi proposta no Relatório Dawson, em 1920, na Inglaterra, por solicitação do governo inglês para se buscar um sistema de saúde capaz de disponibilizar serviços para toda a população de uma dada região, por meio da organização em redes regionalizadas, em que o núcleo dessas redes seria os centros primários de atenção: a "porta de entrada" do sistema (DAWSON, 1964; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

O sistema de saúde inglês, já no início do século passado, estruturava-se em territórios, com população adscrita, para ampliar o acesso e diminuir as desigualdades. O *National Health Service* (NHS) acabou por servir de modelo para o Canadá, Espanha, Itália, entre outros, com adaptações às especificidades e à realidade de cada país, que também criou os seus sistemas nacionais de saúde (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Os Estados Unidos não têm um sistema público de acesso universal. A rede de serviços de saúde para os americanos integra as funções de financiar e prover. O sistema é privado, e o acesso é desigual - somente para quem pode pagar, com exceção do *Medicare*, para a população acima dos 65 anos e do *Medicaid*, para a população mais pobre, custeado pelo governo americano. O modelo de assistência é segmentado e fragmentado, além de não atuar em condicionantes sociais. Aqueles que não têm plano de saúde privado, ou por meio de empregador, ou que não podem custear os próprios gastos, somente têm acesso aos serviços de urgência (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

No Brasil, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado está assegurada pela Constituição Federal e, para a estrutura organizacional promover o atendimento, conta com uma rede de serviços próprios, contratados e conveniados. A rede de Atenção Primária em Saúde (APS) tem, dentre outros, o atributo de organizar o cuidado no primeiro nível de atendimento (GIOVANELLA, 2008).

Na história da organização dos serviços no país, o atendimento nesta rede de atenção primária se deu em estruturas físicas com diferentes denominações: centro de saúde, posto de saúde e, mais recentemente, UBS. As mudanças nas políticas de saúde têm estabelecido que a UBS é o componente da rede assistencial preferencial para o primeiro contato com o usuário e aquele que deve garantir o acesso e o cuidado para o amplo espectro de necessidades de saúde e a continuidade da atenção com o estabelecimento de vínculo (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2011d).

O cenário da rede de APS no Brasil é composto basicamente, neste momento, por dois serviços: unidades básicas de saúde (UBSs) com ou sem agentes comunitários de saúde e as unidades com a Estratégia de Saúde da Família (USFs). Ambas são estruturas fixas localizadas em áreas geograficamente delimitadas e próximas à moradia das pessoas, embora as UBSs, sendo referência para uma população adstrita de 15 a 20 mil habitantes não sejam igualmente tão próximas, quanto as UESFs, que cobrem contingentes populacionais de até quatro mil habitantes. A UBS disponibiliza atendimento, durante seu período de funcionamento, nas especialidades básicas - clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, ações de enfermagem e odontologia, tanto para atendimento

agendado (condições crônicas) como pronto-atendimento (condições agudas), procedimentos cirúrgicos simples, ações de imunização e vigilância epidemiológica (BRASIL, 2006c).

O processo de trabalho, tradicionalmente desenvolvido nas UBSs, caracterizou-se pelo predomínio de intervenções voltadas para condições agudas de caráter individual, pautado por terapêutica medicamentosa, não favorecendo a construção de vínculos e a corresponsabilidade nos compromissos estabelecidos (PEREIRA et al., 2009).

Em 1994, o Ministério da Saúde iniciou a implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) para a mudança de modelo assistencial por meio do Programa de Saúde da Família - PSF (BRASIL, 1998), renomeado como Estratégia da Saúde da Família (ESF), estabelecida na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011d). Buscando superar as limitações iniciais de um programa focal (PAHO/WHO, 2007), a ESF vem assumindo o processo de reorganização da atenção à saúde no país, tendo como pressupostos: o reconhecimento da determinação social no processo saúde-doença e da saúde como um direito de cidadania; a eleição da família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; prestação de atenção integral, contínua e de boa qualidade, nas especialidades básicas de saúde à população adscrita; busca da satisfação do usuário por meio do estreito relacionamento entre a equipe de saúde e comunidade; o estímulo à organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social e o estabelecimento de parcerias, buscando desenvolver ações intersetoriais. A equipe é responsável por atuar em ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento a agravos, bem como na reabilitação, devendo a indissociabilidade entre gestão e produção do cuidado ser uma característica fundamental no desenvolvimento dessas ações (BRASIL, 1998).

No Brasil, a ESF foi desenvolvida para qualificar a AB, induzindo mudanças no modelo de atenção à saúde pela indissociabilidade das ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças com vistas a desenvolver a integralidade da atenção. Nesta perspectiva e assegurando o seguimento dos pacientes nas unidades da rede da AB, é possível diminuir a demanda às unidades de saúde, inclusive para as UPAs, porém o modelo segue ainda fragmentado e com grandes barreiras de comunicação e acesso, dificultando os princípios da equidade e

integralidade. Ainda há o subfinanciamento do sistema, a formação de mão de obra direcionada para a cura das doenças, gestão local incipiente e desarticulada, foco em condições agudas, em serviços de pronto-atendimento e centrado no cuidado médico. Neste sistema fragmentado, a APS não exerce o papel de coordenação do cuidado, estando este em outros serviços (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009; MENDES, 2010).

Há, portanto, três interpretações da APS ou AB que são encontradas em diversos países: (1) a seletiva, com um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo a uma determinada população; (2) como nível primário do sistema de atenção à saúde, frequente em países desenvolvidos, que é centrada na função do médico de família e funciona como porta de entrada resolutiva para os problemas mais prevalentes; e (3) como estratégia de organização do sistema, como parte da RAS e sua coordenadora (CONILL, 2008; MENDES, 2010).

Independente do tipo de atenção primária estabelecida em um país, e das dificuldades mostradas pela AB em assumir integralmente as funções que lhe foram imputadas, a rede de atenção às urgências tem em comum a aglomeração nos seus serviços. Em geral, este crescimento da demanda pelos serviços de urgência tem excedido o crescimento da população, e há diversos fatores motivadores dos pacientes que levam ao aumento da procura pelos serviços de urgência (MIRÓ, 2009; SOUZA et al., 2011; FITZGERALD et al., 2012).

Vários autores já confirmaram a preferência dos usuários pelos serviços de pronto-atendimento, tanto pelos aspectos culturais quanto técnicos, tendo em vista que podem chegar ao serviço na hora em que bem entendem, pois serão atendidos, dependendo do dia da semana e horário, com maior ou menor rapidez. Nos serviços de urgência, é possível que os exames complementares para o diagnóstico sejam realizados ali mesmo e, quando necessária, a medicação para o tratamento e/ou o procedimento também são ao alcance (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009; GARLET et al., 2009; MIRÓ, 2009; OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009; TSAI; LIANG; PEARSON, 2010; COELHO et al., 2010; CUNNINGHAM, 2011).

Na Espanha, a procura pelos serviços públicos de urgência ocorre por “*decisão do paciente*” em 78,82% dos casos. Em 37,75% desses casos, a

justificativa apresentada é porque *“há mais meios no hospital”* e 36,51% porque é *“fora do horário do médico de cabecera”* (ESPAÑA, 2012).

No município de Ribeirão Preto, campo deste estudo, no ano de 2012, dentre os atendimentos realizados nos serviços de saúde local, 46,10% aconteceram em serviços de urgência e apenas 34,58% na AB (RIBEIRÃO PRETO, 2012a). Isto evidencia que, embora ambos os serviços se constituam em “porta de entrada” para o sistema, a AB não garante o acesso de forma que absorva os problemas “agudos” da população, ficando para os serviços de pronto-atendimento (PA) a maior parcela da responsabilidade pela coordenação do cuidado. Esta falta de protagonismo da AB vem sendo mostrada há mais de uma década no município.

De forma prática, os gestores devem se empenhar em melhorar a qualidade resolutive da AB, para a qualificação da mesma e melhoria da confiabilidade dos usuários nesta porta do sistema. A tendência, portanto, será a procura natural desses serviços pela população (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009; SILVA, 2011). Caso contrário, a população continuará procurando os serviços de urgência.

A ordenação de acesso para os hospitais, que ocorreu em Ribeirão Preto no ano de 2000, com a regulação dos casos de urgência através da implantação da Central Única de Regulação Médica (CURM) foi uma experiência exitosa na definição do papel do hospital na rede assistencial e, ao mesmo tempo, minimizou a aglomeração nas portas de urgência hospitalares, mas desencadeou o debate sobre o desempenho da AB e a atribuição da UPA. (SANTOS et al., 2003). Houve redução expressiva de encaminhamento de casos menos complexos para os hospitais com a atuação da CURM, no entanto, a rede de serviços do atendimento pré-hospitalar fixo não estava preparada para o atendimento dessa demanda e até hoje não foi capaz de se organizar adequadamente.

A baixa eficácia das ações clínicas e de coordenação da AB acarreta o excesso de demanda para os serviços especializados e de urgência. Nesta perspectiva, alguns conceitos, como: a clínica ampliada, o ACR, a equipe de referência e de apoio matricial, presentes na PNH, podem favorecer a organização da assistência na AB e, conseqüentemente, de todas as redes (BRASIL, 2008a).

A ESF traz a possibilidade de cooperar, na prática, com o fortalecimento dos princípios éticos e operacionais que norteiam o SUS, e ainda, elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais (PEREIRA, 2009; SOUZA et al., 2011). Ao utilizar dispositivos da PNH, como o ACR, vislumbra-se a possibilidade de reorganizar o acesso à rede básica de saúde e aos serviços de urgência do SUS, permitindo a coordenação do cuidado e a ordenação do sistema.

A estratégia do ACR representa uma intervenção potencialmente capaz de colaborar com o processo de regulação das ações de saúde ao mesmo tempo em que fornece elementos para a qualificação e humanização da assistência (CARVALHO et al., 2008).

O acolhimento com classificação de risco é:

“...uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica em prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir o sucesso desses encaminhamentos” (BRASIL, 2004a, p.05).

A equipe de ACR deve ser dotada de suporte técnico e ético para avaliar os casos não urgentes e por meio da prática da escuta qualificada redirecionar a demanda à rede básica com orientação sobre o sistema e sua organização (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

Segundo a Academia Americana de Medicina de Emergência, não estão definidas as estratégias que proporcionam a melhor solução para garantir bom rendimento nos departamentos de emergência (EITEL et al., 2010; OREDSON et al., 2011). Assim, o estudo de estratégias, como o ACR, para lidar com a demanda que chega de forma legítima ou equivocada aos serviços de urgência, e a tentativa de redirecionar estes casos às unidades de AB, bem como para as centrais de regulação que garantam o acesso aos outros pontos da rede, podem redimensionar o papel desses serviços e estabelecer outros vínculos com a população.

Por outro lado, os avanços nos serviços de urgência, tanto quanto nos serviços da APS, demandam remodelagem nos processos de trabalho e na postura dos profissionais de saúde (PAIM, 2006; PUCCINI; CORNETTA, 2008; GARLET et al., 2009; SILVA, 2011).

A mudança de práticas e culturais dos profissionais de saúde com adequação do espaço de trabalho, a reorganização do sistema a partir da porta de entrada e a garantia do acesso demandam investimento na educação permanente. É premente a necessidade de melhorar as condições de trabalho nas UPAs e nas UBSs e, ainda, melhorar a comunicação entre as unidades de saúde para realmente se configurarem em uma rede assistencial (PAIM, 2006; OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009; GARLET et al., 2009; MENDES, 2010; SILVA, 2011).

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral

- Testar um modelo de acolhimento, segundo a classificação de risco, na perspectiva de reorganizar o trabalho local e reordenar o acesso à rede de saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o modelo de ACR para a UPA (composição da equipe, estrutura para ação clínica, comunicação e sistemática de trabalho);
- Apresentar a produtividade da equipe de trabalho, segundo o número médio de atendimentos, tempo médio demandado até o acolhimento, a duração média do acolhimento e o tempo demandado até a consulta médica;
- Caracterizar a demanda de usuários para a UPA com informações sobre o fluxo na rede assistencial, dados demográficos, clínicos e classificação de risco;
- Descrever as queixas e os diagnósticos mais prevalentes, o processo de ordenação e seguimento dos pacientes classificados como “azul” (casos não urgentes).

4. Material e Métodos

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de estudo de intervenção não controlado, a partir das atividades executadas por equipe de ACR em UPA (SANTANA, 2010).

4.2 Campo do estudo

O estudo foi realizado na rede de saúde que serve o município de Ribeirão Preto, situado no noroeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital, com 627 km² de área (140 km² na zona urbana e 487 km² na zona rural). O município está a 518 m de altitude, tem clima tropical, com verão chuvoso e inverno seco; a temperatura varia entre 19 e 25 °C. A população é de 614.759 (Fundação SEADE - 2011), e 99,72% vivem na zona urbana, e os seus dados estatísticos vitais em saúde, comparados com os do Estado de São Paulo, estão no Quadro 1.

Quadro 1: Dados estatísticos vitais em saúde do município de Ribeirão Preto e do Estado de São Paulo - Fonte: Fundação SEADE - 2010.

Índice ou Taxa	Município Estudado	Estado de São Paulo
Índice de envelhecimento (%) *2011	65,02	53,79
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	9,56	11,86
Taxa de natalidade (por 1.000 hab.)	13,52	14,59
Mães com 7 ou + consultas de pré-natal (%)	82,52	78,11
Mães adolescentes (menores de 18 anos)	6,02	6,96
Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)**	Grupo 1	Não se aplica

**Os indicadores do IPRS sintetizam a situação de cada município no que diz respeito à riqueza, escolaridade e longevidade.

O município estudado está dividido em cinco distritos sanitários, e cada um possui uma UPA: norte (Unidade Distrital de Saúde do *Simioni*), sul (Unidade Distrital de Saúde da *Vila Virgínia*), leste (UPA - Jardim Paulista), oeste (Unidade Distrital de Saúde do Centro de Saúde Escola - *Sumarezinho*) e Central (Unidade Distrital de Saúde Central ou P.S. Central). Abaixo a divisão da cidade por distritos com as respectivas UPAs (Figura 4).

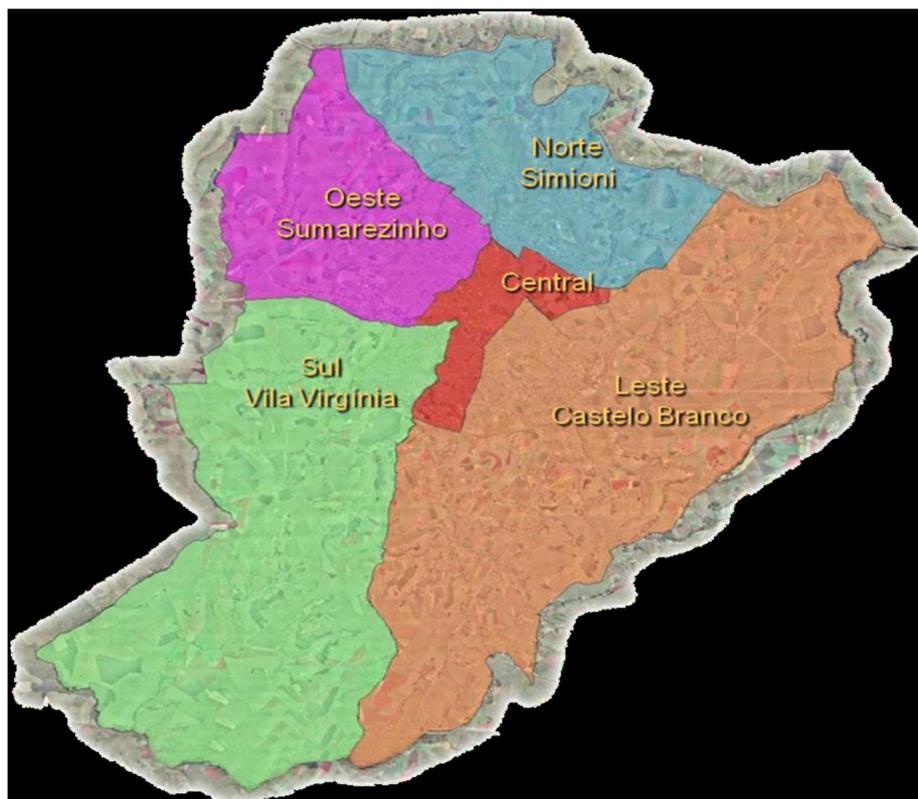


Figura 4: Distritos de Saúde do município estudado

O Distrito Oeste é o território onde se localiza a UPA que serve de cenário ao estudo. Neste distrito sanitário, existem 17 unidades de AB: 10 UESFs, duas UBSs com a estratégia do agente comunitário de saúde, quatro UBSs (“modelo tradicional”) e uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS-Sumarezinho), onde é prestado atendimento básico para toda a população residente no entorno do serviço em diversas especialidades médicas, fisioterapia, psicologia, odontologia e de urgência pré-hospitalar.

Desde o ano de 2008, o distrito conta com um coordenador, responsável por fazer a gestão junto com os gerentes de unidades e aperfeiçoar a rede básica de saúde local. A população da área do distrito, segundo a UBS, está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1: População da área de abrangência de cada UBS do distrito oeste e a população distrital total.

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	POPULAÇÃO
UBS/PACS PRESIDENTE DUTRA	15.129
USF MARIA CASAGRANDE (3 EQUIPES)	8.793
ATENDIMENTO BÁSICO DA UBDS-SUMAREZINHO	16.143 (a)
NSF1 (1 EQUIPE)	(a)
NSF2 (1 EQUIPE)	(a)
NSF3 (1 EQUIPE)	(a)
NSF4 (1 EQUIPE)	(a)
NSF5 (1 EQUIPE)	(a)
UBS/PACS DOM MIELLE	22.245 (b)
USF EUGENIO (2 EQUIPES)	(b)
USF PORTAL (1 EQUIPE)	(b)
UBS - CSE IPIRANGA	17.466 (c)
UBS IPIRANGA	(c)
UBS JOSÉ SAMPAIO	16.580
USF VILA ALBERTINA	13.869
UBS VILA RECREIO	17.828
USF JARDIM PAIVA	7.650
POPULAÇÃO DISTRITAL TOTAL	135.703

Fonte: Ribeirão Preto (2011a)

(a) Os Núcleos de Saúde da Família (NSF) 1, 2, 3, 4 e 5 estão na área de abrangência do atendimento básico que corresponde à UBDS Sumarezinho. (b) A USF Portal e Eugênio Mendes Lopes fazem parte da área de abrangência da UBS Dom Mielle. (c) A UBS Ipiranga está na área de abrangência do atendimento básico do CSE Ipiranga.

Dentre as unidades referidas, apenas três apresentam em sua estrutura uma sala de acolhimento: Dutra, NSF3 e Vila Recreio, e os seus equipamentos permanentes e de consumo estão de acordo com a recomendação do Manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c).

Das unidades básicas do distrito, nenhuma possui oxímetro e eletrocardiograma. Todas as unidades relacionadas possuem estetoscópio, esfigmomanômetro, glicosímetro e termômetro, mas nenhuma delas tem impresso ou protocolo implantados para proceder à prática do acolhimento (RIBEIRÃO PRETO, 2012b).

A USF Portal do Alto, as unidades do bairro Maria Casagrande e Jardim Paiva não possuem uma sala de espera com ambiência adequada (BRASIL, 2010b).

Dentre as Unidades Básicas, somente quatro possuem duas linhas telefônicas para comunicação, o restante, incluindo o Pronto-Atendimento da UBDS, funciona com apenas uma linha para uso geral. Todas as unidades têm computador, e somente três unidades não têm impressora (RIBEIRÃO PRETO, 2012b).

Quanto ao atendimento de consultas em clínica médica e com o enfermeiro, o Quadro 2 discrimina os tempos médios de espera (em dias) para o agendamento.

Quadro 2: Tempo médio para agendamento de consulta em clínica médica e com o enfermeiro nas unidades básicas de saúde do distrito oeste.

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	Clínica Médica (tempo médio para agendar, em dias)	Enfermeiro (tempo médio para agendar, em dias)
UBS/PACS PRESIDENTE DUTRA	120	05
USF MARIA CASAGRANDE	60	07
NSF1	30	Imediato
NSF2	30	07
NSF3	20	10
NSF4	45	30
NSF5	60	05
NSF EUGENIO	30	07
USF PORTAL	30	03
UBS - CSE IPIRANGA	Não tem clínico	07
UBS IPIRANGA	60	Imediato
UBS/PACS DOM MIELLE	60	Não tem agenda
UBS JOSÉ SAMPAIO	04	Imediato
USF VILA ALBERTINA	15	01
UBS VILA RECREIO	180	03
USF JARDIM PAIVA	60	10

Fonte: Ribeirao Preto (2012b).

A UPA Sumarezinho, cenário da pesquisa, funciona durante as 24 horas do dia, nos sete dias da semana, com plantão de urgência de adulto e pediátrico, para toda a população do distrito oeste que totaliza 135.703 habitantes (RIBEIRÃO PRETO, 2011a).

A unidade conta com uma equipe de três plantonistas de clínica médica e três de pediatria, duas enfermeiras, oito técnicos de enfermagem, além de profissionais administrativos, de segurança e limpeza; todos em turnos de seis ou

doze horas e atende, em média, 340 pacientes ao dia, sendo dois terços desta demanda pacientes adultos.

À época em que se deu a coleta de dados do presente estudo, a UPA Sumarezinho não contava com equipe de ACR; havia dois funcionários de nível técnico da enfermagem que coletavam os *sinais vitais* dos pacientes e, de acordo com a experiência dos mesmos, deixavam os pacientes em espera ou, quando achavam necessário, levavam o paciente até o atendimento médico ou de enfermeiro.

A Secretaria Municipal de Saúde aponta no Relatório de Gestão - 2011 que houve dificuldades para implantar uma equipe de ACR em uma UBDS municipal, meta estabelecida parcialmente, e justifica-se com questões de caráter estrutural e de recursos humanos (RIBEIRÃO PRETO, 2011b).

A UPA do estudo é um prédio com uma recepção pequena para a demanda local, e às vezes, pacientes aguardam pela consulta médica, dependendo da aglomeração no local, do lado de fora da unidade. As duas salas onde as equipes de enfermagem abordavam os pacientes para verificação de sinais vitais eram muito pequenas (4m²), equipadas com uma mesa com computador, uma cadeira para o técnico de enfermagem e outra para o paciente; um estetoscópio, um esfigmomanômetro e termômetro.

Na unidade, é possível solicitar exames de urgência que são coletados ali mesmo, porém enviados ao laboratório de referência por meio de transporte específico para este fim e em horários predeterminados do dia (3 a 4 vezes ao dia). Os resultados são acessados via internet, no computador de uso comum a toda equipe médica do plantão instalado em uma sala.

A regulação médica de urgência e o acesso ao cadastro do sistema informatizado da saúde (HYGIA) também são realizados via *web*, neste mesmo computador. Após inserir os dados do paciente no sistema de regulação, o plantonista deve, ainda, se comunicar via telefone com a Regulação Médica de Urgência para finalizar o procedimento.

4.2.1 Ambiência para proceder ao acolhimento

Foram disponibilizadas duas salas, de 6m², para o trabalho da equipe - “sala 1” e “sala 2”, que foram equipadas com aparelho de ar condicionado, armário e cadeiras para o profissional, paciente e seu acompanhante, quando houvesse; equipamentos e materiais necessários para a classificação de risco: oxímetro de pulso com sensor digital, esfigmomanômetro digital (de braço), com manguitos de diâmetro normal e para obeso, termômetros, aparelhos de glicosimetria, estetoscópio, otoscópio, luvas de procedimento, lixo para materiais perfurocortantes, impressos e, ainda, uma maca e um eletrocardiógrafo disponibilizados na sala onde estava o médico - “sala 2”.

Essas duas salas foram cedidas para a realização do estudo pelas disciplinas de clínica médica e pediatria que as utilizavam com os estudantes ou médicos residentes em estágio na unidade.

4.2.2 Períodos de coleta de dados

Os dias de coleta foram definidos baseados em períodos e horários representativos durante a semana e, nos fins de semana, entre os meses de março e junho de 2012. Os dias e respectivos períodos de coleta foram: quatro segundas-feiras pela manhã (de 7 às 13 horas), quatro quartas-feiras no período vespertino (de 17 às 23 horas), duas sextas-feiras no período da tarde (de 13 às 19 horas), cinco sábados pela manhã e três domingos à tarde.

4.3 População

Atendimentos de pacientes com idade acima de 15 anos, admitidos pela “recepção geral” ou pela “recepção de emergência” na unidade estudada, no ano de 2012.

4.4 Critérios de inclusão

Atendimentos de pacientes com idade entre 15 e 18 anos incompletos, se acompanhados dos responsáveis.

4.5 Critérios de exclusão

Pacientes incapacitados de responder.

4.6 Amostra

Inicialmente, o tamanho amostral foi definido para validar as estimativas do tempo médio de espera até o acolhimento e a sua duração média. Um estudo-piloto com 84 atendimentos foi conduzido, com obtenção de valores amostrais iguais a 11,10 e 8,356 minutos, para tempo médio de espera até o acolhimento e respectivo desvio-padrão e de 6,12 e 4,747 minutos para duração média do acolhimento e respectivo desvio-padrão. De posse desses resultados, valores amostrais foram estimados iguais a $n = 268$, para a variável tempo médio de espera até o acolhimento e $n = 87$ para a variável duração média do acolhimento, assumindo-se erros de estimativa não superiores a uma unidade e nível de significância igual a 0,05. Dessa forma, assumiu-se um valor amostral igual a 270 atendimentos.

Posteriormente, definiu-se a relevância de se estimarem as proporções de atendimentos para cada categoria, segundo a classificação de risco, “azul”, “verde”, “amarelo” e “vermelho”.

Assim, na ausência de dados de literatura para valores neste contexto e visto que no estudo-piloto casos classificados como vermelho não foram encontrados, assumiu-se o valor de 50% para cada uma delas, estimando-se um total de 384 atendimentos, com erro de estimativa igual a 5% e nível de significância igual a 0,05. Considerando-se perda amostral igual a 15%, o valor final foi de 451 atendimentos.

4.7 Trabalho de campo

4.7.1 Classificação de risco

A classificação de risco foi elaborada adotando-se quatro níveis, ou cores: vermelho, amarelo, verde e azul, respectivamente, os de maior para os de menor

gravidade, proposto no Manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b; SILVA et al., 2012a) (Anexo).

4.7.2 Equipe de acolhimento e avaliação de risco

A equipe de acolhimento do projeto de pesquisa contou com uma enfermeira, um técnico de enfermagem e um médico, que receberam remuneração específica para a atividade. Além desses profissionais, três “observadoras” ficaram responsáveis pelas anotações da rotina de trabalho da equipe e pela digitação dos dados em *software* criado para a coleta de dados.

Toda a equipe passou por uma capacitação prévia para o início dos trabalhos. No total, foram capacitados duas enfermeiras, sete médicos, doze técnicos de enfermagem e quatro observadoras; todos os profissionais eram trabalhadores da rede de saúde do município estudado e conheciam o contexto local do sistema.

Organizou-se uma oficina para apresentação geral do projeto de pesquisa, definição do fluxo de pacientes e metodologia de trabalho da equipe, capacitação para uso do protocolo proposto e do impresso a ser preenchido no acolhimento. Ainda nesse primeiro encontro, a Secretaria Municipal de Saúde realizou uma apresentação sobre a AB, o CR e o serviço do SAMU no município, como forma de contextualizar para todos os participantes as características do distrito.

Na primeira semana, procedeu-se à capacitação *in loco* da equipe, para testar os instrumentos e o *software*. Ao término do trabalho, a equipe de cada período de coleta se reunia para esclarecer possíveis dúvidas, ainda existentes, e reafirmar os conceitos da proposta de acolhimento com classificação de risco.

Na segunda semana, foram coletados os dados do projeto-piloto, para o cálculo amostral. Depois disso, seguiu-se a coleta dos dados até a finalização, em junho de 2012. Não houve coleta de dados durante as semanas com feriados.

As ações foram desenvolvidas em duas salas organizadas para a prática planejada. Na primeira sala, ficaram a enfermeira e o técnico de enfermagem, responsáveis em classificar o risco, utilizando o impresso com o protocolo proposto, acompanhados por uma observadora responsável em coletar os dados e digitá-los no *software*; na segunda permaneceu o médico da equipe, acompanhado pela

segunda observadora (Figura 1). A terceira observadora ficou responsável pela coleta dos dados dos pacientes que davam entrada pela emergência e, ainda, pelos atendimentos que passavam pelo médico do plantão, posteriormente classificados pela equipe da pesquisa (Figura 5).

Todos os passos da equipe: parada para o café, idas ao banheiro, atendimento do telefone, dentre outras interrupções, foram anotados com o objetivo de se obterem dados para o dimensionamento da equipe.

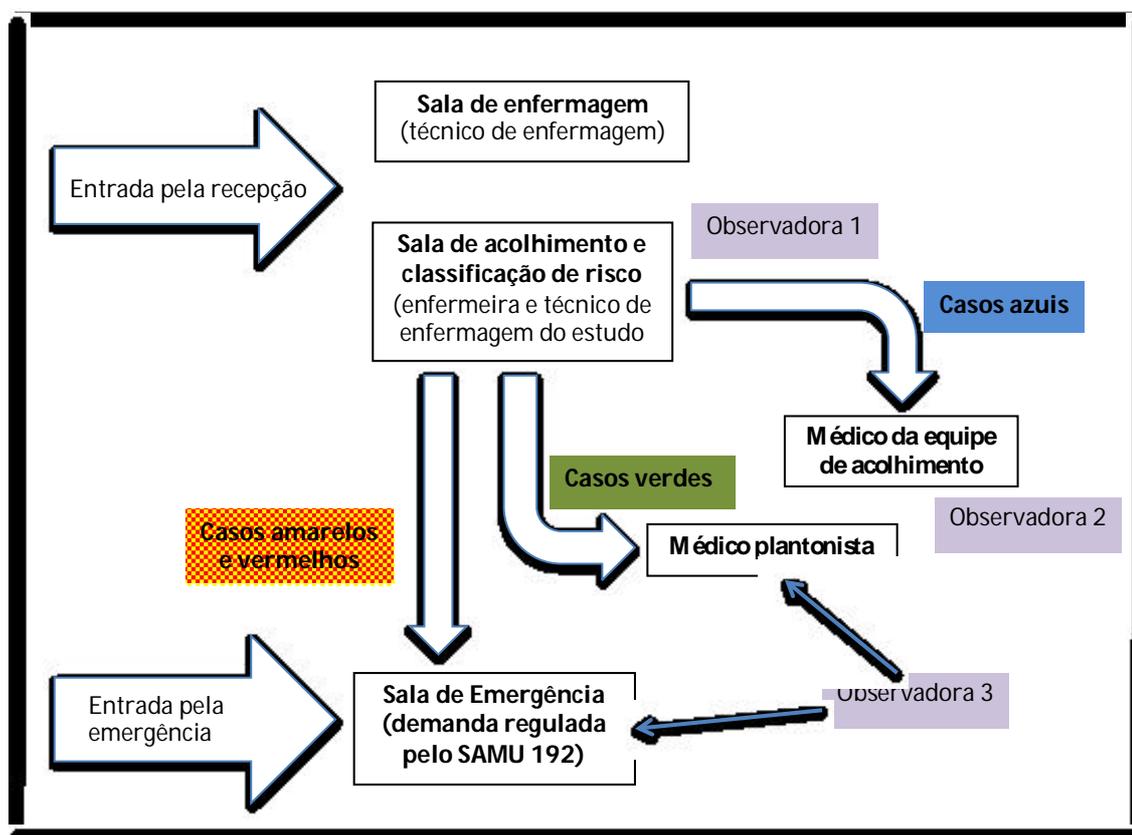


Figura 5: Delineamento do estudo. Fluxo de pacientes com duas entradas (recepção e emergência), posicionamento da equipe de acolhimento e classificação de risco e das observadoras.

4.7.3 Coleta dos dados

A demanda de pacientes acima de 15 anos que entravam pela recepção geral poderia ser atendida pela equipe de enfermagem local, ou eram chamados aleatoriamente pela ordem de chegada pela equipe do estudo.

Antes de iniciar a classificação de risco, era perguntado ao paciente se ele queria fazer parte da pesquisa, se consentisse era perguntado se já havia passado em alguma UBS antes de se direcionar ao PA. Os casos que receberam a classificação “azul” foram atendidos pelo médico da equipe de acolhimento do projeto, para posterior análise deste grupo de pacientes.

Pacientes com entrada pela porta de emergência

Todos os pacientes que deram entrada pela porta de emergência da UPA tiveram seus dados coletados para a pesquisa. Quando um paciente entrava por esta via, a observadora acionava a enfermeira ou o médico da equipe (quem estivesse disponível) para que a classificação de risco fosse realizada.

Pacientes com entrada pela recepção geral

O técnico de enfermagem chamava o primeiro paciente da fila de espera e perguntava se o mesmo queria fazer parte da pesquisa, e se o mesmo consentisse, era levado até a “sala 1” para classificar o risco, por meio da coleta de dados com o instrumento de apoio. Após classificado o risco, se fosse da cor azul, o paciente era encaminhado para o médico da equipe do projeto (“sala 2”). Se fosse da cor verde, o mesmo era encaminhado ao médico plantonista do dia, porém era colocado de volta no mesmo lugar da fila de atendimentos. Quando a classificação era amarela ou vermelha, o paciente era encaminhado com prioridade, isto é, era levado diretamente ao médico plantonista pela enfermeira da equipe. Foram analisadas as variáveis: “sexo”, “procedência”, “se passou por alguma UBS antes”, “queixas apresentadas”, “classificação de risco de cada caso”, “tempo de espera até o acolhimento”, “tempo para proceder ao acolhimento”, “tempo demandado pelos casos amarelos e verdes até a consulta médica”, “grupos de Classificação Internacional de Doenças (CID-10), mais frequentes nos casos classificados como azuis”, “diagnóstico final e destino dado para esses casos.

Os casos azuis, após serem atendidos pelo médico da equipe do projeto, foram finalizados como “alta médica”, “encaminhamento para especialidades”, “outros setores” ou, ainda, “para a UBS de referência”.

A equipe de acolhimento comunicava-se por meio de telefones celulares que, também, foram disponibilizados para todas as unidades básicas do Distrito Sanitário. Em reunião com os gerentes de unidades do distrito, foram selecionadas pessoas aptas para entrarem em contato via celular, caso a equipe de acolhimento precisasse se comunicar para um encaminhamento/agendamento na UBS de referência. Essa estratégia foi utilizada para que a comunicação entre a equipe de acolhimento e a UBS fosse possível, visto que o sistema fixo de telefonia entre unidades já havia sido classificado como insuficiente, com disponibilidade de apenas uma linha em quase todos os serviços.

4.7.4 Análise dos dados

As informações coletadas foram digitadas em arquivo Excel e exportadas para um banco de dados estruturado no *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19.0.

Os resultados foram apresentados mediante distribuições de frequências, com valores absolutos e percentuais, no caso de variáveis nominais ou categóricas, e nos casos de variáveis quantitativas, por valores médios e seus respectivos desvios-padrão, erros-padrão da média, valores mínimos e máximos.

As associações entre as variáveis qualitativas foram mensuradas utilizando-se do teste Qui-Quadrado (χ^2) com correção para continuidade. A comparação entre valores médios das variáveis quantitativas de dois ou mais grupos, por meio de teste estatístico paramétrico ou não paramétrico, foi precedido do teste de Shapiro Wilk, para verificação da distribuição das médias amostrais.

No caso de normalidade satisfeita, utilizou-se o teste t de “Student”, para dois grupos independentes e Análise de Variância (ANOVA) para mais do que dois grupos independentes, seguido do teste de Bonferroni, no caso de comparações múltiplas. A homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de Levene, antes da utilização do teste t “Student”.

No caso de normalidade não satisfeita, empregaram-se os testes não paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis seguidos de comparações múltiplas, quando necessário. Para proceder-se às comparações múltiplas no caso da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, foram utilizados testes de Mann-Whitney com ajuste no valor do nível de significância α por $\alpha/\text{número de comparações realizadas}$ (SKESKIN, 2004).

Os intervalos com 95% de confiança foram utilizados para estimativas das proporções de atendimentos, segundo categoria de risco, acesso pela recepção geral e recepção de urgência, tempo médio de espera até o acolhimento, duração média do acolhimento e proporção de atendimentos diários realizados pela equipe participante da pesquisa.

Em todos os testes estatísticos, o nível de significância utilizado foi 0,05 ($\alpha = 0,05$).

4.7.5 Análise dos tempos

Os protocolos de risco já validados, para uso em serviços de urgência, são todos de cinco níveis. A definição de um padrão de tempo para avaliação da qualidade do modelo proposto (SILVA et al., 2012a), no que diz respeito à reorganização do serviço interno e priorização dos casos mais urgentes, seguiu os critérios dos tempos dos sistemas de triagem já validados para este fim: NTS (AUSTRALIA, 2007), CTAS (BULLARD et al., 2008), ESI (GILBOY et al., 2011), MAT (JIMÉNEZ, 2003) e MTS (MACKWAY-JONES, 2005).

O “tempo de espera da chegada até a classificação do risco” - até 15 minutos e o “tempo despendido para classificar o risco” - 5 minutos; tempos definidos como padrão nos sistemas citados foram considerados.

Quanto ao “tempo de espera até ser consultado pelo médico”, para cada cor houve um padrão a ser considerado, que foi definido baseado no nível de risco (Quadro 3).

Quadro 3: Classificação de risco em níveis de prioridade e padronização do “tempo de espera até ser consultado pelo médico”, para o sistema de quatro níveis adotado neste estudo, considerando os tempos dos sistemas de triagem validados em literatura.

Nível	Classificação	NTS/ATS (Austrália)	CTAS (Canadá)	ESI (EUA)	MTS (Inglaterra)	MAT (Espanha)	Modelo estudado
Primeiro	Ressuscitação	Imediato	Imediato	0 min	0 min	7 min	0 min
Segundo	Muito urgente	10 min	15 min	15 min	10 min	20 min	15 min
Terceiro	Urgente	30 min	30 min	Entre 15 e 60 min	60 min	45 min	30 min
Quarto	Padrão**	60 min	60 min	1 a 2 horas	120 min	120 min	60 min
Quinto	Não urgente	120 min	120 min	2 a 24 horas	240 min	240 min	

**Padrão - pacientes que têm queixas e que necessitam de atendimento médico, mas podem aguardar. No MTS, são chamados de “standard”, no NTS, de “semiurgentes”.

4.7.6 Análise das queixas, grupos de CID-10 e diagnósticos

As demandas (motivos ou queixas) apresentadas pelos pacientes no acolhimento foram categorizadas por semelhanças no que diz respeito: aos sistemas corpóreos respectivos, às causas externas, à duração do quadro doloroso e a queixas difusas.

Os dados dos atendimentos dos casos azuis, após serem classificados nos grupos do CID10 e definidos os respectivos diagnósticos, eram digitados no sistema informatizado criado para o estudo pela segunda observadora, e para a análise, foram tabulados em planilhas Excel 2007.

Os dados dos atendimentos realizados pelo médico plantonista do serviço, nos casos classificados como verdes, amarelos e vermelhos, e as informações sobre os diagnósticos foram coletados da ficha de atendimento médico.

4.8 Consideração Éticas

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP - Protocolo número 332, Ofício 137/09, de acordo com

as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Resolução CNS 196/96 e capítulo IV da Resolução 251/97.

5. Resultados

No total, 1.261 pacientes foram recepcionados na unidade de saúde durante o período do estudo, que totalizou 89 horas e sete minutos. A equipe de acolhimento do projeto realizou o atendimento de 37,6% da demanda total do serviço, no período de coleta (Tabela 2).

Tabela 2: Porcentagem de atendimentos diários, realizados pela equipe participante da pesquisa.

Variável	\bar{x}	DP	IC[95%]	Md (Mín;Máx)
% atendimentos diários	37,6	12,1	[31,7;43,4]	38,0 (20;63)

\bar{x} : Média aritmética; DP: Desvio-padrão; IC: Intervalo de Confiança; Md: Mediana.

Foram analisados 466 atendimentos; 396 casos com acesso *pela recepção geral* e 70 casos com acesso *pela entrada de emergência*. Quanto à distribuição por sexo, 52,6% da amostra total eram mulheres (Tabela 3). Ao analisar as diferentes entradas, constatou-se maior número de homens com acesso pela entrada de emergência (via Regulação - SAMU/192) ($p = 0,007$).

Tabela 3: Distribuição dos atendimentos, segundo o sexo dos pacientes e tipo de acesso à Unidade de Pronto-Atendimento.

Acesso à Unidade de Pronto-Atendimento				
		Recepção de Urgência	Recepção Geral	Total
Sexo	Feminino n ^o (%)	26 (37,1)	219 (55,3)	245 (52,6)
	Masculino n ^o (%)	44 (62,9)	177 (44,7)	221 (47,4)
Total		70 (100)	396 (100)	466 (100)

*Teste Qui-quadrado - Maior n^o de homens pela entrada de recepção de urgência.

Verificou-se que a maioria dos pacientes do estudo era procedente de Ribeirão Preto. Apenas oito (1,7%) dos atendimentos da coleta eram de outros municípios.

A proporção de atendimentos na recepção foi igual a 85% da amostra, com IC[95%]: [82%; 88%] e na urgência (via SAMU/192) igual a 15%, com IC[95%]:[12%;18%].

A equipe conseguiu realizar, em média, 5,3 atendimentos por hora de trabalho, com IC[95%]:[4,7;5,9], em períodos de 6 horas. Esta estimativa de produção foi calculada, excluindo-se as diversas pausas realizadas pelos profissionais, durante a rotina de trabalhos, conforme apresentado na Tabela 4.

O tempo para o atendimento médico dos casos classificados como azuis não foi cronometrado, porém não houve aglomeração de pessoas aguardando a consulta, durante todo o período de coleta. Na maior parte do tempo, o paciente se retirava da sala de acolhimento e entrava diretamente na “sala 2” sem que outro estivesse aguardando para ser atendido, e quando isso ocorreu, não havia mais que duas pessoas na espera.

Tabela 4: Número de atendimentos/hora realizados pela equipe da pesquisa, considerando-se as pausas necessárias durante o período de trabalho.

Variável	\bar{x}	DP	IC[95%]	Md (Mín;Máx)
Atendimentos/hora	5,3	1,180	[4,7;5,9]	5,2 (3; 7,7)

\bar{x} : Média aritmética; DP: Desvio-padrão; IC: Intervalo de Confiança; Md: Mediana.

O tempo médio de espera entre a chegada do paciente à UPA e a entrada no acolhimento foi de 29,6 minutos; IC[95%]:[24,7;34,6] (Tabela 5). Quanto à duração do acolhimento, a equipe levou em média 7,1 minutos para realizar o procedimento; IC [95%]: [6,7;7,4], com mediana de seis minutos (Tabela 5).

Tabela 5: Tempo de espera até o acolhimento (min) e duração do acolhimento (min) para os pacientes atendidos pela recepção geral.

Variáveis	nº	\bar{x}	DP	IC[95%]	Md (Mín; Máx)
T_acolh	391	29,6	49,928	[24,7;34,6]	15 (0;317)
D_acolh	392	7,1	3,307	[6,7;7,4]	6 (2;29)

Perda de cinco informações para T_acolh e 4 para D_acolh.; \bar{x} : Média aritmética; DP: Desvio-padrão; IC: Intervalo de Confiança; Md: Mediana.

A distribuição dos casos atendidos, segundo a classificação de risco, com discriminação dos que entraram pela *porta da recepção* da UPA e daqueles que adentraram diretamente *pela porta da urgência*, via SAMU, está apresentada na Tabela 6.

Tabela 6: Distribuição dos atendimentos, segundo a classificação de risco e o tipo de acesso ao Serviço de Saúde.

Acesso à Unidade de Pronto-Atendimento							
Classificação de Risco		Recepção Urgência		Recepção Geral		Total	
		nº	%	nº	%	nº	%
		Azul	0	0,0	233	58,8	233
Verde	24	34,3	137	34,6	161	34,5	
Amarelo	40	57,1	26	6,6	66	14,2	
Vermelho	6	8,6	0	0,0	6	1,3	
Total	70	100	396	100	466	100	

Teste Qui-quadrado - *1 Acesso espontâneo pela recepção geral associado aos atendimentos azuis.

*2 Acesso pela entrada urgência associado à maioria dos casos amarelos.

*3 Acesso pela entrada de urgência associado aos atendimentos vermelhos.

Os atendimentos com classificação “azul” foram associados ao acesso espontâneo à recepção geral, e os com classificação “amarela” e “vermelha” foram relacionados à entrada pela recepção de urgência (via SAMU/192) ($p < 0,0001$).

Em relação às categorias de risco, dentre o total dos atendimentos, 50% com IC[95%]:[45%;55%] foram categorizados como risco “azul”; 34,5% com IC[95%]:

[30%;39%] como risco “verde”; 14,2% com IC[95%]:[11%;17%] como risco “amarelo” e 1,3% com IC[95%]:[0,2%;2%] como risco “vermelho”.

Apenas 37(17%) dos pacientes passaram pelas UBSs, nos dias úteis, antes de procurarem ou acionarem a rede de urgência. Não houve associação significativa entre a passagem anterior desses pacientes pela UBS antes de se dirigirem à UPA em dias úteis e a forma de acesso ao serviço de urgência ($p = 0,981$) (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição dos atendimentos, segundo passagem anterior dos pacientes na UBS antes de se dirigir ao PA, em dias úteis, e tipo de acesso ao Serviço de Saúde.

		Acesso à Unidade de Pronto-Atendimento					
		Recepção de Urgência		Recepção Geral		Total	
		nº	%	nº	%	nº	%
Passagem pela UBS	Sim	7	18,4	30	16,7	37	17,0
	Não	31	81,6	150 *	83,3	181	83,0
	Total	38	100	180	100	218	100

*Teste Qui-quadrado - Não houve associação significativa entre passagem anterior pela UBS em ambas as entradas, nos dias úteis.

Não houve diferença significativa entre as medianas das idades dos pacientes atendidos na entrada da urgência, segundo os grupos de classificação de risco ($p = 0,592$) (Tabela 8).

Tabela 8: Idade dos pacientes, cujos atendimentos deram entrada pela urgência (via SAMU/192), segundo a classificação de risco e o total.

Classificação de risco	nº	\bar{x}	DP	IC[95%]	Md (Mín; Máx)
Verde	22	50,9	16,5	[43,6;58,2]	48,1 (25,0;78,3)
Amarelo	37	52,4	24,9	[44,1;60,7]	52,5 (18,1;93,8)
Vermelho	6	60,8	20,7	[39,1;82,5]	66,4 (25,3;82,5)
Total	65	52,7	21,9	[47,3;58,1]	50,8 (18,1;93,8)

Perda de seis informações.

\bar{x} : Média aritmética; DP: Desvio-padrão; IC: Intervalo de Confiança; Md: Mediana

Teste Kruskal-Wallis - *Sem diferença significativa entre as medianas de idade dos atendimentos da recepção de urgência.

Houve diferenças significativas entre as médias de idade dos pacientes atendidos na recepção geral, segundo os grupos de classificação de risco ($p = 0,019$). O teste de Bonferroni mostrou diferença significativa entre as médias de idade dos pacientes atendidos entre os grupos de classificação de risco “azul” e “amarelo” ($p = 0,023$) (Tabela 9).

Tabela 9: Idade média e respectivos desvios-padrão dos pacientes cujos atendimentos deram entrada pela recepção geral, segundo a classificação de risco e o total.

Classificação de risco	nº	\bar{x}	DP	IC[95%]	Md (Mín; Máx)
Azul	231	39,6	18,3	[37,2;42,0]	35,2 (15,7;93,3)
Verde	132	42,4	17,3	[39,4;45,3]	41,0 (16,8;82,2)
Amarelo	25	49,7	17,3	[42,6;56,8]	53,0 (22,2;78,7)
Total	388	41,2	18,0	[39,4;43,0]	37,9 (15,7;93,3)

Perda de informações: duas referentes à categoria “azul”, cinco à categoria “verde” e uma à categoria “amarelo”.

\bar{x} : Média aritmética; DP: Desvio-padrão; IC: Intervalo de Confiança; Md: Mediana

ANOVA; Bonferroni - *Houve diferença significativa entre as médias de idade dos atendimentos azuis e amarelos.

A média de idade dos pacientes atendidos pela recepção de urgência foi significativamente maior que a daqueles atendidos pela recepção geral ($p < 0,0001$) (Tabela 10).

Tabela 10: Idade média e respectivo desvio-padrão dos pacientes cujos atendimentos deram entrada pela urgência (via SAMU/192) e recepção geral, segundo a classificação de risco.

		Acesso à Unidade de Pronto-Atendimento			
		Recepção Urgência		Recepção Geral	
		\bar{x}	DP	\bar{x}	DP
Classificação de Risco	Azul	---	---	39,6	18,3
	Verde	50,9	16,5	42,4	17,3
	Amarelo	52,4	24,9	49,7	17,3
	Vermelho	60,8	20,7	---	---
	Total	52,7	21,9	41,2	18,0

\bar{x} : Média aritmética; DP: Desvio-padrão.

Teste t “Student” - *Média de idade maior para os atendimentos da recepção de urgência.

Houve diferenças significativas entre as medianas do tempo de duração do acolhimento para os pacientes atendidos pela recepção geral, segundo os grupos de classificação de risco ($p < 0,0001$). O teste de Mann-Whitney (com α ajustado) mostrou diferenças significativas entre as medianas dos três grupos de classificação de risco (azul \neq verde; $p = 0,01$), (azul \neq amarelo; $p < 0,0001$), (verde \neq amarelo; $p = 0,02$) (Tabela 11).

Tabela 11: Tempo de duração do acolhimento em minutos para os pacientes atendidos pela recepção geral, segundo a classificação de risco.

Classificação de risco	nº	\bar{x}	DP	IC[95%]	Md (Min; Max)	
Azul	231	6,5	2,597	[6,2;6,9]	* { * { * {	
Verde	135	7,6	3,743	[6,9;8,2]		6,0 (2;16)
Amarelo	26	9,5	4,885	[7,5;11,5]		7,0 (3;29)
Total	392	7,1	3,307	[6,8;7,4]	9,0 (3;23)	
Total						6,0 (2;29)

Perda de duas informações referentes à categoria “azul” e duas referentes à categoria “verde”

\bar{x} : Média aritmética; DP: Desvio-padrão; IC: Intervalo de Confiança; Md: Mediana.

Kruskal-Wallis; Mann-Whitney (com ajuste do valor de α) - *Diferença significativa entre as medianas.

Houve diferença significativa dos valores medianos do tempo de espera até ser consultado (min) entre os grupos de classificação de risco “verde” e “amarelo” ($p < 0,0001$) (Tabela 12).

Tabela 12: Tempo de espera até ser consultado pelo médico, em minutos, para os pacientes que deram entrada pela recepção geral, segundo a classificação de risco “verde” e “amarelo”.

Classificação de risco	nº	\bar{x}	DP	IC[95%]	Md (Mín; Máx)	
Verde	127	39,0	39,2	[32,1;45,9]	}*	
Amarelo	22	17,2	21,7	[7,6;26,9]		23,0 (1;229)
Total	149	35,8	37,915	[29,7;41,9]	8,5 (0;71)	
Total						20,0 (0;229)

Perda de dez informações referentes à categoria “verde” e quatro referentes à categoria “amarelo”.

\bar{x} : Média aritmética; DP: Desvio-padrão; IC: Intervalo de Confiança; Md: Mediana.

Mann-Whitney - *Diferença significativa entre as medianas de “tempo de espera até ser consultado”.

Quanto aos motivos/queixas, dos atendimentos classificados como “azul”, a dor, agrupada como “aguda” (antes de completar sete dias), foi predominante (148 vezes); cabeça, garganta, corpo, membros e abdômen foram os locais mais freqüentes e aparecem respectivamente em 8,8%, 6,7%, 4,1%, 3,3% e 3,1% das vezes.

As 22 primeiras queixas totalizaram aproximadamente 82% das 60 referidas pelos pacientes classificados como “azul” (Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição dos motivos/queixas apresentados pelos pacientes com classificação de risco “azul”.

Motivos/queixas dos pacientes classificados como “azul”	nº	%
Dor aguda/cabeça	37	8,8
Febre	35	8,4
Tosse/rouquidão/odinofagia	35	8,4
Dor aguda/garganta	28	6,7
Diarreia/vômito/náuseas	21	5,0
Lesão de pele e mucosas	21	5,0
Resultado de exames/reavaliação	21	5,0
Dor aguda/corpo	17	4,1
Dor aguda/membros	14	3,3
Dor aguda/abdominal	13	3,1
Queixas urinárias: sangue, ardência, oligúria	12	2,9
Tontura/vertigem	12	2,9
Dor > 15 dias/membros	11	2,6
Dor aguda/coluna	11	2,6
Coriza/congestão nasal	8	1,9
Cansaço/respiratório	7	1,7
Trauma	7	1,7
Olhos: irritação, ardência, prurido, hiperemia, secreção, edema	6	1,4
Dor > 15 dias/coluna	6	1,4
Dor aguda/ouvido	6	1,4
Dor aguda/torácica	6	1,4
Mal-estar	6	1,4
Outras queixas	79	18,8
TOTAL	419	100

Os atendimentos classificados como “verde” apresentaram como primeira queixa também as dores agudas (< que sete dias), sendo os locais predominantes: cabeça (7,5%), membros (7,2%) e abdômen (4,2%). Os traumas foram referidos em

33% dos casos. Para os casos amarelos, as queixas seguiram o mesmo padrão. Nas Tabelas 14 e 15 estão apresentadas as queixas dos casos classificados como “verde” e “amarelo”, respectivamente.

Tabela 14: Distribuição dos motivos/queixas apresentados pelos pacientes com classificação de risco “verde”.

Queixas dos pacientes classificados como “verde”	n^o	%
Trauma	33	10,8
Dor aguda/cabeça	23	7,5
Dor aguda/membros	22	7,2
Tontura/vertigem	14	4,6
Dor aguda/abdominal	13	4,2
Vômito	12	3,9
Febre	11	3,6
Dor aguda/corpo	11	3,6
Mal-estar	11	3,6
Edema inflamatório	9	2,9
Tosse/rouquidão/odinofagia	8	2,6
Resultado de exame/reavaliação	8	2,6
Queixas urinárias: sangue, ardência, oligúria	8	2,6
Lesão de pele e mucosas	7	2,3
Diarreia/vômitos/náuseas	6	2,0
Dor aguda/coluna	6	2,0
Cansaço/fraqueza	6	2,0
Dor aguda/baixo ventre	6	2,0
Dor aguda/torácica	5	1,6
Sangramento vaginal	5	1,6
Outras queixas	82	26,8
TOTAL	306	100

Tabela 15: Distribuição dos motivos/queixas apresentados pelos pacientes com classificação de risco “amarelo”.

Queixas dos pacientes classificados como “amarelo”	n^o	%
Trauma	16	14,4
Dor aguda/cabeça	7	6,3
Resultado de exame/reavaliação	6	5,4
Dor aguda/membros	5	4,5
Tontura/vertigem	5	4,5
Dor aguda/abdominal	5	4,5
Mal-estar	5	4,5
Dor aguda/torácica	5	4,5
Desmaio	5	4,5
Vômito	4	3,6
Dor aguda/coluna	4	3,6
Agitação/agressividade/confusão mental/rebaixamento do nível de consciência	4	3,6
Cansaço/fraqueza	3	2,7
Coração acelerado, batadeira	3	2,7
Pós-convulsão	3	2,7
Outras queixas	31	27,9
TOTAL	111	100

Para os atendimentos classificados como “vermelho”, houve três casos de parada cardiorrespiratória (PCR), dois admitidos nessa condição e um foi revertido dentro da própria ambulância. A Tabela 16 mostra as queixas dos casos vermelhos.

Tabela 16: Distribuição dos motivos/queixas apresentados pelos pacientes com classificação de risco “vermelho”.

Pacientes classificados como “vermelhos”	Queixas
Paciente 01	Parada cardiorrespiratória
Paciente 02	Parada cardiorrespiratória Choque elétrico
Paciente 03	Confusão mental/rebaixamento do nível de consciência Inchaço
Paciente 04	Cansaço/respiratório Tosse/rouquidão/odinofagia
Paciente 05	Queda de árvore Trauma
Paciente 06	Parada cardiorrespiratória revertida na ambulância Dor aguda/garganta Diarreia/vômitos/desidratação/náuseas

As queixas dos casos classificados como “vermelhos” foram distribuídas por paciente.

De acordo com a CID, as “Doenças do aparelho respiratório” - rinites, gripes, amigdalites, sinusites, faringites, infecção de vias aéreas superiores, bronquite e pneumonia foram as mais frequentes (22%) nos casos classificados como “azul”. Na sequência, estão as “Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo” com 20%, com os diagnósticos de lombalgia, dorsalgia, cervicalgia, tendinite, artralgia, fibromialgia e contusões. No grupo de “Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte”, estão incluídos os pacientes em retorno para resultados de exames, sem achado anormal, retornos de procedimento realizado na unidade (avaliação de drenagem de abscesso, por exemplo) e sintomas e sinais vagos, nos quais a hipótese diagnóstica ficou baseada no sintoma apresentado: dores diversas, mal-estar, fadiga e tosse. Para o grupo “Algumas doenças infecciosas e parasitárias” (11%), o diagnóstico mais frequente foi diarreia e gastroenterite de origem infecciosa (68%), e ainda neste grupo estavam incluídos casos de dengue, varicela, verrugas anogenitais, herpes labial e escabiose (Tabela 17).

Tabela 17: Distribuição dos grupos de CID-10 atribuídos pelo médico aos pacientes com classificação de risco “azul”.

GRUPOS CID-10 - casos classificados como “azul”	nº	%
Doenças do aparelho respiratório	52	22
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	47	20
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	32	14
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	25	11
Doenças do aparelho geniturinário	19	8
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	16	7
Doenças do aparelho circulatório	8	3
Doenças do aparelho digestivo	5	2
Doenças do olho e anexos	5	2
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	5	2
Doenças do sistema nervoso	5	2
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	4	2
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	3	1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	0
Transtornos mentais e comportamentais	1	0
TOTAL	233	100

Para os grupos de CID das cores “verde”, “amarelo” e “vermelho”, os dados ficaram prejudicados, pois eram coletados da ficha de atendimento preenchida pelo médico do plantão, e quando presentes, na maioria das vezes, apresentavam os sintomas como diagnóstico final do atendimento, estavam ilegíveis, ou ainda, não havia sido registrado um diagnóstico final.

Dentre os pacientes classificados como “azul”, 66,5% foram encaminhados de alta para casa, 13,3% direcionados para a AB, porém com conduta médica e após contato telefônico (via celular) e/ou encaminhamento em impresso próprio. O restante dos casos, 10,3% e 2,1%, foi encaminhado à atenção especializada e para outros setores da administração municipal, respectivamente (Tabela 18).

Tabela 18: Destino dos atendimentos com entrada pela recepção geral e classificação de risco “azul”.

Destino	Número de atendimentos	%
Alta	155	66,5
Atenção Básica	31	13,3
Atendimento Especializado	24	10,3
Outro Setor	5	2,1
Sem informação	18	7,7
Total	233	100

Dentre os 233 casos classificados como “azul”, 115 (50%) retornaram a algum serviço de saúde para atendimento dentro do período de 30 dias; 61% na própria UPA do estudo ou em outra UPA da rede municipal. Esses 115 pacientes retornaram 251 vezes a algum serviço de saúde (Tabelas 19 e 20).

Tabela 19: Retorno dos casos “azul” em número de vezes, a algum serviço de saúde da rede assistencial para atendimento médico no período de 30 dias após a consulta na UPA do estudo, segundo o tipo de unidade.

Local	n ^o	%
UPA do estudo ou outra	153	61,0
UBS	46	18,3
Ambulatório Especializado	45	17,9
USF	7	2,8
TOTAL	251	100

Perda de três informações sobre o retorno em alguma unidade de saúde.

Tabela 20: Retorno dos casos “azul” a algum serviço de saúde da rede assistencial para atendimento médico no período de 30 dias após a consulta na UPA do estudo, segundo o grupo do CID10.

CID-10	n ^o (%)
Gravidez, parto e puerpério (n = 1)	1 (100)
Transtornos mentais e comportamentais (n = 1)	1 (100)
Doenças do sistema nervoso (n = 5)	4 (80,0)
Doenças do aparelho circulatório (n = 9)	7 (77,8)
Doenças do aparelho geniturinário (n = 19)	13 (68,4)
Doenças da pele e do tecido subcutâneo (n = 14)	9 (64,3)
Doenças do ouvido e da apófise mastoide (n = 5)	3 (60,0)
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (n = 21)	11 (52,4)
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (n = 48)	25 (52,1)
Doenças do aparelho digestivo (n = 24)	12 (50,0)
Códigos para propósitos especiais (n = 4)	2 (50,0)
Neoplasias (tumores) (n = 2)	1 (50,0)
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (n = 9)	4 (44,4)
Doenças do olho e anexos (n = 6)	2 (33,3)
Doenças do aparelho respiratório (n = 53)	17 (32,1)
Não classificado (n = 5)	3 (60,0)

Perda de três informações sobre o retorno a alguma unidade de saúde.

A porcentagem de internação está demonstrada na Tabela 21, com acréscimo dos três casos de óbito no montante de casos vermelhos internados. Nenhum atendimento classificado como “azul” foi regulado para os hospitais da rede de saúde e os atendimentos “verdes”, “amarelos” e “vermelhos” apresentam associação

entre internação e risco, sendo maior o número de internações quanto maior o grau de risco ($p < 0,0001$).

Tabela 21: Número de atendimentos encaminhados para internação, ou não, com as respectivas porcentagens, segundo a classificação de risco.

		Encaminhados para internação		
		Sim	Não	Total
Classificação de Risco	Azul n ^o (%)	0 (0)	233 (100)	233 (100)
	Verde n ^o (%)	15 (9,3)	146 (90,7)	161 (100)
	Amarelo n ^o (%)	18 (27,3)	48 (72,7)	66 (100)
	Vermelho n ^o (%)	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (100)
Total		38 (8,2)	428 (91,8)	466 (100)

Teste qui-quadrado - *Maior porcentagem de internação quanto maior o grau de risco.

Dos 38 casos internados existe uma porcentagem maior de internação pela recepção de urgência comparada à entrada pela recepção geral, mostrando a mesma associação do maior número de internações em maiores graus de risco, para as duas entradas (Tabela 22).

Tabela 22: Casos internados de acordo com o grau de risco nas diferentes entradas.

Casos Internados	Recepção de Urgência		Recepção Geral	
	n ^o (total)	% do total	n ^o (total)	% do total
Azul (0; 233)	0	0	233	0
Verde (24; 137) ^(a)	5 (24)	20,8	10 (137)	7,3
Amarelo (40; 26) ^(a)	13 (40)	32,5	5 (26)	19,2
Vermelho (6; 0) ^(a)	5 (6)	83,3	0 (0)	0,0
Total (70; 163)	23 (70)	32,8	15 (163)	6,7

Atendimentos vermelhos que resultaram em óbito (três casos) foram somados ao número de internações de grau de risco vermelho.

^(a)(número total pela recepção de urgência; número total pela recepção geral).

*Maior porcentagem de internação quanto maior o grau de risco.

°Maior porcentagem de internação pela recepção de urgência.

A Tabela 23 demonstra o grau de risco, a idade, como se deu a entrada a UPA, qual a especialidade solicitada pelo plantonista, qual o resumo clínico ou diagnóstico dado ao caso na UPA, qual a prioridade do caso (estável, urgência ou

emergência), qual hospital realizou a internação e se encaminhado em vaga zero, ou não.

Dentre os 38 casos com indicação de internação, 35 foram encaminhados para os hospitais, onde cinco foram encaminhados em regime de “vaga zero” (14%). Dentre os casos encaminhados para internação, 13 (37%) foram direcionados para o Hospital de referência terciária, o qual recebeu quatro casos (30%) em regime de “vaga zero”.

Tabela 23: Informações sobre os casos encaminhados para internação: risco, idade, entrada na UPA, especialidade solicitada pelo plantonista, prioridade do caso, hospital de internação e se vaga zero ou não.

Risco	Idade	E	Especialidade	Resumo (*)	Prioridade	Hospital	Vaga Zero
Vm	50	U	CIRURGIA	Neopl Hepática / Hepatite Viral CR C	Urgência	HC-Unid. Emerg.	Não
Vm	82	U	CLINICA GERAL	Sepse (foco pulmonar + urinário?)	Emergência	Beneficencia Portuguesa	Não
Vm	25	U	n/a	ÓBITO	n/a	n/a	n/a
Vm	73	U	n/a	ÓBITO	n/a	n/a	n/a
Vm	72	U	n/a	ÓBITO	n/a	n/a	n/a
Am	27	R	OFTALMOLOGIA	Trauma em Olho Esquerdo	Estável	HC-Unid.Emerg.	Não
Am	78	U	CARDIOLOGIA	Cardiopatia+Síncope A/E	Urgência	Sta Casa Ribeirão Preto	Não
Am	82	U	ORTOPEDIA	Fratura Transtrocanteriana Tronzo 1D	Urgência	Beneficencia Portuguesa	Não
Am	41	R	CARDIOLOGIA	ICC Descompensada	Urgência	Sta Casa Ribeirão Preto	Não
Am	70	U	CLÍNICA GERAL	Encefalopatia Hepática	Urgência	HC-Unid. Emerg.	Sim
Am	32	R	CIRURGIA	Abdomen Agudo CIVD?	Estável	HC-Unid. Emerg.	Sim
Am	68	R	ORTOPEDIA	Fratura 2º Pododactilo Esquerdo, Fechada, Sem Desvio	Urgência	Sta Casa Ribeirão Preto	Não
Am	18	U	CIR. CAB/PESC	Trauma de Face	Urgência	Beneficencia Portuguesa	Não
Am	47	U	NEUROLOGIA	AIT ? AVC ?	Estável	HC-Unid. Emerg.	Sim
Am	70	U	CLINICA GERAL	Exacerbação infecciosa de DPOC	Urgência	Sta Casa Ribeirão Preto	Não
Am	33	R	CIR. GERAL	Colecistite	Estável	HC-Unid. Emerg.	Não
Am	85	U	NEUROLOGIA	Acidente Isquêmico Transitório?	Urgência	HC-Unid. Emerg.	Não
Am	46	U	OFTALMOLOGIA	Trauma Face	Estável	HC-Unid. Emerg.	Não
Am	76	U	CLINICA GERAL	ITU + DM	Estável	Hospital Estadual	Não
Am	26	U	NEUROLOGIA	Cefaléia + Crise Convulsiva Inédita	Estável	HC-Unid. Emerg.	Não
Am	21	U	ORTOPEDIA	Fratura da Cabeça do Rádio (Cotovelo)	Urgência	Hospital Sta Lydia	Não
Am	81	U	CLINICA GERAL	Desidratação + Sequela AVC + Desnutrição + Pneumonia? = Depressão Emocional	Urgência	Beneficencia Portuguesa	Sim
Vd	23	R	ORTOPEDIA	Gonalgia Direita por Trauma	Urgência	Hospital Sta Lydia	Não
Vd	58	R		Neoplasia Pulmonar? - Tromboembolia Pulmonar? - Abscesso Pulmonar?	Urgência		Não
Vd	28	R	ORTOPEDIA	Lesão de Mecanismo Extensor 5º Dedo	Urgência	Hospital Sta Lydia	Não
Vd	78	U		Broncopneumonia + DPOC Exacerbado	Urgência	-	Não
Vd	46	U	ORTOPEDIA	Fratura de Extremidade Distal de Radio Direito	Urgência	Hospital Sta Lydia	Não
Vd	68	U	CIRURGIA	Passagem de Sonda de Gastrostomia	Urgência	HC-Unid. Emerg.	Sim
Vd	44	R	OBSTETRICIA	Ameaça de Aborto	Urgência	Sta Casa Ribeirão Preto	Não
Vd	30	R	NEUROLOGIA	Trauma Região Cervical - Fratura?	Urgência	Sta Casa Ribeirão Preto	Não
Vd	78	U	CARDIOLOGIA	Miocardite? - PNM	Estável	Beneficencia Portuguesa	Não
Vd	49	R	EXAME US	Seguimento Pós Operatório - Pieloplastia e há 25 dias Anomalias Obstrutivas da	Estável	Hospital Sta Lydia	Não
Vd	50	U	CLINICA GERAL	Pelve Renal e do Ureter Esq	Urgência	Sta Casa Ribeirão Preto	Não
Vd	48	R	OFTALMOLOGIA	Deiscência de Sutura no Hemitórax E	Estável	HC-Unid. Emerg.	Não
Vd	38	R	OFTALMOLOGIA	Corpo Estranho na Córnea E	Urgência	HC-Unid. Emerg.	Não
Vd	18	R	CIRURGIA	Corpo Estranho Olho E	Urgência	HC-Unid. Emerg.	Não
Vd	21	R	ORTOPEDIA	Deiscência de Sutura de Apendicectomia	Estável	Beneficencia Portuguesa	Não
Vd	61	U	OTORRINO	Fratura do Osso do Pé (Navicular?) na sua Sinostose com o Osso Calcâneo e de Sesamóide sobre o 1º Metatarso D	Estável	Hospital Sta Lydia	Não
Vd	61	U	OTORRINO	Insuficiência Vertebrobasilar? SD Vertiginosa? Outra Causa Central?	Urgência	HC-Unid. Emerg.	Não

Am-amarelo; **Vd**-verde; **Vm**-vermelho; **E**-Entrada na UPA; **R**-entrada geral; **U**-entrada urgência; **n/a**-não se aplica; **(*)**conforme escrito pelo profissional; **HC-Unid.Emerg.**-Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Unidade de Emergência.

6. Discussão

A aglomeração de pacientes e, conseqüentemente, a percepção de assistência aquém do desejado é um fenômeno universal na atenção às urgências e tem sido a grande motivação para se elaborarem e testarem estratégias para avaliação das necessidades de saúde e risco à vida nos serviços que compõem a rede de urgência (HOOT; ARONSKY, 2008; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

O presente estudo foi desenvolvido a partir dessa motivação e da convergência de interesses de gestores e gerentes de serviços de saúde, da educação, pesquisa e do Ministério Público em dotar as UPAs do município de Ribeirão Preto de estratégias do acolhimento com avaliação de risco.

Um Termo de Ajuste de Conduta, estabelecido há quatro anos, entre o Ministério Público do Estado de São Paulo e a Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, previa a implantação do acolhimento com avaliação de risco nas UPAs como forma de garantir as condições técnicas e éticas para o exercício das suas funções e, assim, mitigar as queixas da população e dos profissionais de saúde.

Nesse contexto, este estudo foi elaborado, e a conjunção de interesses facilitou o apoio logístico e administrativo das instituições envolvidas: Secretaria Municipal de Saúde e FMRP-USP, por meio do seu Centro de Saúde Escola, bem como a captação de recursos financeiros para o projeto, provenientes da Fundação Waldemar Bransley Pessoa e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), na alínea do Programa de pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS).

No planejamento do modelo de acolhimento e avaliação de risco empregado, a convergência de interesses, formalizada oficialmente, não evitou alguns conflitos de conceitos, diagnósticos e métodos, tais como composição da equipe e características dos seus componentes, ambiência, atribuições e sistemática de trabalho, fluxo dos pacientes, dentre outros, o que é esperado em projetos de intervenção e merece compreensão pelos agentes envolvidos, bem como pelas agências de fomento mais voltadas à produção quantitativa e rápida oriunda de estudos observacionais.

Ainda, à margem do projeto, por razões econômico-financeiras, houve um desacordo entre a Secretaria Municipal de Saúde e a FMRP-USP, responsável pela

execução das atividades da UPA do Distrito Oeste de Ribeirão Preto, cenário do estudo, e que culminou com a ruptura do convênio entre essas instituições. Esses conflitos estão no contexto da evolução da relação entre o SUS e a universidade, mas dão a dimensão das fragilidades políticas, conceituais, gerenciais e operacionais que permeiam o cotidiano das UPAs.

As UPAs, diferentemente dos prontos-socorros hospitalares, são os serviços da rede assistencial com maior exposição negativa à sociedade e, às vezes, suas crises, decorrentes da aglomeração de pacientes e percepção de assistência aquém do necessário, são exploradas pelas corporações, pela mídia e pelo Poder Legislativo, dentre outros, com interesses pouco legítimos. Esses fatos justificam a produção de conhecimento sobre o modelo de organização e funcionamento das UPAs, um dos componentes da rede assistencial recentemente fortalecido na Política de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003).

No decorrer das oficinas de preparação do ambiente assistencial, das equipes para execução do acolhimento com avaliação de risco e da definição da sistemática de comunicação com os demais pontos da rede por meio da regulação assistencial, os gestores e gerentes das UBSs e das UPAs apontaram a necessidade de contar com protocolos clínicos para subsidiar o projeto, bem como a prática assistencial pré-hospitalar.

A solicitação dos protocolos assistenciais demandou a celeridade de outro projeto que também estava em curso, e foram elaborados 112 protocolos clínicos e de regulação, a partir das queixas mais frequentes registradas no Complexo Regulador da Assistência da Secretaria de Saúde do Município de Ribeirão Preto e que, na sequência, foram analisados e validados em oficinas por médicos com experiência prévia na clínica da AB, da urgência pré-hospitalar e regulação da assistência.

Os protocolos clínicos e de regulação foram escritos na forma de roteiros com caracterização dos cenários clínicos mais frequentes que aparecem nas UBSs e UPAs, com as respectivas diretrizes clínicas a serem adotadas nesses níveis de atenção, assim como a definição de critérios e recursos a serem empregados para o encaminhamento dos pacientes entre os serviços da rede assistencial e divulgados na forma de livro (SANTOS et al., 2012). O processo de análise e validação dos

protocolos clínicos e de regulação serviu como elemento de aproximação com os gestores e profissionais que fizeram parte da equipe de ACR.

No processo de elaboração dos protocolos clínicos e de regulação, o acolhimento com avaliação de necessidades, vulnerabilidades e riscos foi assimilado como ação inerente ao exercício de todos os profissionais de saúde e recomendado em todos os espaços assistenciais dos serviços da rede assistencial e que pode demandar, ou não, equipe e ambiente dedicados (SILVA et al., 2012a). As respostas às necessidades de saúde, vulnerabilidades e riscos à saúde identificadas podem ter especificidades que requerem atributos de diferentes categorias profissionais que atuam, ou não, nos serviços de saúde. Eventualmente, profissionais e usuários do sistema de saúde precisam recorrer a outros equipamentos sociais (Assistência Social, Defensoria Pública, Ministério Público, Judiciário, entre outros) com a finalidade de assegurar acesso e resolubilidade às necessidades de saúde identificadas ou para viabilizar o exercício do direito à assistência (SILVA et al., 2012a).

As iniciativas para ordenar o acesso ao sistema de saúde, a partir da AB e das UPAs, têm induzido, nesses locais, à organização de ambientes com maior especificidade para a prática do acolhimento com avaliação de risco, necessidades e vulnerabilidades. Cabe destacar que as Políticas de Urgência e Regulação (BRASIL, 2003) preveem a existência das Centrais de Regulação que constituem o CR da assistência e que por meio do telefone 192 (urgência) também acolhem e avaliam as necessidades de saúde e risco e disponibilizam recursos fixos e móveis para a solução dos casos.

Neste estudo, a organização do cenário para acolhimento na UPA considerou polêmicas corporativas (MALTA; MERHY, 2004; BECK; MINUZI, 2008; NASCIMENTO; TESSER; POLI NETO, 2008) e resultados aquém do esperado em equipe sem médico e o local foi dotado de um profissional de enfermagem de nível médio, um enfermeiro e um médico, além de condições para registro das queixas e suas características, equipamentos e insumos para verificar, além dos sinais vitais, a glicosimetria capilar, sinais de insuficiência respiratória e isquemia cardíaca. Assim, o propósito era identificar com mais presteza o risco imediato à vida, na expectativa de garantir, frente à aglomeração de pacientes, a discriminação dos casos urgentes

dos não urgentes e evitar perda de tempo para a estabilização clínica e regulação, por exemplo, para casos de isquemia cerebral e cardíaca com janela terapêutica estabelecida, bem como a resolução para os casos não urgentes, no próprio local (AHMED et al., 2010; SILVA et al., 2012b).

A distribuição dos recursos humanos e materiais, em duas salas, permitiu que os profissionais de enfermagem registrassem as queixas e suas características e os sinais vitais e, na sequência, classificassem os pacientes de acordo com o risco, nas cores “azul”, “verde”, “amarelo” e “vermelho”. Isso feito, os casos classificados como “azul” (checagem de exames, troca de receitas, quadros virais respiratórios e do trato digestivo, dentre outros), na perspectiva da prática do “fast track” (NASH et al., 2007; BITTENCOURT; HORTALE, 2009; McCARTHY et al., 2011; OREDSON et al., 2011) foram encaminhados para o médico da equipe de acolhimento, enquanto os demais foram direcionados para a equipe do pronto-atendimento.

O modelo de ACR proposto garantiu o manejo dos casos não urgentes de forma oportuna. Todavia, deve ser enfatizado que os casos classificados como “azul” representaram 50% da demanda da UPA, procuraram espontaneamente a recepção, foram avaliados pela equipe do ACR, que é semelhante na organização e estrutura, à da AB, independente da sua modalidade, tradicional ou saúde da família; e 66,5% receberam alta sem redirecionamento para outro serviço da rede assistencial. Dessa forma, a questão que se impõe é - por que esses usuários não procuraram diretamente a AB, ao menos nos seus horários de funcionamento, evitando-se, assim, a aglomeração na UPA?

A ida ao serviço de urgência, de forma espontânea ou mediante encaminhamento do paciente via ABS, por problemas de falta de acesso, são dois dos onze desafios elencados como dificultadores para a equipe de AB exercer a coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002). A assistência médica prestada aos casos não urgentes por uma equipe que acolheu e, na sequência, ofereceu a consulta médica, prevista na metodologia do *fast-track*, é de fato resolutive para o quadro agudo pontual, mas reforça o modelo assistencial voltado para as demandas agudas, não pautado na lógica da AB como porta de entrada e coordenadora do cuidado (WHO, 2008).

Dentre os 466 pacientes submetidos à avaliação de risco pela equipe de enfermagem, apenas 15,5% foram considerados com necessidade de atendimento de urgência; 14,2% foram classificados como “amarelo” (prioridade 1 - urgência, atendimento o mais rápido possível) e 1,3% (prioridade zero - emergência, necessidade de atendimento imediato). Dessa forma, 84,5% dos pacientes avaliados apresentavam problemas sensíveis à abordagem inicial pela AB (UBS e UESF); 50% foram classificados como “azul” (prioridade 3 - consultas de baixa complexidade) e 34,5% como “verde” (prioridade 2 - não urgente).

Os 233 casos classificados como “azul”, mediante avaliação do médico com os recursos disponíveis no ambiente de acolhimento, os quais são os mesmos disponíveis na AB, foram dispensados de atendimento pela equipe de *fast track*. O destino dados aos pacientes: 155 (66,5%) foram dispensados para casa, 13,3% encaminhados para AB e 10,3%, para atendimento especializado. Este resultado reforça a necessidade de fortalecer a AB no protagonismo da avaliação de necessidade de saúde, da coordenação do cuidado e da ordenação do acesso à rede assistencial (SANTOS et al., 2003; LOPES; SCARPELINI; SANTOS, 2007; WHO, 2008; MENDES, 2010; FERREIRA et al., 2010; SANTOS et al., 2012; SILVA, 2011), mas a AB deve ter lideranças que busquem este protagonismo.

Os pacientes admitidos pela recepção da UPA e classificados como “azul” pertenciam à faixa etária mais jovem, e esses achados são coincidentes com avaliação de demanda de acolhimento em UBS, onde os pacientes predominaram na faixa etária entre 20 e 49 anos, com queixas biológicas de baixa complexidade e foram resolvidas em 88,6% dos casos na própria unidade (BARALDI; SOUTO, 2011; PIMENTEL et al., 2011).

A dor é um dos seis discriminadores gerais do MTS. Para caracterizar sua intensidade, a pontuação a ser dada e fazer a classificação do risco, a enfermagem deve considerar o grau atribuído pelo paciente e sua percepção sobre a interferência no seu cotidiano. Por outro lado, há dificuldades pela falta de clareza nas diretrizes do sistema e, conseqüentemente, o recurso é subutilizado (WULP et al., 2011), o que indica a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com o subjetivo.

As queixas de maior prevalência foram dores agudas, como constatado no presente estudo. A atribuição de pontuação sem realizar uma escuta qualificada

para dimensionar o grau de interferência no nível de risco para o paciente acaba por deixar o instrumento com pouco valor preditivo para a urgência. A dor pode representar problemas graves, portanto é de extrema importância que os instrumentos de triagem abordem as necessidades psicossociais para melhor acurácia (SCHOLZE; DUARTE Jr.; FORES E SILVA, 2009; AACHARYA; GASTMANS; DENIER, 2011).

Os grupos do CID-10 dos casos não urgentes (“azul”) apresentaram diagnósticos de baixa complexidade que poderiam ser resolvidos na AB, como apontam os estudos sobre morbidade nas unidades de atenção primária (SANTOS Jr. et al., 2007; FELICIANO; ROSA et al., 2009; BARALDI; SOUTO, 2011). O grupo mais frequente foi o das doenças respiratórias, seguido pelo de doenças do sistema musculoesquelético.

O estudo revelou duas modalidades bem estabelecidas de fluxo dos pacientes para a UPA, que contemplam a estrutura de recepção concebida para essas unidades: uma recepção em que habitualmente os pacientes chegam por demanda espontânea e que, na maioria das vezes, estão estáveis, conscientes e deambulando e uma sala de urgência ou estabilização clínica onde são admitidos os pacientes visivelmente com necessidades urgentes.

Dentre os 466 pacientes avaliados, 396 (84,97%) deram entrada pela recepção da UPA. Desses casos, apenas 26 (6,56%) foram classificados como prioridade 1 - urgência, atendimento mais rápido possível e, nenhum, como prioridade zero - emergência, necessidade de atendimento imediato. Por outro lado, dentre os 70 casos (15,02%) atendidos na sala de urgência e que chegaram à UPA via SAMU-192/Regulação Médica, 40 (57,14%) foram classificados como “amarelo”: prioridade 1 - urgência, atendimento mais rápido possível e seis (8,57%) como “vermelho”: prioridade zero - emergência, necessidade de atendimento imediato. Os pacientes que chegam no transporte de ambulâncias têm maior acuidade na triagem e também apresentam idade maior e maior taxa de internação (HIESTAND et al., 2011; LEE, et al., 2011).

Os resultados indicam que a regulação, mesmo que acionada pela população, ao avaliar a gravidade dos casos, impede que pacientes não urgentes adentrem ao serviço da UPA pela entrada da urgência. Assim, pode-se dizer que,

em Ribeirão Preto, depois de mais de uma década de funcionamento, existe boa interação entre a população e a regulação que ordena os casos menos graves, classificados como “azul” (consultas de baixa complexidade), poupando o SAMU/192. Já os casos classificados como prioridade zero, ou “vermelhos”, somente chegaram ao serviço pela entrada de urgência, demonstrando boa interação entre a população e a regulação também para este tipo de caso, sendo atendidos prontamente, independente da aglomeração na recepção geral.

Dessa forma, pode-se afirmar que a população conhece a estratégia da regulação médica via SAMU/192, disponível para a atenção às urgências e a utiliza com propriedade. Assim, parece lógico que o aperfeiçoamento dessa estratégia da ordenação do fluxo para a rede assistencial via CR deve ser a meta. A orientação da população para, em situações de urgência, procurar a UBS ou acionar a regulação médica reordenaria o fluxo, evitando que os casos classificados como “azul” e “verde” se dirigissem até a UPA e garantindo que aqueles classificados como “amarelo” procurassem, por demanda espontânea, a AB ou a UPA.

Os casos classificados como “verde”, que procuraram a UPA via SAMU/192/Regulação, e aqueles classificados como “amarelo”, que foram à UPA via recepção e que representaram 8,58% da demanda ao serviço, revelam que nestes casos a população procura o serviço de urgência que tem a porta aberta para o acesso ao atendimento necessário. Porém, o serviço da UPA precisa priorizar os casos classificados como “amarelo” por meio da classificação de risco, e o SAMU deveria ordenar o fluxo do “verde” para o atendimento na AB. Todavia, esta *overtriage* (triagem superestimada) está dentro do preconizado e impede que casos mais brandos com risco de evolução dos sintomas ou instabilidade dos sinais vitais não sejam percebidos e removidos para a UPA (PEREIRA Jr; DINARDI, 2012).

Dentre os pacientes avaliados, 84,5% apresentavam problemas sensíveis à abordagem inicial pela AB (UBS e UESF); 50% foram classificados como “azul” (prioridade 3 - consultas de baixa complexidade) e 34,5% como “verde” (prioridade 2 - não urgente), de faixa etária mais jovem e na sua maioria entram pela recepção. Esses achados se reproduzem em avaliação sobre a demanda do acolhimento de uma UBS que aponta a predominância da faixa etária entre 20 e 49 anos com

queixas biológicas de baixa complexidade que se resolveram em 96% dos casos na própria unidade (BARALDI; SOUTO, 2011).

Por outro lado, a média de idade dos pacientes classificados como “amarelo” e “vermelho” e que deram entrada pela recepção de urgência via SAMU/192-Regulação foi significativamente maior em relação aos casos classificados como “azul” e “verde”. A idade e a presença de morbidez associada representam um alerta na previsão de utilização de recursos e necessidades de intervenções imediatas e internação hospitalar (LEE et al., 2011). A hipertensão arterial, de grande prevalência na população, tem alta morbimortalidade após 15 a 20 anos de seu início, e as doenças cardiovasculares no Brasil, em 2005, foram responsáveis por 28% de todas as mortes (MARTINS; ATALLAH; SILVA, 2012), o que indica a necessidade de preparo da rede assistencial de urgência para atender a essa demanda e considerar a idade do paciente para o grau de risco a ser pontuado (CHANDRATHEVA et al., 2009; FARROKNIA et al., 2011;).

Dentre os 466 atendimentos realizados, 8,2% foram encaminhados para internação. Quando a análise associa a entrada na UPA, isto é, recepção geral e de urgência, vimos que a porcentagem proporcional de internação chega a apenas 6,7% pela primeira e, 32,8% pela segunda, em relação ao número de atendimentos em cada uma.

O aumento da porcentagem proporcional de internações ao número de atendimentos tem associação com a classificação de risco. Quanto maior o grau de risco, maior possibilidade de ser referenciado a um hospital para a resolução do caso. Este fenômeno ocorre nas duas vias de acesso à UPA.

Dos 396 casos que deram entrada pela recepção, 83% foram espontaneamente para a UPA, sem tentar acesso na UBS. A preferência dos pacientes pelo atendimento nos serviços de urgência é objeto de vários estudos e um dos fatores atribuídos à aglomeração nesses serviços. Os aspectos sociodemográficos, culturais e de acesso aparecem como fatores preponderantes para o uso “indevido” dos serviços de urgência. A impossibilidade de acesso à AB é frequentemente implicada pela ausência de vagas ou pelo encaminhamento do paciente à UPA pelos profissionais não médicos das UBSs (OLIVEIRA, 2008; GENTILE et al., 2010; HWANG; CHANG, 2010; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

O fluxo de casos agudos e crônico-agudizados já tem direção estabelecida pela população, que prefere ir à UPA, porque há resolução de demandas, mesmo que não seja da melhor forma (SHESSER et al., 1991; LIU, SAYRE; CARLETON, 1999; KOZIOL-McLAIN et al., 2000; SANTOS et al., 2003; HOWARD et al., 2005; SILVA; ALVES, 2008; COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009; CUNNINGHAM, 2011; NASCIMENTO, 2011).

A extensão do horário de funcionamento das UBSs aparece como opção para ampliar o acesso e diminuir a procura pelos serviços de urgência (KALEMOGLU et al., 2004; HOWARD et al., 2005). Uma estratégia a ser considerada também é o serviço de teletriagem, serviço de atendimento de triagem por telefone, em que uma enfermeira utiliza o mesmo protocolo de triagem utilizado em serviço, classifica o risco e orienta a pessoa a procurar o melhor atendimento para o caso (AUSTRALIA, 2011; BULLARD et al., 2012; van IERLAND et al., 2011). Por outro lado, o serviço de teletriagem pela enfermagem foi capaz de influenciar na aglomeração das urgências em apenas 0,6% da demanda aos serviços de urgência e tem custos extremamente elevados para o sistema (NAGREE et al., 2012).

Há, também, sugestões de ampliação da capacidade do sistema hospitalar para dar continuidade à resolução dos casos (NAGREE et al., 2012), assim como: 1) o copagamento do mal-uso ou abuso injustificado do uso do serviço; 2) redirecionamento das consultas a outros níveis assistenciais e 3) oferta de serviços telefônicos aos cidadãos que podem resolver seus problemas, sem se deslocarem a um serviço de saúde (MIRÓ, 2009), e ainda, a “via rápida” que prevê o redirecionamento dos pacientes classificados como “azuis” à AB, com riscos de comprometimento da segurança e satisfação (OREDSON et al., 2011).

Para a AB, a mudança de prática, com escuta qualificada e criação de vínculo, melhora a confiabilidade neste componente da rede assistencial e torna o acesso às UBS/USFs mais favorável (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). Portanto, a educação permanente, metodologia do aprendizado reflexivo das práticas para a construção de espaços de trabalho mais receptivos, apesar de previsto como diretriz da PNH, ainda não se efetivou e apresenta muitos entraves para a sua consolidação: o financiamento aquém do necessário, a falta de facilitadores/“professores” que saibam utilizar esta

metodologia, a resistência dos trabalhadores em lidar com a “materialização” dos seus problemas e a necessidade de dispor de tempo na rotina dos serviços para a problematização (CECCIM, 2005; MERHY; FEUERWERKERUE; BURGG CECCIM, 2006; GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

As estratégias ou instrumentos relacionados, previstos nas políticas públicas do SUS: serviços em rede para permitir o acesso a todos os níveis do sistema, educação permanente em saúde, classificação de risco com acolhimento e regulação médica são capazes de permitir a reorientação do fluxo de pessoas e suas demandas de saúde para os serviços de AB, de forma gradual, e trazer mudanças socioculturais que possam mitigar a aglomeração nos serviços de pronto-atendimento, com favorecimento das condições de trabalho nesses locais (GENTILE et al., 2010; McCLELLAND et al., 2011).

As UBSs devem estar preparadas para receber as demandas agudas de baixa complexidade: infecções de vias aéreas superiores, rinites, otites, broncoespasmos leves, pneumonia comunitária, para se ter resposta de qualidade às necessidades de saúde da população. Porém, alguns trabalhos no Brasil apontam o esgotamento das equipes de saúde da família quando dispõem do acolhimento em seus espaços de trabalho, gerado pela sobrecarga de trabalho advinda do aumento da demanda, pouca adesão ou mudança no processo de trabalho do médico, prática ainda muito fragmentada, e dificuldade de lidar com o processo relacional (SILVA; ALVES, 2008; COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009; VIEGAS et al., 2010; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

O acolhimento, quando implantado na USF, amplia o acesso e aumenta a demanda para o médico, visto que o modelo assistencial é ainda médico-centrado. A população ainda tem expectativa de conseguir nas unidades o atendimento médico e para a divisão de trabalho nessas unidades ainda há necessidade de preparo técnico do profissional não médico. A criação de espaços de diálogo profissional/profissional e a visibilidade do trabalho dos profissionais não médicos são potencialidades ainda limitadas do acolhimento (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008; SILVA et al., 2010).

Dentre os pacientes classificados como “azul”, durante 30 dias após a consulta na UPA, 115 (50%) voltaram 251 vezes a algum serviço de saúde para

atendimento médico, sendo 61% em UPAs. Há várias explicações para este fato: a população acostumou-se ao tratamento apenas sintomático, parte dos problemas pode não ser de saúde, não houve o seguimento médico pela AB, entre outros. Estes retornos frequentes mereceriam estudo para compreendê-los e direcioná-los adequadamente.

A comunicação entre unidades de saúde por meio de seus profissionais gera diminuição do número de retornos aos serviços de saúde (STARFIELD, 2002). Para que isso ocorra não só seriam necessárias melhorias no sistema de telefonia, ou outros meios de comunicação possível, mas também deve haver responsabilização por parte do profissional na perspectiva do cuidado em saúde.

Há de se mencionar que a atual política de saúde do governo federal com foco no atendimento das UPAs tem contribuído ainda mais para a população desacreditar no trabalho da AB. Embora seja necessário melhorar o atendimento nas UPAs, o foco principal ainda deve ser a mudança no processo de trabalho na AB, que é o nível de atenção responsável por resolver a maior parte dos problemas de saúde da população e que concentra a maior parte dos recursos humanos médicos e não médicos.

Os tempos para realizar a classificação de risco podem subsidiar o planejamento e a avaliação do trabalho, portanto foram utilizados os seguintes indicadores: 1) “tempo de espera até acolher”; 2) “tempo de duração do acolhimento”; 3) “tempo de espera até a consulta médica” (SUBASH et al., 2004; TSAI; LIANG; PEARSON, 2010; ELKUM; BARRET; AL-OMRAN, 2011).

O “tempo de espera até o acolhimento” considerado como padrão deve ser de até 15 minutos da chegada do paciente ao serviço. A equipe de acolhimento do estudo levou em média 29 minutos para chamar os pacientes, porém a mediana foi de 15 minutos. A análise deste indicador ficou prejudicada pelo viés do atendimento das duas equipes de enfermagem do plantão, já que influenciaram na entrada dos pacientes que não foram acolhidos pela equipe do estudo, para atendimento médico na unidade.

Neste estudo, uma equipe de ACR atendeu, em média, 5,3 pacientes/hora. O tempo para conclusão da classificação de risco pela equipe de enfermagem não seguiu os mesmos padrões dos sistemas de triagem internacionais, pois eles não

abordam as necessidades psicossociais e a “escuta qualificada” (HANDEL et al., 2011). Há quatro dimensões éticas para o *cuidado em saúde*: atenção (se preocupar), responsabilidade nos cuidados necessários (cuidar de), competência (cuidado real) e resposta do paciente (receber cuidado).

A utilização de um protocolo, sem estabelecer associação com essas dimensões, de forma a oferecer tempo igual para todos (5 minutos), cumpre a meta sem um requisito básico ao acolhimento: a alteridade, interação entre quem acolhe e o acolhido (TEIXEIRA, 2003). Dessa forma, os tempos de duração do acolhimento de cada indivíduo serão de acordo com a necessidade para se efetivar uma comunicação que seja capaz de decodificar essa necessidade trazida nas demandas de cada pessoa (PINHEIRO; MATTOS, 2003; AYRES, 2004), e certamente os espaços da AB são mais apropriados para atender a essas expectativas.

O “tempo de espera até a consulta médica” ficou dentro dos padrões internacionais para todos os grupos de risco, concluindo-se que o instrumento testado é capaz de reorganizar o serviço interno da UPA, visto que prioriza os casos de maior gravidade dentro dos padrões estabelecidos mundialmente. Portanto, com base na metodologia empregada pode-se afirmar que:

- A interação da população com a regulação médica/SAMU-192 tem garantido o melhor acesso para os casos classificados como “vermelho” (emergência com risco de morte) e evitado o acesso regulado dos casos classificados como “azul”, o que indica legitimidade desse componente da rede de atenção às urgências junto à população.
- O modelo de ACR proposto é viável, mas dispendioso, considerando a necessidade de recursos humanos. Assim, considerando que as UBSs possuem equipes com a composição proposta, recomenda-se a implantação do ACR nesses locais que possuem baixa produção assistencial, na perspectiva de reordenar o fluxo dos casos classificados como “azul” e “verde” e, assim, reduzir a aglomeração nas UPAs.
- A mitigação da aglomeração nas UPAs pode ser obtida na integração das ações do ACR na AB com a Regulação Médica/SAMU/192 da rede de

urgência, o que permite orientar a população, nas situações de urgência, a procurar a UBS ou ligar para a Central de Regulação Médica.

7. Conclusões

Com base na metodologia empregada e nos resultados obtidos, pode-se concluir que:

- 1) O modelo de ACR proposto é eficaz para mitigar a aglomeração na UPA, mas pode enfraquecer os atributos da AB e reduzir a efetividade da rede assistencial;
- 2) O modelo de ACR proposto deveria ser implementado na AB que já conta com equipe semelhante à proposta para o ACR e, assim, a tornaria mais eficiente e eficaz nas suas atribuições;
- 3) A mitigação da aglomeração nas UPAs pode ser obtida com a integração das ações do ACR, na AB, e da Regulação Médica/SAMU/192, mediante orientação da população, nas situações de urgência, a procurar a UBS ou ligar para a Regulação Médica/SAMU/192.

8. Referências Bibliográficas

AACHARYA, R.P.; GASTMANS, C.; DENIER, Y. Emergency department triage: an ethical analysis. **BMC Emergency Medicine**, London, v. 11, p. 16, Out. 2011.

AHMED, R.M.; GREEN, T.; HALMAGYI, G.M.; LEWIS, S.J.G. A new model for neurology care in the emergency department. **Med J Aust.**, Sydney, v. 192, nº 1, p. 30-2, Jan. 2010.

ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arq. Catarinenses Med.**, Florianópolis, v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007.

AUSTRALIA. Department of Health and Ageing. **Emergency Triage Education Kit**. October, 2007. Disponível em: <[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/5E3156CFFF0A34B1CA2573D0007BB905/\\$File/Triage%20Education%20Kit.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/5E3156CFFF0A34B1CA2573D0007BB905/$File/Triage%20Education%20Kit.pdf)>. Acesso em: 30 nov. 2012.

AUSTRALIA. Ministry of Health of Australia. **The Hon Tanya Plibersek - media release**. GP Helpline demonstrated to cut demand on EDs and after hours GP Services. 30 Dec. 2011.

AYRES, J.R.C.M. Care and reconstruction in healthcare practices. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BARALDI, D.C.; SOUTO, B.G. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. **Arq Bras Cienc Saúde**, Santo André, v.36, n.1, p.10-17, jan/abr. 2011.

BECK, C.L.C.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde**, Santa Maria, v. 34a, n.1-2, p. 37-43, 2008.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-54, 2009.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990.

_____. Portaria GM N° 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 de maio de 1993.

_____. Portaria GM nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica 1/96 do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 06 de novembro de 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.

_____. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova na forma do anexo desta Portaria a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de janeiro de 2001.

_____. Portaria nº 373, DE 27 de fevereiro de 2002. Aprova na forma do anexo desta Portaria a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 fev. 2002.

_____. Portaria nº 1863/GM, 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, 6 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Humaniza SUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004b.

_____. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Normas e manuais técnicos**. Brasília, DF. 2006b. (Série Pactos pela Saúde, v. 3).

_____. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006c. Seção 1, p. 71.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília, DF, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2008a.

_____. Portaria nº 2970/GM, de 08 de dezembro de 2008. Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 dez. 2008b. Seção 1, p. 68.

_____. Portaria nº 1020/GM, de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 maio 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, DF, 2009b.

_____. Portaria nº 4.279/GM, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010a. Seção 1, p. 89.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Ambiência**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estrutura_fisica_minima_UPA_24h.pdf
Acesso em: 10/01/2013.

_____. Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação

interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011a.

_____. Comissão Intergestores Tripartite. **Implementação das redes de atenção às urgências/ emergências – RUE**. Nota Técnica da CIT 19 maio 2011b.

_____. Portaria nº 1.601, DE 7 DE JULHO DE 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jul. 2011c.

_____. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jul. 2011d.

BULLARD, M.J.; UNGER, B.; SPENCE, J.; GRAFSTEIN, E. The CTAS National Working Group. ED Administration. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. **CJEM**, Alberta, v. 10, nº 2, p. 36-51, Mar, 2008.

BULLARD, M.J. VILLA-ROEL, C.; GUO, X.; HOLROYD, B.R.; INNES, G.; SCHULL, M.J. et al. The role of a rapid assessment zone/pod on reducing overcrowding in emergency departments: a systematic review. **J. Emerg. Med.**, New York, v. 29, p. 372-378, Maio, 2012.

CAMPOS, G.W.S. Debate sobre o artigo de Conill. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S7-S27, 2008. Suplemento 1.

CARRET, M.R.V.; FASSA, A.G.; DOMINGUES, M.R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-28, 2009.

CARVALHO, C.A.P.; MARSICANO, J.A.; CARVALHO, F.S.; SALES-PERES, A.; BASTOS, J.R.M.; SALES-PERES, S.H.C. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**, Umuarama, v. 15, nº 2, p. 93-5, abr/jun 2008;.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-77. 2005.

CHANDRATHEVA, A.; MEHTA, Z.; GERAGHTY, O.C.; MARQUARDT, L.; ROTHWELL, P.M. Population-based study of risk and predictors of stroke in the first few hours after a TIA. **Neurology**, Oxford, v. 72, p. 1941-47. June, 2009.

COELHO, M.F., CHAVES, L.D.P.; ANSEMI, M.L.; HAYASHIDA, M.; SANTOS, C.B. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, nº 4, [9 telas]. Jul-ago 2010.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B.; ARAÚJO, M.E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.33, nº3, p. 440-452. 2009.

CONILL, E. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S7-S27, 2008. Suplemento 1.

CUNNINGHAM, P. **Nonurgent Use of Hospital Emergency Departments**. Statement of Peter Cunningham. Washington: Center for Studying Health System Change, 2011.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos e afines, 1920**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1964. (OPS Publicación Científica, 93).

DELLAGIUSTINA, C. L.; NITSCHKE, C. A. S. **Reflexões sobre a Política Nacional de Atenção Integral às Urgências e Emergências**. 2011. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/artigos/1337-reflexoes-sobre-a-politica-nacional-de-atencao-integral-as-urgencias-e-emergencias?format=pdf>>. Acesso em: 03/11/2011.

EITEL, D. R.; RUDKIN, S.E.; MALVEHY, M.A.; KILLEEN, J.P.; PINES, J.M. Improving service quality by understanding emergency department flow: a white paper and position statement prepared for the American Academy of Emergency Medicine. **J. Emerg. Med.**, New York, v. 38, n. 1, p. 70-79, 2010.

ELKUM, N. B.; BARRET, C. A.; AL-OMRAN, H. Canadian emergency department triage and acuity scale: implementation in a tertiary care Center in Arabia Saudita. **BMC Emerg Med**, London, v. 11, p. 3, 2011.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad. **Bienvenido a la Consulta Interactiva del SNS**. 2012. Disponível em: <<http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/>>. Acesso em: 2 nov. 2012.

FARROKNIA, N. CASTRÉN, M.; EHRENBURG, A.; LIND, L.; OREDSSON, S.; JONSSON, H. et al. Emergency Department Triage Scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. **Scand J Trauma Resusc Emerg Med.**, London, v. 19, p. 42, Jun, 2011.

FELICIANO, A.B.; MORAES, S.A. Demanda por doenças crônico-degenerativas entre adultos matriculados em uma unidade básica de saúde em São Carlos – SP. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.3, p. 41-47, julho 1999.

FERREIRA, J.B.F.; MISHIMA, S.M.; SANTOS, J.S.; FORSTER, A.C.; FERRAZ, C.A. The regulatory complex for healthcare from the perspective of its operational players. **Interface**, Botucatu, 14(33):345-58, 2010.

FERRI, S.M.N.; FERREIRA, J.B.B.; ALMEIDA, E.F.; SANTOS, J.S. Protocolos clínicos e de regulação: motivações para elaboração e uso. In: SANTOS, J.S.; (Coord.) **Protocolos Clínicos e de Regulação: Acesso à Rede de Saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, cap. 1, p. 3-15.

FITZGERALD, G.; TOLOO, S.; REGO, J.; AITKEN, P.; TIPPETT, V. Demand for public hospital emergency department services in Australia: 2000-2001 to 2009-2010. **Emerg. Med. Austral.**, Melbourne, 24(1):72-8, Feb-2012.

GARLET, E.R. LIMA, M.A.D.S.; SANTOS, J.L.G.; MARQUES, G.Q. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, 2009.

GENTILE, S.; VIGNALLY, P.; DURAND, A.C.; GAINOTTI, S.; SAMBUC, R.; GERBEAUX, P. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. **BMC Health Serv. Res.**, London, v. 10, p. 66, Mar, 2010.

GILBOY, N.; TANABE, T.; TRAVERS, D.; ROSENAU, A.M. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4.

Implementation Handbook 2012 Edition. AHRQ Publication, 12-0014. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality. November 2011.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou abrangente. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 Sup. 1, p. S7-S27, 2008.

GUIMARÃES, E.M.P.; MARTIN, S.H.; RABELO, F.C.P. Educação Permanente em Saúde: Reflexões e desafios. **Ciencia y Enfermeria XVI**, Concepcion, v.2, p.25-33. 2010.

HANDEL, D. EPSTEIN, S.; KHARE, R.; ABERNETHY, D.; KLAUER, K.; PILGRIM, R.; SOREMEKUN, O. et al. Interventions to improve the timeliness of emergency care. **Acad. Emerg. Med.**, Philadelphia, v. 18, n. 12, p. 1295-302, 2011.

HIESTAND, B.; MOSELEY, M.; MACWILLIAMS, B.; SOUTHWICK, J. The influence of emergency medical services transport on Emergency Severity Index Triage Level for patients with abdominal pain. **Acad. Emerg. Med.**, Philadelphia, v.18, nº3, p. 261-6, Mar, 2011.

HOOT, N.R.; ARONSKY, D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects and solutions. **Ann Emerg Med**, Philadelphia, v. 52, nº 2, p. 126-36, Ago, 2008.

HOWARD, M.S. DAVIS, B.A.; ANDERSON, C.; CHERRY, D.; KOLLER, P.; SHELTON, D. Patient's perspective on choosing the Emergency Department for nonurgent medical care: a qualitative study exploring one reason for overcrowding. **J Emerg Nurs**, Philadelphia, v. 31, nº 5, p. 429-35. Out. 2005.

HWANG, J-In.; CHANG, H. Understanding Non-Emergency Patients Admitted To Hospitals Through The Emergency Department For Efficient Ed Functions. **J Emerg Nurs**, Philadelphia, v. 36, p.196-202, Maio, 2010.

JIMÉNEZ, J.G. Clasificación de pacientes em los servicios de urgencias y emergencias: hacia um modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. **Emergencias**, Principat d'Andorra, v. 15, p. 165-74. 2003.

KALEMOGLU, M.; KESKIN, O.; DEMIRBAS, S.; ÖZISIK, T. Non-urgent patients in an Emergency Medical Service. **Rev. Méd. Chile**, Santiago, v. 132, p. 1085-9, 2004.

KOZIOL-McLAIN, J.; PRICE, D.W.; WEISS, B.; QUINN, A.A.; HONIGMAN, B. Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department: through the eyes of the patient. **J. Emerg. Nurs.**, Amsterdam, v. 26, nº 6, p. 554-63. Dec. 2000.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-16, 2010.

LEE, J.Y. OH, S.H.; PECK, E.H.; LEE, J.M.; PARK, K.N.; KIM, S.H. et al. The validity of the Canadian triage and Acuity Scale in predicting resource utilization and the need for immediate life-saving interventions in elderly emergency department patients. **Scand J Trauma Resusc Emerg Med.**, London, v. 19, p. 68, Nov., 2011.

LIU, T. SAYRE, M.R.; CARLETON, S.C. Emergency medical care: types, trends and factors related to nonurgent visits. **Acad Emerg Med**, Philadelphia, v. 6, nº 11, p. 1147-52. Nov. 1999.

LOPES, S.L.; SANTOS, J.S.; SCARPELINI, S. The implementation of the Medical Regulation Office and Mobile Emergency Attendance System and its impact on the gravity profile of non-traumatic afflictions treated in a University Hospital: a research study. **BMC Health Serv Res**, London, v. 7, p. 173. Out., 2007.

MACKWAY-JONES, K. **Manchester Triage Group - why, how and where?** London: J Publishing Group, 2nd Edition, 2005.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. Avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. **REME. Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 8, nº 2, p. 259-267, 2004.

MARTINS, T.L.; ATALLAH, A.N.; SILVA, E.M.K. Blood pressure control in hypertensive patients within Family Health Program versus at Primary Healthcare Units: analytical cross-sectional study. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 130, nº 3, p. 145-50, 2012.

McCARTHY, M.L.; DING, R.; ZEGER, S.L.; AGADA, N.O.; BESSMAN, S.C.; CHIANG, W. et al. A randomized controlled trial of the effect of service delivery information on patient satisfaction in an Emergency Department Fast Track. **Acad Emerg Med**, Philadelphia, v. 18, nº 7, p. 674-85. Julho, 2011.

McCLELLAND, M.S. LAZAR, D.; SEARS, V.; WILSON, M.; SIEGEL, B.; PINES, J.M. The past, present, and future of urgent matters: lessons learned from a decade of emergency department flow improvement. **Acad. Emerg. Med.**, Philadelphia, v. 18, n. 12, p. 1392-9, 2011.

McHUGH, M.; TANABE, P.; McCLELLAND, M.; KHARE, R.K. More patients are triaged using the Emergency Severity Index than other Triage Acuity System in the United States. **Acad. Emerg. Med.**, Philadelphia, v.19, nº1. p. 106-9, Jan. 2012.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E.E.; FEUERWERKERUE, L.C.M.; BURGG CECCIM, R. Educación permanente em salud: uma estratégia para intervir em la micropolítica del trabajo em salud. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 2, nº 2, p. 147-60, 2006.

MIRÓ, O. El usuário y su uso de las urgências. **An. Sist. Sanit. Navar.**, Pamplona, v. 32, nº3, p.311-6, 2009.

MITRE, S.M.; ANDRADE, E.I.G.; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, nº 8, p. 2071-85, 2012.

NAGREE, Y.; CAMERON, P.; GOSBELL, A.; MOUNTAIN, D. Telephone triage is not the answer to ED overcrowding. **Emerg Med Australas**, Melbourne, v. 24, nº 2, p. 123-6, Abr., 2012.

NASCIMENTO, E.R.P. HilsendegerII, B.R.; NethIII, C.; Belaver, G.M.; Bertoncello, K.C.G. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 19, nº 1, p. 84-8. Jan/mar. 2011.

NASCIMENTO, P.T.A.; TESSER, C.D.; POLI NETO, P. Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis. **ACM Arq. Catarin. Med.**, Florianópolis, v. 37, nº4, 32-4, Set-dez., 2008.

NASH, K. ZACHARIAH, B.; NITSCHMANN, J.; PSENCIK, B. Evaluation of the fast track unit of university emergency department. **J. Emerg. Nurs.**, Amsterdam, v. 33, nº 1, p. 14-20, 2007.

NG, D.; VAIL, G.; THOMAS, S.; SCHMIDT, N. Applying the lean principles of the Toyota Production System to reduce wait times in the emergency department. **CJEM**, Ottawa, v. 12, n. 1, p. 50-7, 2010.

O'DWYER, G.O.; OLIVEIRA, S.P.; SETA, M.H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, nº 5, p. 1881-90, 2009.

O'DWYER, G.O. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, nº 5, p. 2395-404, 2010.

OLIVEIRA, L.H.; MATTOS, R.A.; SOUZA, A.I.S. Cidadãos peregrinos: os usuários do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, nº 5, p. 1929-38, 2009.

OLIVEIRA, L.M.L.; TUNIN, A.S.M.; SILVA, F.C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.11, nº4, p.362-73, Out-dez, 2008.

OREDSSON, S.; JONSSON, H.; ROGNES, J.; LIND, L.; GÖRANSSON, K.E.; EHRENBERG, A. et al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. **Scand. J. Trauma Resusc. Emerg. Med.**, London, v. 19, p. 43, 2011.

PAIM, J.S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, WORLD HEALTH ORGANIZATION (PAHO/WHO) **Renewing Primary Health Care in the Americas. A position paper of the Pan American Organization/World Health Organization**. Washington (DC): PAHO, 2007.

PEREIRA Jr, G.A.; DINARDI, M.M. Protocolo clínico e de regulação pré-hospitalar do paciente traumatizado. In: SANTOS, J.S. (Coord.) **Protocolos Clínicos e de Regulação: Acesso à Rede de Saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, cap. 26, 2012. p. 319-32.

PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M.; ALMEIDA, M.C.P.; SANTOS, C.B.; CACCIA BAVA, M.C.G.G.; DOMINGOS, N.A.M. et al. Assessment of organization and performance characteristics of basic health care units in the west district of Ribeirão Preto-SP. In: 12th World Congress on Public Health, 2009, Istanbul. "Abstracts" - 12th World Congress on Public Health, 2009.

PIMENTEL, I.R.S et al. Caracterização da demanda em uma unidade de saúde da família. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Florianópolis, v. 8, nº 20, p. 175-81, Jul-set, 2011.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Abrasco, 2003.

PUCCINI, P.T.; CORNETTA, V.K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2032-42, 2008.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Planejamento em Saúde. **Revisão das áreas de abrangência das Unidades de Saúde e Estimativa Populacional de acordo com o Censo IBGE 2010 por Unidade**. Ribeirão Preto, 2011a. Disponível em: <www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/.../docs_ubs_populacao.pdf>. Acesso em: 20/07/12.

_____. **Relatório de Gestão - 2011**. Secretaria Municipal de Saúde. Abril, 2011b. Disponível em: http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/planeja/anexo_ii_2011.pdf. Acesso em: 22/01/2013.

_____. **Prestação de contas - 2011**. Audiência Pública na Câmara Municipal, em 30/01/2012. 2012a. Disponível em: <<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br>>. Acesso em: 03/07/2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Coordenação da Atenção Básica**. In: "Oficina para apresentação do projeto". Apresentação em Powerpoint - Anfiteatro da Secretaria Municipal de Saúde. Março de 2012b.

ROSA, M.R.Q.P.; PATRÍCIO, Z.M.; SILVÉRIO, M.R.; RUMEL, D. Motivos que levaram idosos a buscar atenção em uma unidade básica de saúde. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, nº 5, 670-6, 2009, (Online). Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 20/05/12.

SANTANA, J.S.S. Percurso metodológico. In: SANTANA, J.S.S.; NASCIMENTO, M.A.A. (Orgs.). **Pesquisa e técnicas de Conhecimento da Realidade Social**. Feira de Santana-BA, UEFS Editora, 2010. cap. 5, p. 87-119.

SANTOS, J. S. SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S.L.L.; FERRAZ, CA.; DALLORA, MEL.V.; SILVA SÁ, M.F. 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**, Ribeirão Preto, v. 36, p. 498-515, 2003.

SANTOS, J. S.; PEREIRA JR.; G.A.; BLIACHERIENE, A.C.; FORSTER, A.C. **Protocolos Clínicos e de Regulação: Acesso à Rede de Saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 1204p.

SANTOS Jr, A. ANDRADE, M.G.G.; ZEFERINO, A.B.; ALEGRE, S.M.; MORAES, A.M.; VELHO, P.E.N. F. Prevalência de dermatoses na rede básica de saúde de Campinas, São Paulo - Brasil. **An. Bras. Dermatol.** Rio de Janeiro, v. 82, nº 5, 419-24, 2007.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. In: SILVA, S. F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: O pacto pela Saúde e Redes Regionalizadas de Ações e Serviços de Saúde**. Campinas: IDISA; CONASEMS, 2008.

SANTOS, L. O que são redes? In: SILVA, S.F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: O pacto pela Saúde e Redes Regionalizadas de Ações e Serviços de Saúde**. Campinas: IDISA; CONASEMS, 2008.

SCARPELINI, S. A organização do atendimento às urgências e trauma. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 315-20, 2007.

SCHOLZE, A.S.; DUARTE Jr, C.F.; FLORES E SILVA, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade. *Interface, Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v.13, nº31, p.303-14. Out/dez. 2009.

SHESSER, R. et al. An analysis of Emergency Department use by patients with minor illness. *Ann Emerg Med*, Philadelphia, v. 20, nº 7, p. 61-6. Jul. 1991.

SILVA, L.M.V. Esperidião, M.A.; Viana, S.V.; Alves, V.S.; Lemos, D.V.S.; Caputo, M.C. et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica – Salvador 2005-2008. *Rev. Bras. de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, Supl. 1, S131-S143. Nov., 2010.

SILVA, M.A.I. PEREIRA, M.J.B.; CACCIA-BAVA, M.C.G.; DOMINGOS, N.A.M.; PINTO, I.C.; REDÍGOLO, L.R.P. et al. Protocolo para acolhimento com avaliação de risco, necessidades e vulnerabilidades. In: SANTOS, J.S. (Coord.). **Protocolos Clínicos e de Regulação: Acesso à Rede de Saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012a. cap. 3, p. 23-45.

SILVA, G.S. FARRELL, S.; SHANDRA, E.; VISWANATHAN, A.; SCHWAMM, L.H. The status of telestroke in the United States: a survey of Currently Active Stroke Telemedicine Programs. *Stroke*. Dallas, v. 43, p. 2078-85, dez. 2012b.

SILVA, L.G.; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v.11, nº1, p.74-84. Jan/mar. 2008.

SILVA, S.F. Pacto pela saúde e redes regionalizadas de atenção: diretrizes operacionais para implantação. In: SILVA, S.F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e Redes Regionalizadas de Ações e Serviços de Saúde**. Campinas: IDISA; CONASEMS, 2008.

_____. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à Saúde: desafios do sistema único de saúde (BRASIL). *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-62, 2011.

SINGER, A.J.; THODE Jr., H.C.; VICCELILIO, P.; PINES, J.M. The Association Between Length of Emergency Department Boarding and Mortality. *Acad Emerg Med*, Philadelphia, v. 18, p. 1324-9, 2011.

SKESKIN, D. J. **Handbook of Parametric and Nonparametric Statistical Procedures**. 3ª Ed. Florida: Chapman & Hall, 2004.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, 2005.

SOUZA, C.C.; TOLEDO, A.D.; TADEU, L.F.R.; CHIANCA, T.C.M. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, nº 1, [8 telas], Jan/fev. 2011.

SPRIVULIS, P.C.; Da SILVA, J.A.; JACOBS, I.G.; FRAZER, A.R.; JELINEK, G.A. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. **MJA**, Sidney, v. 184, nº 5, p. 208-12, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

SUBASH, F.; DUNN, F.; McNICHOLL, B.; MARLOW, J. Team triage improves emergency department efficiency. **Emerg Med J**, Bethesda, v. 21, nº 5, p. 542-4, Sept. 2004.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. (Org.). **Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003. p. 89-111.

TSAI, J. C.-H.; LIANG, Y.-W.; PEARSON, W.S. Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: patient preference and Emergency Department convenience. **J. Formos Med. Assoc.**, Taipei, v. 109, nº 7, p. 533-42, 2010.

van IERLAND, Y.; van VEEN, M.; HUIBERS, L.; GIESEN, P.; MOLL, H.A. Validity of telephone and physical triage in emergency care: the Netherlands triage System. **Family Practice**, Oxford, v. 28, nº 3, p. 334-41, Jun, 2011.

VIEGAS, S.M.F. HEMMI, A.P.A.; SANTOS, R.V. PENNA, C.M.M. O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. **PHYSIS, (Online)** Rio de Janeiro, v. 20, nº 3, p. 769-84, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2008: primary health care now more than ever.** 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 05/03/2010.

WILER, J.L.; GENTLE, C.; HALFPENNY, J.M.; HEINS, A.; MEHROTRA, A.; MIKHAIL, M.G.; FITE, D. Optimizing Emergency Department Front-End Operations. **Annals of Emerg. Med.**, Lansing-MI, v. 55, p. 142-60, Fev. 2010.

WULP, I.V.D.; STURMS, L.M.; JONG, A.; SCHOT-BLAFOORT, M.; SCHRIJVERS, A.J.P.; STEL, H.F.V. Pain Assessments at triage with the Manchester Triage System: a prospective observational study. **Emerg. Med. J.**, London, v. 28, p. 585-9, 2011.

9. Anexo

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Aceitou participar: Sim () Não () **Data:** ___/___/___.

Paciente: _____ **Hygia:** _____ **DN:** ___/___/___.

Bairro: _____ **Cidade:** _____

Passou em alguma UBS antes? Não () Sim ().

Se Sim: Foi atendido por um médico? Não () Sim ().

Se Sim: Foi encaminhado ao PA? Não () Sim ().

Escuta/ queixa:

Antecedentes referidos:

Alteração de pressão () Doença do coração () Diabetes ()
 Insuficiência Renal Crônica () Doença Infectocontagiosa () Alergias ()
 Doença Sexualmente Transmissível () Distúrbio Mental () Outros () _____

Sintomas referidos: TRAUMA (Sim) (Não)

Dor () Febre () Dificuldade de respirar () Sangramento ()
 Desmaio () Perda de consciência () Perda de movimento () Agitação ()
 Dificuldade para falar () Tosse () Gemência () Vômito () Diarreia ()
 Palidez () Sudorese () Cianose () Icterícia () Prostração ()
 Sintomas Urinários () Corrimento vaginal/uretral () Lesão de pele ()
 Manchas vermelhas na pele () Inchaço ()
 Depressão () Tentativa de suicídio () Outras queixas ()

Seguimento médico prévio: (Não)

(Sim)- Local: _____ Diagnóstico: _____

Medicamentos em uso:

Sinais vitais:

Pressão arterial ___X___ mmHg Frequência cardíaca: ___ bpm
 Frequência respiratória: ___ irpm Temperatura: ___ °C
 Peso: ___ Kg Altura: ___ m IMC: _____
 Glicemia: ___ mg/dl Saturação de O2: ___ %
 Eletrocardiograma: _____

Responsável pela Classificação de Risco: (nome) _____

Classificação de Risco: Vermelho () Amarelo () Verde () Azul ()

Conduta da equipe:

Consulta médica () Consulta odontológica () Consulta do enfermeiro ()
 Agendamento: UBS() – Data e hora: _____ UBDS() – Data e hora: _____

Referência para Especialidade () – data e hora: _____

Hospitalização () – Data e hora: _____

Outros: _____ Data e hora: _____

_____ Data e hora: _____

Responsável pelo preenchimento: _____