



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

VIVIAN BIAZON EL REDA FEIJÓ

**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE  
RISCO: ANÁLISE DA DEMANDA ATENDIDA NO PRONTO  
SOCORRO DE UM HOSPITAL ESCOLA**

---

Londrina  
2010

VIVIAN BIAZON EL REDA FEIJÓ

**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE  
RISCO: ANÁLISE DA DEMANDA ATENDIDA NO PRONTO  
SOCORRO DE UM HOSPITAL ESCOLA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Célia Regina Rodrigues Gil

Londrina  
2010

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

F297a Feijó, Vivian Biazon El Reda.  
Acolhimento com avaliação e classificação de risco : análise da demanda atendida no Pronto Socorro de um hospital escola / Vivian Biazon El Reda Feijó. – Londrina, 2010.  
107 f. : il.

Orientador: Luiz Cordoni Junior.

Co-orientador: Célia Regina Rodrigues Gil.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2010.

Inclui bibliografia.

1. Serviços de saúde – Avaliação – Teses. 2. Serviços de saúde – Acolhimento – Teses. 3. Avaliação de riscos de saúde – Teses. 4. Política de saúde – Teses. 5. Humanização na saúde – Teses. 6. Saúde pública – Teses. I. Cordoni Junior, Luiz. II. Gil, Célia Regina Rodrigues. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614.2

VIVIAN BIAZON EL REDA FEIJÓ

**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:  
ANÁLISE DA DEMANDA ATENDIDA NO PRONTO SOCORRO DE  
UM HOSPITAL ESCOLA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior  
UEL – Londrina – PR

---

Prof. Dr. Antonio Cesar Marson  
UEL – Londrina – PR

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regina Kazue Tanno de Souza  
UEL – Londrina – PR

Londrina, 20 de agosto de 2010.

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu marido Luciano,  
amor da minha vida, exemplo de esposo e pai.

Suas atitudes de zelo para comigo  
e com a nossa família fizeram a diferença para  
a conclusão deste trabalho, sem você  
esta conquista teria sido mais difícil, te amo e  
muito obrigada por fazer parte da minha história.

Aos meus filhos Izadora e Luciano Filho,  
exemplos de amor incondicional em minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram em algum momento na realização deste trabalho e se por ventura eu possa não nominá-los, sintam-se lembrados e recebam os meus sinceros agradecimentos.

Acima de tudo e de todos, quero agradecer a DEUS pela sua presença única em minha vida; em todos os momentos de aflição, angústia, preguiça e dificuldades, me trouxe força, incentivo, coragem, criatividade e persistência.

À minha mãe Vera, que desde criança me incentivou e mostrou caminhos dignos de ser alguém; demonstrou capacidade plena de formar e moldar uma filha com diversos talentos e muita energia para que pudessem ser direcionados e usados de maneira adequada.

Obrigada mesmo mãe. Se hoje concluo mais esta vitória, deixo aqui registrado o meu reconhecimento pelo seu amor e dedicação em grande parte da sua vida.

Ao meu pai Karin, que hoje não está mais aqui entre nós, mas sei que, onde ele estiver, estará vibrando e muito feliz por mais esta realização na minha vida profissional.

Ao meu irmão Luiz Guilherme, pelos laços de afeto que nos unem.

À minha sogra Zenir, pelo carinho, incentivo e parceria nestes 14 anos de convivência.

Saiba que você é muito iluminada e especial em nossas vidas.

Às minhas funcionárias de casa, Gisele, Adriana e Cris; sem a parceria de vocês seria impossível terminar e executar esta tarefa; nada é mais importante do que o amor das pessoas pelos nossos filhos e a dedicação ao nosso lar.

Às minhas amigas de Londrina, Ana Valéria, Eliziana, Renata, Sandra, obrigada pela amizade, entendimento e paciência em me ouvir falar tanto deste assunto durante as dificuldades enfrentadas e superadas nesta fase.

Às minhas amigas de Assis, Bia, Débora, Karina, Valéria, Juliana, os meus agradecimentos por terem participado da minha vida e contribuído para que eu conseguisse chegar até aqui.

Às minhas amigas Elza, Ester, Mara, Ana, Eliane, Débora; a colaboração de vocês foi de extrema relevância no meu dia-dia; obrigada pela parceria, entendimento e carinho com a minha filha.

À Diretora de Enfermagem Enf. Dra. Cleusa Takeda Kuwabara o meu muito obrigado pelo incentivo e oportunidade de cursar esta pós-graduação. Você foi grande incentivadora e fonte de inspiração profissional.

Às minhas colegas enfermeiras chefes da divisão de enfermagem: Elzinha, Cláudia, Maura, Patrícia, Estela, Adelaine, obrigada pelo apoio, incentivo e parceria nestes anos que passamos juntas.

Aos enfermeiros que colaboraram intensamente com o seu trabalho no dia-dia do pronto socorro, tornando possível a realização deste estudo; vocês são verdadeiros gladiadores nesta unidade e, com certeza, o trabalho que ali realizam irá ecoar por toda eternidade.

Obrigada mesmo pela oportunidade de compartilharmos juntos conhecimentos e de poder liderar esta grande equipe.

À Enfermeira Luiza e Enfermeiro Alex, coordenadores do Pronto Socorro, que se revezaram no acúmulo de funções durante as minhas ausências, para que este trabalho pudesse ser concluído.

A todos os servidores da Divisão de Pronto Socorro, enalteço a colaboração e envolvimento na prática diária, tornando possíveis estudos como este.

Às secretárias do pronto socorro, Sofia, Sueli, Tereza, Virginia, e todos os que passaram por lá contribuindo para que o banco de dados da AACR se tornasse realidade.

À Diretoria Superintendente e Diretoria Clínica do Hospital Universitário, na pessoa do Dr. Francisco Eugenio e Dr. Marcos Camargo, pelo incentivo e por propiciar condições para a realização deste curso.

Ao César, assessor da Diretoria Clínica, pela sua parceria no trabalho e colaboração junto ao SAME.

Ao Celinho, servidor do SAME, que, com toda sua simpatia e dedicação, me ajudou a encontrar todas as fichas selecionadas para este estudo.

À Neusa Marana, secretária do DEPE, pela colaboração e atenção despendida.

Ao meu orientador Prof. Dr. Luis Cordoni Junior, obrigada por compartilhar comigo os seus conhecimentos e suas contribuições,

À professora Dra. Tiemi Matsuo quero agradecer imensamente por compartilhar os seus conhecimentos e pela sua atenção e disponibilidade em contribuir diretamente com este estudo; com certeza você fez a diferença.

À Prof<sup>a</sup> Dra. Regina Kazue Tanno de Souza, que dividiu comigo os seus conhecimentos, agradeço intensamente pelas valiosas sugestões que tornaram possível a concretização desta dissertação.

Você despertou em mim o amadurecimento das minhas idéias; não me esquecerei do seu carisma durante as aulas e da atenção despendida durante as minhas dificuldades.

Ao Prof. Dr. Marcos Cabrera, pelo incentivo, colaboração e contribuições significativas que viabilizaram este estudo.

A todos os professores e funcionários do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, pela acolhida e por tornar possível meu sonho que ora se transforma em realidade.

Aos colegas de curso de mestrado, pelo companheirismo nos momentos de angústia e de conquista, de dificuldades e de vitória, enfim, pela partilha durante toda esta trajetória.

Fiquei muito feliz de fazer parte desta turma 10; sentirei muitas saudades e, com certeza, construímos grandes amizades.

Às colegas de mestrado Ana Carolina Bertin e Carol Alcântara, pelo incentivo e apoio nesta etapa final.

À colega de mestrado Marcela, pela paciência e organização ao aceitar secretariar a turma 10; saiba que você é muito especial.

Às alunas da graduação em enfermagem Gislene Reis e Anne pela enorme contribuição durante a coleta dos dados.

FEIJÓ, Vivian Biazon El Reda. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: análise da demanda atendida no pronto socorro de um hospital escola. 2010. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

## RESUMO

A área de urgência e emergência constitui-se em importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda nos últimos anos e a insuficiente estruturação da rede de atenção são fatores que têm contribuído para a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência, transformando-os em uma das áreas de maior problemática do SUS. Diante disso, o Ministério da Saúde instituiu em 2004 o Programa Nacional de Humanização (PNH), trazendo como proposta ferramentas e dispositivos que podem efetivamente potencializar a garantia de atenção integral. Destaca-se como diretriz o acolhimento com avaliação e classificação de risco (AACR). Considerando a escassez de estudos relacionados ao uso do protocolo de AACR em serviços de emergência de alta complexidade e sua implantação no Pronto Socorro do Hospital Universitário de Londrina-PR, este estudo teve como objetivo geral analisar a demanda que procurou atendimento neste serviço mediante os critérios do protocolo de AACR e, como objetivos específicos, identificar características e fatores associados à adequação da demanda quanto à finalidade assistencial do serviço. A população de estudo foi constituída por 976 pessoas que procuraram atendimento no período de junho de 2008 a maio de 2009, selecionadas por amostragem sistemática. Os dados foram coletados das fichas do protocolo de AACR e das fichas de atendimento médico nos casos em que o desfecho tenha sido atendimento nesse serviço. Foram digitados e armazenados no programa Epi Info versão 3.5.1 para Windows e analisados no programa SAS. A associação entre as variáveis independentes e as variáveis respostas classificação de risco foi avaliada com o teste de qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Foram considerados adequados à demanda para atendimento no hospital terciário os pacientes classificados como vermelho, amarelo, e verde; os classificados como azul foram considerados inadequados. Verifica-se nos resultados que 82% dos pacientes foram classificados como adequados ao serviço segundo critérios do protocolo. O sexo predominante foi masculino na faixa etária de 20-59 anos. A procura por atendimento foi maior nos dias úteis em horário comercial, coincidindo com o turno de maior procura dos casos menos graves. Na análise estatística verifica-se associação significativa da variável procedência da demanda, horário de procura para atendimento com a adequação da demanda. As variáveis clínica responsável pelo atendimento, destino após atendimento médico, ser acompanhado neste serviço, SSVV, tempo da queixa, procedimentos realizados e comorbidades apresentam associação significativa com a classificação de risco atribuída por cores. Conclui-se com os achados deste estudo que a implantação do AACR contribui na identificação dos casos mais graves e na organização da demanda. Entretanto, a adequação da demanda depende também da organização do sistema de saúde local como um todo. Com base nestas

informações, outros serviços de emergência podem ser motivados a incorporar esta tecnologia de trabalho e de gestão.

**Palavras-chave:** Necessidades e demandas de Serviços de Saúde. Avaliação de risco. Acolhimento. Serviços de urgência.

FEIJÓ, Vivian Biazon El Reda. **Reception with risk assessment and classification:** analysis of demand in the emergency department of a teaching hospital. 2010. 107 f. Dissertation (Master's Degree in Public Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

#### ABSTRACT

The area of emergency care is an important component of health care. The increasing demand in recent years and insufficient structuring of the health care network are factors that contribute to the overload of the emergency services, turning these in one of the most problematic areas of the SUS. With this in mind, the Health Ministry established in 2004 the National Program for Humanization (PNH), proposing tools and devices that can effectively enhance the assurance of comprehensive care. The reception with risk assessment and classification (AACR) stands out as a directive. Considering the scarcity of studies related to the use of the AACR protocol in emergency services of high complexity and their deployment in the Emergency Room of the University Hospital of Londrina-PR, this study aimed to analyze the demand that sought treatment in this service by the criteria of the AACR protocol, and, more specifically, identify the characteristics and factors associated both to the demand and its adequation to the purpose of the service. The study population consisted of 976 people who sought treatment from June 2008 to May 2009, selected by systematic sampling. Data were collected from the records of AACR protocol and medical forms when the outcome has been treatment in this service. Information was entered and stored in the software Epi Info version 3.5.1 for Windows and analyzed using the SAS software. The association between these and the variables response risk assessment was assessed using chi-square or Fisher exact test. Were considered suitable to the demand for treatment at the tertiary hospital the patients classified as red, yellow, and green; those classified as blue were considered unsuitable. The results show that 82% of the patients were classified as suitable to the service, according to the protocol criteria. The predominant gender was male aged 20-59 years. The demand for care was higher on weekdays during business hours, coinciding with the shift of greater demand of the less severe cases. Statistics analysis found a significant association of the variable origin of demand and demand schedule with adequacy of demand. The variables clinic responsible for care, destination after medical care, accompaniment in this service, SSVV, time of complaint, procedures performed and comorbidities show significant association with the risk assessment assigned by colors. It concludes from the results of this study that the implementation of AACR contributed in the identification of the most serious cases and in the organization of demand. However, the adequacy of demand also depends of organization of the local health system as a whole. Based in this information, other emergency services may be motivated to incorporate this work and management technology.

**Keywords:** Needs and demands of Health Services. Risk assessment. Reception. Emergency Services.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 –</b>	Mapa do Paraná dividido em Regionais de Saúde, 2009. ....	38
<b>Figura 2 –</b>	Mapa dos municípios de área de abrangência da 17ª Regional de Saúde, 2009.....	39
<b>Figura 3 –</b>	Fluxograma referente à amostragem e coleta dos dados no PS/HURNP-Londrina-PR, 2008/2009. ....	51
<b>Figura 4 –</b>	Distribuição da demanda segundo o destino do atendimento após AACR. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009.....	57

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	– Distribuição da demanda segundo as variáveis sócio-demográficas e procedência do usuário, PS/HURNP, Londrina-PR/2008-2009.....	52
<b>Tabela 2</b>	– Caracterização da demanda segundo a procedência da procura por atendimento no PS/HURNP. Londrina-PR/2008-2009.....	53
<b>Tabela 3</b>	– Distribuição da demanda segundo dias da semana e horário da procura pelo atendimento. PS/HURNP, Londrina-PR/2008-2009.....	54
<b>Tabela 4</b>	– Distribuição da demanda segundo a variável ter procurado atendimento prévio no evento atual e em qual complexidade. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009 .....	55
<b>Tabela 5</b>	– Caracterização da classificação de risco atribuída por cores de acordo com o protocolo do AACR. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009.....	56
<b>Tabela 6</b>	– Distribuição da demanda segundo a clínica responsável pelo atendimento no PS e desfecho após consulta médica. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009 .....	58
<b>Tabela 7</b>	– Distribuição da demanda segundo tempo de início da queixa atual, conforme protocolo da AACR. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009.....	59
<b>Tabela 8</b>	– Caracterização da avaliação da dor segundo classificação na AACR. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009 .....	59
<b>Tabela 9</b>	– Distribuição da demanda segundo destino do atendimento após AACR e sua associação com a classificação de risco emitida pelo pesquisador. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009.....	60
<b>Tabela 10</b>	– Associação da adequação da demanda com variáveis sócio-demográficas. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009 .....	62

<b>Tabela 11</b> – Distribuição da demanda segundo a clínica responsável pelo atendimento no PS e desfecho após consulta médica. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009 .....	64
<b>Tabela 12</b> – Fatores associados à variável Procedimentos realizados nas primeiras 24 horas de atendimento (somente para pacientes atendidos no HURNP) e classificação de risco. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009 .....	65
<b>Tabela 13</b> – Fatores associados à variável classificação de risco e comorbidades associadas. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009.....	67
<b>Tabela 14</b> – Fatores associados à variável classificação de risco e alteração dos SSVV. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009 .....	69
<b>Tabela 15</b> – Associação da classificação de risco emitida pelo pesquisador com a variável avaliação da dor. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009.....	70
<b>Tabela 16</b> – Associação do tempo de início da queixa atual com a variável classificação emitida pelo pesquisador. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009 .....	71

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AACR</b>	Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco
<b>ACEM</b>	<i>Australasian College of Emergency Medicine</i>
<b>ACHS</b>	<i>Australian Council on Health Care Standards</i>
<b>AE</b>	Auxiliares de Enfermagem
<b>AMEPAR</b>	Associação dos Municípios do Médio Paranapanema
<b>ATS</b>	<i>Australasian Triage Scale</i>
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CC</b>	Centro cirúrgico
<b>CLL</b>	Central de Leitos de Londrina
<b>CISMEPAR</b>	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>EMEL</b>	Escola Municipal de Enfermagem de Londrina
<b>ENA</b>	<i>Emergency Nurses Association</i>
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>FC</b>	Frequência Cardíaca
<b>FR</b>	Frequência Respiratória
<b>GBACR</b>	Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco
<b>GERHUS</b>	Gerenciamento de Recursos Humanos
<b>HC/UEL</b>	Hospital de Clínicas/Universidade Estadual de Londrina
<b>HEL</b>	Hospital Evangélico de Londrina
<b>HURNP</b>	Hospital      Universitário      Regional      Norte      do      Paraná

<b>HZN</b>	Hospital da Zona Norte
<b>HZS</b>	Hospital da Zona Sul
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>ICL</b>	Hospital do Câncer de Londrina
<b>ILES</b>	Instituto Londrinense de Educação de Surdos
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
<b>ISCAL</b>	Irmandade Santa Casa de Londrina
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NAPS-CA</b>	Núcleo de Apoio Psicossocial à Criança e ao Adolescente
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>PA</b>	Pressão Arterial
<b>PAI</b>	Pronto Atendimento Infantil
<b>PAM</b>	Pronto Atendimento Municipal
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PS</b>	Pronto Socorro
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SIATE</b>	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência
<b>SSVV</b>	Sinais Vitais
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>T</b>	Temperatura
<b>UEL</b>	Universidade Estadual de Londrina
<b>UNOPAR</b>	Universidade do Norte do Paraná
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	18
1.1	O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA SAÚDE	19
1.2	CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM LONDRINA-PR	21
1.3	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO — HUMANIZA-SUS	25
1.4	ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO DIRETRIZ	26
1.5	ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO MUNDO, NO BRASIL E EM LONDRINA-PR	28
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	34
2.1	OBJETIVO GERAL	35
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
<b>3</b>	<b>MÉTODOS</b>	36
3.1	DESENHO DO ESTUDO	37
3.2	LOCAL DO ESTUDO	37
3.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO E FONTE DE INFORMAÇÃO	39
3.4	PROCESSO DE AMOSTRAGEM	40
3.4.1	Critérios de Exclusão	41
3.5	FONTE DE DADOS	41
3.5.1	Variáveis Sócio-Demográficas	41
3.5.2	Variáveis Relacionadas à Condição Clínica da Demanda	44
3.5.3	Variáveis Relacionadas à Utilização dos Serviços de Saúde	45
3.5.4	Variáveis Válidas Somente Para Aqueles Pacientes cujo Destino Após AACR Tenha Sido Atendimento no HURNP	46
3.5.5	Variáveis Relacionadas à Adequação da Demanda Emitidas pelo Pesquisador Após Análise Rigorosa do Protocolo Estabelecido no AACR	48
3.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	48
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	49
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	50
4.1	ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS	51
4.1.1	Caracterização da População Estudada	51
4.1.2	Características de Utilização do Serviço de Urgência e Emergência	54

4.1.3	Classificação de Risco Atribuída Por Cores e Destino Para Atendimento da Demanda do Serviço de Urgência e Emergência Após AACR .....	55
4.2	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA DEMANDA E SEU DESFECHO APÓS ATENDIMENTO MÉDICO .....	57
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>72</b>
5.1	CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DA DEMANDA ATENDIDA E MODOS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.. .....	73
5.2	FATORES ASSOCIADOS À ADEQUAÇÃO DA DEMANDA.....	79
5.3	ASSOCIAÇÃO ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS, INTENSIDADE DA DOR, TEMPO DE INÍCIO DA QUEIXA E PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS 24 HORAS DE ATENDIMENTO INICIAL.....	85
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>87</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>93</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>100</b>
	ANEXO A – FICHA DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE RISCO .....	101
	ANEXO B – FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DO PRONTO SOCORRO .....	102
	ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	103
	ANEXO D – ESTRUTURA E ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	104
	ANEXO E – OF. CIRCULAR DIR. SUP. Nº 004 DE 14/03/2008 .....	105

## 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê assistência à saúde fundamentada nas diretrizes de universalidade, igualdade e equidade, assim como a hierarquização do atendimento, respeitando os princípios de referência e contra referência nos níveis primário, secundário e terciário (BARBOSA et al., 2007).

Com o objetivo de consolidação dos sistemas estaduais de urgência e emergência, foi publicado pelo Ministério da Saúde (MS) o Regulamento Técnico de Urgência e Emergência (BRASIL, 2002), propondo a implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articulando os serviços, definindo fluxo e referência resolutive, esta última, vista como elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade da atenção prestada.

A área de urgência e emergência constitui-se em importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços dessa área nos últimos anos e a insuficiente estruturação da rede de atenção são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de urgência e emergência, transformando-os em uma das áreas mais problemáticas do SUS (BRASIL, 2002).

O aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto sobre o SUS e o conjunto da sociedade, impacto esse medido pelo aumento dos gastos com esse perfil de pacientes (BRASIL, 2002).

De acordo com a Portaria 2048 do Ministério da Saúde (MS), a assistência às urgências se dá predominantemente pelos pronto-socorros(PS), estando eles devidamente equipados ou não. Abertos 24hs do dia, acabam por funcionar como porta de entrada do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência eminente, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais (BRASIL, 2002).

Ainda, a Portaria 2048 propõe a implantação nas unidades de atendimento às urgências do acolhimento e da “triagem classificatória de risco”. Esse processo deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2002).

Mais que uma previsão legal, a classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado àqueles em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza.

Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência, superlotando-as. Essa realidade assistencial é agravada por problemas organizacionais dos serviços, entre eles a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada, acarretando graves prejuízos aos usuários (BRASIL, 2002).

A hierarquização da atenção ou da assistência estabelece que haja fluxos ascendentes, que deveriam ser iniciados pelas chamadas portas de entrada do sistema, e caberia à atenção básica esse papel (DAVID, 2003).

No entanto, a dificuldade de acesso à atenção ambulatorial especializada e à atenção hospitalar impacta no atendimento de emergência, que passa a ser a principal forma de acesso para especialidades e tecnologias médicas (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Tal problemática decorre da desorganização do sistema de referência e contra-referência, no qual os atendimentos de baixa e média complexidade são desviados das unidades básicas de saúde (UBS) para as unidades hospitalares, sobrecarregando-as (SANTOS et al., 2003).

O retrato do atendimento de urgência e emergência na maioria dos hospitais públicos do Brasil tem como característica principal a ineficiência, resultando em atendimento de baixa qualidade, longo tempo de espera e acúmulo de pacientes nos corredores e macas dos PS (BARBOSA et al. 2007).

Os diferentes níveis de atenção devem relacionar-se de forma complementar por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e

contra-referência, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhes cabe e se responsabilizando pelo encaminhamento dela quando não tiver os recursos disponíveis ao atendimento.

De acordo com Mendes (2002), o usuário é vítima da organização dos serviços voltados para atenção aguda. Para Barros (2007), a procura por atendimento em unidades de urgência deve-se à busca de atenção para certo sofrimento em conjunto com uma relativa facilidade de acesso.

Desdobra-se daí a questão do acesso aos serviços que, de modo geral, são organizados burocraticamente a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004). Diante do exposto, o MS tem reafirmado o Humaniza - SUS como política que permeia as diferentes ações e instâncias do Sistema Único da Saúde.

Caracterizar o padrão de utilização dos serviços de urgência e emergência tornou-se necessário ao planejamento e à avaliação dos serviços de saúde.

## 1.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM LONDRINA-PR

### **ρ CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO**

O município localiza-se no norte do Estado do Paraná, consolidando-se como principal ponto de referência e exercendo grande influência e atração regional (LONDRINA, 2008).

O município de Londrina é sede da Associação dos Municípios do Média Paranapanema (AMEPAR), congregando vinte e um municípios, com uma população estimada de 943.038 habitantes, segundo o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2007 (LONDRINA, 2008).

No decorrer de sua história Londrina vem apresentando um papel predominantemente voltado para a prestação de serviços, assumindo tendência de centro de comércio no atendimento a toda uma região. Esse movimento

culminou na criação da Região Metropolitana, que envolve os municípios de Cambé, Ibiporã, Jataizinho, Rolândia, Tamarana e Bela Vista do Paraíso, constituindo uma população de 761.086 habitantes no ano de 2007 (LONDRINA, 2008).

A condição apresentada confere ao município uma influência econômica representada principalmente pelos recursos disponíveis nas áreas de saúde, educação e tecnologia (RAMOS, 2002).

A Política Municipal de Saúde tem como objetivo promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, assegurando a equidade na atenção, diminuindo as desigualdades e promovendo serviços de qualidade, observando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas ações e nos serviços de saúde, com ênfase em programas de ação preventiva e humanização do atendimento (LONDRINA, 2008).

Quanto à distribuição da população por faixa etária, Londrina está acompanhando uma tendência nacional. O aumento da população de idosos e redução da natalidade e da população jovem sugerem um envelhecimento populacional, com a emergência de doenças crônico-degenerativas. Quanto à taxa de mortalidade, observa-se o aumento de mortalidade por doenças circulatórias, seguido das neoplasias e causas externas (LONDRINA, 2008).

## **ρ HISTÓRICO E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DE LONDRINA-PR**

A organização do Sistema de Saúde de Londrina reflete desde seu início a incorporação de alguns princípios constantes nas diretrizes do SUS, os quais foram sendo aperfeiçoados.

Essa história teve início nos anos 1970, a partir da implantação, pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), de duas unidades básicas de saúde em bairros urbano-periféricos (Jardim do Sol e Vila Fraternidade), para servirem de campo de estágio para estudantes do curso de Medicina. Nesse período, o rápido crescimento da rede acompanhou o crescimento populacional nas regiões periféricas da cidade, em função da ocupação dos conjuntos habitacionais (RAMOS, 2002).

A consequência disso foi um aumento da demanda por assistência à saúde, fazendo com que o modelo preconizado inicialmente fosse pressionado a assumir características do modelo médico-curativo, com prioridade na produção de assistência individual (RAMOS, 2002).

Ressalta-se a discussão, em âmbito nacional, por um sistema de saúde integral, equânime, que atingiu seu ápice na 8ª Conferência Nacional de Saúde, e se concretizou com a criação do SUS, na Constituição Federal de 1988.

No ano de 1994, tornou-se evidente a necessidade de transformação do modelo de atenção. Neste mesmo ano, iniciou-se a informatização da rede, modificando a sistemática do trabalho e propiciando maior agilidade no manuseio dos dados e informações em saúde, além da implantação do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE), que organizou o atendimento ao trauma no município (NERY, 2006).

O SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) foi implantado em 2003, sendo o seu papel assistencial dar direcionamento e atendimento aos casos de urgência clínica. Entretanto, SIATE e SAMU são serviços integrados quando a demanda ultrapassa a capacidade funcional de um dos serviços (LONDRINA, 2006).

Visando à ampliação da oferta de serviços de saúde, 19 municípios da 17ª Regional de Saúde criaram o CISMENPAR (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema), que, a partir de 1995, passou a gerenciar a rede de serviços especializados de saúde no município de Londrina (NERY, 2006).

A atenção básica na assistência à saúde em Londrina está estruturada a partir das equipes de saúde da família distribuídas nas 52 UBS, sendo 13 em área rural e as demais na área urbana (LONDRINA, 2008).

A implantação dessas unidades ocorreu nas regiões periféricas com características da atenção primária à saúde, cuja expansão se deu principalmente em função da construção dos Conjuntos Habitacionais na década de 80. O processo de melhoria do modelo assistencial foi estruturado a partir da implantação maciça do Programa Saúde da Família (PSF) em 2001, atingindo a cobertura de 70% da população do município (LONDRINA, 2008).

As UBS se constituem porta de entrada do SUS e têm por objetivo oferecer assistência integral às necessidades básicas de saúde, promover ações de promoção de saúde e prevenção de agravos.

O acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no município se dá a partir das UBSs e serviços de pronto atendimento, que contam com apoio de um complexo regulador.

No ano de 2007 houve um avanço significativo no acesso aos procedimentos especializados (consultas, exames, terapias, entre outros), nos diversos pontos de atenção à saúde. O município implementou ações de regulação da atenção à saúde, desde a UBS até os serviços hospitalares. Na rede de atenção estão incluídos os serviços estaduais, filantrópicos e particulares (LONDRINA, 2008).

## **ρ O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM LONDRINA-PR**

O atendimento em urgência/emergência pré-hospitalar móvel é realizado pelo SAMU – 192 e SIATE – 193.

O município presta atendimento pré-hospitalar fixo em urgência/emergência em quatro unidades de saúde, sendo uma na região sul - a UBS União da Vitória (16 h diariamente) -, uma na região norte - a UBS Maria Cecília (16 h diariamente) -, uma na região oeste - a UBS Leonor (24 h) – e, na região central, o Pronto Atendimento Municipal (adulto e infantil) 24h (LONDRINA, 2008).

O atendimento de urgência/emergência hospitalar é realizado através dos pronto socorros da cidade, que se diferenciam pela complexidade. Os Hospitais da Zona Norte e da Zona Sul são hospitais gerais e atendem a procura espontânea como também atendimentos referenciados pelas unidades básicas de saúde, pronto-atendimentos e SAMU/SIATE (LONDRINA, 2008).

Os hospitais gerais terciários – Irmandade Santa Casa de Londrina-ISCAL, Hospital Evangélico de Londrina-HEL e Hospital Universitário da Região do Norte do Paraná (HURNP) - recebem preferencialmente pacientes

encaminhados pelos SIATE/SAMU e pronto-atendimentos, evitando a sobrecarga dessas unidades hospitalares e as distorções da procura espontânea.

O município possui uma estrutura considerável de serviços de saúde e, com o propósito de aprimorar, qualificar e garantir o acesso do usuário da assistência à saúde, foi implementado o complexo regulador, integrando as centrais de regulação de atenção às urgências, de internação e a ambulatorial (LONDRINA, 2008).

Ressalta-se que o HURNP é o único hospital de alta complexidade que atende exclusivamente os pacientes do SUS e ainda recebe grande demanda espontânea no pronto socorro. Essa situação vem motivando os gestores de saúde a promoverem a implantação de novas estratégias administrativas instituídas pelo SUS, para melhor adequação e organização do fluxo de atendimento às urgências e emergências na rede de atenção.

### 1.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO — HUMANIZA – SUS

#### **ρ HISTÓRICO:**

Em 2001, a humanização do SUS ganhou seu primeiro nome: era o Programa Nacional de Assistência Hospitalar, uma ação do Ministério da Saúde que buscava implantar e ordenar as ações no campo da atenção humanizada nos serviços de saúde. Este Programa foi inicialmente operacionalizado através de um projeto piloto em hospitais: o Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH) (REDE HUMANIZA SUS, 2010).

O PNHAH preconizava ações que davam ênfase à melhoria da assistência, focando principalmente as relações entre usuários e profissionais da área da saúde. Desde então, a humanização avançou também em outras instâncias do SUS e o que era um programa se transforma, ao final de 2003, em uma Política: a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH) (REDE HUMANIZA SUS, 2010).

Com a PNH, as ações de humanização voltam-se também para as demais instâncias da saúde, pois a Política objetiva a garantia e efetivação do

SUS através da mudança dos modos de fazer, dos modelos de atenção e gestão da saúde.

A Política Nacional de Humanização (HUMANIZA-SUS), instituída em 2004 pelo MS, aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, e tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde (BRASIL, 2004b).

O Humaniza-SUS lança mão de ferramentas e dispositivos que podem efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada; dentro dessas, destaca-se como diretriz o acolhimento com avaliação e classificação de risco (BRASIL, 2009).

#### 1.4 ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO DIRETRIZ

Implementar o acolhimento com classificação de risco como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde. O acolhimento com avaliação e classificação de risco nos permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. (BRASIL, 2004).

A avaliação de risco não deve ser considerada prerrogativa exclusiva do profissional da saúde, pois o usuário e sua rede social devem também ser considerados no processo (RAMOS; LIMA, 2003).

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de receber, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência,

estabelecendo articulações com esses estabelecimentos para garantir a eficácia dos encaminhamentos (BRASIL, 2004).

Acredita-se que o modo de operar dos serviços de saúde tem produzido sofrimento e baixa qualidade de vida não só aos usuários, mas também aos profissionais da saúde. A reversão desse processo nos convoca ao desafio de construirmos alianças éticas com a produção da vida, em que o compromisso com os sujeitos, usuários e profissionais da saúde esteja no centro desse processo.

A tecnologia de avaliação de risco pressupõe agilidade no atendimento a partir da análise, sob a ótica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004).

Assim, na percepção de Santos et al. (2003), o acolhimento com classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho.

A crescente demanda nas portas dos serviços de urgência e emergência contribuiu para que ocorresse fluxo de atendimento desordenado dos usuários nas portas dos pronto socorros, tornando-se oportuna a reorganização do processo de trabalho desses serviços de saúde.

Faz-se necessário atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência prestada aos diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais de modo impessoal e por ordem de chegada (SANTOS et al., 2003).

## 1.5 ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO MUNDO, NO BRASIL E EM LONDRINA-PR

O histórico que se segue foi extraído do site do grupo brasileiro de acolhimento com classificação de risco (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

Os principais serviços de urgência e emergência, tanto no Brasil quanto no mundo, discutem a necessidade de utilizar algum tipo de metodologia para conhecer com maior qualidade as situações que levam à procura por atendimento e com isso avaliar aqueles com maior risco. Esse movimento tornou-se importante, pois algumas instituições realizaram avaliações e chegaram à conclusão de que estavam atendendo ou por ordem de chegada ou por exclusão e nem sempre as pessoas com problemas clínicos ou traumáticos com risco maior de morte estavam sendo atendidas com prioridade, o que pode agravar ainda mais o estado de saúde.

Alguma forma de triagem sempre foi feita em serviços de urgência e emergência em nosso meio, seguindo, no entanto, a lógica da exclusão. Triagem significa classificação ou priorização de itens e classificação de risco não pressupõe exclusão. O termo triar vem do verbo francês *trier*, tipar, escolher. Em muitos hospitais ou serviços de urgência e emergência, o setor triagem existia antes mesmo de se fazer o cadastro da pessoa. A triagem era realizada após o cadastro/registo/ficha com o objetivo de sempre escolher quem será atendido primeiro.

Nos EUA a triagem foi utilizada no serviço militar para classificar os soldados feridos. A experiência nos campos de batalha mostrava que a intenção era sempre reencaminhar o maior número de combatentes para as batalhas o mais rápido possível. Com o tempo os prontos socorros americanos acabaram utilizando a mesma abordagem nos serviços de saúde, pelo aumento da demanda entre os anos de 1950 e 1960.

Nesse mesmo período, nos EUA, começou um movimento na atuação médica para diminuir os médicos generalistas que atendiam em casa e aumentar os atendimentos em consultório, direcionando, principalmente nos finais

de semana, os pacientes de consultório para os hospitais, contribuindo assim com a super lotação nestes serviços e com o aumento dos médicos especialistas.

Com o aumento dos especialistas, os pronto socorros americanos começaram a ser procurados por pessoas com problemas não graves, que poderiam ser assistidas em outros serviços, sendo necessário para isso a implementação de algum método para classificar essa demanda. Foram chamados os médicos e os enfermeiros com maior experiência nos campos de batalha ou catástrofes.

Os três sistemas mais comuns de triagem nos EUA foram:

- ▶ **Traffic director** (fluxista): um funcionário administrativo conduz o paciente para o local de atendimento ou para uma sala de espera, baseado em sua impressão inicial;

- ▶ **Spot-check**: útil para emergências de pequena demanda; os pacientes não esperam. O funcionário registra o paciente e encaminha para a enfermeira da triagem que classifica sua gravidade, baseado numa breve abordagem;

- ▶ **Comprehensive triage**: A triagem é realizada por enfermeira experiente em emergência e o objetivo é conseguir informações suficientes para determinar a gravidade e a prioridade de cuidado, baseado nas necessidades físicas, de desenvolvimento e demandas psicossociais, assim como fatores que influenciam o acesso.

Na Austrália, pacientes que procuravam assistência médica não eletiva no final dos anos 1960 não eram sempre classificados: aqueles que chegavam de ambulância eram priorizados, os que caminhavam eram avaliados por ordem de chegada.

No ano de 1970 foi criado no *Box Hill Hospital*, em Melbourne, uma escala de cinco categorias. Essa escala foi modificada posteriormente com melhores descritores de urgência e necessidade de cuidados médicos e ficou conhecida como *Ipswich Triage Scale*.

Seguem abaixo as cinco categorias utilizadas na *Ipswich Triage Scale*:

1. Pacientes com risco de vida imediato,
2. Risco de vida iminente,
3. Potencial risco de vida,
4. Pacientes potencialmente graves,
5. Menos urgentes.

Nos anos 1990, a *Ipswich Triage Scale* foi informatizada e testada em hospitais australianos quanto à utilidade, aplicabilidade e validade. Em 1993, o *Australasian College of Emergency Medicine (ACEM)* adotou essa escala como parte das Políticas de Triagem e a chamou *National Triage Scale (NTS)*. Ela agora é conhecida como *Australasian Triage Scale (ATS)* e tem sido adotada pelas autoridades de saúde e pelo *Australian Council on Health Care Standards (ACHS)* como base de avaliação do desempenho das Unidades de Emergência.

No Brasil a PNH, que em sua implantação teve o foco inicial voltado para os hospitais, desde a década de 90, ampliou seus objetivos, avaliando também a humanização nos serviços primários de saúde.

Um dos desafios da PNH era, e ainda é, transformar a realidade das filas nos serviços de saúde, seja primário, secundário ou terciário.

A primeira experiência concreta no Brasil sobre acolhimento com humanização ocorreu no Hospital Mario Gatti em Campinas em 2001, sendo que antes outras instituições utilizaram experiências de outros países, mas não avançaram. Este processo foi avaliado e aprovado pelos técnicos do Ministério da Saúde do Brasil e se tornou a Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em 2004 do PNH, sendo disponibilizado para todo o Brasil. Após a implantação em Campinas-SP, o Hospital Nossa Senhora da Conceição, do Grupo Hospitalar Conceição Porto Alegre – RS e Hospital Ernesto Ramalho de João Pessoa na Paraíba-PB, foram pioneiros na utilização da ferramenta em suas realidades.

Em 2005, no estado de Minas Gerais, com a assessoria do QualiSUS do Ministério da Saúde e com discussões acadêmicas locais, o Hospital Municipal Odilon Behrens, de Belo Horizonte- MG, implantou o protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, baseando-se na experiência do Hospital Mario Gatti de Campinas, no protocolo canadense, no australiano e no ATLS – Advanced Trauma Life Support.

O Acolhimento com Classificação de Risco agora se espalha por todo o país, não apenas organizando as portas de entrada de Urgências e Emergências, mas também induzindo organizações de serviços intra-hospitalares e formação de Redes de Atenção à Saúde, demonstrando ser potente ferramenta para humanização da atenção e da gestão na construção do SUS que queremos.

Em Londrina foi implantado em julho de 2007 na unidade de Pronto-Socorro do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Instituiu-se no processo de trabalho o acolhimento com avaliação e classificação de risco de todos os pacientes que solicitam atendimento clínico, cirúrgico e ortopédico nesse serviço. Esta nova tecnologia de trabalho foi implantada com o intuito de humanizar, organizar a demanda e melhorar o fluxo de atendimento, tendo como objetivo prioritário reduzir a fila de espera dos pacientes mais graves ou potencialmente graves, passando a dar prioridade a estes.

O projeto foi uma iniciativa institucional do próprio Hospital Universitário de Londrina- PR. Após o conhecimento das práticas já implantadas em outros serviços, em especial serviços do Hospital Mario Gatti de Campinas-SP e Hospital Municipal Odilon Behrens de Belo Horizonte- MG, agregado ao conhecimento teórico e científico disponível, partiu-se para a elaboração do projeto e dos instrumentos necessários e direcionados para a realidade de trabalho da instituição.

O HURNP subsidiou toda construção do novo processo de trabalho tendo como modelo as diretrizes do Humaniza-SUS e a Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco do PNH 2004. Utilizou como ferramenta operacional o protocolo sugerido pelo MS, sendo necessárias pequenas adaptações voltadas às necessidades da rede de atenção municipal de Londrina-PR e a realidade de atendimento do seu pronto-socorro.

Para que a implantação pudesse ser viabilizada na data mencionada, a administração do HURNP, em parceria com a chefia médica e de enfermagem da unidade de pronto-socorro, elaborou previamente estratégias gerenciais e operacionais para que o protocolo pudesse ser inserido na prática diária de atendimento. Durante esse período muitas dificuldades surgiram e tiveram que ser superadas, em especial aquelas relacionadas ao fluxo de

atendimento dos pacientes na rede de atenção e à competência profissional da equipe multidisciplinar inserida no processo.

Todos os profissionais envolvidos no atendimento do pronto-socorro foram devidamente treinados dentro da proposta do HUMANIZA-SUS, desde porteiro, recepção, administrativo, equipe de enfermagem, médica, serviço social e limpeza.

Diversas reuniões de trabalho entre as equipes de atendimento e de gerência da urgência e emergência foram realizadas com o intuito de orientar e capacitar todos os envolvidos. Esses momentos foram extremamente relevantes, pois proporcionaram a elaboração e pactuação de estratégias conjuntas para viabilizar na prática o atendimento dentro do protocolo.

Apesar das diversidades de pensamento e conduta, a equipe de enfermagem da unidade permaneceu unida e atuante dentro do mesmo propósito, porém a equipe médica apresentou comportamentos variados em relação à prática do AACR, alguns participativos, outros não, tornando-se um fator dificultador do processo.

Todas as autoridades envolvidas com a saúde do município e outros serviços de saúde da rede de atenção local foram participados formalmente das mudanças através de ofício enviado pelo Diretor Superintendente do HURNP em exercício (Anexo E).

Essas medidas foram programadas para serem efetivadas em parceria com o gestor local através de um pacto de gestão municipal; no entanto, devido ao excesso de demanda desorganizada, somado à necessidade de reforma estrutural do serviço, tornou-se necessária e oportuna a implantação do novo processo de atendimento mesmo antecedendo ao pacto de gestão municipal.

Considerando o HURNP referência para atendimento de alta complexidade neste município e dos pertencentes à 17ª Regional de Saúde, foi de extrema importância e relevância o entendimento dos outros serviços de saúde nessa nova prática. Ela apresentava como propostas melhorias no fluxo dos encaminhamentos advindos das diversas complexidades, contribuindo para melhor organização, direcionamento e adequação da demanda.

O processo vem se aperfeiçoando de forma dinâmica todos os dias, para que atenda à real necessidade do serviço, sendo construído e fortalecido institucionalmente na rede de atenção municipal perante os outros serviços de saúde nas diversas complexidades.

Dentro desse contexto, considerando a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no HURNP, surgiu a pergunta que motivou este estudo: como se caracteriza a população que procura atendimento no pronto-socorro de um hospital escola público após a implantação do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco?

Com este estudo pretende-se conhecer melhor as características dessa população e contribuir com os avanços relacionados aos modos de operar os serviços de urgência e emergência, identificando aspectos relacionados ao uso desses serviços como porta de entrada do usuário ao SUS.

## 2 OBJETIVOS

## 2.1 OBJETIVO GERAL

- ▶ Analisar a demanda de pacientes atendida no Pronto Socorro do Hospital Universitário de Londrina mediante os critérios do protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Caracterizar o perfil da demanda atendida de acordo com as variáveis sócio-demográficas e modos de utilização dos serviços de saúde.
- ▶ Identificar fatores associados à adequação da demanda quanto a sua finalidade assistencial do PS.
- ▶ Verificar associação entre a classificação de risco e alteração de sinais vitais, intensidade da dor, tempo de início da queixa e procedimentos realizados nas 24 horas de atendimento inicial.

### 3 MÉTODOS

### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

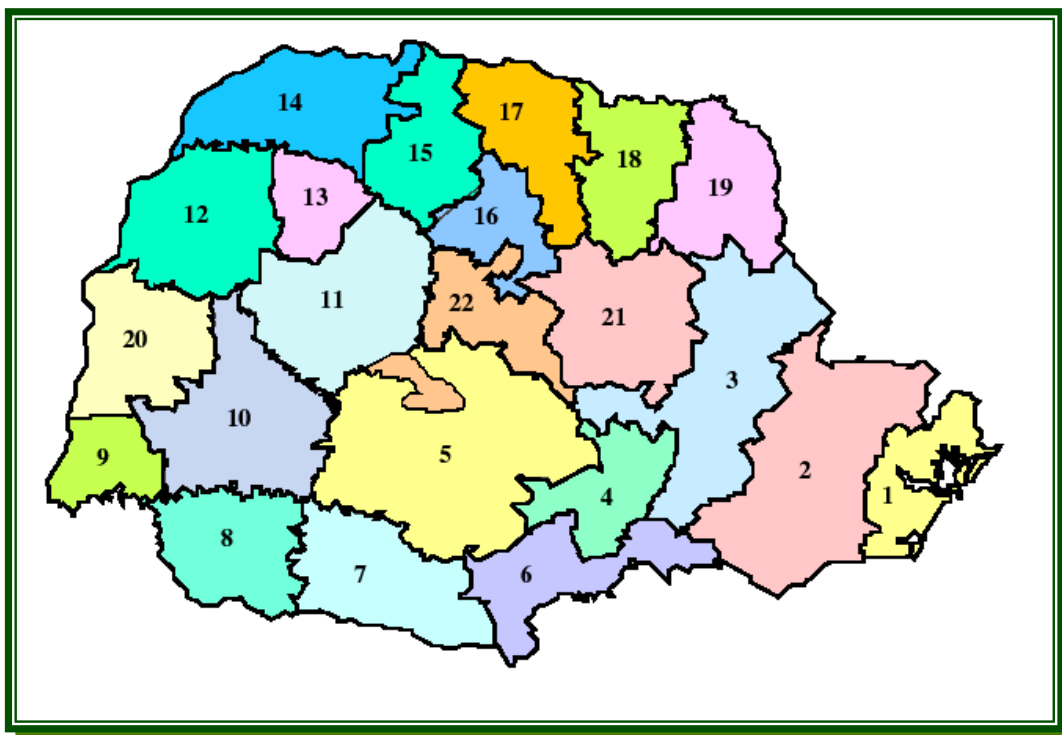
Trata-se de um estudo individual observacional transversal.

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Pronto Socorro do HURNP. É o único hospital público de grande porte no Norte do Paraná, constituindo em um Centro de Referência Regional para o SUS.

Possui capacidade de internações de 317 leitos, distribuídos pelas diversas especialidades médicas, totalmente à disposição do SUS. Mantém Pronto Socorro em regime de plantão permanente, oferecendo atendimentos gerais e especializados nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Ortopedia/Traumatologia e Anestesiologia.

No contexto geográfico, o HURNP situa-se em Londrina, município sede (polo estadual e polo micro regional) da 17ª micro região de Saúde do Plano Diretor de Regionalização do SUS no Estado do Paraná. Sua região de referência é composta por 21 municípios vizinhos.



**Figura 1** – Mapa do Paraná dividido em Regionais de Saúde, 2009.  
**Fonte:** Paraná. Secretaria de Estado da Saúde (2010)



**Figura 2** – Mapa dos municípios de área de abrangência da 17ª Regional de Saúde, 2009.

**Fonte:** Paraná. Secretaria de Estado da Saúde (2010).

\*O mapa acima não apresenta o município de Assaí que foi incluído em 2007.

### 3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E FONTE DE INFORMAÇÃO

A população do estudo foi constituída por todas as pessoas que procuraram atendimento direto ou por referência no pronto socorro do HURNP e necessariamente tenham passado pela consulta de enfermagem no acolhimento com avaliação e classificação de risco com o desejo de atendimento médico nas unidades de atendimento Pronto Socorro Cirúrgico (PSC), Pronto Socorro Clínico

(PSM) e Pronto Socorro Ortopédico (PSORT), no período de junho/2008 a maio/2009, totalizando 16.193 pacientes elegíveis.

A classificação de risco foi realizada por avaliação dos dados clínicos registrados nos protocolos dos pacientes atendidos na AACR, sendo operacionalizada pelo responsável por esta pesquisa. O fluxo dos pacientes avaliados e classificados seguiu a padronização por cores recomendada pelo Ministério da Saúde no Plano Nacional de Humanização, descrita abaixo (BRASIL, 2004b).

A classificação de risco ocorreu nos seguintes níveis:

- ▶ **VERMELHO:** prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato;
- ▶ **AMARELO:** prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível;
- ▶ **VERDE:** prioridade 2 – prioridade não urgente;
- ▶ **AZUL:** prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

### 3.4 PROCESSO DE AMOSTRAGEM

O tamanho da amostra foi calculado em 1000 pacientes que procuraram atendimento, considerando-se a frequência esperada de 50% para um evento, por ser a que gera o maior tamanho de amostra, nível de confiança de 95% e margem de erro de 3% em um total de 16193 atendimentos. Os casos foram selecionados por amostragem sistemática a partir da listagem dos atendimentos elegíveis, ordenada em função da data do atendimento, para garantir a representação proporcional dos meses que compõem o período do estudo.

Dessa forma, para seleção da amostra, considerou-se um intervalo de amostragem de 16. O atendimento cujo prontuário não foi localizado

foi considerado como perda; sendo assim, a amostra estudada totalizou 976 pacientes, com perda de 2,3%.

#### 3.4.1 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da amostra os casos que não tiveram seu prontuário localizado ou ficha do protocolo de AACR não preenchida.

### 3.5 FONTE DE DADOS

Os dados foram extraídos da análise das fichas do Protocolo de Avaliação de Risco (Anexo A) e Fichas de Atendimento Médico do Pronto Socorro (Anexo B), nos casos em que o desfecho após a consulta de enfermagem foi atendimento no HURNP. Essas fichas foram obtidas de um arquivo próprio do Hospital Universitário de Londrina, responsável pela ordem e guarda dos prontuários médicos.

Dos dados registrados nas fichas, foram consideradas as variáveis a seguir.

#### 3.5.1 Variáveis Sócio-Demográficas

**ρ SEXO**

- ▶ Feminino
- ▶ Masculino

### ρ FAIXA ETÁRIA

A idade foi calculada a partir da data de nascimento informada pelo usuário na ficha cadastral prévia ao atendimento na AACR e foi caracterizada como:

- ▶ <12 anos
- ▶ 12 a 19 anos
- ▶ 20 a 39 anos
- ▶ 40 a 59 anos
- ▶ 60 anos ou +

### ρ MUNICÍPIO DE ORIGEM

Foram considerados os moradores do município de Londrina, de outros municípios do estado do Paraná e outros estados do Brasil.

- ▶ Londrina
- ▶ Outros municípios do estado
- ▶ Outros estados

### ρ PROCEDÊNCIA DO ENCAMINHAMENTO

- ▶ Procura direta pelo usuário em busca de atendimento;
- ▶ Retorno do Pronto-Socorro Clínico (PSM), Pronto Socorro Cirúrgico (PSC) e Pronto-Socorro Ortopédico (PSORT);
- ▶ Encaminhamento médico particular;
- ▶ Serviços ambulatoriais;
- ▶ Serviços de assistência social e segurança pública (presídios);
- ▶  
entral de regulação estadual;

Serviço de atendimento móvel de emergência (SAMU);

- ▶ Serviço de atendimento ao trauma e emergência (SIATE);
- ▶ Unidade Básica de Saúde (UBS);
- ▶ Hospital de Zona Norte (HZN);
- ▶ Hospital da Zona Sul (HZS);
- ▶ Pronto Atendimento Médico (PAM);
- ▶ Ambulatório do Hospital das Clínicas (HC);
- ▶ Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR).

#### **ρ DIAS DA SEMANA**

Foram considerados dias da semana de segunda a sexta feira e sábado e domingo, final de semana.

- ▶ Segunda-feira;
- ▶ Terça-feira;
- ▶ Quarta-feira;
- ▶ Quinta-feira;
- ▶ Sexta-feira;
- ▶ Sábado;
- ▶ Domingo.

#### **ρ HORÁRIO DA PROCURA PELO ATENDIMENTO**

O horário foi caracterizado de acordo com os turnos de trabalho: manhã, tarde, noite e madrugada.

- ▶ Manhã (07h00min-12h59min);
- ▶ Tarde (13h00min-18h59min);
- ▶ Noite (19h00min-23h59min);
- ▶ Madrugada (24h00min-06h59min).

### 3.5.2 Variáveis Relacionadas à Condição Clínica da Demanda

#### **ρ SINAIS VITAIS (SSVV)**

Considerado SSVV como alterado/inalterado de acordo com os padrões estabelecidos por Du Gas (1988), utilizado no protocolo do AACR.

A dor, considerada o quinto sinal vital neste serviço, seguiu a padronização estabelecida por Pimenta (1996) na escala de classificação numérica de 0-10, utilizada no protocolo do AACR.

- ▶ Pressão Arterial (PA) - alterada /inalterada;
- ▶ Frequência Cardíaca (FC) - alterada/inalterada;
- ▶ Frequência Respiratória (FR) - alterada/inalterada;
- ▶ Temperatura (T) - alterada/inalterada;
- ▶ Dor - (escala de 0 a 10);
- ▶ Saturação - alterada (< 96%)/inalterada.

#### **ρ TEMPO DE INÍCIO DA QUEIXA ATUAL**

Foi considerado o tempo de início do sintoma informado pelo usuário durante a entrevista de avaliação de risco e caracterizado como:

- ▶ Até 06 hs de início da queixa;
- ▶ De 7 a 12 horas;
- ▶ De 13 a 24hs;
- ▶ 1 semana;
- ▶ 1 mês;
- ▶ Mais de 1 mês.

**ρ COMORBIDADES INFORMADAS PELO PACIENTE DE ACORDO COM O CHECK- LIST DO PROTOCOLO**

- ▶ Cardiopatia;
- ▶ Diabetes mellitus;
- ▶ Tabagismo;
- ▶ Etilismo;
- ▶ Insuficiência renal;
- ▶ Déficit neurológico;
- ▶ Antecedentes cirúrgicos;
- ▶ Gestante;
- ▶ Marca passo;
- ▶ Doença infecto-contagiosa;
- ▶ Hipertensão arterial;
- ▶ Insuficiência hepática;
- ▶ Convulsivo;
- ▶ Acompanhamento do HURNP, por outra doença prévia;
- ▶ Alergias.

3.5.3 Variáveis Relacionadas à Utilização dos Serviços de Saúde

**ρ VERIFICAR SE O USUÁRIO PASSOU POR OUTRO SERVIÇO DE SAÚDE NO EVENTO ATUAL**

Foi considerada a informação do usuário registrada durante a entrevista do AACR referente a ter passado por atendimento médico prévio no mesmo evento atual.

- ▶ Sim;
- ▶ Não.

**ρ SE RESPOSTA AFIRMATIVA NA VARIÁVEL ACIMA, APONTAR QUAL É A COMPLEXIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE QUE FOI PROCURADO**

O nível hierárquico de assistência à saúde seguiu o estabelecido pela portaria do Ministério da Saúde número 648/2006(Brasil, 2006).

O item “não se aplica” refere-se aos pacientes que responderam não ter passado por consulta médica no evento atual.

- ▶ Atenção básica;
- ▶ Média complexidade;
- ▶ Alta complexidade;
- ▶ Não se aplica.

**ρ DESTINO PARA ATENDIMENTO APÓS A AVALIAÇÃO DE RISCO**

- ▶ Atendimento no HURNP;
- ▶ Referenciado para outro serviço de saúde.

**ρ SE REFERENCIADO PARA OUTRO SERVIÇO DE SAÚDE, QUAL?**

- ▶ PAM;
- ▶ UBS;
- ▶ Hospital Ortopédico;
- ▶ Hospital da Zona Norte (HZN);
- ▶ Hospital da Zona Sul (HZS);
- ▶ Município de origem;
- ▶ Outro hospital de alta complexidade;
- ▶ Não se aplica para aqueles que não foram referenciados para outros serviços de saúde.

**3.5.4 Variáveis Válidas Somente Para Aqueles Pacientes cujo Destino Após AACR Tenha Sido Atendimento no HURNP**

**ρ ESPECIALIDADE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO NO HURNP**

- ▶ PSM;
- ▶ PSC;
- ▶ PSORT.

## **ρ PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO ATENDIMENTO MÉDICO INICIAL**

Foram considerados os procedimentos elencados na ficha de atendimento médico do pronto socorro somente nas primeiras 24 horas de atendimento.

O acesso venoso foi considerado realizado por todos os pacientes que receberam algum tipo de medicamento injetável.

Referente à variável curativo, foram considerados os diferentes tipos e tamanhos de curativos em todas as partes do corpo, os procedimentos realizados pela oftalmologia devido a corpo estranho ocular e os procedimentos ortopédicos relacionados à colocação e retirada de gesso ou tala gessada.

- ▶ Monitorização cardíaca;
- ▶ Oxigenioterapia;
- ▶ Entubação e ventilação mecânica;
- ▶ Acesso Venoso;
- ▶ Curativo;
- ▶ Raio X de Tórax;
- ▶ Exames laboratoriais;
- ▶ Exames de imagem.

## **ρ DESFECHO APÓS ATENDIMENTO MÉDICO, CONSIDERANDO SOMENTE AS PRIMEIRAS 24HS DE ATENDIMENTO**

Foram consideradas as anotações da ficha de pronto socorro após consulta médica inicial.

- ▶ Atendimento médico seguido de alta;
- ▶ Observação por 24 horas;
- ▶ Internação imediata;
- ▶ Transferência para Centro-Cirúrgico (CC);
- ▶ Transferência para Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- ▶ Transferência para enfermaria;
- ▶ Transferência para outro hospital;
- ▶ Óbito.

### 3.5.5 Variáveis Relacionadas à Adequação da Demanda Emitidas Pelo Pesquisador Após Análise Rigorosa do Protocolo Estabelecido no AACR

#### ρ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Foi considerada a classificação de risco sugerida pelo protocolo de AACR (BRASIL, 2004).

- ▶ Vermelho;
- ▶ Amarelo;
- ▶ Verde;
- ▶ Azul.

#### ρ DEMANDA ADEQUADA / INADEQUADA

Parecer emitido pelo pesquisador baseado na classificação de risco atribuída por cores às pessoas que procuraram o pronto socorro do HURNP conforme o estabelecido pelo protocolo do AACR.

Foram considerados adequados à demanda para atendimento no serviço estudado os pacientes classificados como urgência (vermelho, amarelo e verde); os classificados como azul foram considerados inadequados.

- ▶ Adequada;
- ▶ Inadequada.

### 3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram digitados e armazenados no programa Epi Info versão 3.5.1 para Windows e analisados no programa SAS (SAS Institute Inc. Cary, N.C.).

As características da população foram apresentadas em tabelas de contingência, contendo frequências absolutas (n) e relativas (%). A associação entre as variáveis independentes e a classificação de risco foi avaliada com o

teste de qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Os valores de  $p < 0,05$  foram estatisticamente significativos.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo obedeceu a diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

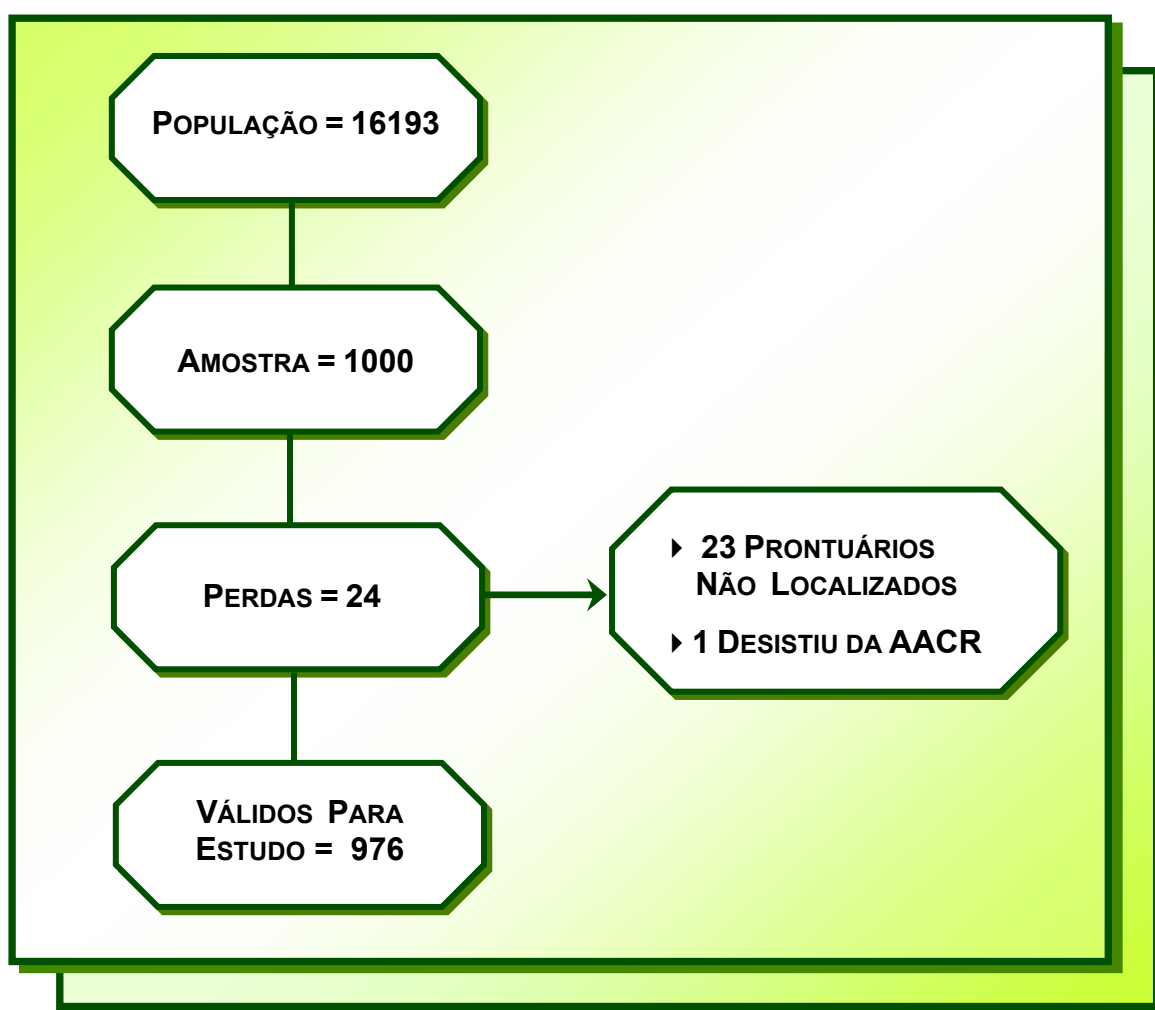
- ▶ Foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina, parecer nº 228/08 (Anexo C).

## 4 RESULTADOS

## 4.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

### 4.1.1 Caracterização da População Estudada

Foram analisados 976 casos entre os 1000 amostrados para realização do estudo; ocorreram 24 perdas, entre as quais 23 prontuários não localizados com a ficha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, e um paciente realizou a abertura do cadastro para atendimento, porém desistiu da consulta médica (Figura 3).



**Figura 3** — Fluxograma referente à amostragem e coleta dos dados no PS/HURNP-Londrina-PR, 2008/2009.

Os resultados mostram maior procura por atendimento de usuários do sexo masculino (58,6%). Observou-se o predomínio de atendimentos na faixa etária de adultos jovens de 20 a 59 anos (63,0%). A média de idade é de 42,6 anos, com desvio padrão de 21 anos. A idade varia de 1 a 94 anos (Tabela1).

A maioria da população que procurou atendimento no período estudado residia no município de Londrina (83,4%); em outros municípios do estado, 16,3% e em outros estados do Brasil, 0,3% (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição da demanda segundo as variáveis sócio-demográficas e procedência do usuário, PS/HURNP, Londrina-PR/2008-2009.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	%
<b>SEXO</b>		
Feminino	404	41,4
Masculino	572	58,6
<b>FAIXA ETÁRIA*</b>		
< 12 anos	57	5,9
12 a 19	87	8,9
20 a 39	324	33,3
40 a 59	289	29,7
60 ou +	216	22,2
<b>MUNICÍPIO DE ORIGEM</b>		
Londrina	814	83,4
Outros municípios do Paraná	159	16,3
Outros estados	3	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>976</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Protocolo do AACR, PS/HURNP-Londrina-PR/2008-2009.

\* Excluídos 3 casos em que a idade é ignorada.

Quanto à procedência dos pacientes que procuraram atendimento no serviço, 56,0% realizaram procura direta por escolha pessoal e 6,5% foram admitidos pelo Serviço de Atendimento Pré-hospitalar de Urgência e Emergência (SAMU e SIATE). Retornaram por orientação médica do corpo clínico 10,2%, entre esses 7,3% foram retornos referentes à especialidade cirúrgica (Tabela 2).

A demanda procedente dos serviços ambulatoriais da rede de atenção local foi de 4,6%; da central estadual de regulação foi de 3,1% e a procedente diretamente das unidades básicas de saúde foi de 11,6% (Tabela 2).

Procuraram o serviço de alta complexidade após atendimento nos serviços de média complexidade, incluindo hospitais da Zona Norte, Zona Sul e Pronto Atendimento Municipal, 8,0% dos usuários (Tabela 2).

**Tabela 2 –** Caracterização da demanda segundo a procedência da procura por atendimento no PS/HURNP. Londrina-PR, 2008-2009.

PROCEDÊNCIA DO USUÁRIO	FREQUÊNCIA	%
Retorno PSC	71	7,3
Retorno PSM	4	0,4
Retorno PSORT	24	2,5
Serviços ambulatoriais	46	4,6
Central de regulação estadual	30	3,1
PD	547	56,0
SAMU	35	3,6
SIATE	28	2,9
UBS	113	11,6
HZN /HZS/PAM	78	8,0
<b>TOTAL</b>	<b>976</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Protocolo de AACR,PS /HURNP-Londrina-PR/2008-2009.

#### 4.1.2 Características de Utilização do Serviço de Urgência e Emergência

Verificou-se que o horário de maior procura para atendimento é o turno da manhã (42,0%), seguido do turno vespertino (36,2%) e do noturno (21,8%) (Tabela 3).

Quanto aos dias da semana, o maior volume da demanda se deu de segunda a quinta-feira, sendo que a segunda-feira foi o dia mais procurado (17,6%) (Tabela 3).

**Tabela 3 –** Distribuição da demanda segundo dias da semana e horário da procura pelo atendimento. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	%
<b>DIAS DA SEMANA</b>		
Segunda	172	17,6
Terça	147	15,1
Quarta	142	14,5
Quinta	138	14,1
Sexta	126	12,9
Sábado	125	12,8
Domingo	126	12,9
<b>HORÁRIO DA PROCURA POR ATENDIMENTO</b>		
07 – 12: 59h.	410	42,0
13 – 18: 59h.	353	36,2
19 – 23: 59h.	166	17,0
24 – 06: 59h.	47	4,8
<b>TOTAL</b>	<b>976</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Protocolo de classificação de risco, HURNP-Londrina-PR/2008-2009.

A análise da variável “passou por outro serviço na queixa atual” demonstra que 43,0% da demanda já haviam procurado outra instituição de saúde. Dos que procuraram outro serviço no mesmo evento atual, 20,6% dos pacientes passaram no serviço de média complexidade, 15,7% receberam atendimento em unidade básica de saúde e 7,2% passaram pelo serviço terciário, considerando inclusive a própria instituição estudada (Tabela 4).

**Tabela 4 –** Distribuição da demanda segundo a variável ter procurado atendimento prévio no evento atual e em qual complexidade. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	%
<b>PASSOU POR OUTRO SERVIÇO DE SAÚDE NA QUEIXA ATUAL</b>		
Sim	425	43,5
Não	551	56,5
<b>TOTAL</b>	<b>976</b>	<b>100,0</b>
<b>COMPLEXIDADE DO SERVIÇO ONDE PROCUROU ATENDIMENTO PRÉVIO</b>		
Primário	153	36,0
Secundário	202	47,5
Terciário	70	16,5
<b>TOTAL</b>	<b>425</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Protocolo de AACR, HURNP-Londrina-PR/2008-2009.

#### 4.1.3 Classificação de Risco Atribuída Por Cores e Destino Para Atendimento da Demanda do Serviço de Urgência e Emergência Após AACR

Quanto à classificação de risco atribuída por cores observa-se o predomínio da classificação de risco na cor verde (60,3%), seguido dos pacientes classificados como amarelo (20,5%), azul (17,7%) e vermelho (1,5%) (Tabela 5).

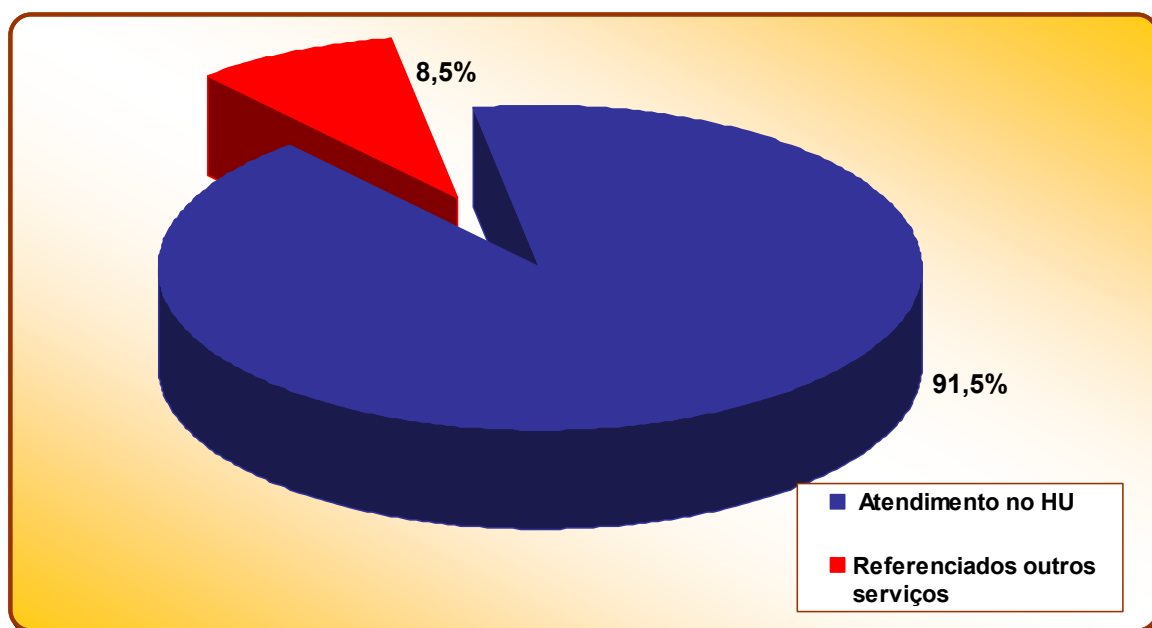
**Tabela 5 –** Caracterização da classificação de risco atribuída por cores de acordo com o protocolo do AACR. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	FREQUÊNCIA	%
Vermelho	15	1,5
Amarelo	200	20,5
Verde	588	60,3
Azul	173	17,7
<b>TOTAL</b>	<b>976</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Protocolo do AACR, PS/HURNP-Londrina-PR-2008/2009.

De acordo com a classificação de risco atribuída por cores a partir do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco, 82,3% da demanda estudada foram considerados adequada à finalidade assistencial do serviço e 17,7% foram considerados inadequada (Tabela 5).

Embora 82,3% da demanda foram considerados adequados ao perfil assistencial do HURNP, 91,5% permaneceram após a AACR, aguardando atendimento no serviço, e somente 8,5% foram referenciados para outros serviços de saúde dentro da rede de atenção municipal (Figura 4).



**Figura 4** – Distribuição da demanda segundo o destino do atendimento após AACR. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009.

**Fonte:** Protocolo de AACR, PS/HURNP- Londrina-PR-2008/2009.

#### 4.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA DEMANDA E SEU DESFECHO APÓS ATENDIMENTO MÉDICO

Quanto à clínica responsável por atendimento no HURNP, verifica-se na Tabela 6 o predomínio dos atendimentos relacionados às especialidades cirúrgicas (56,3%), seguido do atendimento clínico (21,7%).

O pronto socorro ortopédico representa 13,1% dos atendimentos e o pronto socorro obstétrico 0,4%. Os atendimentos referentes à obstetrícia refletem somente casos que procuraram atendimento clínico e foram encaminhados para especialidade após a avaliação de risco, pois essa especialidade não fez parte do estudo.

Na análise do desfecho após atendimento médico, 72,7% dos casos receberam alta hospitalar após o atendimento médico durante as primeiras 24 horas iniciais, 16,2% internação imediata, 9,8% permaneceram em observação por 24 horas, 0,8% foram direto para o Centro Cirúrgico, 0,2% tiveram indicação

imediate de Unidade de Terapia Intensiva e somente 0,4% dos pacientes foram transferidos para outro serviço de saúde (Tabela 6).

**Tabela 6 –** Distribuição da demanda segundo a clínica responsável pelo atendimento no PS e desfecho após consulta médica. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	%
<b>CLÍNICA RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO NO HURNP</b>		
Não atendido no PS	83	8,5
PSM	212	21,7
PSC	549	56,3
PSORT	128	13,1
PSO	4	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>976</b>	<b>100,0</b>
<b>DESTINO APÓS ATENDIMENTO MÉDICO</b>		
Alta	611	72,7
Observação por 24hs	82	9,8
Internação imediata	136	16,2
Transferência para o CC	7	0,8
Aguardou UTI	2	0,2
Transferência para outro hospital	3	0,4
<b>TOTAL*</b>	<b>841</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Protocolo do AACR, PS/ HURNP, Londrina-PR/2008-2009.

\* A diferença do total se deve aos pacientes que foram referenciados para outro serviço e aqueles que desistiram do atendimento médico.

Entre os pacientes que referiram tempo de início da queixa clínica atual, 23,2% relataram início havia seis horas, e 49,9% relataram tempo de uma semana ou mais (Tabela 7).

**Tabela 7 –** Distribuição da demanda segundo tempo de início da queixa atual PS/HURNP, Londrina-PR / 2008-2009.

TEMPO DE INÍCIO DA QUEIXA	FREQUÊNCIA	%
Até 06hs	226	23,2
7 a 12hs	78	8,0
13 a 24hs	186	19,1
1 semana	305	31,3
1 mês	105	10,8
+ de 1 mês	76	7,8
<b>TOTAL</b>	<b>976</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Protocolo do AACR, PS/HURNP-Londrina-PR/2008-2009.

Quanto à variável dor, a categoria mais frequente foi a não referida; logo, entre as intensidades de dor, a dor moderada foi a mais frequente (Tabela 8).

**Tabela 8 –** Caracterização da avaliação da dor segundo classificação na AACR. PS/HURNP, Londrina-PR / 2008-2009.

AVALIAÇÃO DA DOR	FREQUÊNCIA *	%
Leve (1 - 4)	216	22,2
Moderada (5- 8)	223	22,9
Intensa (8 - ou +)	143	14,7
Não referida	392	40,2
<b>TOTAL</b>	<b>974</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Protocolo da AACR, HURNP-Londrina-PR/2008-2009.

\*2 pacientes não tiveram o registro do dado no protocolo.

**ρ ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À ADEQUAÇÃO DA DEMANDA**

Quanto à classificação de risco atribuída por cores, observa-se que os casos considerados adequados ao perfil assistencial do HURNP classificados como vermelho (100,0%), amarelo (98,0%) e verde (93,0%) apresentam associação significativa com o atendimento no serviço ( $p < 0,001$ ). Verificou-se nas fichas do AACR que os quatro casos amarelos referenciados já estavam em acompanhamento por outro serviço de alta complexidade, sendo devidamente encaminhados para continuidade do tratamento (Tabela 9).

Dos casos referenciados para outro serviço de saúde, os classificados como azul são os mais frequentes (23,1%). Na Tabela 9 podemos verificar o índice de associação significativa dessa classificação com o encaminhamento para outro serviço de saúde ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 9** – Distribuição da demanda segundo destino do atendimento após AACR e sua associação com a classificação de risco emitida pelo pesquisador. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009.

VARIÁVEL	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EMITIDA PELO PESQUISADOR								TOTAL	
	VERMELHO		AMARELO		VERDE		AZUL		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>DESTINO APÓS AACR (P&lt;0,001)<sup>†</sup></b>										
Atendimento no HURNP	15	100,0	196	98,0	547	93,0	133	76,9	891	91,3
Referenciado p/ outro serviço	-	-	4	2,0	41	7,0	40	23,1	85	8,7
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	<b>588</b>	<b>100,0</b>	<b>173</b>	<b>100,0</b>	<b>976</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Protocolo do AACR, PS/HURNP-Londrina-PR/2008-2009.

<sup>†</sup> Valor de p do teste de qui-quadrado.

Em relação à adequação da demanda e seus fatores associados, observa-se nos resultados que o sexo masculino é mais frequente quanto a sua adequação em 83,5%, seguido do sexo feminino em 79,7% dos casos; entretanto, não se verifica associação estatística significativa da variável sexo e a adequação da demanda (Tabela 10).

Quanto à faixa etária, a adequação da demanda se manteve na mesma proporção entre as idades e não apresenta associação estatística significativa (Tabela 10).

A adequação da demanda apresenta associação significativa com a variável procedência da demanda e horário de procura para atendimento no AACR (Tabela 10).

Os resultados da variável procedência da demanda demonstram que a maioria dos pacientes atendidos no serviço está adequada ao seu perfil assistencial. Salientamos que, dos pacientes que realizaram procura direta para atendimento, 82,8% são classificados como adequados e, quanto aos retornos programados, somente 39,4% são considerados adequados ao serviço.

Constata-se que a maioria dos casos referenciados de outros serviços de saúde após atendimento médico estão adequados ao serviço de alta complexidade (Tabela 10).

O horário da procura por atendimento médico demonstra que, no turno da noite e madrugada, a demanda é mais adequada ao perfil assistencial do serviço do que durante o turno comercial. Dos casos atendidos à noite, 92,2% foram classificados como adequados e na madrugada, 95,7%; no entanto, no período da manhã houve 74,6% de adequação e de tarde, 83,8% (Tabela 10).

As variáveis dias da semana do AACR e ter passado por outro serviço de saúde na queixa atual não apresentam diferenças significativas nas proporções de casos adequados (Tabela 10).

Quanto aos dias da semana, os resultados apontam que, de segunda-feira a sexta-feira, a adequação da demanda varia de 79,3% a 80,2%, e no final de semana de 84,0% a 88,8%; sendo assim, os finais de semana têm uma frequência maior de adequação da demanda ao perfil assistencial do serviço estudado.

**Tabela 10** – Associação da adequação da demanda com variáveis sócio-demográficas, HURNP- Londrina-PR,2009. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009.

VARIÁVEL	DEMANDA INADEQUADA				TOTAL	
	SIM		NÃO		n	%
	n	%	n	%		
<b>SEXO (p = 0,122)</b>						
Feminino	82	20,3	322	79,7	404	41,4
Masculino	94	16,5	478	83,5	572	58,6
<b>FAIXA ETÁRIA (p = 0,681)</b>						
< 12	7	12,3	50	87,7	57	5,8
12 a 19	15	17,3	72	82,7	87	8,9
20 a 39	60	18,5	264	81,5	324	33,2
40 a 59	58	19,9	234	80,1	292	30,0
60 ou +	36	16,7	180	83,3	216	22,1
<b>PROCEDÊNCIA (p &lt; 0,001)</b>						
Procura Direta	94	17,2	453	82,8	547	56,0
SIATE+SAMU	-	-	63	100,0	63	6,5
UBS	13	11,5	100	88,5	113	11,6
HZN+HZS+PAM	3	3,9	75	96,1	78	8,0
Serviços ambulatoriais	5	10,9	41	89,1	46	4,7
Retornos do HURNP	60	60,6	39	39,4	99	10,1
CLL	1	3,4	29	96,6	30	3,1
<b>HORÁRIO DO AACR (p &lt; 0,001)</b>						
07-12:59	104	25,4	306	74,6	410	42,0
13-18:59	57	16,2	296	83,8	353	36,2
19-23:59	13	7,8	153	92,2	166	17,0
24-06:59	2	4,3	45	95,7	47	4,8
<b>DIA DA SEMANA DO AACR (p = 0,319)</b>						
Segunda	34	19,8	138	80,2	172	17,6
Terça	28	19,1	119	80,9	147	15,1

Continua...  
...continuação.

Quarta	31	21,8	111	78,2	142	14,5
Quinta	23	16,7	115	83,3	138	14,1
Sexta	26	20,7	100	79,3	126	12,9
Sábado	20	16,0	105	84,0	125	12,8
Domingo	14	11,2	112	88,8	126	13,0
<b>PASSOU POR OUTRO SERVIÇO DE SAÚDE NA QUEIXA ATUAL (p =0,914)</b>						
Sim	76	17,9	349	82,1	425	43,5
Não	100	18,2	451	81,8	551	56,5
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>800</b>	<b>100,0</b>	<b>976</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Protocolo do AACR, PS/HURNP-Londrina-PR/2008-2009.

Os resultados da Tabela 11 mostram a associação da classificação de risco com a clínica responsável pelo atendimento no HURNP ( $p < 0,001$ ) e o destino após o atendimento médico ( $p < 0,001$ ).

Dos casos atendidos no PSM verifica-se que 45,3% são classificados como verde, 40,0% como amarelo, 10,9% como azul e somente 3,8% vermelho. No pronto socorro cirúrgico, 66,1% são classificados como verde, 16,6% como amarelo, 16,0% como azul e somente 1,3% como vermelho (Tabela 12).

A variável “destino após atendimento médico” demonstra que 66,8% dos casos que tiveram alta nas primeiras vinte e quatro horas após o atendimento inicial foram classificados como verde e 20,0% classificados como azul.

Nos casos classificados como azul não é verificada internação imediata; quanto aos pacientes transferidos de serviço, 100% são classificados como verde e, nos casos classificados com o vermelho, 100,0% aguardam UTI (Tabela 11).

**Tabela 11 –** Distribuição da demanda segundo a clínica responsável pelo atendimento no PS e desfecho após consulta médica. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009.

VARIÁVEL	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO								TOTAL	
	VERMELHO		AMARELO		VERDE		AZUL		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>CLÍNICA RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO NO HURNP (P&lt;0,001)*</b>										
Não atendido no HURNP	-	-	4	4,8	40	48,2	39	47,0	83	8,5
PSM	8	3,8	85	40,0	96	45,3	23	10,9	212	21,7
PSC	7	1,3	91	16,6	363	66,1	88	16,0	549	56,3
PS Ortopédico	-	-	20	15,6	86	67,2	22	17,2	128	13,1
PS Obstétrico	-	-	-	-	3	75,0	1	25,0	4	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	<b>588</b>	<b>100,0</b>	<b>173</b>	<b>100,0</b>	<b>976</b>	<b>100,0</b>
<b>DESTINO APÓS ATENDIMENTO MÉDICO P&lt;0,001)*†</b>										
Alta	2	0,3	79	12,9	408	66,8	122	20,0	611	72,7
Observação por 24 horas	5	6,1	42	51,2	35	42,7	-	-	82	9,8
Internação imediata	5	3,7	66	48,5	65	47,8	-	-	136	16,2
Transferência para centro cirúrgico	1	14,3	6	85,7	-	-	-	-	7	0,8
Aguarda UTI	2	100,0	-	-	-	-	-	-	2	0,2
Transferência para outro hospital	-	-	-	-	3	100,0	-	-	3	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>193</b>	<b>100,0</b>	<b>511</b>	<b>100,0</b>	<b>122</b>	<b>100,0</b>	<b>841</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Ficha de atendimento médico, PS/HURNP-Londrina-PR/2008-2009.

\* Teste de qui-quadrado com as categorias de classificação vermelho+amarelo, verde e azul

† 135 ausência de informação.

Os procedimentos realizados nas primeiras 24 horas de atendimento, conforme apresentados na Tabela 12, são associados à cor vermelha da classificação de risco ( $p < 0,001$ ). Pacientes classificados como vermelho receberam tratamento com oxigenioterapia em 53,3% dos casos,

monitorização cardíaca 73,3%, acesso venoso 86,7%, entubação 26,7%, exames de imagem 93,3% e exames laboratoriais 66,7%. Dos casos classificados como amarelo receberam oxigenioterapia 16,0%, monitorização cardíaca 20,0%, acesso venoso 62,5%, entubação 0,5%, exames de imagem 59,5% e exames laboratoriais 39,0% (Tabela 12).

Nos pacientes classificados na cor azul não foi verificado o uso de oxigenioterapia, monitorização cardíaca e entubação; entretanto, nos classificados como verde, observa-se uma baixa frequência de oxigenioterapia (0,2%), monitorização cardíaca (0,3%) e ausência de entubação.

Os resultados demonstram que, nos pacientes classificados como verde, os procedimentos que ocorrem com maior frequência são: necessidade de acesso venoso (22,1%), realização de exames de imagem (32,1%) e exames laboratoriais (18,2%) (Tabela 12). Nos classificados como azul observa-se uma maior frequência nos exames de imagem (12,7%).

**Tabela 12 –** Fatores associados à variável Procedimentos realizados nas primeiras 24 horas de atendimento (somente para pacientes atendidos no HURNP) e classificação de risco. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009.

VARIÁVEL	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO								TOTAL	
	VERMELHO		AMARELO		VERDE		AZUL		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Oxigenioterapia (p<0,001)*	8	53,3	32	16,0	1	0,2	-	-	41	4,2
Monitorização cardíaca (p<0,001)*	11	73,3	40	20,0	2	0,3	-	-	53	5,4
Acesso venoso (p<0,001)*	13	86,7	125	62,5	130	22,1	9	5,2	277	28,4
Entubação e ventilação mecânica (p<0,001)†	4	26,7	1	0,5	-	-	-	-	5	0,5
Realizou exames de imagem (p<0,001)*	14	93,3	119	59,5	189	32,1	22	12,7	344	35,2
Realizou exames laboratoriais (p<0,001)*	10	66,7	78	39,0	107	18,2	6	3,47	201	20,6

**Fonte:** Ficha de atendimento médico, HURNP-Londrina-PR/2008-2009.

\* Teste de qui-quadrado.

† Teste exato de Fisher.

Apresentaram cardiopatia como comorbidade 13,3% dos pacientes classificados como vermelho e 14,0% entre os amarelos. Esta proporção reduziu a partir dos classificados como verde 13,7% e foi de apenas 2,9% entre os azuis.

A proporção de acompanhados no HU foi mais freqüente entre os classificados como azul (36,4%), e foi menor entre os casos de maior gravidade. Nenhum caso classificado como vermelho estava em acompanhamento prévio.

A comorbidade hipertensão arterial é a mais frequente nos casos classificados como amarelo (30,5%), nos verdes, 20,2% e no azul, 15,0%.

A variável acompanhamento prévio no serviço estudado está presente em 36,4% dos classificados como azul e em 18,5% dos classificados como verde (Tabela 13).

**Tabela 13** – Fatores associados à variável classificação de risco e comorbidades associadas. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009.

VARIÁVEL	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EMITIDA PELO PESQUISADOR								TOTAL	
	VERMELHO		AMARELO		VERDE		AZUL		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Cardiopatía (p<0,001)*	2	13,3	28	14,0	22	3,7	5	2,9	57	5,8
Diabetes mellitus (p=0,123)*	3	20,0	14	7,0	47	8,0	8	4,6	72	7,4
Tabagismo (p=0,466)*	2	13,3	32	16,0	77	13,1	18	10,4	129	13,2
Etilismo (p=0,657)*	1	6,7	12	6,0	34	5,8	6	3,5	53	5,4
Insuficiência renal (p=0,621)†	-	-	4	2,0	10	1,7	1	0,6	15	1,5
Déficit neurológico (p=0,721)†	-	-	5	2,5	12	2,0	2	1,2	19	1,9
Antecedentes cirúrgicos (p=0,081)*	1	6,7	31	15,5	132	22,4	40	23,1	204	20,9
Gestante (p=1,000)†	-	-	-	-	1	0,1	-	-	1	0,1
Marcapasso (p=0,637)†	-	-	1	0,5	1	0,2	-	-	2	0,2
Doença infecto-contagiosa (p=0,086)*	-	-	4	2,0	19	3,2	-	-	23	2,4
Hipertensão arterial (p=0,002)*	4	26,7	61	30,5	119	20,2	26	15,0	210	21,5
Insuficiência hepática (p=1,000)†	-	-	2	1,0	7	1,2	2	1,2	11	1,1
Convulsivo (p=0,051)*	2	13,3	8	4,0	19	3,2	2	1,1	31	3,2
Acompanhamento no HURNP (p<0,001)*	-	-	24	12	109	18,5	63	36,4	196	20,1
Alergias (p=0,240)†	-	-	4	2,0	7	1,2	-	-	11	1,1
Não apresenta (p=0,398)*	10	66,7	89	44,5	263	44,7	76	43,9	438	44,9

**Fonte:** Protocolo do AACR, PS/HURNP-Londrina-PR/2008-2009.

\* Teste de qui-quadrado.

† Teste exato de Fisher.

Verifica-se associação significativa entre a variável SSVV e a classificação de risco (Tabela 14).

Quanto à variável SSVV, a classificação de risco na cor vermelha apresenta alteração de pressão arterial em 63,6% dos casos, alteração de frequência cardíaca em 45,5%, alteração de frequência respiratória em 72,7% e alteração de saturação em 27,3% (Tabela 14).

Os classificados como amarelo apresentam alteração de pressão arterial em 61,9% dos casos, alteração de frequência cardíaca em 58,3%, alteração de frequência respiratória em 43,9% e alteração de saturação em 4,3% (Tabela 14).

Verifica-se nos resultados uma menor frequência de alteração dos SSVV nos pacientes classificados como verde e azul.

Nos classificados como verde, somente 46,3% apresenta alteração de pressão arterial; a alteração da frequência cardíaca ocorre em 18,4%, alteração da frequência respiratória em 32,9% e alteração de saturação em 0,5% (Tabela 14).

Os classificados como azul apresentam alteração da pressão arterial em 36,7% dos casos, alteração da frequência cardíaca em 12,8%, alteração da frequência respiratória em 23,0% e não houve alteração relacionada à saturação de oxigênio.

**Tabela 14** – Fatores associados à variável classificação de risco e alteração dos SSVV. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009.

SSVV	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ATRIBUÍDA NA AACR								TOTAL	
	VERMELHO		AMARELO		VERDE		AZUL			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>HIPERTENSÃO ARTERIAL</b> (p<0,001)										
Alterada	7	63,6	86	61,9	292	46,3	72	36,7	457	46,8
Inalterada	2	18,2	32	23,0	240	38,1	79	40,3	353	36,2
Não aferida	2	18,2	21	15,1	98	15,6	45	23,0	166	17,0
<b>FREQUÊNCIA CARDÍACA</b> (p<0,001)										
Alterada	5	45,5	41	29,5	116	18,4	25	12,8	187	19,2
Inalterada	5	45,5	81	58,3	444	70,5	135	68,9	665	68,1
Não aferida	1	9,1	17	12,2	70	11,1	36	18,4	124	12,7
<b>FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA</b> (p<0,001)										
Alterada	8	72,7	61	43,9	207	32,9	45	23,0	321	32,9
Inalterada	2	18,2	53	38,1	320	50,8	105	53,6	480	49,2
Não aferida	1	9,1	25	18,0	103	16,4	46	23,5	175	17,9
<b>TEMPERATURA</b> (p<0,001)										
Alterada	-	-	7	5,0	14	2,2	1	0,5	22	2,3
Inalterada	8	72,7	102	73,4	520	82,5	147	75,0	777	79,6
Não aferida	3	27,3	30	21,6	96	15,2	48	24,5	177	18,1
<b>SATURAÇÃO</b> (p<0,001)										
Alterada	3	27,3	6	4,3	3	0,5	-	-	12	1,2
Inalterada	7	63,6	104	74,8	520	82,5	145	74,0	776	79,5
Não aferida	1	9,1	29	20,9	107	17,0	51	26,0	188	19,3

Fonte: Protocolo do AACR, PS/HURNP- Londrina-PR/2008-2009.

Quanto à avaliação da dor e sua intensidade, os resultados demonstram associação significativa com a classificação de risco atribuída por cores. Podemos verificar que a classificação vermelha apresenta dor mais intensa

que as demais, tendo uma tendência de diminuir do amarelo para o azul. Salientamos que, dos pacientes classificados como azul, 52,3% não referiram dor e 23,3%, dor leve (Tabela15).

**Tabela 15 –** Associação da classificação de risco emitida pelo pesquisador com a variável avaliação da dor, Londrina-PR-2008/2009. PS/HURNP, Londrina-PR/ 2008-2009.

CLASSIFICAÇÃO (EMITIDA PELO PESQUISADOR)										
AVALIAÇÃO DA DOR	VERMELHO		AMARELO		VERDE		AZUL		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LEVE (1 – 4)	2	13,3	33	16,6	141	24,0	40	23,3	216	22,2
MODERADA (5 – 8)	2	13,3	48	24,1	147	25,0	26	15,1	223	22,9
INTENSA (8 – OU +)	4	26,7	36	18,1	87	14,8	16	9,3	143	14,7
NÃO REFERIDA	7	46,7	82	41,2	213	36,2	90	52,3	392	40,2
<b>TOTAL</b>	15	100,0	199	100,0	588	100,0	172	100,0	*974	100,0

**Fonte:** Protocolo do AACR, PS/HURNP-Londrina-PR/2008-2009.

P<0,005.

\*Do total estudado, dois pacientes não apresentam dados no protocolo.

Foi verificada a associação significativa da variável tempo de início da queixa com a classificação de risco. Destaca-se que dos pacientes classificados como vermelho (mais graves), a maioria (86,7%) apresenta início da queixa atual nas últimas seis horas, sugerindo-se, portanto, que quanto mais grave a ocorrência, mais precoce é o início da sua queixa (Tabela 16).

Observa-se nos resultados um aumento gradual da frequência do tempo de início da queixa há mais de um mês da classificação amarela (3,5%) para o azul (16,2%). Os casos de menor gravidade apresentam tempo de início da queixa mais prolongado (Tabela 16).

**Tabela 16 –** Associação do tempo de início da queixa atual com a variável classificação emitida pelo pesquisador. PS/HURNP, Londrina-PR/2008-2009.

CLASSIFICAÇÃO (EMITIDA PELO PESQUISADOR)										
TEMPO DE INÍCIO DA QUEIXA	VERMELHO		AMARELO		VERDE		AZUL		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ATÉ 6h.	13	86,7	91	45,5	115	19,6	7	4,0	226	23,2
7 ÀS 12 h.	0	0,0	15	7,5	59	10,0	4	2,3	78	8,0
13 ÀS 24h.	1	6,7	4	20,5	127	21,6	17	9,8	186	19,1
1 SEMANA	1	6,7	37	18,5	189	32,1	78	45,1	305	31,3
1 MES	0	0,0	9	4,5	57	9,7	39	22,5	105	10,8
+ 1 MES	0	0,0	7	3,5	41	7,0	28	16,2	76	7,8
<b>TOTAL</b>	15	100,0	200	100,0	588	100,0	173	100,0	976	100,0

**Fonte:** Protocolo do AACR, PS/HURNP-Londrina-PR/2008-2009.  
P<0,005.

## 5 DISCUSSÃO

## 5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DA DEMANDA ATENDIDA E MODOS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A população estudada aponta discreta tendência à maior utilização deste serviço por pessoas do sexo masculino, porém, os resultados não apresentam associação desta variável com a adequação da demanda.

Estudo de Carret et al. (2007) aponta que a diferença entre o sexo pode ocorrer devido ao tipo de trabalho e meio de transporte utilizado pelo homem, colocando-o em maior risco de sofrer acidentes. O resultado encontrado nesta pesquisa sugere que a condição de o serviço de urgência e emergência ser referência para traumatologia e causas externas neste município possa ter influenciado esse dado.

O achado coincide com outros estudos que apresentam os homens como maiores utilizadores dos serviços de emergência (ARANAZ ANDRÉS et al., 2004; FURTADO; ARAUJO JUNIOR; CAVALCANTI, 2004; JAARSMA-VAN et al., 2000; SÁNCHEZ LÓPES et al., 2005; VELASCO DÍAZ et al., 2005).

Entretanto, estudos semelhantes apontam maior freqüência de mulheres entre os que utilizaram os serviços de emergência. (ARANAZ ANDRÉS et al., 2006; JACOBS; MATOS, 2005; KALEMOGLU et al., 2004; OLIVEIRA, 1998; SÁNCHEZ; LÓPES et al., 2005; CARRET et al. 2007; OLIVEIRA, 2008; BRITO et al., 1998; SILVA, 2007).

A literatura aponta diferentes resultados quanto à variável sexo; sendo assim, é possível que a população usuária dos serviços de emergência se distribua de acordo com as características populacionais dos municípios e especificidades dos serviços prestados pelas instituições estudadas.

O horário da manhã é o turno de maior procura para atendimento médico, seguido do turno vespertino, coincidindo com os estudos de Silva (2007) e de Peixoto Filho, Campos e Botelho (1990), mas se diferenciando de outros estudos, como o de Richards, Navarro e Derlet (2000), que encontraram maior demanda no horário das 13 às 23 horas.

Estudo semelhante realizado no Canadá por Afilalo et al. (1995) também mostra que 54,0% da população atendida procura o serviço de emergência durante o dia.

Limitações referentes à investigação do motivo dessa maior procura durante o dia foram encontradas neste estudo, porém, é de conhecimento que há uma maior facilidade de acesso e disponibilidade dos serviços de saúde em horário comercial, viabilizando, devido ao horário de funcionamento e atendimento médico da maioria das unidades básicas de saúde, maior número de encaminhamentos. Além disso, a disponibilidade dos meios de transporte durante o dia e o respeito ao horário do sono noturno pelos usuários podem ter contribuído com os resultados.

Carret, Fassa e Domingues (2009) realizaram uma revisão sistemática da literatura e encontraram vários estudos em que o turno da manhã e da tarde coincidem com o maior número de queixas inadequadas frente à complexidade do serviço de emergência, coincidindo com os achados desta pesquisa. A facilidade de acesso, o horário de funcionamento e a credibilidade dos serviços de emergência foram descritos como fator decisivo na escolha dos serviços de saúde.

Carret et al. (2007), em estudo no Sul do Brasil, na cidade de Pelotas, analisam a demanda de um serviço de saúde de emergência e encontram maior volume de atendimento e não adequação da demanda no turno da noite, das 19 às 20 horas. Relatam que tal achado pode estar relacionado à ampla rede de atenção básica deste município e ao horário de funcionamento desta, a qual funciona nos dias úteis em turno comercial, com disponibilidade de atendimento médico, podendo absorver a necessidade da demanda.

O município de Londrina também apresenta ampla rede de atenção; entretanto, problemas relacionados à disponibilidade de recursos humanos e dificuldades de agendamento para consulta médica, especializada ou não, são diariamente vivenciados pelos usuários na rede de atenção local, contribuindo para que a demanda das unidades básicas de saúde sejam desviadas para outros serviços, de maior complexidade, por referência das unidades básicas de saúde ou por procura espontânea, podendo contribuir com a maior procura por atendimento médico nos serviços de emergência durante o dia.

Na população do estudo, a idade de maior procura varia entre os adultos jovens de 20 a 59 anos, com média de idade de 42,6 anos. Esse dado coincide com o estudo de Carret, Fassa e Kawachi, (2007), que verificam média de idade de 44 anos, de Aranaz et al. (2006), que encontram média de idade de 41 anos e de Sánchez López et al. (2005), que encontram média de 49 anos.

Observa-se nos resultados que a população usuária se distribuiu de forma semelhante entre os dias da semana, com tendência a maior volume na segunda-feira (17,6%), concordando com o estudo de Pereda Rodriguez et al. (2001), que encontra maior demanda no primeiro dia após o final de semana.

Entre os casos analisados, a maioria dos usuários pertence ao Município de Londrina (83,4%); atribui-se esse resultado à grande importância do serviço dentro do sistema de saúde local, devido a sua articulação com a rede de atenção deste município.

Quanto à procedência dos pacientes que procuram atendimento no serviço, os resultados demonstram a alta frequência de procura direta (56,0%) por atendimento médico nos serviços de alta complexidade. Esses usuários deveriam ser acolhidos pelas unidades básicas de saúde e referenciados para os serviços de média e alta complexidade. Entretanto, a forma como estão organizados os serviços de saúde, com missões diferenciadas dentro da pirâmide hierárquica de atendimento, não atende à real necessidade da população.

Segundo Cecílio (1997), os centros de saúde nem bem fazem a vigilância à saúde, assumindo responsabilidades pelos grupos de risco nas suas áreas de cobertura, nem conseguem dar respostas para as demandas por pronto-atendimento, levando a população a acessar o sistema de várias formas na tentativa de solucionar o seu problema, tentando garantir a integralidade do seu atendimento por conta própria, na medida em que o sistema de saúde não se organiza para isso.

Estudo de Oliveira e Scochi (2002) verifica que 60,5% da demanda acessa inicialmente o serviço de emergência por razões de conveniência à utilização. Na Espanha, achado descrito por Sánchez Lopes et al. (2005) verifica 69% de procura direta aos serviços de emergência.

Sawyer, Leite e Alexandrino (2002) descrevem que o acesso tem sido considerado um elemento de suma importância na utilização dos serviços de saúde.

Neste estudo, se verifica que os retornos programados pelo pronto socorro cirúrgico, médico e ortopédico (10,2%) também são atendidos pelo serviço de emergência, enquanto deveriam ser agendados em ambulatórios de egressos, para que se pudesse dar maior cobertura aos pacientes de alta, que necessitam de assistência mais cuidadosa e diferenciada fora do ambiente hospitalar.

Quanto à procedência da demanda e a frequência de retornos programados encontrados neste estudo, demonstra-se a falta de apoio dos serviços do hospital para acompanhamento, investigação e internação dos casos atendidos na urgência ou outras áreas assistenciais; achado também descrito na literatura por Velasco Díaz et al. (2005) em estudo realizado na Espanha, o qual descreve os problemas organizacionais dos serviços de saúde como a principal causa de atendimento e internações inadequadas no serviço de emergência.

Atribui-se também a superlotação e mau uso do serviço de emergência à falta de sistematização nos Hospitais Universitários dos processos de ensino, assistência e pesquisa na área de urgência (SANTOS et al., 2003).

Santos et al. (2003) descrevem, em trabalho semelhante realizado em unidade de emergência de Ribeirão Preto-SP, que os usuários em sua maioria acessam os serviços de emergência pela procura espontânea. Referem que o acesso aos serviços do SUS deve ser feito, preferencialmente, a partir das Unidades Básicas de Saúde, sendo feita a referência para outros níveis conforme a necessidade de recursos humanos e tecnológicos a serem aplicados para o diagnóstico e resolução da afecção apresentada.

O mesmo autor apresenta a configuração habitual da rede de assistência à saúde, existente em grandes centros urbanos, a qual representa a distribuição numérica dos componentes do SUS; a base representa os serviços ambulatoriais e o topo, os serviços hospitalares. Entretanto, o acesso à rede assistencial na urgência funciona de forma circular, podendo o paciente ser encaminhado pelo SAMU/SIATE diretamente ao hospital terciário (Anexo D).

A alta porcentagem de procura direta pelo serviço de saúde, acessando a unidade de urgência e emergência, difere do que se propõe nas diretrizes do SUS, onde se verifica como proposta de utilização dos serviços de saúde um modelo hierarquizado, integrado e regionalizado, ao preconizar que a porta de entrada do sistema deve ser a rede básica de saúde (CECÍLIO, 1997; FURTADO; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2004).

Segundo Cecílio (1997) as pessoas acessam os serviços por onde é mais fácil ou possível. Refere ainda que os recursos da saúde são escassos e mal utilizados.

O alto número de pacientes que procuram diretamente as unidades de emergência também pode estar relacionado à forma como estão organizados os serviços de atenção básica, onde a prioridade é dada ao que está agendado, fazendo com que muitos usuários que necessitam de uma avaliação médica sejam encaminhados ou procurem espontaneamente, de forma informal, os serviços de emergência quando a demanda excede ao programado.

Estudo semelhante realizado por Furtado, Araújo e Cavalcanti (2004) em Pernambuco conclui que há uma precária integração com a rede local de saúde, o que contribui para a formação da demanda espontânea por parte daqueles que não conseguem resolver seus problemas na rede básica, como preconizado pelo MS.

Esses pacientes poderiam ser acolhidos nas suas necessidades pela unidade de saúde, pois casos eletivos em que não é possível o acesso a consulta médica acabam por procurar as unidades de emergência.

Os usuários, na maioria das vezes, não sabem avaliar a gravidade das suas necessidades e muitos também não conhecem normas e políticas institucionais relacionadas à hierarquia do sistema de saúde (MARQUES; LIMA, 2007; OLIVEIRA; SCOCHI, 2002). Diante desses fatos, campanhas educativas através de folders, cartazes e notas informativas pela mídia televisiva foram promovidas pelo serviço estudado, para que a população tivesse conhecimento do novo método de atendimento do HURNP e sua verdadeira vocação assistencial na rede de atenção do SUS.

Esse fato deve ter influenciado diretamente o percentual de adequação da demanda encontrado neste estudo. Entretanto, fazem-se

necessárias medidas educativas continuadas e maior número de serviços disponíveis para atender a demanda, que, mesmo adequada ao serviço, encontra-se ainda muito sobrecarregada nas unidades de urgência e emergência.

Na explicação da grande demanda espontânea para os serviços de emergência, sobressaem-se aspectos do plano macro-estrutural, entre eles o descompasso entre o crescimento da rede básica, indefinição sobre o papel das unidades básicas de saúde, pouca oferta de consultas médicas, concepções sobre a necessidade de pronto atendimento, acessibilidade à rede básica e valores relativos à utilização das urgências enraizados no imaginário da população. Esses fatos interferem de forma direta na qualidade e na condição do atendimento prestado (KOVACS et al., 2005).

Acredita-se que a legitimidade dos atendimentos em serviços de urgência e emergência perante a população e as dificuldades de acesso e resolutividade da rede básica contribuem diretamente na escolha do serviço a ser procurado pelo usuário.

Dos casos estudados, 43,5% “passou por outro serviço na queixa atual”, ou seja, já haviam procurado outra instituição de saúde. 20,6% passaram no serviço de média complexidade, 15,7% receberam atendimento em unidade básica de saúde e 7,2% passaram pelo serviço terciário, considerando inclusive a própria instituição estudada. Esses serviços não estão estruturados para resolver todo e qualquer problema de saúde e, muitas vezes, os atendimentos são paliativos do tipo queixa-conduta, não podendo explorar as causas de fundo do problema, resultando em retornos reincidentes aos serviços de saúde (CECÍLIO, 1997).

Quanto às características clínicas de atendimento, o pronto socorro cirúrgico e ortopédico representa 69,4% dos atendimentos no período estudado, achado semelhante descrito na literatura por Furtado, Araújo e Cavalcanti (2004) e diferente do estudo de Oliveira e Scochi (2002) em que os achados demonstram que a demanda da unidade é majoritariamente de casos clínicos, contrariando a expectativa de demanda para este tipo de serviço. Acredita-se que essas diferenças podem estar relacionadas às especificidades dos diferentes serviços prestados pelas unidades estudadas.

Ainda sobre a alta frequência da demanda cirúrgica encontrada neste estudo, pode-se atribuir ao fato de o serviço estudado atender uma grande parte das urgências oftalmológicas do município, sendo referência para corpo estranho e trauma ocular para Londrina e sua regional, além de ser referência para trauma nas diversas especialidades, como cirurgia geral, cirurgia vascular, urologia, neurocirurgia e outros.

## 5.2 FATORES ASSOCIADOS À ADEQUAÇÃO DA DEMANDA

Quanto aos fatores associados à adequação da demanda, a variável horário de atendimento no AACR apresenta associação significativa com a adequação da demanda ( $p < 0,001$ ), apontando o turno da noite e madrugada como horário de maior adequação.

Esse achado coincide com o estudo de Souza et al. (2009) que aponta os atendimentos não urgentes na unidade de emergência no período diurno ( $p < 0,026$ ). Sabbadini et al. (2007) e Furtado, Araújo Junior e Cavalcanti (2004) também constata maior demanda inadequada para atendimento no horário diurno.

Dos pacientes que procuraram atendimento de noite e madrugada no PS totalizando 21,8% do total da população estudada, verificou-se que esta demanda é classificada como adequada aos serviços de média e alta complexidade, segundo as cores vermelho, amarelo e verde.

De acordo com a literatura, a demanda classificada como verde “prioridade não urgente” é considerada apropriada pelo protocolo, pois necessita de avaliação médica no mesmo dia; entretanto, dependendo das circunstâncias do paciente e do serviço, ele pode ser atendido na média complexidade através do encaminhamento responsável e resolutivo da demanda não resolvida (BRASIL, 2004).

A alta frequência encontrada nos pacientes classificados como verde (65,8%) e azul (16,0%) pressupõe que muitos desses casos poderiam ter sido resolvidos em instituição de menor complexidade tecnológica. No entanto,

devido à baixa concentração de recursos humanos e tecnológicos nos serviços de nível primário e secundário, a eficiência dos procedimentos médicos assistenciais disponíveis no nível terciário pode ter feito a diferença na escolha do serviço pelo usuário e no atendimento prestado, tornando-os resolutivos e de maior acesso concordando com os achados de Gutierrez e Barbieri (1998).

Casos classificados como verde e azul poderiam ser absorvidos pela rede de saúde, contribuindo para diminuição da superlotação nos serviços de emergência e consequente melhora da qualidade da assistência, em especial no que se refere a condições estruturais de acomodação e de recursos humanos disponíveis para atendimento nessas unidades.

Os casos considerados adequados ao perfil assistencial do HURNP, classificados por cores no AACR como vermelho (100,0%), amarelo (98,0%) e verde (93,0%), apresentam associação significativa com o 5<sup>o</sup> nesse serviço ( $p < 0,001$ ). Esse achado contribui para creditação do uso do protocolo como ferramenta de identificação e priorização dos atendimentos dos casos de maior gravidade. Os casos de menor gravidade, classificados como azul, considerados inadequados ao serviço de alta complexidade são os mais frequentes (23,1%) em relação a sua associação com o encaminhamento para outro serviço de saúde ( $p < 0,001$ ).

Os resultados apresentam associação da procedência da demanda com a sua adequação ao perfil assistencial do serviço ( $p < 0,001$ ).

Dos pacientes que realizaram procura direta para atendimento na urgência e emergência, 82,8% são classificados como adequados. Mesmo não sendo esperado a grande frequência desta procedência devido aos princípios do SUS de hierarquização da assistência, acredita-se que as pessoas recorram a esse serviço por razões diversas, entre elas, que o HURNP dispõe de um serviço de emergência com profissionais qualificados em várias áreas clínicas e traumáticas — podendo ser alternativa resolutiva para os problemas de saúde não resolvidos na rede de atenção de menor complexidade —, a fácil acessibilidade, o funcionamento 24 horas, a impossibilidade de recorrer diretamente aos serviços ambulatoriais de especialidades e também por se encontrarem angustiadas e apreensivas.

Quanto aos retornos programados, somente 39,4% são considerados adequados ao serviço.

Como esperado, os casos referenciados provenientes de outros serviços de saúde após atendimento médico, na sua maioria, estão adequados ao serviço de alta complexidade. O adensamento tecnológico da média e baixa complexidade se esgotaram mediante a situação clínica, tornando necessárias intervenções disponíveis somente na alta complexidade, viabilizada pelos mecanismos de referência e contra-referência na rede de atenção local.

Quanto à faixa etária, a análise estatística não apresenta associação significativa com a adequação da demanda ( $p = 0,68$ ).

O acompanhamento prévio da demanda em serviços do HURNP apresenta associação com a classificação de risco na cor verde e azul ( $p < 0,001$ ). Esse achado leva-nos a questionar o fluxo dos pacientes instituído no processo de trabalho da instituição.

A demanda acompanhada no ambulatório da instituição pelas especialidades, na necessidade de consulta médica ou de exames de maior complexidade tecnológica, opta por procurar a unidade de emergência como porta de entrada ao SUS.

Esta demanda que necessita de atendimento médico, mas não apresenta prioridade de urgência, somada à demanda de urgência e emergência, desvirtua a real proposta de funcionamento da unidade.

Esses pacientes encaminhados ou já acompanhados nesse serviço acabam sendo acolhidos e absorvidos para atendimento médico, devido à dificuldade de acesso e morosidade nos agendamentos dos procedimentos e das consultas de especialidades pela unidade básica de saúde.

De acordo com o citado acima, faz-se necessário reorganizar o fluxo vigente de atendimento aos pacientes usuários do SUS no município de Londrina e estudar propostas que contribuam para o melhor direcionamento dos pacientes classificados como verde e azul, já acompanhados nesse serviço ou não, com o objetivo de diminuir a entrada dos mesmos pelo serviço de urgência e emergência e, conseqüentemente, contribuir para melhorias relacionadas à organização do processo de trabalho, manejo da superlotação e conseqüente adequação da demanda.

Richards, Navarro e Derlet (2000), em estudo americano, também discorrem sobre esta mesma problemática, dizendo que a incapacidade de prestar serviço em tempo útil é muitas vezes atribuída à condição de superlotação que se desenvolveu em serviços de emergência em todo o país e apontam nos seus resultados que, com a criação de uma cooperativa integrada ao serviço de emergência para atendimento médico de cuidados primários, atingiram 53% de redução dos indivíduos que utilizavam o serviço de emergência inadequadamente, ou seja, metade das pessoas teriam seus problemas resolvidos na atenção primária, colaborando com a organização dos fluxos.

Em relação ao destino da demanda após atendimento médico verifica-se associação significativa com a classificação de risco; Dos casos classificados como azul, todos tiveram alta hospitalar após o atendimento médico. Oliveira e Scochi (2002) também descrevem como achado do estudo que o destino mais frequente após atendimento médico na unidade de emergência é alta hospitalar (68,7%). Silva et al. (2007) obteve em seu estudo alta como destino após atendimento médico em 50,0% da população estudada, achado verificado também em estudo espanhol, em que a maioria dos pacientes apresentam alta após o atendimento médico (SÁNCHEZ LÓPES et al., 2005).

O protocolo do AACR estabelece que os pacientes classificados como verde sejam classificados como prioridade não urgente e como azul, atendimento de baixa complexidade.

Através das diretrizes da referência e contra-referência, esses pacientes podem ser submetidos ao encaminhamento responsável para atendimento médico em outro serviço de saúde, de maior ou menor gravidade. Assim, a alta frequência encontrada nos resultados referente à alta hospitalar nos pacientes classificados como verde e azul leva-nos a inferir que de fato estes casos poderiam ter sido resolvidos na média complexidade e em outros serviços de saúde, contribuindo para melhor organização da demanda no atendimento de alta complexidade. Estudos apresentam associações entre a não necessidade de internações hospitalares ou permanência na unidade por mais de 12 horas com a inadequação da demanda ao serviço de alta complexidade (PEREDA RODRIGUEZ et al., 2001; SÁNCHEZ LÓPES, J. et al., 2005).

Quanto às comorbidades avaliadas, a cardiopatia e a hipertensão arterial apresentam associação significativa com a adequação da demanda ( $p < 0,05$ ) de acordo com o grau de risco atribuído por cores. Observa-se que essas comorbidades foram mais frequentes nos casos classificados nas cores vermelho, amarelo e verde, considerados adequados ao perfil do serviço.

Carret, Fassa e Domingues (2009) apresentam nos seus resultados associação negativa de comorbidades e uso inadequado devido a estarem relacionados à maior necessidade de cuidados com a saúde e análise mais detalhada das condições clínicas pelo médico. O mesmo pesquisador verifica que usuários idosos portadores de doenças crônicas determinam mais o uso do serviço de emergência (CARRET et al., 2007).

Neste estudo verifica-se 82,0% de adequação da demanda segundo critérios do protocolo instituído. Diferente desse achado, Sanchez (2004) em estudo na Espanha, encontra 50,0% da demanda adequada ao serviço de emergência.

Oliveira (2008) realizou estudo semelhante em um serviço de média complexidade no município de Londrina-PR e encontrou 54,3% da demanda adequada ao perfil da unidade, segundo critérios explícitos baseados em aspectos da organização do sistema de saúde no município.

Através desses estudos, presume-se que a população do município de Londrina-PR, na sua grande maioria, faz uso adequado dos serviços de saúde de média e alta complexidade, tendo em vista a relevância desses serviços estudados na rede de atenção do SUS local.

Entretanto, extrapolando o contexto do estudo, o que se pode inferir com esses achados é que a forma como estão organizados e a precária articulação entre os serviços da rede de atenção traduzem a necessidade de reestruturação dos serviços neste município por parte das autoridades de saúde local, visando melhores condições de acessibilidade ao atendimento médico especializado, maior disponibilidade de recursos humanos e tecnológicos, com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar a resolutibilidade dos agravos de menor gravidade, evitando complicações tardias para os pacientes e superlotação nas unidades de alta complexidade.

Estudo realizado no Hospital Universitário de Santa Catarina por Peixoto Filho et al. (1991) apresenta 65,0% da demanda estudada como inapropriada ao perfil assistencial do serviço. As principais razões para a não procura das unidades primárias de atendimento são a maior rapidez e conveniência do uso da emergência.

Oliveira e Scochi (2002) descrevem em seu estudo 47,0% da demanda pertinente e 43,4% como falsa demanda ao perfil assistencial de um serviço de alta complexidade. Afilalo (1995) verifica que 69,0% da sua demanda é adequada e 15,0% inadequada ao serviço de emergência.

Carret, Fassa e Kawachi (2009), em uma revisão sistemática, verificam que a prevalência do uso inadequado varia de 10,0% a 90,0%, e, em quase a metade dos estudos avaliados, de 24,0% a 40,0%, considerando todos os artigos com critérios semelhantes de avaliação da adequação. Estudo realizado na Espanha aponta variação de 20% a 80% de uso inadequado em vários estudos analisados (SELVA et al; 1999).

De acordo com a revisão de literatura, pode se observar estudos com diferentes porcentagens de adequação na população usuária dos serviços de emergência. Neste estudo foi possível verificar a adequação da demanda através do uso do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco. Verifica-se também que esse protocolo oferece importante contribuição como ferramenta assistencial para identificação do potencial de risco de vida da população que procura o serviço de alta complexidade, evitando possíveis distorções no tempo de espera para atendimento médico nas diferentes necessidades e proporcionando respostas efetivas para o usuário de menor gravidade no fluxo de referência da rede de serviços de saúde através do acolhimento.

### 5.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS, INTENSIDADE DA DOR, TEMPO DE INÍCIO DA QUEIXA E PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS 24 HORAS DE ATENDIMENTO INICIAL

Os resultados apontam associação significativa da alteração da pressão arterial com a classificação de risco atribuída por cores. Nos casos classificados como vermelho (maior gravidade), verifica-se a maior frequência (63,6%), nos casos amarelos, 61,9% e nos verdes, 46,3% com alteração da pressão no momento da avaliação de risco ( $p < 0,001$ ), achado também apontado por Pires (2003).

O resultado referente à avaliação da dor no momento da consulta de enfermagem apresenta associação significativa com a classificação de risco ( $p < 0,005$ ), achado semelhante em estudo de Pires (2003).

Ressalta-se que, nos casos classificados como vermelho, 26,7% apresenta dor intensa e 46,7% não referiu dor. Supõe-se que esse dado possa estar influenciado pela gravidade do caso e dificuldade de expressão no momento da urgência, tendo em vista que os casos classificados como vermelho denotam risco de morte iminente.

O tempo de início da queixa associa-se significativamente à classificação de risco ( $p < 0,005$ ). Verifica-se que dos casos classificados como vermelho, 86,7% tiveram início dos sintomas a menos de seis horas e nos casos classificados como amarelo, 45,5%, justificando a condição aguda do agravo para atendimento no PS.

Nos casos classificados como verde e azul, observa-se na maioria o início dos sintomas há mais de uma semana, resultado que sugere situação possível de agendamento na Unidade de Saúde.

Observa-se associação significativa da variável procedimento médico e de enfermagem realizado nas primeiras 24 horas de atendimento em relação à classificação de risco atribuída. Tal achado vem reforçar o conceito de que o paciente mais grave, classificado como vermelho e amarelo, exige um adensamento tecnológico específico para um bom monitoramento das suas funções hemodinâmicas e possíveis intervenções terapêuticas, justificando a sua permanência nos serviços de alta complexidade (PIRES, 2003).

Dentro desse contexto, faz se necessária a adequação da demanda nos serviços de emergência para que, na presença dos casos de maior gravidade (vermelho e amarelo), o atendimento seja de resolutividade rápida e eficaz, pois são esses que realmente precisam do atendimento de urgência e emergência (BARBOSA et al., 2007).

**6 CONSIDERAÇÕES FINAIS  
E  
CONCLUSÃO**

A superlotação nos serviços de emergência causada por pacientes com problemas de saúde não urgentes tem atraído atenção mundial e motivado vários estudos nesta área (van UDEN et al., 2005).

Este estudo pode contribuir para se repensar o modelo de atenção vigente de forma a atender as diferentes demandas em vários pontos do sistema. Identificar padrões da demanda é fundamental no desenvolvimento de estratégias de operações que permitam o gerenciamento da capacidade de utilização dos recursos disponíveis (SABBADINI et al., 2007).

O fato de o Pronto Socorro do HURNP ser o único hospital terciário que atende exclusivamente a demanda do SUS como referência na maioria das especialidades médicas tem contribuído para que a situação de superlotação seja uma rotina diária no seu atendimento.

Dentro desse conceito, este estudo vem apontar situações esclarecedoras quanto às características da demanda que procura atendimento no serviço de emergência, propor mudanças nas práticas de saúde através do uso do protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco e despertar novas ideias a serem investigadas posteriormente.

Quanto às características sócio-demográficas, constata-se uma maior frequência dos atendimentos no sexo masculino na faixa etária dos adultos jovens e moradores do município de Londrina. A clínica mais procurada para atendimento é a especialidade cirúrgica.

Os resultados apontam que o turno da manhã tem uma demanda maior e de menor gravidade, diferente do turno da noite, no qual a demanda é menor porém de maior gravidade. Esse achado permite ao responsável do serviço identificar necessidades operacionais referentes à alocação de recursos humanos e materiais, possibilitando programação criteriosa dos turnos e das equipes de trabalho, ajustando a oferta à demanda, garantindo um nível de serviço adequado principalmente nos horários de pico para atendimento de maior gravidade dos casos.

O número de atendimentos e a classificação de risco atribuída por cores nos diferentes turnos de trabalho levam-nos a questionar a real necessidade de se fazer acolhimento com classificação de risco no noturno e madrugada, tendo em vista a alta porcentagem de adequação da demanda que

procura atendimento nesse período. Esse procedimento permitiria otimizar recursos humanos para execução de outras tarefas reprimidas do processo de trabalho.

Caracterizar esta demanda pode ser um aplicativo de monitoramento que possibilite uma análise do processo de chegada dos pacientes às unidades de urgência e emergência, contribuindo para que medidas gerenciais possam ser tomadas, de modo a se adequarem ao perfil assistencial necessário.

Com a presente pesquisa é possível observar que o uso da ferramenta Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco contribui diretamente na humanização, identificação dos casos mais graves e organização da demanda que procura atendimento no serviço de urgência e emergência do pronto socorro do HURNP.

Entretanto, a adequação da demanda depende também da organização do sistema de saúde local como um todo, viabilizando, através dos seus gestores, pactos de gestão entre os serviços de saúde que oportunizem a real implementação dos princípios do SUS (hierarquização e territorialização) e torne exequível as diretrizes de referência e contra-referência na articulação da rede de atenção nas diversas complexidades, pois a superlotação e sobrecarga de trabalho ainda é um problema frequente na rotina desse serviço, porque muitas vezes esses princípios não são cumpridos por indisponibilidade do atendimento desejado na rede de atenção.

O principal objetivo almejado e alcançado nesta experiência é a priorização do atendimento aos mais graves, desde a sua chegada até as diferentes etapas do processo. Pode-se observar nos resultados que a maioria dos pacientes que ficaram para atendimento no HURNP são adequados ao perfil assistencial desse serviço: receberam maior número de procedimentos e permaneceram internados, ou seja, foi ofertado uma assistência de maior segurança e qualidade devido à gravidade dos casos.

Constata-se neste estudo que a demanda do serviço de alta complexidade classificada como grave (vermelho e amarelo) recebeu assistência de maior adensamento tecnológico, disponível somente em serviços de alta complexidade, e permaneceu internada, diferentemente dos classificados como

azul (menor gravidade), que receberam assistência disponível também em serviços ambulatoriais e de atenção básica e, na maioria dos casos, tiveram alta hospitalar como desfecho após atendimento médico. Este último fato identifica a real necessidade de se otimizarem os recursos da rede de atenção local, diminuindo a sobrecarga dos serviços de alta complexidade.

As comorbidades hipertensão arterial e cardiopatia estão associadas aos casos de maior gravidade, evidenciando a necessidade de acompanhamento e medidas de controle das doenças crônicas pela atenção básica, garantindo aos usuários medidas efetivas que atuem na prevenção dos agravos à saúde da população.

Embora a adequação da demanda tenha sido elevada, verifica-se na classificação de risco que a cor verde é a mais prevalente. Essa demanda, portanto, poderia ter sido melhor distribuída com outras instituições de saúde de média complexidade mas permaneceu para atendimento no serviço de urgência.

Acredita-se que esse tipo de paciente é o que mais contribui para a superlotação nos serviços de urgência e emergência, pois não está correndo risco de morte, mas precisa ser atendido em tempo terapêutico.

A procura direta foi a forma mais frequente de se obter atendimento neste serviço. Não foi de alcance deste estudo avaliar causas que levam pacientes a procurarem esta unidade; porém, a alta frequência de procura direta leva-nos a supor que a facilidade de acesso ao atendimento médico especializado, menor burocracia, maior rapidez e resolutividade dos casos, acompanhado da autopercepção da gravidade do caso contribuíram diretamente no uso dos serviços de emergência como porta de entrada inicial ao SUS.

A superlotação nos serviços de urgência e emergência não é realidade somente desse serviço e sim da maioria dos hospitais públicos de grande porte do Brasil. Medidas gerenciais mais amplas são necessárias e devem ser tomadas pelo gestor de saúde local, envolvendo os três níveis de assistência (básica, secundária e terciária), em especial, medidas relacionadas à organização da rede de atenção municipal, como o aumento da oferta de serviços e o pacto de medidas organizacionais relacionadas ao devido acolhimento e estabelecimento de fluxo organizado nos serviços já existentes.

Quanto à oferta de serviços, as evidências apontam que a escassez no número de leitos disponíveis para internação vai ao encontro da necessidade da demanda, sendo insuficiente para acomodar de forma desejada e adequada todos que necessitam. Na falta de leitos, os pacientes acabam por permanecer internados em macas e nos corredores dos serviços de emergência, sobrecarregando-os.

Acredita-se que atitudes como essas já elencadas tomadas pelo gestor de saúde possam garantir o acesso ao atendimento a todos os usuários, independente da sua necessidade e complexidade do serviço, além de respaldar, através de fluxo estabelecido, o referenciamento responsável após o AACR dos pacientes que procuram inadequadamente as unidades de saúde.

Compete aos gestores públicos e seus prestadores contribuírem na orientação e conscientização da população quanto à maneira correta de se utilizar os serviços de saúde, estabelecendo campanhas educativas por meio de palestras, folders, cartazes, mídia e outros. Muitas vezes os usuários o fazem de maneira inadequada por desconhecimento do funcionamento da rede e suas diferentes competências.

Melhorar a conscientização da população quanto ao uso adequado dos serviços de saúde contribuirá para melhorias da qualidade de atendimento e assistência em todas as complexidades, pois a demanda será redirecionada aos serviços de sua competência dentro das diretrizes do SUS relacionadas à hierarquização e regionalização da saúde. Medidas como essas contribuirão para otimizar serviços de saúde já existentes e diminuirão a superlotação nos serviços de urgência e emergência.

Para que a hierarquização não seja apenas mais um desejo técnico, precisa-se reconhecer que a organização do sistema de saúde passa pelo questionamento do que são necessidades do ponto de vista do modelo assistencial e do usuário.

Explorar as causas do uso inadequado nos serviços de urgência e emergência nos permite desenvolver adequado planejamento de intervenções gerenciais que busquem melhorar a eficiência do atendimento à saúde da população. Espera-se que o presente estudo venha contribuir na identificação de dados relevantes que possam ser utilizados como fonte riquíssima de informação

do serviço de emergência e subsidiar a construção de um sistema de informação gerencial intra-hospitalar, através do monitoramento diário da demanda que procura atendimento neste serviço.

A mudança de rotina estabelecida na unidade de urgência e emergência relacionada à implantação do protocolo de AACR poderá contribuir e culminar com a criação de um sistema informatizado, que venha facilitar a implementação do protocolo nas práticas assistenciais.

O bom sistema de informação, com dados direcionados à prática institucional, poderá contribuir como fator preponderante para melhorar o processo de tomada de decisões pelos gestores de forma precisa, ágil e segura, e possibilitar a identificação do comportamento da demanda e a tomada de medidas efetivas no sentido de ajustar a capacidade da unidade de emergência.

Somente a partir do conhecimento amplo das características próprias dos serviços de emergência, aqueles que administram poderão operacionalizar planos fundamentados na real necessidade dos usuários e serviços.

Compete aos serviços de urgência e emergência a incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão, que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas.

## 7 REFERÊNCIAS

AFILALO, M. et al. Emergency department use and misuse. **Journal of Emergency Medicine**, New York, v. 13, n. 2, p. 259-264, Mar./Apr. 1995.

ARANAZ ANDRES, J. M. et al. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia?. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 20, n. 4, p. 311-315, ago. 2006.

ARANAZ ANDRÉS, J. M. et al. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. **Medicina Clínica**, Barcelona, v. 123, n. 16, p. 615-618, abr. 2004.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA. **Implantação de acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro de hospital tipo OSS (Organização de Serviços de Saúde) Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**. Mogi das Cruzes: UNIFESP, 2007.

BARBOSA, L. C. V. et al. **Implantação de acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro de hospital do estado tipo OSS (Organização de Serviços de Saúde) hospital das clínicas Luzia de Pinho Melo**. Mogi das Cruzes: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina; UNIFESP, maio 2007. 14p. Disponível em: <[www.saude.sp.gov.br/.../trabalho\\_accr\\_-\\_hospital\\_luzia\\_de\\_pinho\\_melo.doc](http://www.saude.sp.gov.br/.../trabalho_accr_-_hospital_luzia_de_pinho_melo.doc)> Acesso em: 23 abr. 2010.

BARROS, D. M. **Demanda de pronto-atendimento ao serviço de emergência de um hospital geral em um município coberto pela estratégia de saúde da família: o caso de Quissamã**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.048/GM de 5 de novembro de 2002**. Regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/dires20/downloads/pacto\\_gestao/portaria\\_2048.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/dires20/downloads/pacto_gestao/portaria_2048.pdf)>. Acesso em: 23 abr. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 40 p. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza\\_sus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf)> Acesso em 24 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em Saúde. (Série B. Textos básicos em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cartilha\\_acolhimento.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cartilha_acolhimento.pdf)> Acesso em: 14 set.2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: a clínica ampliada. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 18 p. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cartilha\\_clinica\\_ampliada.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cartilha_clinica_ampliada.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2010.

BRITO, F. F. et al. Pronto-atendimento de adultos em serviço de saúde universitário: um estudo de avaliação. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 3, p. 47-64, maio/jun. 1998.

CARRET, M. L. V. et al. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1018](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1018)>. Acesso em: 04 fev. 2010.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. C. G.; DOMINGUES, M. R. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-28, jan. 2009.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; KAWACHI, I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. **BMC Health Services Research**, London, v.7, p. 131, Aug. 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-131.pdf>> Acesso em: 18 mar. 2009.

CARVALHO, M. S. et al. Demanda ambulatorial em três serviços da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 17-29, jan./mar. 1994.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

DAVID, H. M. S. L. **Atores, cenários, regulação**: notas sobre a atenção em urgência e emergência no setor de saúde suplementar. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2003. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT\\_AS\\_Tema2Helena%20David.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_Tema2Helena%20David.pdf)>. Acesso em: 16 set. 2008.

DU GAS, B. W. **Enfermagem prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988. 580 p.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚJO JR., J. L. C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 3, p. 279-289, set. 2004.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **História da classificação de risco**: no mundo. Disponível em: <[http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=74&Itemid=107](http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=107)>. Acesso em: 26 abr. 2010.

GUTIERREZ, M. F.; BARBIERI, M. A. Sistema Único de Saúde e demanda ambulatorial – os pacientes do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. **Medicina Ribeirão Preto**, Ribeirão preto, v. 31, n. 1, p. 81-98, jan./mar. 1998.

GUTIERREZ, P. R. **A municipalização e a experimentação de modelos assistenciais em Londrina**: os dilemas e as discontinuidades do processo. 1999. 171 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

JAARSMA-VAN, L. I. et al. Patients without referral treated in the emergency room: patient characteristics and motives. **Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde**, Amsterdam, v. 144, n. 9, p. 428-431, Feb. 2000.

JACOBS, P. C.; MATOS, E. P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador – Bahia. **AMB: Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 6, nov./dez. 2005.

KALEMOGLU, M. et al. Non-urgent patients in an Emergency Medical Service. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 132, n. 9, p. 1085-1089, sep. 2004.

KOVACS, M. H. et al. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto socorro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 3, p. 251-258, maio/jun. 2005.

LANDIS, R. J.; KOCK, G. G. Measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, Arlington, v. 33, n. 1, p. 159-174, Mar. 1977.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Núcleo de Comunicação. **Samu e Siate atenderam mais de 70 mil ocorrências**. Londrina, 2006. Disponível em: <[http://home.londrina.pr.gov.br/news\\_det.php?id\\_news=11644](http://home.londrina.pr.gov.br/news_det.php?id_news=11644)> Acesso em: 12 out. 2006.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2004/2005**: versão preliminar. Londrina, 2004.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Histórico da saúde no município**. Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/saude/historico.php3>. Acesso em: 28 nov. 2007.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 13-19, jan./fev. 2007.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 176 p.

NERY, Sonia Regina. **O Acolhimento no Cotidiano dos Profissionais das Unidades de Saúde da Família em Londrina, Paraná**. 2006. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2006.

O'DWYER, G.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do Programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, nov./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/30.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2010.

OLIVEIRA, M. L. F.; SCOCHI, M. J. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 123-128, 2002.

OLIVEIRA, M. L. F. **A utilização dos serviços de urgência e emergência em Maringá (PR): analisando determinantes.** 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 1998.

OLIVEIRA, R. **Adequação da demanda atendida em serviço de urgência de média complexidade em Londrina, Paraná, Brasil.** 2008. 102f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Mapas regionais. Disponível em:<<http://200.189.113.52/ftp/Mapas/Regionais.pdf>>. Acesso em: fev. 2010.

PEIXOTO FILHO, A. J. et al. Avaliação da gravidade dos atendimentos no serviço de emergência do Hospital Universitário da UFSC. **AMB: Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 91-95, abr./jun. 1991.

PEIXOTO FILHO, A. J.; CAMPOS, H. D.; BOTELHO, L. J. Serviço de emergência em clínica médica do Hospital Universitário da UFSC: estudo do perfil da demanda. **ACM: Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 37-44, jan./mar. 1990.

PEREDA RODRIGUEZ, J. et al. "Filtro sanitário" em las urgências médicas: Um problema a reajustar. **Revista Cubana da Medicina**, Havana, v. 40, n. 3, p. 181-188, jul.\set. 2001.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 473-83, dez. 1996.

SABBADINI, F. et al. Estudo de demanda por atendimento em hospital de emergência.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

RAMOS, M. L. R. **O trabalho da enfermeira no serviço municipal de saúde de Londrina.** 2002. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.

REDE HUMANIZA SUS. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/rede-hs>>  
Acesso em: 26 abr. 2010.

RICHARDS, J. R.; NAVARRO, M. L.; DERLET, R. W. Survey of directors of emergency departments in California on overcrowding. **Western Journal of Medicine**, San Francisco, v. 172, n. 6, p. 385-388, Jun. 2000.

SABBADINI, F. et al. Estudo de demanda por atendimento em hospital de emergência. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 4., 2007, Brasília. **Anais...** Brasília: CAPES, 2007. p. 1-7. Disponível em: <[http://www.aedb.br/seget/artigos07/22\\_Demanda\\_hospital\\_2.pdf](http://www.aedb.br/seget/artigos07/22_Demanda_hospital_2.pdf)> Acesso em: 12 maio 2010.

SÁNCHEZ LÓPEZ, J. et al. Frecuencia y características de la demanda atendida en un servicio de urgencia hospitalario: circuitos de atención. **Emergências**, Madrid, v. 17, n. 2, p. 52-61, 2005.

SÁNCHEZ, M. Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente? **Medicina Clinica**, Barcelona, v. 123, n. 16, p. 619-620, 2004.

SANTOS, J. S. et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 3/4, p. 498-515, abr./dez. 2003.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 757-776, 2002.

SELVA, T. S. et al. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, 73, n. 4, p. 465-479, Jul./Aug. 1999.

SILVA, V.P. et al. Caracterização do perfil da demanda da emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **ACM: Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 36, n. 4, p. 18-27, out./dez. 2007.

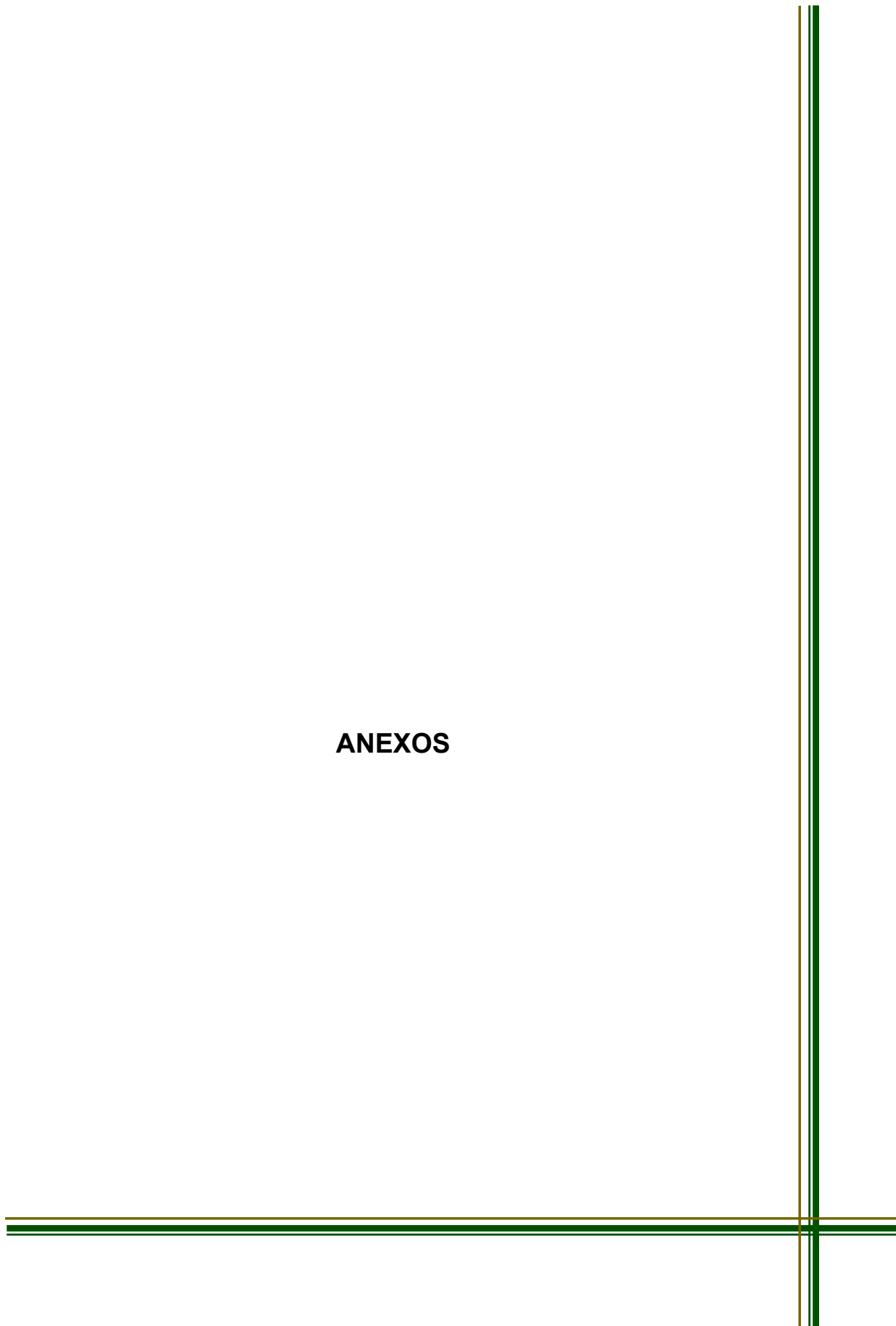
SOUZA, B. C. et al. Perfil da demanda do Departamento de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Tubarão - SC. **ACM: Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 38, n. 2, p. 73-79, abr./jul. 2009.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário. **Proposta de implantação do Pronto Socorro referenciado no HU**. Londrina, 2004.

VAN UDEN, C. J. et al. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 20, n. 7, p. 612-617, Jul. 2005.


VELASCO DÍAZ, L. et al. Impacto de los ingresos urgentes innecesarios sobre las estancias hospitalarias en un hospital de Asturias. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 79, n. 5, p. 541-549, sep./oct. 2005.

**ANEXOS**




## ANEXO A

## FICHAS DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE RISCO

 <b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</b>		<b>DIVISÃO DE PRONTO SOCORRO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE RISCO</b>			
ETIQUETA		HORÁRIO DA AVALIAÇÃO: _____:_____			
		DATA: ____/____/____ SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b> VERMELHO <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> AZUL <input type="checkbox"/>					
<b>VERIFICADOS:</b>		<b>PARÂMETROS NORMAIS:</b>	<b>CONDIÇÕES DE CHEGADA:</b>		
PA		120/80	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Respiração difícil <input type="checkbox"/> Confuso/ Agitado <input type="checkbox"/> Dor importante <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/>		
T		Até 37,5C			
FR		12—16			
FC		60—90			
<b>MEDICAÇÃO DE USO HABITUAL:</b>					
<b>MEDICAÇÃO:</b>		<b>DOSE:</b>	<b>HORÁRIO:</b>		
<b>HÁ QUANTO TEMPO FAZ USO:</b>					
_____ _____ _____ _____ _____					
<b>AVALIAÇÃO:</b>					
_____ _____ _____ _____ _____					
<b>ASSINALAR COM X A RESPOSTA APROPRIADA:</b>					
Cardiopatia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Gestante	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Marca passo	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Tabagismo	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Doenças Infecto-contagiosas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Etilismo	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Hipertensão Arterial	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Insuficiência Renal	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Insuficiência Hepática	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Déficit Neurológico	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Convulsivo	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Antecedentes cirúrgicos	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Acompanhamento no HU	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Outros:	Alergias/ Quais: _____				
<b>ENCAMINHAMENTO PARA:</b> _____			<b>HORÁRIO:</b> _____		
<b>HORÁRIO DO ATENDIMENTO MÉDICO:</b> _____					
<b>DESTINO:</b> Alta <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/>					
_____ FUNCIONÁRIO(a): (admissão)			_____ FUNCIONÁRIO(a): (Alta)		

## ANEXO B

## FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DO PRONTO SOCORRO

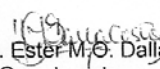
 <b>Universidade Estadual de Londrina</b>		<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL - URGÊNCIA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REG. DO NORTE DO PARANÁ - CNPJ: 78.640.489/01 Av. Robert Koch, 60 - Fone: (43) 3371-2000 - Fax: 3337-7495 - Cx. P. 791 - CEP 86038-350 - Londrina			
		<b>TERMO DE RESPONSABILIDADE</b> Declaro que: • As autorizações para quaisquer procedimentos realizados em meu corpo somente serão firmados após ter sido amplamente esclarecido sob os meus próprios olhos pelo médico responsável, exceto em casos de risco de vida. • Foi garantido que tenho direito a recusar qualquer método de investigação ou terapêutico caso seja essa minha vontade, sem que isso me cause qualquer prejuízo na utilização dos serviços do HURNP. • Autorizo a equipe médica do HURNP a realizar internação em outro hospital da rede pública se, após o atendimento no Pronto-Socorro, houver essa necessidade, de acordo com o número de vagas, complexidade do caso e a critério do médico plantonista. Assinatura do Paciente ou Responsável _____			
<b>PACIENTE</b>	NOME _____		DATA NASCIMENTO/IDADE _____	ESTADO CIVIL/RELIGIÃO _____	RG ATENDIMENTO _____
	LOCAL DE NASCIMENTO/ESTADO _____		SEXO/COR DA PELE _____	CONVÊNIO _____	DATA/HORA DO ATENDIMENTO _____
	ENDEREÇO - RUA, Nº, BAIRRO, CIDADE, ESTADO, TELEFONE _____				
	PROFISSÃO _____	CPF Nº _____	TIPO E Nº DOCUMENTO _____	ESPECIALIDADE _____	
	NOME DO SEGURADO OU RESPONSÁVEL _____		GRAU DE DEPENDÊNCIA _____		TIPO DE ATENDIMENTO _____
	QUEIXA _____		ENCAMINHADO POR _____		
<b>RESUMO DA DOENÇA</b>					
<b>DADOS CLÍNICOS</b>		<b>EX. FÍSICO</b>	PA: _____		
FR: _____			_____		
PULSO: _____			_____		
TEMP: _____			_____		
E.G.: _____			_____		
E.T.: _____			_____		
<b>EXAMES</b>		<b>TRATAMENTO</b>		OBS.: NOS CASOS DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA, PREENCHER OBRIGATORIAMENTE A FOLHA DE PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO ESPECÍFICA.	
<b>DIAGNÓSTICO</b>		<b>C I D</b>			
1º _____					
2º _____					
3º _____					
<b>SAÍDA</b>		<input type="checkbox"/> - RESIDÊNCIA - HORÁRIO: _____		<input type="checkbox"/> - INTERNADO: _____	
		<input type="checkbox"/> - ÔBITO - HORÁRIO: _____		NOME DO INTERNO _____ NOME DO MÉDICO RESIDENTE _____ NOME E ASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA - CRM _____	

## ANEXO C

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA**

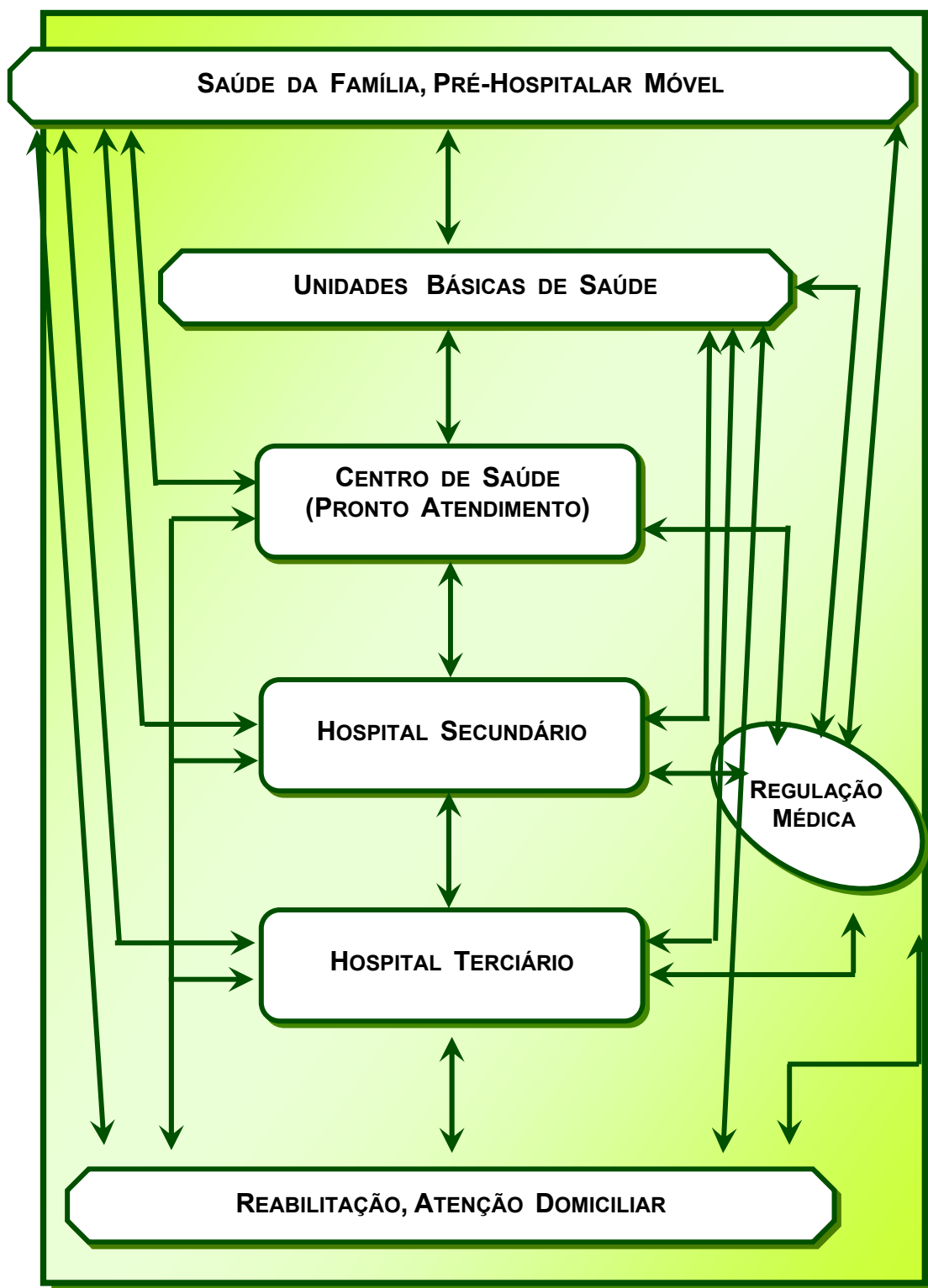


**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná  
Registro CONEP 268

<b>Parecer PF Nº 228/08</b> <b>CAAE Nº 0225.0.268.000-08</b> <b>FOLHA DE ROSTO Nº 224248</b>	Londrina, 28 de abril de 2009.
<b>PESQUISADOR: VIVIAN BIAZOM EL REDA FEIJÓ</b>	
<p>Prezada Senhora:</p> <p>O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p><b>"ANÁLISE DA DEMANDA ATENDIDA NO PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL ESCOLA APÓS IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO"</b></p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
<b>Situação do Projeto: APROVADO</b>	
<p align="center">Atenciosamente,</p> <p align="center">   Prof.ª Dra. Ester M. O. Dalla Costa  Coordenadora  Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UEL </p>	

## ANEXO D

## ESTRUTURA E ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



**ANEXO E****OFÍCIO CIRCULAR DIR. SUP. Nº 004 DE 14/03/2008**

UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

**Diretoria Superintendente****OF.Circular DIR. SUP. N. 004**

Londrina, 14 de Março de 2008.

Prezado Senhor:

É um fato de conhecimento público que, em conformidade com a hierarquização da assistência à saúde estabelecida pelo Ministério da Saúde, o Hospital Universitário se classifica como serviço de nível terciário. Essa classificação, na prática, confere ao HU o dever perante o SUS de – prioritariamente – prestar atendimento aos casos graves e de maior complexidade, com encaminhamento precedido de contato telefônico pelos Sistemas de Resgate (SAMU e SIATE) e Central Reguladora de Vagas (*atendimento referenciado*).

Além da referida previsão normativa, a implantação do atendimento referenciado no pronto socorro dos hospitais terciários foi amplamente discutida e avaliada nas esferas gestoras da saúde competentes. Até o momento, porém, não foi efetivada no HU que, assim, inapropriadamente – além da procura direta – continua como porta de entrada para parcela significativa de pacientes encaminhados pelas UBS, hospitais da 17ª Regional e de outras regionais, clínicas e outros; como consequência o HU emprega os recursos de que dispõe em atendimentos de baixa e média complexidade, distanciando-se, dessa forma, da destinação natural prevista por sua ocupação na hierarquização da assistência à saúde no SUS, que é de hospital terciário.

Como resultado deste desvio é grande no HU o número de atendimentos de Urgência e Emergência, sendo que o atendimento a pacientes com enfermidades de baixo risco atinge 60% da assistência realizada no Hospital. A imobilização de recursos físicos e humanos para a realização desses atendimentos, evidentemente, importa em diminuição do potencial pleno do Hospital para as atividades de alta complexidade em saúde.

Em consequência, o HU se vê impedido tanto para atender adequadamente – quanto ao tempo – as cirurgias eletivas (Ortopedia, vascular, Cirurgia do Aparelho Digestivo - CAD, outras), com elevação do número dos leitos de espera para estas cirurgias, como também para receber de outras instituições pacientes que caberia ao HU atender por se tratarem de atendimentos terciários (alta complexidade), os quais são submetidos com espera em outros hospitais de pequeno e médio porte, sem que o HU possa recebê-los face ao excesso de procura. Há grave risco para os pacientes neste fluxo, o que demonstra que a perda pelo desvio da vocação de hospital de nível terciário do HU é suportada diretamente pela população.

**DESTINATÁRIOS DESTE OFÍCIO  
RELACIONADOS NO VERSO**

**Dr. Adilson Castro**

Diretor da 17ª Regional de Saúde  
17ª Regional de Saúde

**Dr. Álvaro Luís de Oliveira**

Conselho Regional de Medicina/PR – Delegacia Regional de Londrina

**Dr. Antônio Cesar Marson**

Coordenador do SIATE

**Dr. Antônio Cesar Marson**

Diretor do Serviço Especial em Saúde

**Dr. Carlos José Casiglione**

Coordenador do SAMU

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**Dra. Grasiela Pomini**

Coordenadora da Central Estadual de Regulações de Leitos

Central Estadual de Regulação de Leitos

**Dr. Fahd Haddad**

Irmandade da Santa Casa de Londrina

**Enf. Flávia do Espírito Santo Tiepo**

Coordenadora da Central Metropolitana de Leitos

Central Metropolitana de Leitos

**Dr. Luís Fernando Rodrigues**

Diretor de Auditoria Controle e Avaliação - DACA

Serviço Municipal de Saúde

**Dr. Luiz Soares Koury**

Diretor Clínico do Hospital Evangélico

Hospital Evangélico

**Dr. Marcelo Agudo C. de Mendonça**

Diretor Clínico do Hospital Zona Sul

Hospital Zona Sul

**Enf. Marlene Zucoli**

Secretaria Municipal de Saúde

Autarquia Municipal de Saúde

**Enf. Ogle Beatriz Bacchi de Souza**

Diretora Executiva da CISMENPAR

CISMENPAR

**Dr. Paulo Cesar Vieira Tavares**

Promotor de Justiça

**Dr. Rodrigo Rosseto Avanço**

Diretor Geral da Maternidade Municipal Lucilla Ballalai

**Dra. Vera Marvule**

Diretora Clínica do Hospital Zona Norte

Hospital Zona Norte



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

**Diretoria Superintendente**

**OF.Circular DIR. SUP. N. 004 – cont. – (Fls.02/02)**

Quanto aos demais hospitais terciários da Cidade, conveniados com o SUS, suspenderam grande parte do atendimento de pronto socorro e não disponibilizam mais plantões a distância para algumas especialidades e, com isso, a sobrecarga do HU é imensa. Precisamos considerar, porém, que o sistema público de saúde de Londrina conta com 03 hospitais terciários, 02 hospitais de nível secundário, Maternidade Municipal, 53 UBS, PAM, PAI, SAMU, SIATE. Temos, portanto, um conjunto de recursos que permite, sim, propiciar muito melhor serviço de saúde à população. Dessa forma, poderão os gestores da Saúde Pública, por meio dos veículos de comunicação (rádios, tv, associação de serviços, igrejas e jornais), aperfeiçoar junto à população os canais de informação a respeito do atendimento referenciado nos hospitais terciários, bem como aumentar a efetividade prática do SAMU na regulação dos pacientes para esses hospitais, de forma a alcançar resultados que permitam aos serviços integrantes do SUS melhor cumprimento dos papéis a que se destinam na disponibilização da saúde ao público, mais humana e ágil.

Outrossim, conforme amplamente divulgado, o Pronto Socorro do HU se encontra em obras para reforma e ampliação. É um acontecimento importante do ponto de vista da humanização da assistência à saúde, pois *haverá maior adequação e conforto nos meios de assistência à saúde no Pronto Socorro do Hospital Universitário*. Todavia, diante da reforma, não há condições para se manter o mesmo volume de atendimentos de pronto socorro deste Hospital, fazendo-se inevitável a suspensão do acolhimento direto de novos pacientes no serviço de Pronto Socorro do HU.

Pelas razões ora resumidas, o HU comunica que, a partir do dia **24/03/2008** não mais atenderá a procura direta no seu Pronto Socorro e, assim, não haverá mais ficha de procura direta. O Hospital Universitário atenderá os casos encaminhados pelo SAMU, SIATE e Central Reguladora.

As exceções que demandarem procura direta importarão em prévia avaliação do paciente, que é um serviço de classificação de risco estabelecido por meio das normativas federais do Projeto HUMANIZASUS.

Esperando poder contar com a compreensão de todos, pois buscamos o melhor para a nossa população, colocamo-nos a disposição para esclarecimentos adicionais, se necessários.

Atenciosamente,

Original Assinado e Arquivado na DS/Secretaria

**Dr. Francisco Eugênio A de Souza**  
Diretor Superintendente do HU

**Dr. Marcos Cesar Barros A Camargo**  
Diretor Clínico do HU