

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

**ELABORAÇÃO DE UM MODELO DE ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA UNIDADE NÃO HOSPITALAR DE
URGÊNCIA E AVALIAÇÃO DE SUA INFLUÊNCIA NA
REORDENAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DA REDE DE SAÚDE**

Coordenador:

Prof. Dr. José Sebastião dos Santos

Prof. Associado do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP – USP: Ex Diretor da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, Ex consultor do Ministério da Saúde e Ex-Secretário da Saúde do Município de Ribeirão Preto – SP.

Pesquisadores envolvidos:

Profa. Dra. Silvana Mishima

Prof. Titular do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Ex Coordenadora de Enfermagem do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP

Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira

Prof. Associada do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Ex Coordenadora de Enfermagem do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP

Profa. Dra. Janise Braga

Docente do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP: Ex Chefe da Divisão de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Profa Dra Sônia Mara Neves Ferri

Docente do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP com atuação no Centro de Atenção Primária da FMRP-USP, Pesquisadora – doutoranda do Programa de Clínica Cirúrgica do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP. Ex Secretária de Saúde de Luís Antônio-SP

Prof. Dr. André Schmidt

Docente do Departamento de Clínica Médica da FMRP – USP, setor de Cardiologia.

Prof. Dr. Octávio Marques Pontes Neto

Neurologista e Pesquisador Pós-Doutor do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, da FMRP-USP

Ribeirão Preto - SP

Abril / 2009

Sumário

1. Introdução e Justificativa.....	05
2. Objetivo	12
3. Metodologia	13
3.1 – Campo do estudo	13
3.2 – Organização do trabalho.....	14
3.3 – Tipo de pesquisa.....	17
3.4 – Sujeitos da pesquisa.....	17
3.5 – Instrumentos de suporte ao desenv. da pesquisa e análise dos dados	18
3.6 – Instrumento de coleta de dados	18
3.7 – Aspectos Éticos.....	19
3.8 – Termo de Ajustamento de Conduta	19
3.9 – Contrapartida/Financiamento	20
3.10 – Cronograma de atividades.....	21
4. Referências Bibliográficas	22
Anexo I – ROTEIRO NORTEADOR DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	25
Anexo II – FLUXOGRAMA ACOLHIMENTO.....	26
Anexo III – SUGESTÃO DE FICHA PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	27
APÊNDICE I – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA O USUÁRIO.....	29
APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	30

ELABORAÇÃO DE UM MODELO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA UNIDADE NÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E AVALIAÇÃO DE SUA INFLUÊNCIA NA REORDENAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DA REDE DE SAÚDE

Há várias políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) que recomendam o Acolhimento com Classificação de Risco e a Regulação da Assistência como estratégias para ordenar o acesso à rede assistencial e integrar as ações entre seus diferentes pontos, na perspectiva de garantir respostas oportunas aos usuários, aumentar a resolubilidade dos serviços e reduzir a incidência de intervenções desnecessárias e seqüelas. Por outro lado, essas estratégias ainda são pouco avaliadas nos aspectos da estrutura, dos processos de trabalho e dos resultados. O objetivo desse projeto é elaborar um modelo de acolhimento com classificação de risco para uma unidade não hospitalar de atenção às urgências (UNHAU), sintonizado com a regulação da assistência e avaliar o impacto na reordenação do acesso da população aos serviços de saúde. Inicialmente, além da estrutura e do processo de trabalho, os resultados da atividade assistencial da UNHAU selecionada serão verificados mediante caracterização demográfica e epidemiológica dos problemas de saúde da população atendida. Nessa etapa, será mapeado o fluxo do acesso dos usuários aos diferentes serviços da rede assistencial, com ênfase nos indicadores de morbidez e mortalidade das doenças isquêmicas do aparelho circulatório, em especial o acidente vascular cerebral e as síndromes coronarianas agudas. Na seqüência, por meio de oficinas e recursos metodológicos do planejamento estratégico esses dados serão discutidos com os gestores, os gerentes da unidade de estudo, os colegiados locais da saúde e os servidores envolvidos com a atenção às urgências. Adotando com referencial as políticas de urgência, humanização e regulação, a avaliação diagnóstica da atenção oferecida pela UNHAU será cotejada com as principais diretrizes, objetivos, metas, ações e indicadores esperados pelas políticas de urgência e regulação, na perspectiva de revisão da prática e configuração de um modelo de acolhimento com classificação de risco. Após a implantação da proposta acordada, as ações, as metas, e os indicadores de resultados selecionados serão monitorados, para verificação do impacto. O software Epi-info 6.0 será empregado para a análise quantitativa das variáveis demográficas, epidemiológicas e de acesso dos usuários. A avaliação qualitativa será subsidiada pelos dados coletados por meio de entrevista semi estruturada e da observação participante, com a ordenação dos dados e posteriores análises desenvolvidas através do Fluxograma Analisador e do método do Discurso do Sujeito Coletivo.

Creation of a Model for Reception and Risk Classification for Non-Hospital Emergency Health-Care Units and the Evaluation of it's Influence on the Reorganization of Access to the Health Sevices

Reception and Risk Classification (ACR) and the Regulation of Health Services (RA) are strategies to organize the access to the Health Services, with adequate resources, thereby increasing resolubility while reducing unnecessary interventions and sequels. However, these strategies haven't been adequately studied regarding the structure, work process and results. The objective of this project is to elaborate a model of ACR for Non-Hospital Emergency Health-Care Units in tune with the RA, and evaluate it's impact on the reorganization of access to the Health Services, specially to Primary Care and to Centers which treat ischemic cardiac and cerebrovascular diseases.

1 – Introdução

A descentralização administrativa prevista na legislação que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, induziu à estruturação de uma rede de serviços de complexidade tecnológica crescente a partir da atenção básica (BRASIL, 1990). A análise dos conceitos, das normas operacionais, das políticas e dos pactos advindos posteriormente reforça, dentre outros papéis da atenção básica, a atribuição de executar as ações clínicas ante os problemas de saúde de maior prevalência e coordenar o acesso aos demais serviços da rede assistencial. (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Os serviços que compõem a rede assistencial com o seu conjunto de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação atingem esses propósitos na medida em que respondem às necessidades de saúde da população de forma oportuna e resolutiva. Neste sistema integrado existe uma rede de pontos de atenção à saúde interligados e responsáveis por uma atenção contínua e qualificada, dedicada a uma população adstrita, com um determinado território, tempo e gasto (gasto *per capita*) (WHO, 2000, MENDES, 2002).

Nesta perspectiva, algumas práticas e estratégias do processo de trabalho previstas nas Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB), de Urgência (BRASIL, 2004) e de Humanização (PNH), (BRASIL, 2006) merecem destaque. O acolhimento com classificação de risco, a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e a realização de primeiro atendimento às urgências podem favorecer a organização da assistência na atenção básica e redefinir os fluxos para os demais componentes da rede assistencial..

De forma complementar, as Políticas Nacionais de Urgência (BRASIL, 2004) e de Regulação (BRASIL, 2008) preconizam o gerenciamento dos serviços com priorização do acesso e dos fluxos na rede assistencial do SUS por meio de complexos reguladores e suas

unidades operacionais. No âmbito dos complexos reguladores, a regulação médica, exerce autoridade sanitária para garantir acesso com base em protocolos clínicos e classificação de risco.

Anteriormente à implantação das Políticas Nacionais de Urgência e Regulação, no ano de 2000, o coordenador desse projeto, na condição de diretor da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (UE) participou do processo de implantação da central de regulação médica de urgência.

A estruturação e o processo de implantação Central de Regulação Médica de urgência foram planejados em conjunto com a Direção Regional de Saúde, a Secretaria Municipal da Saúde Ribeirão Preto e o Conselho Municipal de Saúde ante a necessidade de redefinir o papel do Hospital da rede de urgência loco - regional. O impacto foi positivo na ordenação do acesso a todos os hospitais. Houve redução significativa do número de encaminhamentos para a UE em aproximadamente 50% quando se coteja os dados do ano de 1999 com os observados nos anos subsequentes, após a ordenação do acesso. A avaliação do percentual de casos internados, dentre os consultados, revela que UE, antes da regulação médica abrigava um grande pronto atendimento; dos casos atendidos 12,4% eram internados; depois do início das atividades da regulação a taxa de internação atingiu 24,9%, em 2003(SANTOS et al, 2003, LOPES et al, 2007).

A percentagem de ocupação de leitos na UE, antes das ações da regulação médica, era inaceitável: em 1999 atingiu 113%. Havia pacientes mal acolhidos, em macas e cadeiras de roda nos corredores do Hospital. No ano de 2000, após início das atividades da regulação médica, houve redução do número de internações e a taxa de ocupação diminuiu significativamente; em média, foi de 97,1%, no ano de 2001, e variou de 88,4% a 94,3% nos anos subsequentes (SANTOS et al, 2003, LOPES et al, 2007). A partir do ano de 2001, a

população passa a registrar boa percepção na avaliação sobre o atendimento no Hospital das Clínicas, nas avaliações conduzidas pelos gestores federal e estadual.

Na seqüência, em 2005, o coordenador do projeto, agora com o apoio dos outros componentes e na condição de gestor da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, participou da elaboração e implantação do complexo regulador da assistência de todo o sistema de serviços municipais (FERREIRA, 2007). Nesse processo verificaram-se as fragilidades no processo de trabalho da atenção básica e as conseqüências para as atividades assistenciais das UNHAU.

Na rede assistencial do município de Ribeirão Preto, há baixa produtividade e eficácia das ações clínicas e de coordenação da atenção básica, o que acarreta excesso de demanda para os serviços especializados e de urgência. No ano de 2004, havia 293 médicos locados na atenção básica com capacidade para produzir 928.224 consultas e cobrir 91% das necessidades da população; no entanto esses profissionais produziram 586.528 consultas, o que cobriu apenas 57,43%. (RIBEIRÃO PRETO, 2005)

A proporção esperada entre a produção total de consultas nos diferentes componentes da rede assistencial é de 63% para atenção básica, 22% para atendimento especializado e 15% na urgência (BRASIL, 2002). Com base na produção total de consultas para a SMS, no ano de 2004, a proporção para atenção básica representou apenas 35,56%, ante os 34,15% da especializada e 30,29% da urgência. (RIBEIRÃO PRETO, 2005). Dessa forma, ante os recursos existentes e a produção assistencial nos serviços não hospitalares do município de Ribeirão Preto fica evidente a falta de efetividade da gestão clínica e do trabalho na atenção básica e a sobrecarga indevida de demanda para a o atendimento de urgência e especializado. Esse cenário, como acontecia na UE antes da regulação do acesso, deteriora o ambiente de trabalho das UNHAU e compromete a qualidade da atenção às urgências que cursam com risco de morte e seqüelas.

Alguns indicadores epidemiológicos do município apontam a necessidade de ajustes na gestão dos serviços e dos casos, principalmente daqueles relacionados às doenças do sistema circulatório, a primeira causa de morte e segunda causa de internação (869,39/100.000 habitantes) (RIBEIRÃO PRETO, 2005). As complicações advindas de um do infarto e do acidente vascular cerebral (AVC) comprometem a qualidade de vida, a produtividade e sobrevivência dos indivíduos, envolvendo altos custos no tratamento e seguimento destas seqüelas.

As doenças cerebrovasculares foram responsáveis por 10% dos óbitos em 2005, no país, segundo dados do DATASUS. Apesar da existência de estratégias de tratamento amplamente comprovadas, como o emprego de trombolítico e a internação em unidades de AVC, uma parcela insignificante dos pacientes do SUS tem acesso a algum destes recursos terapêuticos. Um dos fatores que contribuem para esta situação desoladora é o alarmante desconhecimento sobre a doença no Brasil e a ausência de estratégias organizadas de acolhimento de urgência a estes pacientes. (PONTES-NETO, 2008). O AVC constitui-se, portanto em um grave problema de saúde pública, cabendo também à gestão municipal a implantação de melhorias na qualidade da prestação do atendimento a estes pacientes, na urgência, e nas ações de promoção de saúde e prevenção desta doença.

A sistematização da atenção ao AVC e as síndromes coronarianas agudas nas unidades básicas de saúde e nas UNHAU, em cooperação com o Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) e a regulação médica (RM) podem garantir o emprego da terapia trombolítica e evitar o curso desastroso e dramático destas condições clínicas.

O atendimento inicial das Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis (SIMI) que englobam os quadros de angina instável (AI) e infarto agudo do miocárdio (IAM) nas unidades básicas de saúde e nas UNHAU visa a o diagnóstico precoce, a estabilização clínica, a redução da morbidez e da mortalidade aguda, com encaminhamento oportuno e adequado para o serviço terciário. A restauração precoce do fluxo coronariano reduz a mortalidade e a ocorrência de complicações tardias como insuficiência cardíaca e morte súbita. O retardo na realização de procedimentos de reperfusão coronariana, seja por meio de trombólise química

ou intervenção percutânea, em geral, decorre de falhas no diagnóstico inicial, em virtude da ausência de profissionais capacitados no reconhecimento de alterações clínicas e/ou eletrocardiográficas sugestivas de isquemia miocárdica na atenção pré-hospitalar. Além disso, há um retardo no encaminhamento de pacientes para avaliação especializada decorrente da pequena disponibilidade de viaturas ou da priorização incorreta dos encaminhamentos (BERTON et al,2001, HUYNH et al, 2006).

Nesse contexto, é que se incluiu no plano municipal de saúde de 2005-2009, além do início da implantação do Complexo Regulador (CR) da oferta de serviços (RIBEIRÃO PRETO, 2005), a introdução da estratégia do acolhimento com classificação de risco (ACR). O CR é uma unidade de trabalho com a atribuição de mapear a oferta de serviços assistenciais da SMS e estruturar de forma integrada as centrais de urgência, de leitos, de exames de média e elevada complexidade, de consultas, de atenção farmacêutica, de vigilância sanitária e epidemiológica, de recursos móveis de atendimento e remoção, de auditoria e avaliação (BRASIL, 2008).

As diferentes centrais que compõem o CR e, em particular a de Urgência, podem ser acionadas pelas equipes ou pelo usuário por meio de telefone, internet ou fax. Os problemas de saúde da população que não são passíveis de resolução na atenção básica são encaminhados, por meio de guias de referência, ao CR. O CR avalia o encaminhamento e deve oferecer a melhor resposta em função dos recursos disponíveis na rede assistencial. Esse trabalho ainda pode apontar as deficiências da rede assistencial ao gestor, auxiliando-o na priorização de novos investimentos em saúde. (SANTOS, 2003, LOPES, 2007, BRASIL, 2008)

A regulação médica é um trabalho que associa conhecimento técnico e de gestão para apontar a melhor resposta que o sistema de saúde pode oferecer ante a necessidade apresentada (SANTOS et al., 2003; BRASIL, 2006). Desta forma, as dimensões da atenção clínica e as diretrizes para a ordenação do acesso nos diferentes serviços que compõem a rede de atenção do SUS podem ter os seus contornos modelados pelo CR. Um dos recursos que

pode facilitar a interface entre o CR e os diferentes pontos operacionais da rede assistencial são os protocolos clínicos e de regulação (PCR) (WHO, 2003; SANTOS, 2008). O CR, portanto, passa a colaborar com a garantia do acesso e da equidade, em um modelo de organização da atenção que faça a opção pela centralidade nas necessidades do usuário.

No contexto das Políticas Nacionais da Atenção Básica (BRASIL, 2006) de Urgência (BRASIL, 2004) e Humanização (BRASIL, 2004a) são preconizadas para a atenção à urgência que ocorre na assistência pré-hospitalar fixa e móvel, as seguintes diretrizes específicas:

- 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 a contra-referência, aumentando a resolução da urgência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários.
- c) Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.

Assim, a estratégia do ACR planejada com as especificidades das UNHAU pode, em consonância com as operações do CR, colaborar com a ordenação oportuna das urgências no âmbito da rede assistencial. Esse projeto atende a um Termo de Ajustamento de Conduta, estabelecido entre o Ministério Público Estadual e a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, em 2008 e ao Termo de Compromisso assumido entre a Prefeitura e a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a definição de modelo, implantação e avaliação de resultados.

JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES CIENTÍFICAS E TECNOLÓGICAS

A magnitude do objeto desta investigação advém da possibilidade de ser produzido de forma coletiva, um modelo de intervenção assistencial potencialmente capaz de redefinir o acesso dos usuários aos serviços do SUS, tornando mais humanizado e equitativo, com possibilidade concreta de atendimento mais resolutivo, especialmente para os agravos eleitos. Sob a ótica da gestão e da organização de rede de serviços o projeto pode, certamente, implementar a regulação do sistema de saúde municipal por atuar diretamente em uma das suas dimensões, a regulação do acesso.

Há, ainda, a expectativa que a orientação da população, mediante emprego das diferentes mídias, bem como as ações do ACR e do CR fortaleçam o papel da atenção básica como ponto principal para o acesso à rede assistencial e coordenadora para o encaminhamento aos seus demais componentes. Esse processo pode aumentar o vínculo da população com a atenção básica, bem como as oportunidades para prevenção de doenças e suas complicações. Assim, trabalha-se com a hipótese de que, a semelhança do ocorrido na UE, haja redução significativa dos atendimentos na UNHAU, melhoria das condições de trabalho para diagnosticar, iniciar o tratamento e estabilizar as urgências, sobretudo aquelas de natureza isquêmica, bem como mais propriedade e agilidade para regular os casos para os hospitais, o que pode reduzir intervenções desnecessárias e seqüelas. Caso o projeto tenha êxito, a Prefeitura, por meio da sua secretaria da saúde, tem o compromisso de ampliar a experiência para os outros distritos sanitários.

Do ponto de vista acadêmico os resultados desta pesquisa podem gerar produtos nas áreas temáticas de planejamento, gestão e avaliação em saúde na forma de artigos, capítulos de livro, protocolos clínicos e regulatórios, relatórios de resultados, teses de doutoramento, participação em eventos, entre outros.

2 – Objetivos

a) Geral

- Desenvolver um modelo de acolhimento com classificação de risco em uma Unidade Não Hospitalar de Atenção às Urgências e avaliar o seu impacto na ordenação do acesso à rede de saúde.

b) Específicos

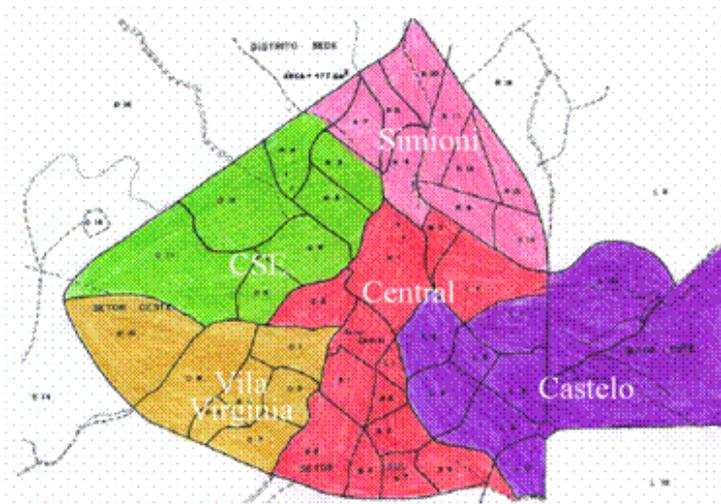
- Descrever o modelo de acolhimento com classificação de risco para uma Unidade Não Hospitalar de Urgência, com ênfase nas doenças cerebrovasculares e síndromes coronarianas agudas..
- Registrar e analisar as características demográficas e epidemiológicas da população atendida na Unidade Não Hospitalar de Urgência, antes da implantação do modelo proposto.
- Avaliar o impacto da implantação do acolhimento com classificação de risco no redimensionamento do acesso da população atendida aos diferentes serviços da rede assistencial.
- Avaliar a influência da implantação do acolhimento com classificação de risco nos indicadores epidemiológicos de morbidez e mortalidade das doenças isquêmicas do coração e cérebro.

3 – Metodologia

3.1 – Campo do estudo

O município de Ribeirão Preto está situado no noroeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital, com 627 km² de área, sendo 140 km² na zona urbana e 487 km² na zona rural. O seu clima é tropical, com verão chuvoso e inverno seco. O município tem altitude de 518 m e a temperatura varia entre 19 e 25 °C. A população é de 563.166 habitantes e 99,47% vive na zona urbana (FUNDAÇÃO SEADE, 2008).

A Unidade de Saúde que abrigará o projeto de intervenção é o Centro de Saúde Escola (CSE) que está sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde e responsabilidade técnica e administrativa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). O CSE é referência para cerca de 120.000 habitantes. A sua Unidade de Pronto Atendimento que funciona 24 horas do dia, nos sete dias da semana e também comporta o atendimento básico com agendamento de consultas ambulatoriais nas clínicas básicas e na odontologia; tem sala de vacina e atendimento em diversas especialidades médicas. Ainda, há oito núcleos de saúde da família e dez unidades básicas de saúde, estabelecidos dentro de sua área de abrangência. Abaixo a divisão da cidade por distritos:



Mapa 1 – Distritos de Saúde do município de Ribeirão Preto

Como o CSE é uma unidade de saúde que está vinculada à instituição de ensino, pesquisa e assistência, o seu quadro de pessoal é composto por servidores municipais, estaduais, graduandos, pós-graduandos, professores e estagiários, de inúmeras áreas de ensino do Campus da USP. Desde 1993, foi implantado o Pronto Atendimento como referência para todo o Distrito Oeste. No ano de 2006, foram inauguradas as novas instalações para o serviço de pronto atendimento de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, onde o acolhimento já está previsto como prática, mas é realizado basicamente pela equipe de enfermagem.

3.2 – Organização do Trabalho

A organização do trabalho para a coleta de dados deverá ser desenvolvida em dois momentos:

Para o **Primeiro momento** está previsto um período de 6 meses, que constará de quatro objetivos principais:

- **Observação Participante para análise do serviço:** será realizado por pesquisadores com o objetivo de registrar o percurso do usuário no atendimento de urgência, desde a recepção até a resposta final dada ao caso (ANEXO I – ROTEIRO NORTEADOR DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE) (MATUMOTO, 1998). Após anotações dos atendimentos em um diário de campo, os dados serão organizados para análise e diagnóstico, em oficinas com o grupo de trabalho da UNHAU, mediante emprego do Fluxograma Analisador (FA) (MEHRY 1997). Essa metodologia permite descrever o processo de trabalho, analisar os pontos positivos e negativos e elaborar propostas de mudanças. (BARBOSA & FRACOLLI, 2005). A expectativa é que se produza um modelo de

acolhimento com as possibilidades de resolução e fluxo previstos nas políticas de atenção básica, urgência e regulação.

- **Preparação da equipe:** O Centro de Saúde Escola, uma das cinco unidades distritais do município de Ribeirão Preto, funciona 24 horas por dia e presta atendimento de urgência para adulto, idoso, criança e adolescente. Atualmente, acolhimento é realizado por duas auxiliares de enfermagem e uma enfermeira, que se revezam conforme escala para atendimento de toda a demanda. O diagnóstico de enfermagem não é realizado, não se classifica o risco, todos os casos são atendidos pelo médico, a interlocução com a regulação de urgência e eletiva é feita apenas com a participação ativa do médico e não há redirecionamento sistematizado e garantido para a atenção básica. A configuração da nova proposta de acolhimento contará com representantes dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde, gerentes da Unidade, representantes de usuários, pesquisadores, docentes e equipe da urgência. Durante este primeiro momento da pesquisa serão realizadas oficinas para sugestão de modelo, a partir de uma matriz elaborada com base nas ações constantes das políticas do SUS e que estão relacionadas no Fluxograma de Atendimento (ANEXO II), bem como capacitação para atuar com algoritmos específicos para o atendimento pré-hospitalar do AVC agudo e das síndromes coronarianas agudas..
- .
- **Organização estrutural:** dependendo da logística local será escolhido o melhor espaço para a adequação necessária, inclusive com suporte financeiro para os gastos e manutenção do atendimento do ACR, proposto pelo Ministério da Saúde.
- **Diagnóstico do serviço:** serão coletados dados demográficos e epidemiológicos da população acolhida e da população adstrita, antes e após a implantação da

intervenção. A observação participante e a entrevista semi-estruturada ao usuário acolhido (APÊNDICE I) serão os instrumentos de coleta de dados que utilizaremos para fazer um diagnóstico inicial da Unidade onde ocorrerá o atendimento, e posteriormente avaliarmos quantitativamente e qualitativamente o modelo de acolhimento implantado.

O serviço será avaliado nas três dimensões propostas por Donabedian (1966): estrutura, processo e resultado. Para isto, segue abaixo quadro de indicadores que serão utilizados:

QUADRO 1: INDICADORES PROPOSTOS PARA AVALIAÇÃO, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO.

ESTRUTURA	<ul style="list-style-type: none"> • Número de profissionais(por categoria)/ população ; • Número de salas para ACR; • Horário de atendimento ACR.
PROCESSO	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de espera para acolher; • Tempo para acolhimento; • Número total de atendimentos CSE/ número total de atendimentos pelo ACR; • Número de atendimentos por profissional após o acolhimento; • Número total de pacientes encaminhados ao CR; • Número de pacientes com DCV encaminhados ao CR; • Número total de pacientes encaminhados para internação hospitalar; • Número de pacientes com DCV encaminhados para internação; • Número total de pacientes encaminhados para seguimento em UBS; • Número total de pacientes com DCV encaminhados para seguimento em UBS; • Tempo decorrido entre ACR-Regulação nos pacientes encaminhados para internação; • Tempo decorrido entre ACR-Regulação nos pacientes encaminhados para internação com DCV. • Número total de pacientes em observação no CSE/ número total de pacientes atendidos no CSE; • Número total de pacientes com DCV em observação no CSE/ número total de pacientes em observação no CSE;
RESULTADO	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de mortalidade por DCV no distrito/município/estado; • Taxa de internação hospitalar por DCV no distrito/município/estado; • Tempo de internação/ paciente com DCV; • Número de pacientes sequelados após internação por DCV.

O **Segundo Momento** será a implantação da intervenção em si, com duração de doze meses e coleta de dados quantitativos e qualitativos.

3.3 – Tipo de Pesquisa

O estudo é uma pesquisa avaliativa, com descrição dos fatos e os fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1990), tipo estudo de caso. As abordagens serão quantitativas e qualitativas pois há características nos serviços que reforçam esta necessidade: enfoque interdisciplinar, caráter coletivo, acontecimentos de fenômenos que exigem maior aprofundamento do estudo e participação do usuário com percepções e necessidades próprias (TANAKA E MELO,2004).

Na pesquisa quantitativa, a amostragem é grande e o resultado poderá ser generalizado mediante análise estatística. Na abordagem qualitativa o sujeito é fundamental, a amostragem é pequena, mas o estudo é mais profundo, não se tem utilidade para a mensuração de fenômenos em grandes grupos e é útil para buscar entender o contexto onde algum fenômeno ocorre.

3.4 – Sujeitos da pesquisa

Serão sujeitos da pesquisa, nos dois momentos previstos para a realização do trabalho: os servidores que estarão envolvidos com o atendimento proposto e os usuários adultos atendidos por esta equipe.

A avaliação da percepção do processo de implantação do ACR e do seu impacto será feita por meio de entrevista semi-estruturada com o usuário atendido, usando uma amostragem representativa deste segmento, antes e após a implantação desta intervenção.

Com o segmento dos servidores envolvidos serão realizadas Oficinas de “Capacitação e Auto-gestao do Trabalho” antes da implantação do acolhimento. O Fluxograma Analisador

(MEHRY 1997) será empregado pela equipe para interrogar os “para que”, “os que” e “os como” do processo de trabalho, revelando a maneira de governá-lo. (BARBOSA e FRACOLLI, 2005).

3.5 – Instrumentos de suporte ao desenvolvimento da pesquisa e análise dos dados

Para análise dos dados e avaliação quantitativa, nas três dimensões propostas por Donabedian (1966), será utilizado o software Epi-Info versão 6.0, levando-se em conta as variáveis para a caracterização demográfica e epidemiológica da unidade de saúde estudada.

Para a análise e avaliação qualitativa, utilizaremos para a ordenação dos dados a orientação metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC (LEFÈVRE, LEFÈVRE & TEIXEIRA 2000). O DSC é um modo legítimo, mas não único, de compreender as representações sociais e se revela através do conjunto de discursos verbais emitidos pelas pessoas. Serão utilizadas para organizar e tabular os discursos “quatro figuras metodológicas” para análise e interpretação dos pensamentos e depoimentos: expressões-chave, idéia central, ancoragem e discurso do sujeito coletivo.

3.6 – Instrumentos de coleta de dados

A sugestão de ficha para operacionalização do acolhimento na atenção básica (ANEXO III), deverá ser empregada pelos servidores do acolhimento como um instrumento utilizado para coleta de dados e posterior análise através de protocolo que será confeccionado após o início dos trabalhos, pois somente a utilização em serviço que tornará possível as melhorias necessárias em sua configuração.

O protocolo de acolhimento dos pacientes com diagnóstico de doenças isquêmicas do aparelho circulatório será codificado para estudo posterior da resolução de cada caso. A

investigação será feita por meio do registro de dados no sistema HYGIA¹ e nos registros do Cartão SUS.

Os indicadores utilizados na abordagem quantitativa serão coletados no DATASUS e nos Sistemas de Informação disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde e na Unidade Distrital do estudo.

A coleta de dados para a avaliação qualitativa do trabalho, como já dito, será realizada por meio da observação participante e da entrevista semi estruturada.

3.7 – Aspectos éticos

As normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na resolução CNS 196/96 e capítulo IV da resolução 251/97 serão adotadas. O projeto será encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos do CSE/FMRP-USP.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se no APÊNDICE II.

3.8 – Termo de Ajustamento de Conduta

As dificuldades da SMS de Ribeirão Preto para a implementação da ABS e a melhorar o acesso aos serviços da rede assistencial pelos usuários do SUS levou o Ministério Público do Estado de São Paulo, a Gestão Municipal do SUS, o coordenador do projeto, e a Fundação Waldemar Barnsley Pessoa, a assinar um Termo de Ajustamento de Conduta, que define o compromisso das partes com a implantação do ACR nas cinco unidades distritais da cidade após a implantação e avaliação deste trabalho de pesquisa na unidade do CSE.

¹ HYGIA – Sistema Informatizado da Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto onde ocorre o cadastramento e acompanhamento de procedimentos, dentro do sistema municipal de saúde, dos usuários do SUS.

3.9 – Contrapartida/Financiamento

O projeto contará com os recursos humanos e a estrutura (equipamentos, materiais de consumo e permanente) disponíveis para a atividade habitual do Pronto Atendimento do CSE. O projeto do ACR será financiado parcialmente pela FUNDAÇÃO WALDEMAR BARNESLEY PESSOA com dotação de recursos para estrutura do acolhimento e pagamento de bolsa trabalho aos técnicos/pesquisadores, no valor de **R\$ 62.941,40**

3.10 Cronograma de atividades

<u>Linha de Ação</u>	<u>Atividades</u>	<u>3º trimestre de 2009</u>	<u>4º trimestre de 2009</u>	<u>1º semestre de 2010</u>	<u>2º semestre de 2010</u>	<u>1º trimestre de 2011</u>	<u>2º trimestre de 2011</u>
<u>1ª Etapa:</u> <u>Conselho</u> <u>Nacional de</u> <u>Ética em</u> <u>Pesquisa</u>	<u>Envio do Projeto para o CEP</u> <u>do Centro de Saúde Escola;</u>						
<u>2ª Etapa:</u> <u>Primeiro e</u> <u>segundo</u> <u>momento da</u> <u>pesquisa</u>	<u>Observação participante;</u> <u>preparação da equipe;</u> <u>organização estrutural;</u> <u>diagnóstico da unidade;</u> <u>implantação da intervenção;</u> <u>avaliação.</u>						
<u>3ª Etapa:</u> <u>Conclusão</u> <u>do trabalho</u>	<u>Análise dos dados, material</u> <u>para divulgação dos</u> <u>resultados junto à Instituições</u> <u>parceiras e o meio</u> <u>acadêmico.</u>						

Referências Bibliográficas

BARBOSA, T.A.V.; FRACOLLI, L.A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(4):1036-1044, jul-ago, 2005.

BERTON G, CORDIANO R, PALMIERI R, GUARNIERI G, STEFANI M, PALATINI P. Clinical features associated with prehospital time delay in acute myocardial infarction. **Ital Heart J**. 2001 Oct;2(10):76.

BRASIL. **Lei nº 8142/90**, 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. Brasília, 28 de dez 1990. www.pessoalsus.inf.br/Normas/Lei%208142_90.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1101/GM**, de 12 de junho de 2002. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, Ministério da Saúde, 2004b. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências –Brasília /MS, 2004. 236p;il.-(série E. Legislação de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399** 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, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648** de 28 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, mar.2006b.

Ferreira, Janise Braga Barros Avaliação do Complexo Regulador do Sistema Público Municipal de Serviços de Saúde. Ribeirão Preto, 2007. 212 p Tese (Doutorado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**. Milbank Memorial Fund Q., v. 44, p.166-203, 1966.

HUYNH T, O'LOUGHLIN J, JOSEPH L, SCHAMPAERT E, RINFRET S, AFILALO M, KOUZ S, CANTIN B, NGUYEN M, EISENBERG MJ; AMIQUEBEC Study Investigators.

Delays to reperfusion therapy in acute STsegment elevation myocardial infarction: results from the AMIQUÉBEC Study. **CMAJ**. 2006 Dec 5;175(12):152.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

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**. 2007; 7:173

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MATUMOTO, S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Ribeirão Preto, 1998. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (organizadores). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MENDES, E.V. A avaliação da atenção primária à saúde no SUS. In: Mendes, E.V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. Cap. 5, p. 45-51.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

PONTES-NETO, O. M., SILVA, G. S., FEITOSA, M. R., DE FIGUEIREDO, N. L., FIOROT, J. A., JR., ROCHA, T. N., MASSARO, A. R., AND LEITE, J. P. Stroke awareness in Brazil: alarming results in a community-based study. **Stroke**, v. 39, p. 292-296, 2008.

Ribeirão Preto. **Plano Municipal de Saúde, 2005-2008**. 2005. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.gov.br>

SANTOS, J. S.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S. L. L.; FERRAZ, C. A.; DALLORO, M.E.L.V.; SÁ, M. F. S. Avaliação do Modelo de Organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, Adotado como Referência, as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências e de Humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto - SP, v. 36, p. 498-515, 2003.

SANTOS, J. S.; KEMP, R.; SANKARANKUTTY, A. K.; SALGADO JUNIOR, W.; SOUZA, F. F.; TEIXEIRA, A. C.; ROSA, G. V.; CASTRO E SILVA JUNIOR, O. Clinical and regulatory protocol for treatment of jaundice in adults and elderly: a support for health care network and regulatory system. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, 133-142, 2008.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation and policy.** New York, Oxford, University Press, 1992.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer.** São Paulo, EDUSP, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1990.

WHO. **Guidelines for Who Guidelines** 23 pg, 2003.

ANEXO I
ROTEIRO NORTEADOR DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE
(adaptado de Matumoto, 1998)

PARA O USUÁRIO:

Data da observação: Horário:

Área de atendimento:

Identificação do usuário:

Local de residência Idade Sexo Atividade profissional

Problema ou motivo de procura

Expectativa em relação à unidade de saúde para resolução do problema

Comunicação do usuário

verbal: clareza, coordenação de idéias, tonalidade da voz, conteúdo não verbal

expressão facial: descrição - olha para o interlocutor/ ouve seu interlocutor/

reconhece o profissional

expressão corporal: descrição - movimentos suaves e coordenados/ movimentos abruptos e bruscos/ agitação/ irritação/ atenção/ executa outra atividade que não está relacionada com seu atendimento

Alternativas de comunicação: - demonstração/ escrita/ tradutor/ barreiras

PARA O SERVIDOR:

Data da observação: Horário:

Área de atendimento:

Organização e dinâmica do trabalho

Circunstâncias:- área de atendimento/ Identificação do problema do usuário pelo profissional

Identificação do profissional

área de atendimento

função

forma de identificação ao público

Comunicação do profissional

verbal: clareza/ coerência/ coordenação de idéias/ tonalidade da voz/ conteúdo

não verbal: expressão facial/ olhar para seu interlocutor/ ouve seu interlocutor

expressão corporal: movimentos suaves e coordenados/ movimentos abruptos e

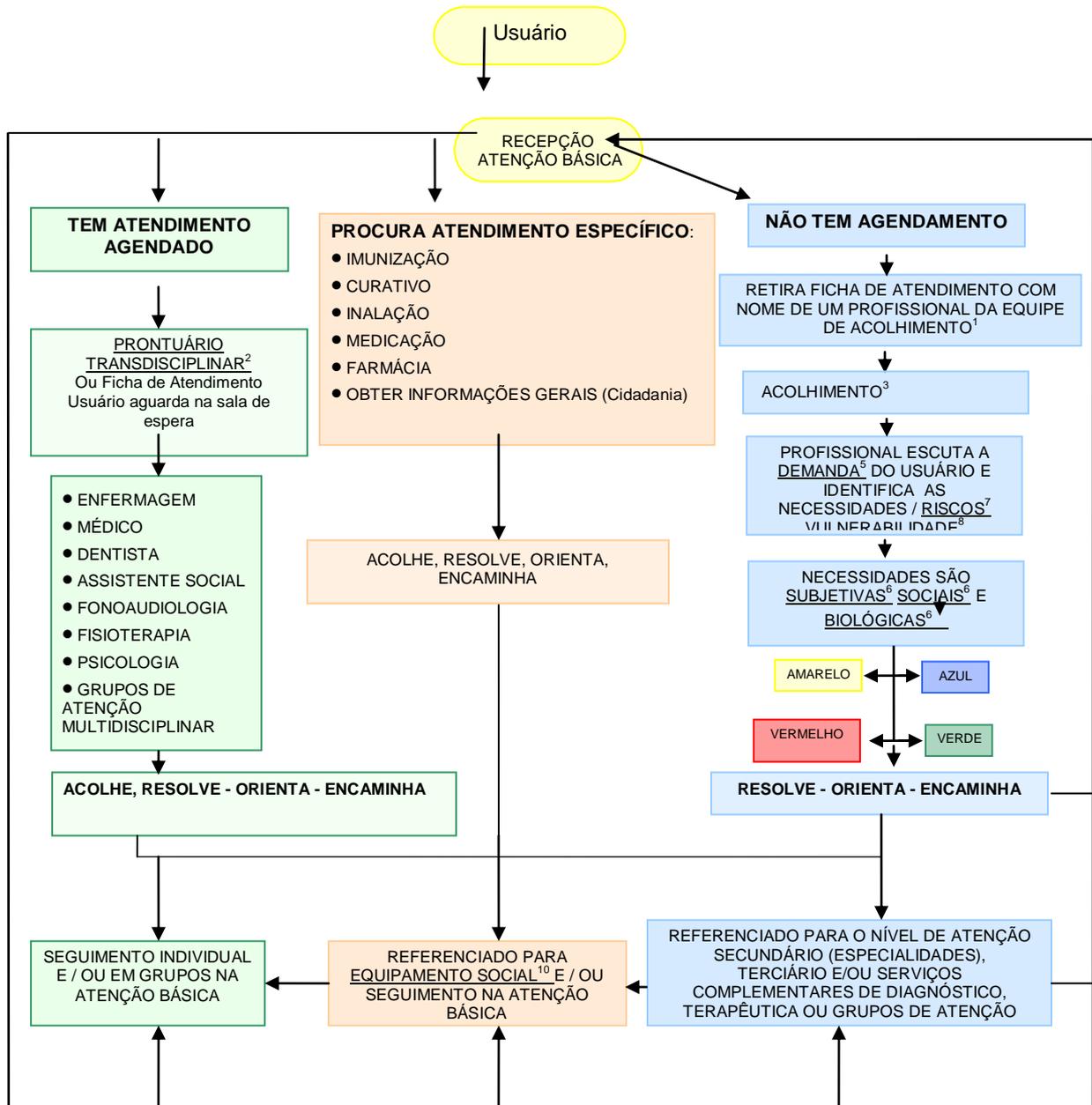
bruscos/ displicência/ irritação/ atenção/ executa outra atividade que não está

relacionada com o atendimento que executa

Alternativas de comunicação: demonstração/ escrita/ tradutor/ barreiras

ANEXO II

Fluxograma Acolhimento



ANEXO III

SUGESTÃO DE FICHA PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO

FICHA: ACOLHIMENTO

DATA: _____ HORA: _____

US: _____ Num Atend: : _____:

Paciente: _____ DATA NASC: __/__/____

ESCUITA / QUEIXA:

ANTECEDENTES:

HIPERTENSÃO [] CARDIOPATIAS [] DIABETES []

DISTÚRBO PSÍQUICO [] INS. RENAL CRÔNICA []

ALERGIAS [] QUAL: _____

DOENÇA INFECTO CONTAGIOSA. [] QUAL: _____

DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL []

OUTROS: _____

SINTOMAS/SINAIS:

PALIDEZ [] ICTERICIA [] CIANOSE [] EDEMA []

SUDORESE [] EXANTEMA OU PÚRPURA [] PROSTRACAO [] CONFUSÃO []

AGITACÃO [] DESMAIO [] GEMÊNCIA [] CONVULSÃO [] DEPRESSÃO []

DIFICULDADE PRA FALAR OU ENTENDER [] FRAQUEZA OU DORMÊNCIA

SÚBITAS EM UM LADO DO CORPO [] DIFICULDADE SÚBITA PARA ANDAR,

TONTURA OU INCOORDENAÇÃO [] DOR DE CABEÇA FORTE E SÚBITA []

DIFICULDADE SÚBITA PARA ENXERGAR [] COMA [] DOR [] DOR

PRECORDIAL [] TOSSE [] DISPNEIA [] SANGRAMENTO [] SINTOMAS

URINARIOS [] VÔMITOS [] DIARRÉIA [] TENTATIVA DE SUICÍDIO []

OUTROS [] QUAL?.....

MEDICAMENTOS EM USO:

SINAIS VITAIS

PRESSÃO ARTERIAL:..... mmHg , .FREQUÊNCIA CARDÍACA:.....bpm
FERQUÊNCIA RESPIRATÓRIA.....irm .TEMPERATURA:.....°C

EXAMES REALIZADOS

[]ELETROCARDIOGRAMA (PACIENTES COM DOR NO PEITO, ANTECEDENTES DE CARDIOPATIA, HIPERTENSÃO E DIABETES)

[]GLICEMIA (PACIENTES COM ANTECEDENTES DE DIABETES, DESMAIO, PERDA DA CONSCIÊNCIA E CRISE CONVULSIVA)

RESPONSÁVEL:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO: :___:

AMARELO: :___:

VERDE: :___:

AZUL: :___:

CONDUTA DA EQUIPE:

CONSULTA MÉDICA[] CONSULTA DE ODONTOTOLOGIA[]

ATEND.ENFERMAGEM[]

AGENDAMENTO: []

UBS: -DATA/HORA: :_____

UBDS: -DATA/HORA: :_____

SOLICITAÇÃO AO COMPLEXO REGULADOR []

RESPONSÁVEL: _____

APÊNDICE I

ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA PARA O USUÁRIO

1 – O que veio procurar no CSE?

Objetivo: tentar identificar a expectativa do usuário, seu desejo inicial.

2 – Conseguiu o que queria?

Objetivo: analisar se conseguiu o que desejava ou se suas necessidades foram decodificadas.

3 – Como foi o seu último atendimento aqui?

Objetivo: tentar identificar como o usuário enxerga o atendimento no CSE, no que diz respeito ao respeito, educação, atenção, responsabilidade,..., dos servidores.

4 – Teve dificuldade para conseguir o que queria? Dê uma nota de 0 a 10:

Objetivo: buscar um juízo de valor.

5 – Como considera as instalações do Acolhimento?

Objetivo: identificar se houve mudança na percepção do usuário antes e depois da intervenção.

6 – O que acha do atendimento no Acolhimento?

Objetivo: identificar se o usuário acha importante ou não passar pelo acolhimento para resolver o seu problema. (ajuda? resolve?)

7 – Quanto ao tempo para aguardar ser acolhido: espera muito ou pouco?

Objetivo: tentar relativizar o tempo: longo, curto, buscando saber o quanto é muito e o quanto é pouco, e o que esta espera significa.

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr(a): _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa *Estudo da influência do acolhimento com classificação de risco em unidade não hospitalar de urgência no acesso à rede de atenção à saúde*. O presente estudo tem por objetivo avaliar a intervenção do acolhimento com classificação de risco em uma Unidade Distrital de Saúde de Ribeirão Preto para a reordenação do acesso a rede de serviços de saúde municipais.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação na realização da observação participante com o pesquisador, ou na entrevista dirigida aos usuários do SUS, ou nas “Oficinas de treinamento e auto-gestão” com os funcionários da Distrital de Saúde, sendo ainda necessário informar que as entrevistas deverão ser gravadas em fitas eletromagnéticas, porém destruídas após a conclusão da pesquisa.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste estudo. As informações/ opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes/ participantes.

Ainda, a qualquer momento da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

Agradecendo a sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária, e aguardamos o mais prontamente possível sua confirmação quanto à participação nesta pesquisa.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Sebastião dos Santos

Orientador - Prof. Dr. do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Av. Bandeirantes, 3900 - Monte Alegre - CEP: 14049-900
Ribeirão Preto/ SP
Telefone para contato: (16)3602-2508
E-mail: jsdsanto@fmrp.usp.br

Sônia Mara Neves Ferri

Pesquisadora – doutoranda do Programa de Clínica Cirúrgica do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Av. Bandeirantes, 3900 - Monte Alegre - CEP: 14049-900
Ribeirão Preto/ SP
Telefone para contato: (16)3602-2508
E-mail: sn.ferri@gmail.com

Eu, _____, aceito participar da pesquisa *Estudo da influência do acolhimento com classificação de risco em unidade não hospitalar de urgência no acesso à rede de atenção à saúde*, em data e local marcados antecipadamente, e estou ciente de que a minha participação terá seu resultado tratado sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2009.

Assinatura