



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE
(Modalidade EAD)

O PERFIL DA DEMANDA DE PACIENTES DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DA
FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA SÃO CAMILO DE ESTEIO

VIVIANE MAISA DE ÁVILA GUEZ

Novo Hamburgo
2015



VIVIANE MAISA DE ÁVILA GUEZ

O PERFIL DA DEMANDA DE PACIENTES DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DA
FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA SÃO CAMILO DE ESTEIO

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde, modalidade a distância, no âmbito do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP) - Escola de Administração/UFRGS - Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Mariza Machado Kluck
Tutor de orientação a distância: Camila Guaranha

Novo Hamburgo

2015

RESUMO

O conhecimento do perfil de saúde da população que procura o serviço de Emergência constitui uma ferramenta importante para o planejamento de ações em saúde, e pode colaborar para uma melhor regulação das portas de entrada do sistema de saúde. No presente estudo, buscou-se analisar o perfil da população que busca a Emergência da Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio, considerando a triagem realizada pela equipe do Acolhimento com a Classificação de Risco, no período de janeiro a junho de 2014. O estudo teve uma abordagem quantitativa, do tipo transversal e descritivo. A procura pelo serviço caracteriza-se principalmente por mulheres (74,2%), na faixa etária de 20 a 59 anos (72,2%), que buscam o atendimento de forma espontânea, principalmente no turno da tarde, vítimas de trauma ou com queixas de dores agudas, classificadas com as cores amarela ou verde, tendo a maioria alta hospitalar em menos de 24 horas. Considera-se que o acolhimento com classificação de risco é um diferencial para a melhora do atendimento como um todo. Portanto, torna-se essencial a necessidade de melhorias quanto à implantação por completo do mesmo, iniciando pelo conhecimento da demanda atendida.

Palavras-chave: Administração de Serviços de Saúde; Enfermagem em Emergência; Gestão em Saúde; Acolhimento.

ABSTRACT

Knowledge of the health profile of the population seeking the emergency service is an important tool for planning health actions, and can contribute to a better regulation of the health system input ports. In the present study, we sought to analyze the profile of the population that seeks the Emergency Public Health Foundation of St. Camillus de Esteio considering screening conducted by the Home team with the Risk Rating in the period January-June 2014. The study was a quantitative approach, cross and descriptive. Demand for the service is mainly characterized by women (74.2%), aged 20-59 years (72.2%), seeking the service spontaneously, especially in the afternoon, trauma or complaining of severe pain, classified with a yellow or green color, with most discharged in less than 24 hours. It is considered that the host with risk rating is a differential for improved service as a whole. Therefore, it becomes essential to the need for improvements to the complete deployment of the same, starting from the knowledge of the backlog.

Key-words: Health Services Administration; Emergency Nursing; Health Management; User Embrace

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Relação de atendimentos por faixa etária	19
GRÁFICO 2 - Relação sexo X procedência	21
GRÁFICO 3 - Relação de exames realizados X classificação de risco	22
GRÁFICO 4 - Relação classificação de risco X desfecho nos seis meses	23
GRÁFICO 5 - Desfechos dos pacientes	23

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Ilustração do protocolo de classificação de risco da FSPSCE baseado no Protocolo de Manchester	12
TABELA 2 – Relação de atendimentos conforme o sexo	20
TABELA 3 – Relação dos atendimentos por turno	20
TABELA 4 – Queixa principal X classificação de risco	25

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. OBJETIVOS	09
2.1 OBJETIVO GERAL	09
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	09
3. REFERENCIAL TEÓRICO	10
4. MÉTODOS	17
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	29
ANEXO	33

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado ao longo dos anos 1990, tem como principais diretrizes a equidade, a universalidade e a integralidade, atuando em rede hierarquizada e regionalizada. O SUS representou um novo formato de atendimento à população, sendo operacionalizado a partir da descentralização das ações em saúde, com diretrizes de comando único em cada nível do governo e com a participação social.

A fim de tentar equacionar a baixa resolutividade do sistema e de melhorar a qualidade dos atendimentos prestados, o Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, conhecido como HumanizaSUS (BRASIL, 2004). Uma das linhas prioritárias da referida política é o acolhimento, que é uma estratégia que busca reestruturar as práticas assistenciais.

Acolhimento, dentre as diversas definições, é tratado pelo Ministério da Saúde como uma ação tecno-assistencial que implica a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

No entanto, a diretriz do acolhimento não é o suficiente para sanar as problemáticas das emergências no SUS. A Portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002), que propõe a implantação do Acolhimento com a Classificação de Risco, também busca qualificar o acesso dos usuários ao SUS. A referida portaria institui mudanças na ordem de atendimento das unidades de urgência e emergência. Nesses locais, o atendimento não deve mais acontecer pela ordem de chegada, mas através da avaliação da complexidade de cada paciente, englobando as doenças, o grau de sofrimento clínico, psíquico e social e priorizando o atendimento àqueles com risco de vida (MELZER, 2012; BRASIL, 2002;).

No município de Esteio, a porta de entrada da emergência é prestada pela Fundação de Saúde Pública São Camilo (FSPSCE), instituição da administração indireta que realiza atendimentos 100% SUS. A FSPSCE possui 165 leitos e é o único hospital do município de Esteio.

O Serviço de Emergência da FSPSCE é composto por equipes multiprofissionais, com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas e fonoaudióloga, todos trabalhando em regime de plantão de revezamento que atende 24 horas por dia. É um hospital geral, de média e alta complexidade, e presta

atendimento nas áreas materno-infantil, clínica, cirurgia geral, traumatologia, cirurgia vascular e proctologia.

O Serviço passou por uma reforma em dezembro de 2013 e atualmente está dividido em: Acolhimento, Sala Vermelha (a qual possui dois leitos para estabilização e um box de atendimento de parada cardiorrespiratória), Sala Laranja (que possui oito leitos para tratamento semi-intensivo) e Sala Amarela (que conta com 10 poltronas para pacientes adultos em observação e para medicações em geral, além de 12 macas para pacientes que aguardam leito nos andares e uma observação pediátrica que atualmente possui quatro leitos e seis poltronas). De janeiro a maio de 2014, a FSPSCE realizou 21.368 atendimentos pelo SUS de pacientes adultos e pediátricos na emergência.

O município de Esteio está situado na região metropolitana de Porto Alegre e possui 80.755 habitantes (IBGE, 2010). A rede de atenção primária é composta por dez unidades básicas de saúde com Estratégia de Saúde da Família, o que corresponde a uma cobertura de 49% da população. Além dessas unidades, o município possui um ambulatório de infectologia, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), um CAPS II (atendimento adulto) e um ambulatório de especialidades médicas. Na média e alta complexidade, além de contar com a FSPSCE, há o SAMU e uma ambulância de atendimento básico (PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTEIO, 2014).

Mesmo contando com uma vasta rede de serviços, os munícipes de Esteio ainda enfrentam dificuldades de acesso às unidades de saúde, às hospitalizações, às consultas com especialistas, aos exames e também para garantir o acesso aos medicamentos. Como em muitas outras regiões do país, esta problemática contribui para a demanda excessiva no serviço de emergência, uma vez que a rede de saúde não consegue suprir as necessidades e demandas em saúde dos usuários que buscam o sistema. Dessa forma, é importante visibilizar os principais fatores que determinam a utilização contínua e, muitas vezes inadequada, das portas de entrada dos serviços de urgência e emergência no município de Esteio, a fim de que se possa buscar estratégias de enfrentamento de tal situação.

Neste contexto, analisar o perfil da população atendida pela Emergência da FSPSCE e identificar os principais motivos que levam os usuários a buscar esse serviço são ferramentas importantes para o planejamento de ações em saúde e para uma melhor regulação das portas de entrada do sistema no município.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil da população atendida pela Emergência da FSPSCE e identificar os principais motivos que levaram os usuários a buscar esse serviço, no período de janeiro a junho de 2014.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Relatar as características da população atendida na emergência da FSPSCE;
- b) Identificar os principais motivos que levam a população a utilizar o serviço;
- c) Quantificar os usuários que buscaram a emergência da FSPSCE e que foram avaliados nas cores Verdes e Azuis na Classificação de Risco, ou seja, aqueles de baixa complexidade.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A Constituição de 1988 estabeleceu o direito à saúde, incorporando o conceito de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação), o meio socioeconômico e cultural (ocupação de renda, educação), os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética) e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, prevenção e recuperação da saúde. A Constituição também estabeleceu o Sistema Único de Saúde como um sistema de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob controle dos seus usuários (BRASIL, 1990).

Conforme Cecílio (2001), saúde implica condições de vida adequadas, como o direito à moradia, saneamento básico, alimentação, emprego e educação, as quais se encontram contidas no conceito que consta da Constituição Brasileira. Assim, o atendimento a estas necessidades também depende da intersetorialidade como estratégia política e operacional orientada para a integralidade.

Nesse sentido, a necessidade de saúde, de ter acesso a todos os serviços de saúde disponíveis depende da referência e contrarreferência com efetividade.

Contudo, os usuários ainda relacionam as necessidades de saúde às enfermidades, ao atendimento médico, ao acesso aos exames e medicamentos. Na opinião dos usuários do estudo de Cecílio (2001), ter medicamentos e dispor de exames laboratoriais seria a conduta esperada para a satisfação das necessidades, urgentes ou não.

Nesse sentido, Abreu (2012) também afirma que apesar das transformações no modelo de atenção à saúde, com investimentos em vários âmbitos, a esfera da atenção hospitalar ainda carrega a marca da resolutividade, sendo este o atendimento que a população procura quando necessita de atenção que considera urgente.

Os termos urgência e emergência possuem vários sentidos e definições na língua portuguesa. O Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1999) define os termos ‘urgência’, ‘urgente’ e ‘urgir’ como “qualidade de urgente; caso ou situação de emergência, de urgência; que urge; que é necessário ser feito com rapidez; indispensável; imprescindível; iminente; impendente” (FERREIRA, 1999, p. 670). O termo emergência entra no conceito da urgência como se fossem conceitos equivalentes.

Simons (2008) afirma que a distinção entre esses termos é muito sutil e a urgência pode vir a se tornar uma emergência a qualquer momento. Da mesma maneira, um caso de rotina pode se tornar urgente, pois a maioria necessita de um atendimento de urgência em serviço de menos complexidade.

Entende-se que o atendimento em emergência, conforme Goldim (2003), se caracteriza pela necessidade de um paciente ser atendido em um curtíssimo espaço de tempo. A emergência é caracterizada como sendo a situação onde não pode haver uma protelação no atendimento, ou seja, o mesmo deve ser imediato. As situações não urgentes podem ser referenciadas para o pronto-atendimento ambulatorial ou para o atendimento ambulatorial convencional, pois não têm a premência que as já descritas anteriormente.

Neste sentido, Goldim (2003) discute sobre a procura do serviço por pacientes não urgentes, criando um dilema para a equipe que está responsável pela “triagem” ou pela Classificação de Risco. Por isso, frequentemente, todos os pacientes recebem a orientação de que serão atendidos, mesmo que a demora seja de quatro a seis horas, pois não se tem a garantia de atendimento destes pela rede básica.

No contexto hospitalar, o setor de Emergência tem como característica a elevada demanda de pacientes em busca de atendimento. A procura desse setor ocorre por diversos motivos, dentre eles, o baixo investimento em medidas de promoção da qualidade de vida e de prevenção às doenças, falhas nos acolhimentos de baixa e média complexidade nas redes básicas, insuficiência dos encaminhamentos de referência e contrarreferências, dentre outros. Além disso, a superlotação da emergência, o processo de trabalho fragmentado, os conflitos e as assimetrias de poder, a exclusão dos usuários na porta de entrada, o desrespeito aos direitos desses, bem como a pouca articulação com o restante da rede de serviços também influem na forma como a atenção é ofertada nesses espaços (BRASIL, 2004).

Grande parte das demandas que chegam aos serviços de emergência, independentemente se o estabelecimento é público ou privado, poderia ser solucionada num nível de menor complexidade do sistema, e observa-se que tal demanda acaba por afetar a qualidade dos serviços de emergência (CARRET, 2007). As emergências são essenciais para o sistema de saúde, contudo, têm se caracterizado por grandes conglomerados de pacientes, superlotação, e críticas excessivas em relação à qualidade e demora dos atendimentos (MELZER, 2012; REGNER, 2011; CARRET, 2007). Nesse sentido, permanecem em aberto algumas questões: por que as emergências permanecem lotadas? A superlotação ocorre por

aumento da gravidade dos casos ou devido à demanda reprimida de casos que não foram acolhidos em outras portas de entrada do sistema?

Diversos autores referem-se à superlotação nos serviços de urgência e emergência como um problema sistêmico e para tentar solucioná-lo deveria haver um envolvimento de todos os atores da rede de saúde em todos os níveis de atenção (MELZER, 2012; CARRET, 2007; LOVALHO, 2004).

O Acolhimento ao Usuário proposto pelo QualiSUS e pelo HumanizaSUS é uma ação técnica e assistencial que implica a mudança da relação entre profissional, usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. A tecnologia de Acolhimento com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (BRASIL, 2004; BRASIL, 2003).

No que se refere à atenção a urgências e emergências, o Ministério da Saúde promulgou a Portaria nº 1.600/2011, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Rede de Atenção às Urgências no SUS. O objetivo é ampliar o acesso e o acolhimento de casos agudos em todos os pontos de atenção do sistema, mediante a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos (BRASIL, 2011).

Para a implantação desse método de classificação, a FSPSCE utiliza o protocolo baseado no Protocolo de Manchester, conforme Tabela 1 abaixo:

Tabela 1 – Ilustração do protocolo de classificação de risco da FSPSCE baseado no Protocolo de Manchester.

CRITÉRIO	PRAZO DE ATENDIMENTO	SITUAÇÃO
Vermelho	(Atendimento Imediato)	RISCO IMINENTE DE VIDA
Laranja	(Pode levar até 30')	URGÊNCIA
Amarelo	(Pode levar até 1h)	POTENCIALMENTE URGENTE
Verde	(Pode levar até 2h)	NÃO URGENTE
Azul	(Pode levar até 4h)	ORDEM DE CHEGADA

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTEIO, 2014.

O Protocolo de Manchester compreende um atendimento efetuado por critérios técnicos de gravidade e procura oferecer um acolhimento adequado ao caso específico de cada paciente. Este sistema foi aplicado pela primeira vez na cidade de Manchester em 1997 e desde então tem sido adotado por vários hospitais do Reino Unido. Contudo, este sistema requer, para além do seu funcionamento, todo um conjunto de medidas e investimentos que se tornam vitais para o seu sucesso, como a compra do programa informatizado e dos serviços de treinamento (HBA, 2014). Dessa maneira, a FSPCE o utilizou apenas como modelo para implantação da classificação de risco.

A triagem estruturada assume a designação de avaliação e classificação de risco, as quais, associadas ao acolhimento, têm por finalidade identificar os pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, a partir de um atendimento usuário-centrado, evitando dessa forma práticas de exclusão (ACOSTA, DURO e LIMA, 2012).

O atendimento de emergência é atrativo por dar à população uma sensação de rapidez, agilidade e eficiência na resolução de seus problemas de saúde e, associado à insatisfação com os demais serviços, resulta na situação de superlotação.

Atualmente, os serviços de emergência lidam com o aumento crescente do fluxo de usuários, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes que não têm acesso à atenção primária e especializada e pacientes que apresentam urgências sociais. Todas essas demandas superlotam os serviços de emergência, levando a um comprometimento da qualidade da assistência prestada à população (OLIVEIRA *et al*, 2011; SIMONS, 2008).

A superlotação caracteriza-se por leitos ocupados, macas pelos corredores, pacientes internados em poltronas e cadeiras, acarretando altos níveis de estresse nas equipes e nos pacientes e familiares. Todos estes fatores acabam por aumentar os custos e desperdícios da saúde pública, principalmente, em consequência da desorganização do sistema.

Conforme Regner *et al.* (2011), as evidências sugerem que a superlotação dos serviços de emergência pode causar retardo no atendimento de pacientes agudos e aumentar a mortalidade de quem busca essa porta de entrada. Ainda pode representar uma ameaça aos direitos humanos, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores. Em uma parcela significativa dos serviços de urgência e emergência, existe a limitação dos recursos físicos, tecnológicos e humanos. Observa-se que os serviços estão constantemente operando acima de sua capacidade instalada e não há gerenciamento de fluxo adequado dos pacientes entre os seus sítios assistenciais (REGNER *et al.*, 2011).

Diante desse quadro, a partir de 2002, a identificação de prioridades de atendimento começou a ser concebida como um projeto de reorganização do atendimento às urgências e emergências, buscando repensar os modelos de gerenciamento dos serviços e suas ferramentas de gestão (BRASIL, 2002).

Tal necessidade também é discutida por Simons (2008) quando fala sobre a falta de uma definição clara do que são urgência e emergência, traduzindo-se na diversidade de métodos, critérios e diferenças percentuais nos resultados das pesquisas de avaliação da ‘adequação’ dos atendimentos em serviços de urgência e emergência hospitalar.

Estudos citados por Gatti e Leão (2004) recomendam que a triagem seja um processo dinâmico em que os pacientes sejam classificados segundo sua urgência na necessidade de tratamento, pois a condição de saúde dos mesmos pode mudar durante o tempo de espera. Estudos relatados por Oliveira *et al.* (2011) também relatam que o acolhimento com avaliação e classificação de risco é uma intervenção potencialmente decisiva na reorganização e realização da promoção da saúde em rede.

A necessidade de priorizar os casos graves exige também que haja uma sistematização da classificação gravidades dos casos para atendimento, e nesse sentido, também é necessário que haja um sistema de referência e contrarreferência efetivo e que respeite as diferenças e particularidades de cada paciente.

A cultura da sociedade com relação aos problemas de saúde caracteriza-se pela busca do atendimento imediato, com enfoque em atendimentos que apresentem soluções rápidas e eficazes. Nesse contexto, muitas vezes os serviços de emergência são buscados com o

objetivo de tratar o problema atual com brevidade, sem a preocupação com a continuidade e a longitudinalidade do cuidado. Assim, a superlotação das emergências está associada tanto à falta de recursos quanto a questões culturais, pois ainda vivemos em uma sociedade em que o hospital é o centro do cuidado. Silva *et al* (2007) reforçam este fato, ressaltando que a nossa sociedade tem uma cultura imediatista, onde os consumidores esperam acesso e tratamento fáceis e rápidos.

Conforme Lovalho (2004), houve aumento da utilização de serviços de saúde em emergências nos últimos anos, e este uso, segundo o autor, é inadequado. Cerca de 64% dos pacientes que buscam as emergências poderiam ser atendidos em ambulatórios e desses, 36% não seguirão o acompanhamento ambulatorial para a doença que os motivou a procurar o serviço de emergência.

Pesquisas como a de Oliveira *et al* (2011) demonstram que a demanda poderia ser acolhida pela unidade básica de saúde (UBS) da área de residência dos usuários, o que aponta para a necessidade de orientação destes quanto à utilização correta dos serviços disponíveis no município. Fato semelhante ocorre com as unidades de pronto atendimento, que também têm sido utilizadas por aqueles casos que poderiam ser tratados e atendidos nas UBS.

No entanto, o estudo de Garcia e Reis (2014), identificou que a fragilidade da comunicação entre serviços de saúde é a principal causa pela baixa utilização do sistema de referência pelas UBS e contrarreferência, principalmente para os serviços de atenção básica e secundária.

Nesse sentido, a atenção básica, quando é eficiente e resolutiva, promovendo um atendimento continuado e com melhora da adesão ao tratamento, reduzindo as chances de piora das comorbidades, acaba reduzindo as internações e, por conseguinte, diminuindo a procura pelo atendimento em emergências.

No estudo de Sabbadini *et al* (2007), foi criada uma ferramenta em Excel para avaliar a demanda. O estudo detalhado da procura por atendimentos na unidade de emergência do hospital teve como resultado o desenvolvimento de um aplicativo para monitoramento da demanda, permitindo aos gestores do hospital acompanhar a evolução dos atendimentos por horário de chegada dos pacientes dentro do dia, por dia da semana e por mês.

No estudo de Oliveira (2011), concluiu-se que a demanda poderia ser acolhida pela unidade básica de saúde da área de residência do usuário, o que aponta para a necessidade da orientação dos pacientes quanto à utilização correta dos serviços disponíveis no município. Fato semelhante ocorre com as unidades de pronto atendimento, que também têm sido

subutilizadas por aqueles casos que poderiam ser tratados e atendidos nas UBS, corroborando com Almeida *et al* (2008) e Oliveira *et al* (2011), que também concluíram que a demanda não era condizente com o porte de uma unidade de emergência referenciada, ou seja, a busca está subestimada pela população.

Simons (2008) concluiu que a demanda excessiva nos hospitais estudados é referente a atendimentos de problemas ‘simples’ que poderiam ser atendidos em serviços de atenção básica ou especializados, ou em serviços de urgência de menor complexidade. Este perfil de demanda configura esses serviços como uma das principais portas de entrada ao sistema de saúde e, possivelmente, revela, entre outras coisas, uma distribuição desigual da oferta de serviços, não apenas do ponto de vista quantitativo, mas também qualitativo, na atenção básica e especializada, e na atenção hospitalar, pouco eficiente na prestação da assistência à população.

Essa demanda excessiva traz consequências negativas para o conjunto das atividades hospitalares pela falta de espaço físico, sobrecarga dos profissionais de saúde e dos serviços de laboratório e radiologia, o que causa consequentemente, piora na qualidade do atendimento.

Várias pessoas, quando decidem que necessitam de uma consulta, definem seu problema como emergência, acreditando que os sintomas de período prolongado são uma necessidade imediata. Com isso concluem que procurar uma Emergência é a atitude mais correta para solucionar seus problemas de rotina. Neste mesmo sentido, aqueles que não têm atendimento médico regular tendem a procurar este serviço tanto pelas suas características como pela diferenciação do atendimento médico.

Constata-se também que as atuais barreiras para este atendimento ambulatorial, como a falta de médico, demora para o agendamento de consultas com especialistas, e para a realização de exames, corroboram com a atual situação de demanda inadequada nas nossas emergências.

As consultas em Emergências são mais custosas para o Poder Público, tendo em vista que existem mais profissionais envolvidos e equipamentos do que atendimentos da rede básica.

Estudos de Stein (1998) também informaram que as pessoas procuraram o serviço por considerar bom, gratuito e resolutivo. A desorganização do sistema de saúde é caracterizada pela má organização dos serviços públicos, ou seja, pela duplicidade de atendimento, pois os pacientes podem ser atendidos onde quiserem e mais de uma vez, pelo não comprometimento

do serviço com o atendimento continuado, e pelo atendimento curativo com enfoque apenas na queixa principal, modelo de saúde que não valoriza a prevenção em saúde, e a falta de hierarquização e regionalização dos recursos de saúde.

Portanto, concluiu-se que aqueles que têm um vínculo estabelecido com um médico procuram menos as emergências, e que 35% dos atendimentos necessitam de acompanhamento no nível ambulatorial, o que demonstra que é necessário desenvolver um sistema de referência e contrarreferência mais efetivas entre a emergência e a rede básica, para possibilitar o seguimento do tratamento (STEIN, 1998).

Observou-se uma redução significativa nos atendimentos médicos após a avaliação e classificação de risco e uma grande quantidade de encaminhamentos de usuários a outros serviços. Este fato tornou mais evidente a demanda reprimida de outros setores, composta, principalmente, por usuários não atendidos na atenção primária e os que aguardam procedimentos especializados. Vale ressaltar que a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco proporcionou maior agilidade no atendimento de pacientes com quadro clínico grave, como risco de morte, ao capacitar profissionais a identificar sinais e sintomas que indicam situações de urgência e emergência e que precisam ser priorizadas (ROSSANEIS, 2011).

Dessa maneira, Simons (2008) conclui que para se constituir como porta de entrada preferencial da comunidade é necessário o acolhimento à demanda o que pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber e avaliar os riscos implicados visando à máxima resolutividade possível. Implica também na articulação das unidades básicas com outros serviços da rede, inclusive de urgência, que assegure apoio e amplie a capacidade de resolver problemas de saúde da comunidade, identificando o risco de vulnerabilidade desses indivíduos e possibilitando ações preventivas e de promoção da saúde no seu território.

3. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal e descritivo. Tanaka e Melo (2004) afirmam que a abordagem quantitativa possibilita que aspectos gerais do fenômeno avaliado sejam observados, permitindo a generalização pela representatividade. E, ainda, conforme Santos (1999), os dados de pesquisas quantitativas são objetivos, válidos e confiáveis.

Dessa forma, foi realizado o levantamento das fichas de atendimento dos pacientes adultos, acima de 18 anos, que foram avaliados pelo acolhimento através da Classificação de Risco, de janeiro de 2014 a junho de 2014. As fichas foram separadas manualmente e analisadas individualmente para a identificação de dados como: idade, sexo, procedência, horário do atendimento¹, queixa principal, cor da Classificação de Risco e solicitação de exames de imagem e/ou de exames laboratoriais. A verificação realizada manualmente foi essencial para determinar corretamente que tipo de dados as fichas continham. Por fim, as fichas foram divididas em cinco principais desfechos: pacientes internados (aqueles que, após o primeiro atendimento, tiveram como desfecho a internação), pacientes que tiveram alta, pacientes transferidos para outros serviços de saúde, fuga e pacientes que foram a óbito. A análise dos pacientes de baixa complexidade foi feita através das cores verde e azul da Classificação de Risco².

Os dados foram analisados através de instrumento elaborado no programa do Windows7 Excel. Neste recurso, foi definido um conjunto de pastas com vínculos entre as mesmas, e com a proteção das células para que não ocorressem erros. Para garantir a eficácia do estudo, foi estabelecida a automatização dos gráficos, de modo que qualquer nova informação inserida na planilha mestre imediatamente atualizasse o gráfico relacionado.

O instrumento continha os dados que possibilitaram a identificação e caracterização como sexo, idade (adultos jovens de 18 e 19 anos, adultos maduros de 20 a 59 anos e idosos acima de 60 anos), procedência (meios próprios, transferência ou trazidos por ambulâncias), a

¹ Neste item foi realizada a análise conforme os turnos da enfermagem: Manhã - das 7h00 às 12h59, Tarde – das 13h00 às 18h59 e Noite – das 19h00 às 7h00.

² Os casos azuis são considerados como aqueles que poderiam ser atendidos na atenção básica, ou seja, que podem aguardar até quatro horas para o atendimento. Já os verdes são aqueles que não são urgentes, ou seja, que podem aguardar até duas horas.

cor da Classificação de Risco e se houve a solicitação de exames de imagem e/ou solicitação de exames laboratoriais. Todos os dados foram analisados de forma descritiva e foram apresentados através de tabelas e gráficos.

Foram analisadas em torno de vinte fichas por letra inicial do nome do paciente, escolhidas aleatoriamente dentre as fichas de atendimento (FIA) deste período, totalizando três mil fichas. Destas, foram excluídas as fichas de gestantes, custodiados da Brigada Militar e reavaliações médicas. Nestas fichas foram verificadas as queixas mais frequentes, sendo identificadas quinze queixas principais. Ainda com relação às queixas relatadas nas fichas de atendimento, foi feita uma análise qualitativa quanto à natureza aguda ou crônica da queixa principal. Também foi analisada a prevalência entre os sexos e a relação com os turnos mais procurados. Por fim, todos os dados puderam ser comparados aos que geraram uma internação ou que foram liberados.

Em tempo, através dessas considerações sobre as FIA, foi possível avaliar como está sendo o preenchimento destes documentos pelos profissionais e como pode ser melhorado como um todo.

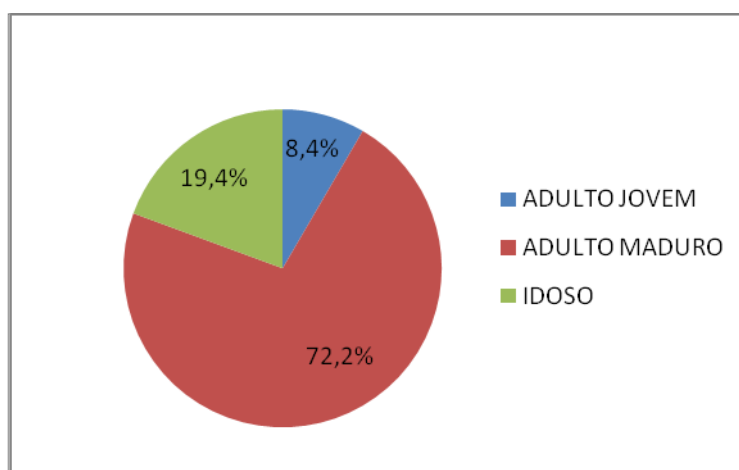
O estudo foi aprovado junto ao hospital através do Aceite Institucional (ANEXO A). Nenhum paciente foi identificado durante a realização do estudo, sendo relevantes somente as informações referentes ao tipo de atendimento prestado e/ou encaminhamentos realizados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise dos seis meses de atendimento, de janeiro a junho de 2014, foram consideradas três mil fichas de atendimento (FIA), sendo que, destas, foram utilizadas no estudo apenas 1896, tendo em vista que foram excluídas as FIA mal preenchidas ou incompletas, bem como as de gestantes, reavaliações médicas e de custodiados da Brigada Militar.

Percebeu-se que a população que frequenta a emergência da FSPSCE é predominantemente de adultos de 20 a 59 anos (72,2%), conforme Gráfico 1.

Gráfico 1 – Relação de atendimentos por faixa etária



Fonte: GUEZ, V. M. A. Fichas de atendimento. Novo Hamburgo, 2015.

Os resultados encontrados estão de acordo com o estudo de Silva *et al* (2007), que demonstra que a média de idade no grupo analisado foi de 37,8 anos com desvio padrão de 17 anos para mais ou para menos. Conforme Oliveira *et al* (2011), entre os pacientes atendidos, a média de idade foi de 41,6 anos, com desvio padrão de 34,6 anos para mais ou para menos, sendo mais prevalente os atendimentos entre 14 e 44 anos. Do mesmo modo, Carret (2007) apresentou a média de idade de 44 anos, com desvio padrão de 20 anos para mais ou para menos.

Os atendimentos foram prioritariamente direcionados ao sexo feminino (74,2%), tendo o sexo masculino representado 25,8% dos mesmos, conforme Tabela 1. Tal achado está de acordo com o estudo de Silva *et al* (2007), onde o sexo feminino foi mais prevalente, o que

também ocorreu no grupo dos internados, porém em menor proporção. Da mesma maneira, Oliveira *et al* (2011) demonstraram que 53,7% dos atendimentos foram destinados a pessoas do sexo feminino e 46,3% do masculino. Carret (2007) também chegou a resultados semelhantes, sendo que as mulheres representavam mais da metade dos atendimentos, ou seja, 52,1%.

Tabela 2 – Relação de atendimentos conforme o sexo.

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	TOTAL	%
FEMININO	292	213	200	243	245	217	1410	74,2
MASCULINO	47	97	101	72	79	90	486	25,8

Fonte: GUEZ, V. M. A. Fichas de atendimento. Novo Hamburgo, 2015.

Quanto ao turno prevalente, esse estudo revelou que os atendimentos na FSPSCE são buscados principalmente no turno da tarde (40,6%), sendo que a manhã teve 31,6% e a noite 27,8%, conforme Tabela 3, abaixo:

Tabela 3 – Relação dos atendimentos por turno.

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total	% total
Manhã	105	97	90	100	105	102	599	31,6
Tarde	132	122	112	135	143	126	770	40,6
Noite	102	91	99	80	76	79	527	27,8

Fonte: GUEZ, V. M. A. Fichas de atendimento. Novo Hamburgo, 2015.

No estudo de Silva *et al* (2007), foi verificado que a maioria dos atendimentos ocorrem nos período diurno (67,2%), não sendo diferenciada manhã e tarde. Já, no estudo de Oliveira *et al* (2011), verificou-se que, das 7 às 12h59, foram atendidos 1.150 (45%) pacientes; das 13 às 18h59h, 1.157 (34%); das 19 às 23h59, 594 (17%) e das 0 às 6h59, 118 pacientes (3%).

Carret (2007) concluiu no seu estudo que os turnos de maior demanda foram tarde e noite, com uma grande concentração nos horários das 14 às 17 horas e das 19 às 21 horas, atingindo um pico de atendimento no período das 19 às 20 horas. Garcia e Reis (2014) também observaram que 38,2% dos atendimentos ocorreram no período da manhã, 32,9% no

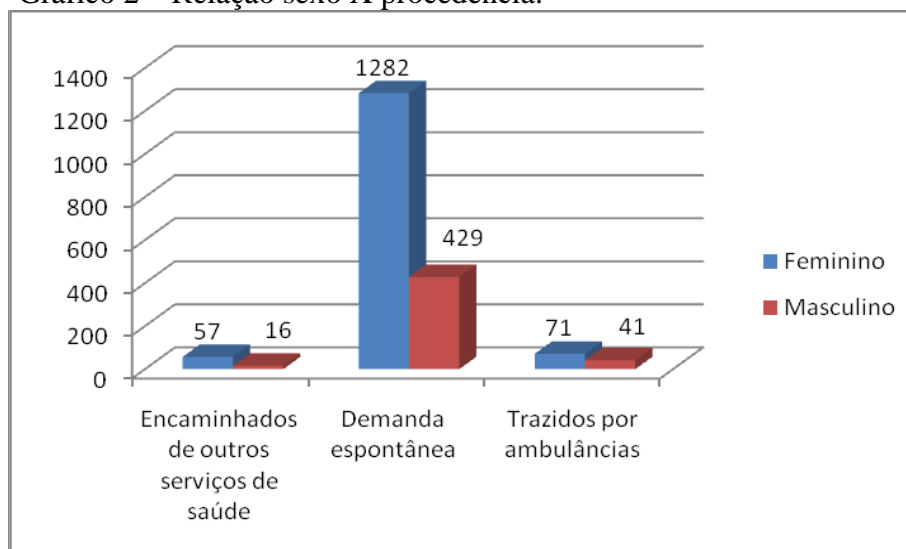
período da tarde, 20,8% no período noturno e apenas 8,2% de madrugada. Dessa maneira, nesta categoria, foi possível concluir que o horário de atendimento trata-se de uma característica de cada população, mas que o turno diurno é, de forma geral, o mais procurado.

Carret *et al* (2011) concluíram em seus estudos que, de maneira geral, pode-se perceber que o perfil da demanda do serviço de emergência varia pouco conforme o tipo de sistema de saúde e o nível de desenvolvimento do país em estudo, e apontam a necessidade de esclarecer a população sobre a importância de um cuidado continuado, que permita estabelecer diagnósticos definitivos e tratamentos adequados.

Quanto à procedência dos indivíduos, foram estabelecidas três principais formas de entrada: A – provenientes de encaminhamento de outros serviços de saúde; B - provenientes por demanda espontânea e C - trazidos por ambulâncias como SAMU e Bombeiros.

Através do Gráfico 2, é possível avaliar o sexo e a procedência da população.

Gráfico 2 – Relação sexo X procedência.



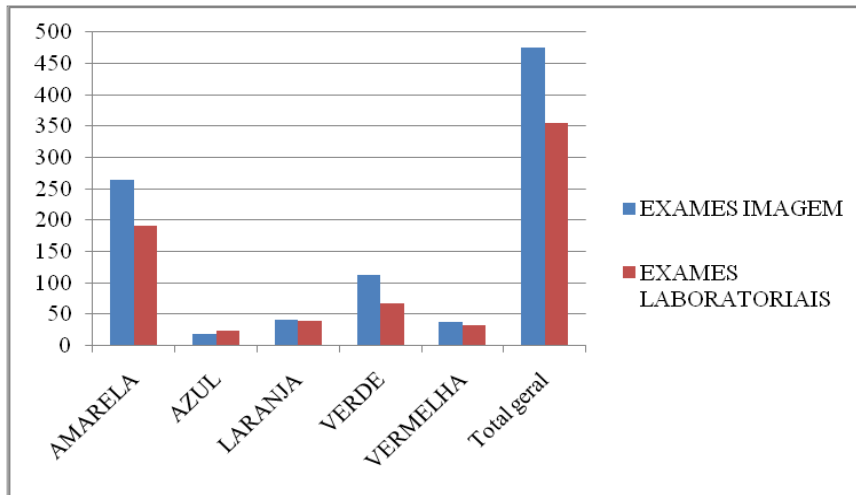
Fonte: GUEZ, V. M. A. Fichas de atendimento. Novo Hamburgo, 2015.

Dessa forma, percebe-se que a prevalência é de pacientes do sexo feminino e a procedência é de demanda espontânea. Conforme Oliveira *et al* (2011), a prevalência de demanda espontânea foi de 95,35%, resultado semelhante a este estudo.

Nos estudos de Abreu (2012), identificou-se que 72,3% dos usuários atendidos por situações clínicas foram transportados para algum serviço de saúde através de ambulâncias, sendo 49,4% levados para hospitais e 20% para unidades de pronto atendimento. Dentre esses atendimentos, apenas 3,7% dos usuários eram acometidos por urgências de gravidade severa.

Com relação à solicitação de exames de imagem e laboratoriais, conforme a sala de atendimento, é possível ilustrar através do Gráfico 3, abaixo:

Gráfico 3 - Relação de exames realizados X classificação de risco.

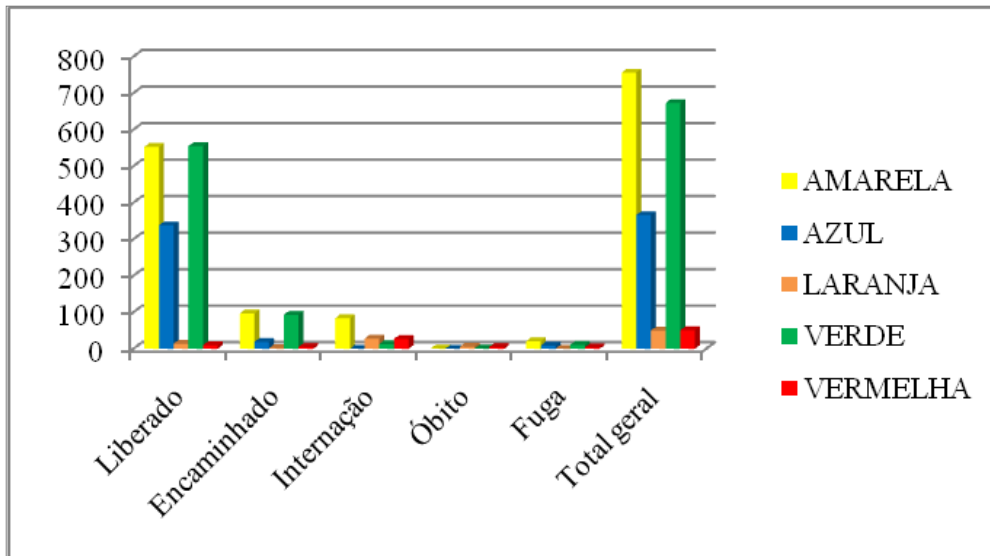


Fonte: GUEZ, V. M. A. Fichas de atendimento. Novo Hamburgo, 2015.

Conclui-se que, conforme a classificação de maior gravidade, mais exames são solicitados, sendo a sala Amarela o local de maior prevalência de exames realizados, principalmente exames de imagem. No estudo de Oliveira et al (2011), os resultados foram diferentes, sendo os exames complementares mais solicitados pela equipe médica: os laboratoriais (sangue) 7,5%, diagnóstico por imagem (raios X, ultrassom e tomografia) 6,3%, fita urinária 5% e eletrocardiograma 5%.

Na relação classificação de risco e desfecho, podemos concluir que a maioria dos pacientes é liberada após primeira avaliação e que os pacientes atendidos nas Salas Vermelha, Laranja e Amarela têm maiores chances de internação hospitalar, conforme Gráfico 4.

Gráfico 4 – Relação classificação de risco X desfecho nos seis meses.

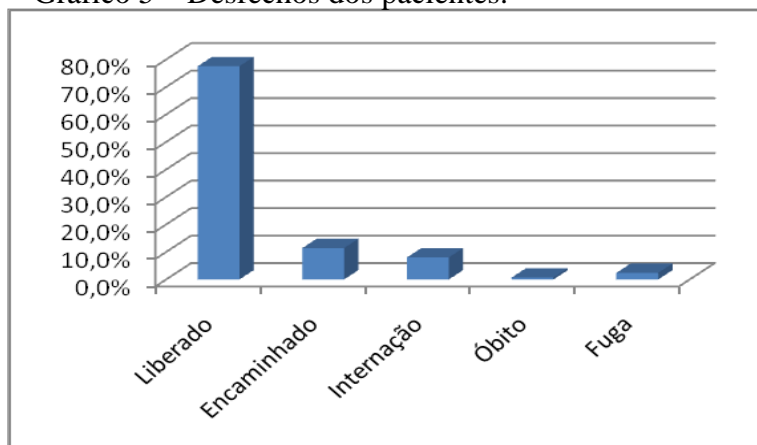


Fonte: GUEZ, V. M. A. Fichas de atendimento. Novo Hamburgo, 2015.

No Gráfico 4, fica ilustrado que a hipótese inicial do estudo, que era de que os casos prevalentes na emergência da FSPSCE eram os de baixa complexidade (azuis e verdes), não se confirmou na sua totalidade, pois a prevalência ficou entre os amarelos e verdes, sendo os mais prevalentes casos “amarelos”, de potencial urgência, seguidos pelos casos “verdes”, ou pouco urgentes. Na contagem geral das classificações, os casos amarelos totalizaram 39,9%, os verdes 35,5%, os azuis 19,3%, os vermelhos 2,7% e os laranjas 2,6%.

No Gráfico 5, é possível verificar que 77,5% dos pacientes foram liberados em menos de 24 horas, 11,4% encaminhados a outros serviços de saúde, 8% internaram, 2,4% não aguardaram o término do atendimento e fugiram, sendo que, neste período, ocorreram 0,7% óbitos de pacientes não internados atendidos na Emergência.

Gráfico 5 – Desfechos dos pacientes.



Fonte: GUEZ, V. M. A. Fichas de atendimento. Novo Hamburgo, 2015.

Na categoria queixa principal, de acordo com informações fornecidas pelos pacientes, foram estabelecidas quinze queixas mais frequentes, que estão distribuídas na Tabela 4:

- Dor aguda – agravo com dor intensa há menos de 24 horas ou dor crônica em processo agudo;
- Dor crônica – dores há mais de 24 horas referentes a problemas de causa recorrente como, por exemplo, problemas osteomusculares;
- Trauma – classificamos como trauma todos os casos de acidentes de trânsito ou de trabalho, quedas, queimaduras, lesões perfuro-cortantes, ferimentos corto contusos e/ou por arma de fogo ou branca;
- Descompensação clínica – casos de pacientes com doenças crônicas que apresentam alguma alteração da doença, como, por exemplo, pacientes diabéticos com hiperglicemia;
- Alergia – nesta categoria foram incluídas queixas de alterações cutâneas sem causa definida; Reação alérgica – nesta categoria foram inclusas queixas de reação alérgica sistêmica com causa definida;
- Crises convulsivas – pacientes trazidos por apresentarem crise convulsiva;
- Dispnéia – pacientes com queixas de dificuldade respiratória;
- Intoxicação exógena – pacientes trazidos por intoxicação exógena;
- Surto psiquiátrico – pacientes trazidos por apresentarem sintomas de descompensação de origem psiquiátrica;
- Desorientação – pacientes trazidos por queixas de desorientação e confusão mental, como, por exemplo, pacientes com sintomas suspeitos de acidente vascular cerebral;
- Infecção aguda – pacientes com queixas claras de infecções agudas, como, por exemplo, sintomas de infecção urinária, como polaciúria e disúria;
- Ansiedade – pacientes referindo queixas de causas psicológicas;
- Mal-estar – nesta categoria enquadram-se aqueles pacientes que relataram tontura, dor não especificada e utilizaram o termo “mal estar” para definir o motivo da procura por atendimento;
- Picada de aranha – por ser um motivo frequente, foi estabelecida a categoria por ferimentos por aranha.

Tabela 4 - Queixa principal X classificação de risco.

QUEIXA PRINCIPAL	AMARELA	AZUL	LARANJA	VERDE	VERMELHA	Total geral
ALERGIA	0	6	0	2	0	8
ANSIEDADE	9	7	0	21	0	37
CRISE CONVULSIVA	6	0	3	0	2	11
DESCOMPENSACAO CLÍNICA	89	1	25	47	12	174
DESORIENTACAO	7	0	2	4	0	13
DISPNÉIA	67	1	4	21	0	93
DOR AGUDA	192	170	4	299	1	666
DOR CRONICA	57	95	1	106	0	259
INFECCAO AGUDA	39	25	0	32	1	97
INTOXICAÇÃO EXOGENA	11	1	1	0	4	17
MAL-ESTAR	33	48	2	46	2	131
PICADA DE ARANHA	1	0	0	4	0	5
REAÇÃO ALERGICA	8	5	0	8	0	21
SURTO PSIQUIATRICO	17	0	1	2	2	22
TRAUMA	218	8	8	81	27	342
Total geral						1896

Fonte: GUEZ, V. M. A. Fichas de atendimento. Novo Hamburgo, 2015.

Na Tabela 4, é possível verificar que, dentre as queixas mais frequentes, o destaque é para os casos de “dor aguda” e “dor crônica” (classificados como verdes), seguidas pelos casos de “trauma” (classificados como amarela).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta do estudo foi a de analisar o tipo de demanda atendida na Emergência da FSPSCE e suas principais queixas, bem como a quantidade de atendimentos classificados como de baixa complexidade. Também teve como uma das principais abordagens a importância do acolhimento com Classificação de Risco, tendo em vista que a classificação realizada é um dos grandes desafios da proposta da política de Humanização do SUS, representando uma das mudanças nos modelos de gestão e atenção à saúde, a qual implica na dignificação de todos os sujeitos envolvidos no cuidado.

O acolhimento é uma porta de entrada onde a população, com qualquer tipo de queixa e condições saúde, irá ter o primeiro contato com o serviço de emergência, considerada referência para atendimento de urgências e emergências.

Nesse sentido, este estudo permitiu conhecer as características da população que procura o serviço de Emergência da FSPSCE, analisando-se os aspectos mais relevantes do atendimento desta demanda, o que permitiu encontrar as dificuldades nos registros e avaliações da equipe multiprofissional. Foi possível concluir que a principal característica da demanda da Emergência da FSPSCE foi atender casos de mulheres, na faixa etária de 20 a 59 anos, provenientes por procura espontânea, no turno da tarde, vítimas de trauma ou com queixas de dores agudas, classificadas como amarelas e verdes, e, conforme maior complexidade, mais exames foram realizados, sendo que a grande maioria obteve alta hospitalar em menos de 24 horas.

A hipótese inicial do estudo de que os casos prevalentes eram os de baixa complexidade, classificados como azuis e verdes, não se confirmou completamente, sendo os mais prevalentes casos “amarelos”, de potencial urgência, seguidos pelos casos “verdes”, pouco urgentes. Contudo, é importante ressaltar que durante a análise das FIA foram observados diversos problemas nos registros, e também diferenças de profissional para profissional na estratificação dos casos, identificando-se falhas no protocolo, o qual ainda não está totalmente implantado. Essa, na nossa avaliação, é uma das principais limitações do estudo.

O envolvimento incompleto por parte dos gestores e trabalhadores com a proposta do acolhimento com classificação de risco tem como consequência a implantação irregular dessa estratégia, repercutindo nas dificuldades na gestão do cuidado, bem como na assistência

prestada. Por isso, é importante que as equipes multiprofissionais discutam sobre o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, e que ocorram espaços para troca de conhecimentos, para que sejam definidos os critérios e sinais que servirão de elementos para a classificação, bem como para a compreensão e a avaliação das situações de vulnerabilidade.

Quanto às queixas principais, evidenciou-se a alta prevalência de sinais e sintomas subjetivos, ou seja, com mínimas informações concretas, demonstrando que é importante reforçar a ideia da integralidade do cuidado à saúde, podendo levar esta discussão para os demais membros da Secretaria Municipal de Saúde a fim de possibilitar um planejamento mais adequado do atendimento na atenção à saúde, otimizando as formas de referências e contrarreferências e possibilitando um tratamento e acompanhamento mais adequado aos problemas de saúde.

Sugere-se que seja efetivada a implantação por completo do Protocolo de Classificação de Risco na FSPSCE, realizando-se treinamento especializado para as equipes e estimulando o envolvimento gradativo dos trabalhadores, a fim de melhorar a organização e a qualidade da assistência prestada à população. Sugere-se também a informatização dos registros realizados na FSPSCE, bem como a utilização de prontuários eletrônicos, uma vez que tais tecnologias, dentre outras aplicações, podem permitir análises mais adequadas do perfil atendido na instituição.

Dessa maneira, aponta-se que a gestão dos recursos disponíveis ainda tem muitos desafios, problemas e dificuldades estruturais a superar. No entanto, iniciando pelo conhecimento da demanda atendida, ainda existem possibilidades para progressos do cotidiano da atenção à saúde, principalmente no que se refere ao acolhimento do paciente na emergência de um serviço de saúde pública, o que contribui assim para o planejamento de ações em saúde e para a reestruturação desse serviço.

REFERÊNCIAS

ABREU, K. P. *et al.* Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre. Vol.33 n° 2. Porto Alegre. Junho. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472012000200021&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 05 de abril de 2015.

ACOSTA, A. M., DURO, C. L., LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm**. Vol.33, n°4. Dezembro. Porto Alegre. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400023> Acesso em 05 de abril de 2015.

ALMEIDA, A. O. **Unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência da Região Metropolitana de Campinas**: aspectos organizacionais e conhecimento teórico dos enfermeiros sobre PCR/RCP. Campinas, São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2008. 144 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS**: Doutrinas e Princípios. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília/DF. 1990. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf> Acesso em 08 de abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde /Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>>. Acesso em 18 de fevereiro de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1600, de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 08 jul, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **QualiSUS**: Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2003.

BITTENCOURT, R. J., HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.

CARRET, M. L. V. **Demanda do serviço de saúde de emergência:** características e fatores de risco para o uso inadequado. 2007. 31 folhas. Tese de Doutorado em Ciências. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2007.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2001. p.113-26.

DIOGO, C. S. **Impacto da relação cidadão – Sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS.** Dissertação. Lisboa: Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa; 2007.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio século XXI:** o dicionário da Língua Portuguesa. 3. ed. rev. E ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FRANCO, F. A. *et al.* A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. **Revista Esc. Anna Nery.** Vol.16, nº.1. Rio de Janeiro. Março, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100021> Acesso em 07 de abril de 2015.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_resultados_amostra.shtm>. Acesso em 07 de julho de 2014.

GARCIA, V. M., REIS, R. K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Rev. bras. enferm.** Vol.67, nº.2. Brasília. Mar./abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000200261&script=sci_arttext> Acesso em 7 de abril de 2015.

GATTI M. F. Z; LEÃO E. R. O papel diferenciado do enfermeiro em serviço de emergência: a identificação de prioridades de atendimento. **Revista Nursing,** São Paulo: n. 73, v. 7, p. 24-29, jun./2004

GOLDIM, J. R. **Aspectos Éticos da Assistência em Situações de Emergência e Urgência.** Porto Alegre. 2003. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/emergen.htm>>. Acesso em 29 de agosto de 2014.

HBA. **Sistema de triagem de Manchester.** Boletim informativo do Hospital de Barlavento Algarvio. Nº1, abril, 2014. Disponível em: <http://www.chb.algarvio.min-saude.pt/Downloads_HSA/CHBAIlg/Boletim%20Informativo%20Nota%20Alta/boletim.pdf> Acesso em 08 de abril de 2015.

LOVALHO, A. F. Administração de serviço de saúde em urgências e emergências. **O Mundo da Saúde,** São Paulo, v.28, nº 2, p.160-171, 2004.

MELZER. P. S. **Acolhimento e Classificação de Risco no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital de Sapiroanga.** Porto Alegre. 2012. Disponível

em:<<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000871547&loc=2013&l=7b978d5df9028b83>>. Acesso em 18 de fevereiro de 2014.

MENDES, A. C. G. **Avaliação da Qualidade da Assistência de Urgência e Emergência: Uma abordagem por triangulação de métodos.** FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Dissertação. Recife. 2009. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2009mendes-acg.pdf>> Acesso em 02 de abril de 2015.

OLIVEIRA, G. N. *et al.* Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Maio-jun 2011;19(3).

SABBADINI, F. *et al.* **Estudo de demanda por atendimento em hospital de emergência.** Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Rio de Janeiro, p.1 – 7, 2007.

SANTOS, S. R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro**, v. 75, n. 6, p.401 – 406. 1999.

SILVA, V. P. M. *et al.* Caracterização do Perfil da Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina.** Vol. 36, no. 4, 2007.

SIMONS, D. A. **Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em alagoas a partir da municipalização da saúde e do programa saúde da família.** Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2008. 163 p.

TANAKA, O. U., MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Mercado FJ. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis, RJ: Vozes; 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTEIO. **Perfil do município de Esteio.** Esteio, 2014. Disponível em: <http://www.esteio.rs.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=185>. Acesso em: 05 de julho de 2014.

RAMOS, C. M. O. **O cotidiano do colhimento com classificação de risco no serviço de emergência:** contribuições para a gerência de enfermagem. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ. 2011.

REGNER, A. P.; NASCIMENTO, R. I. M. **Enfrentamento da Superlotação da Emergência do HNSC:** oportunizando a discussão sistêmica do modelo de atenção do HNSC. Gerência de Pacientes Externos/Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: 2011.

ROSA, W. A. G., LABATE, R. C.. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfemagem**, 13(6):1027-34. 2005.

ROSSANEIS, M. A. *et al.* **Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público.** Revista Eletrônica de Enfermagem. 2011 out/dez;13(4):648-56. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a08.htm>>. Acesso em 25 de agosto de 2014.

SIMONS, D. A. Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do programa Saúde da Família. Recife, Pernambuco: Fundação Osvaldo Cruz- Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, 2008.161 p.

STEIN, A. T. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não-urgentes em serviços de emergência. Porto Alegre: UFRGS, 1998.

ANEXO

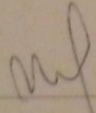
ACEITE INSTITUCIONAL

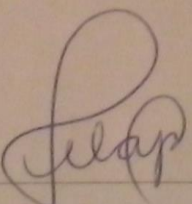
O(A) Sr./Sra. *Marcelo Saldanha, Diretor Técnico e Tatiane Dela Pase, Diretora Administrativa* da *Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio*, estão de acordo com a realização da pesquisa **EMERGÊNCIA COMO PORTA DE ENTRADA DO SUS: a problemática da superlotação e a demanda de pacientes de baixa complexidade**, de responsabilidade da pesquisadora *Viviane Maisa de Ávila Guez* aluna de Pós Graduação *Latu Sensu* no Departamento da **ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO do Curso ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE** da *Universidade Federal do Rio Grande do Sul*.

O estudo envolve a análise dos dados da classificação de risco no acolhimento da Emergência de janeiro de 2014 a maio de 2014, com o objetivo analisar a demanda de pacientes de baixa complexidade avaliados pelo acolhimento conforme a classificação de risco da emergência e os fatores associados para o uso inadequado do serviço. A pesquisa terá a duração de 11 meses com previsão de início em julho de 2014 e término em maio de 2015.

Eu, *Marcelo Saldanha, Diretor Técnico e Tatiane Dela Pase, Diretora Administrativa* responsáveis pela *Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio*, declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esteio, 09 de julho de 2014.


 Drº Marcelo Saldanha
 Diretor Técnico


 Tatiane Dela Pase
 Diretora Administrativa


 EnFª Fernanda de Carli Battistello
 RT de Enfermagem