

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

ANTONIO FERNANDO AMATO BOTELHO DOS SANTOS

**PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO NO LABORATÓRIO MUNICIPAL DE
CAMARAGIBE – PE.**

RECIFE
2010

Antonio Fernando Amato Botelho dos Santos

**PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO NO LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CAMARAGIBE – PE.**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Lato sensu* do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientador: Tiago Feitosa de Oliveira

2010

Antonio Fernando Amato Botelho dos Santos

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CAMARAGIBE – PE.

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Lato sensu* do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: Outubro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Ms Ana Maria da Silva

Secretaria Estadual de Saúde – Hospital Barão de Lucena.

Laboratório Municipal de Saúde Pública - Recife

Ms Tiago Feitosa de Oliveira

Secretaria Municipal de Saúde - Recife

Dedico este trabalho aos meus avós, Filippo Amato (*in memorian*), Maria Borsellino e Hilda Matoso (*in memorian*); por estarem eternamente presentes em todos os momentos de minha vida.

Aos meus pais, Fernando Botelho e Angela Amato; por me proporcionarem este e outros momentos importantes de minha vida.

A minha esposa Ana Clara Gurgel e meu filho Arthur Amato; por estarem sempre me dando força e apoio na realização dos nossos planos de vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães que viabilizou a realização deste curso.

Ao Professor Tiago Feitosa de Oliveira; por ter aceitado me orientar na condução deste projeto.

Ao Prefeito de Camaragibe, João Ribeiro de Lemos, e a Secretária de Saúde, Ricarda Samara, por terem aceitado este desafio e me autorizarem a realizar esta Especialização.

Aos amigos de Camaragibe e de Turma, Alexandre Dantas e Sheyla Vasconcelos; pela solidariedade e contribuição na conclusão deste projeto.

A todos os colegas da Turma Recife 1.

A Sandra e Semente; pelo apoio e compreensão.

A todos os professores que contribuíram para minha formação profissional.

“Nunca se vence uma guerra lutando sozinho...”

(Raul Seixas / Oscar Rasmussen)

SANTOS, Antonio Fernando Amato Botelho dos. Projeto de Implantação de Acolhimento com Classificação de Risco no Laboratório Municipal de Camaragibe - PE. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

O acolhimento com classificação de risco é um tema cada vez mais abordado nos serviços de saúde público e privado, principalmente nas urgências e emergências, visando minimizar o caos gerado pela falta de planejamento no atendimento dos usuários. O projeto de implantação no Laboratório Municipal de Caramaragibe (LAMUC) visa à melhoria da qualidade do atendimento aos munícipes, que atualmente ocorre de forma desordenada, levando como fator determinante a ordem de chegada ao serviço, desta forma, objetiva-se um novo formato de atendimento, baseado na adaptação de modelos já descritos na literatura e que obtiveram êxito em sua execução, ressaltando que nenhum destes modelos foram testados ou adaptados para um laboratório de análises clínicas, tornando o trabalho pioneiro. Diante do observado, serão expostas a realidade do funcionamento atual do LAMUC e as propostas do plano de intervenção, se fazendo necessária uma constante avaliação da futura execução, adaptando os modelos a realidade local.

Palavras Chaves: Laboratório de Análises Clínicas; Acolhimento; Classificação de Risco.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

ATS – Australian Triage Scale.

CAPS – Centro de Apoio Psico-Social.

CASHMUC – Casa do Homem e da Mulher de Camaragibe.

CEMEC – Centro Médico de Camaragibe.

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas.

CERPEC – Centro de Marcação e Regulação de Consultas.

CSBN – Centro de Saúde de Bairro Novo.

CTAS – Canadian Triage Acuity Scale.

ENA – emergency Nurses Association.

ESI – Emergency Severity Index.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

ITS – Ipswich Triage Scale.

LAMUC – Laboratório Municipal de Camaragibe.

MAFC – Maternidade Amiga da Família de Camaragibe.

MS – Ministério da Saúde.

MTS – Manchester Triage System.

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

NTS – National Triage Scale.

PSF – Programa de Saúde da Família.

RMR – Região Metropolitana do Recife.

SAE – Serviço de Atendimento Especializado.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SEPLAMA – Secretaria de Planejamento.

SESAU – Secretaria de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UMO – Unidade Móvel Oftalmológica.

USF – Unidade de Saúde da Família.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 Geral	12
2.2 Específicos	12
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
3.1 Histórico do Município de Camaragibe	13
3.2 Estrutura da Rede de Saúde de Camaragibe	15
3.3 Laboratório Municipal de Camaragibe (LAMUC)	17
3.4 Modelo de Atenção à Saúde no Brasil	19
3.5 Triagem e Acolhimento	21
3.6 Modelos de Classificação de Risco	23
3.6.1 Escala de Triagem Australiana (Australian Triage Scale, ATS).	25
3.6.2 Escala de Triagem Americana (Emergency Severity Index, ESI).....	26
3.6.3 Escala de Triagem Canadense (Canadian Triage Acuity Scale, CTAS)	27
3.6.4 Manchester Triage System (MTS).....	28
4 METODOLOGIA	29
4.1 Atual Estrutura Física do LAMUC	29
4.2 Atual Estrutura Funcional do LAMUC	29
4.3 Proposta de Acolhimento com Classificação de Risco no LAMUC	30
5 RESULTADOS ESPERADOS	33
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICES A - REQUISIÇÃO DE ACIDENTE OCUPACIONAL.	
APÊNDICES B – REQUISIÇÃO DE BACILOSCOPIA.	
APÊNDICES C – REQUISIÇÃO DE BIOQUÍMICA.	
APÊNDICES D – REQUISIÇÃO DE HEMATOLOGIA.	
APÊNDICES E – REQUISIÇÃO DE IMUNO-HEMATOLOGIA.	
APÊNDICES F – REQUISIÇÃO DE IMUNOLOGIA.	
APÊNDICES G - REQUISIÇÃO DE PARASITOLOGIA.	

APÊNDICES H - REQUISIÇÃO DE PRÉ-NATAL.

APÊNDICES I - REQUISIÇÃO DE PRÉ-PARTO/ABORTO/ CURETAGEM.

APÊNDICES J - REQUISIÇÃO DE TRIAGEM DST/AIDS.

APÊNDICES K - REQUISIÇÃO DE URGÊNCIA 1.

APÊNDICES L - REQUISIÇÃO DE URGÊNCIA 2.

APÊNDICES M - REQUISIÇÃO DE UROANÁLISES.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, um dos índices que expressa um alto grau de qualidade em um serviço de saúde de urgência é o acolhimento com classificação de risco. Recentemente alguns modelos de triagem já foram propostos, inúmeros protocolos de adaptação destes modelos já foram montados e implantados em alguns serviços, porém esta não é uma idéia nova que surgiu por acaso. O acolhimento com classificação de risco é uma triagem, que significa necessidade de escolha, e o ato de triar de acordo com o grau de gravidade nasceu da concepção militar desde a Grécia Antiga, onde nos campos de batalha os feridos eram submetidos a uma rápida avaliação, cabendo ao acolhedor decidir se aquele soldado iria ser submetido a tratamento médico ou iria voltar para a batalha.

Nos últimos anos, a população vem procurando cada vez mais os serviços de urgência sejam por uma simples virose ou por uma fratura exposta proveniente de um acidente de trânsito. A população não sabe que serviço procurar, pois ainda possui uma concepção que se procurar um grande centro será atendido com uma maior agilidade, e os profissionais de saúde não sabem como proceder com a chegada de tantos pacientes com problemas tão diferentes, isso acarreta num aumento excessivo da demanda dos serviços, gerando enormes filas de espera sem previsão de atendimento, e o que é pior, de forma desordenada, gerando insatisfação nos usuários, pois aquele paciente que chegou com uma virose, acaba tendo que disputar vaga com o que sofreu uma fratura exposta como se os dois casos possuíssem a mesma necessidade de intervenção imediata.

Por conta deste grande problema é que existem mundialmente inúmeras tentativas de ordenamento do fluxograma de atendimento de pacientes nas unidades de emergência, com finalidade de triar os usuários vendo a necessidade de atendimento em relação ao grau de urgência de cada um, ordenando o serviço, diminuindo filas e ofertando um serviço com mais qualidade a todos.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Elaborar um Plano de Acolhimento com Classificação de Risco para futura implantação do LAMUC.

2.2 Específicos

- a) Elaborar instrumentos de fluxo.
- b) Atualizar os impressos.
- c) Redefinir os prazos de entregas de exames.
- d) Fazer uma renovação dos equipamentos, de acordo com as necessidades do novo serviço.
- e) Conseguir apoio do Conselho Municipal de Saúde.
- f) Adequar a estrutura física e de recursos humanos para a nova realidade do serviço.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Histórico do Município de Camaragibe

No início do século XVI, se teve registro da primeira formação de população na região onde hoje se encontra o Município São Lourenço da Mata, que foi reconhecida primeiramente como Freguesia em 1621, sendo posteriormente reconhecida como distrito de São Lourenço da Mata em 1775, para então receber a denominação de município em 1884, porém só foi desmembrado dos municípios de Recife e Paudalho em janeiro de 1890 (CAMARAGIBE, 2009).

O distrito de Camaragibe foi criado pela Lei Municipal nº 21, de 05 de março de 1908, seu nome decorre do engenho Camaragibe, que tem origem na expressão Tupi que significa “Terra de Camarás”, planta abundante na área do atual Rio Camaragibe (CAMARAGIBE, 2009).

Na sua divisão administrativa, até 1982, o município de São Lourenço da Mata contava com três distritos: São Lourenço da Mata, Nossa Senhora da Luz e Camaragibe (CAMARAGIBE, 2009).

Em 20 de dezembro de 1963 a Lei Estadual nº 4.988 elevou o distrito de Camaragibe à categoria de município, o qual foi extinto em 06 de julho de 1964, pelo Tribunal de Justiça, mandado de segurança nº 59.906, sendo seu território reanexado ao do município de São Lourenço da Mata. Porém, 18 anos mais tarde, Camaragibe foi novamente elevado à categoria de município, em 14 de maio de 1982, desmembrando-se de São Lourenço da Mata, segundo a Lei 8.951 do Diário Oficial do Estado de Pernambuco (CAMARAGIBE, 2009).

Atualmente o município de Camaragibe possui uma área de 52,9Km², correspondendo a 1,84% da Região Metropolitana do Recife (RMR), a qual faz parte, e 0,05% do Estado de Pernambuco. Localizando-se a 16Km de Recife, fazendo fronteira com os Municípios de Paudalho, Paulista, Recife e São Lourenço da Mata. Segundo o CENSo realizado pelo IBGE em 2006, o Município possui 150.354 habitantes e densidade demográfica de 2.842,2 habitantes/Km², onde 80% da população se encontram na parte central da cidade (porção sul do território municipal – Regiões I, II e III) (CAMARAGIBE, 2009).

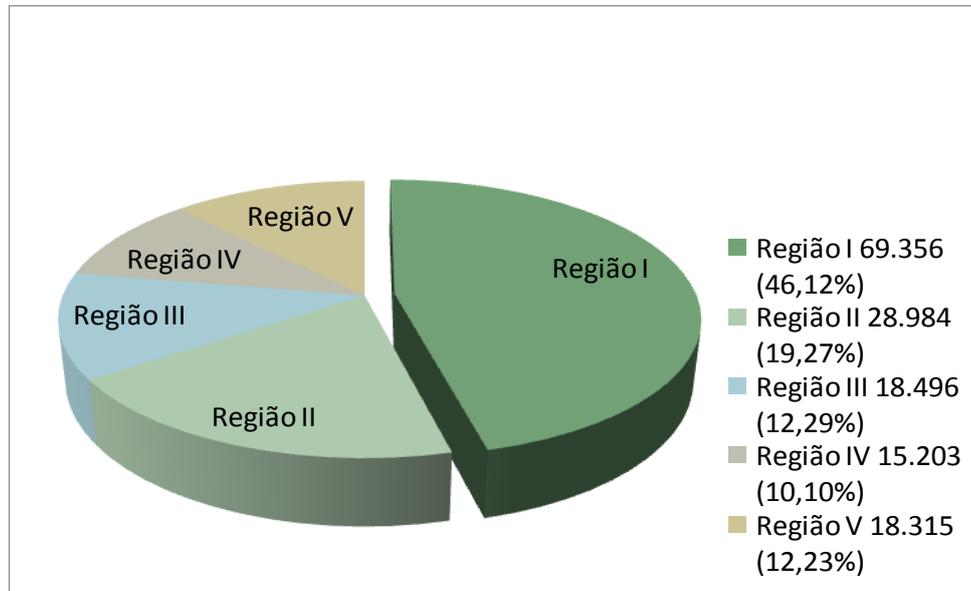


Gráfico 1: Distribuição da População de Camaragibe.
Fonte: Secretaria de Planejamento (CAMARAGIBE – 2010)

O Município de Camaragibe é dividido política-administrativamente em 5 regiões administrativas (CAMARAGIBE, 2009)

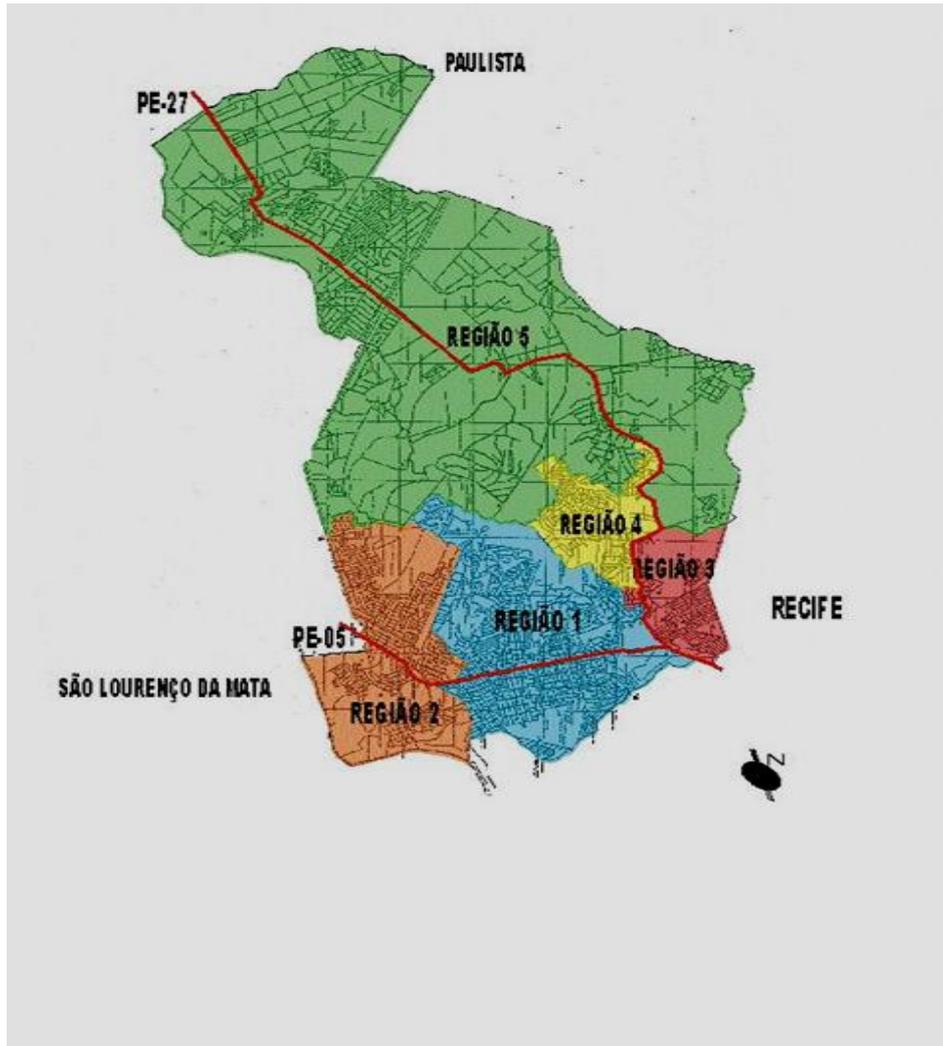


Figura 1: Mapa de Camaragibe dividido por regiões.
 Fonte: Secretaria de Planejamento (CAMARAGIBE – 2010)

3.2 Estrutura da Rede de Saúde de Camaragibe

O município possui uma rede de saúde bem estruturada, tendo uma cobertura de quase 100% da atenção básica e possuindo diversos serviços da média complexidade, ficando com o Estado os serviços de alta complexidade (CAMARAGIBE, 2010).

Na atenção básica o Município dispõe de 42 Unidades de Saúde da Família (U.S.F.s) distribuídas nas 5 regiões administrativas (18 na Região I, 9 na Região II, 5 na Região III, 5 na Região IV e 5 na Região V); uma Central do Programa Nacional de Imunização (P.N.I.) com rede de distribuição nos três CEMECs, nas 42 U.S.F.s, na MAFC e no Centro de Saúde; uma Farmácia Popular; uma Núcleo de Vigilância à

Saúde e uma Centro de Zoonose; dez Equipes de Saúde Bucal nas U.S.F.s e quatro Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (CAMARAGIBE, 2010)

Na média complexidade o município dispõe dos serviços: uma Laboratório Municipal (LAMUC) de funcionamento 24 horas com oito postos de coleta descentralizados (cinco em U.S.F.s de difícil acesso e um posto em cada um dos três CEMECs); um Posto de Serviço de Triagem Neonatal; quatro Residências Terapêuticas (duas masculinas, uma feminina e uma mista); uma Unidade Móvel Oftalmológica (UMO); um Centro de Marcação e Regulação de Consultas (CERPEC); um Centro de Saúde (CSBN); uma Base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com duas ambulâncias; um Núcleo de Reabilitação; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo II com quatro consultórios; um Centro de Saúde do Homem e da Mulher (CASHMUC); uma Maternidade (MAFC), classificada como Amiga da Família, de baixo risco com vinte e sete leitos; três Centros de Apoio Psico-Social (CAPS) onde temos um Infantil, um Álcool-Droga e um de Distúrbio; três Centros Médicos (CEMEC) onde o Centro, que é o maior, localiza-se na porção sul do município assistindo as Regiões I e II, o Tabatinga localiza-se na porção central do município e assiste as Regiões III e IV, e o Vera Cruz localiza-se na porção norte assistindo a Região V, todos os três CEMECs atendem os munícipes com funcionamento 24 horas; e o município ainda possui uma unidade de Serviço de Atendimento Especializado (SAE) (CAMARAGIBE, 2010).

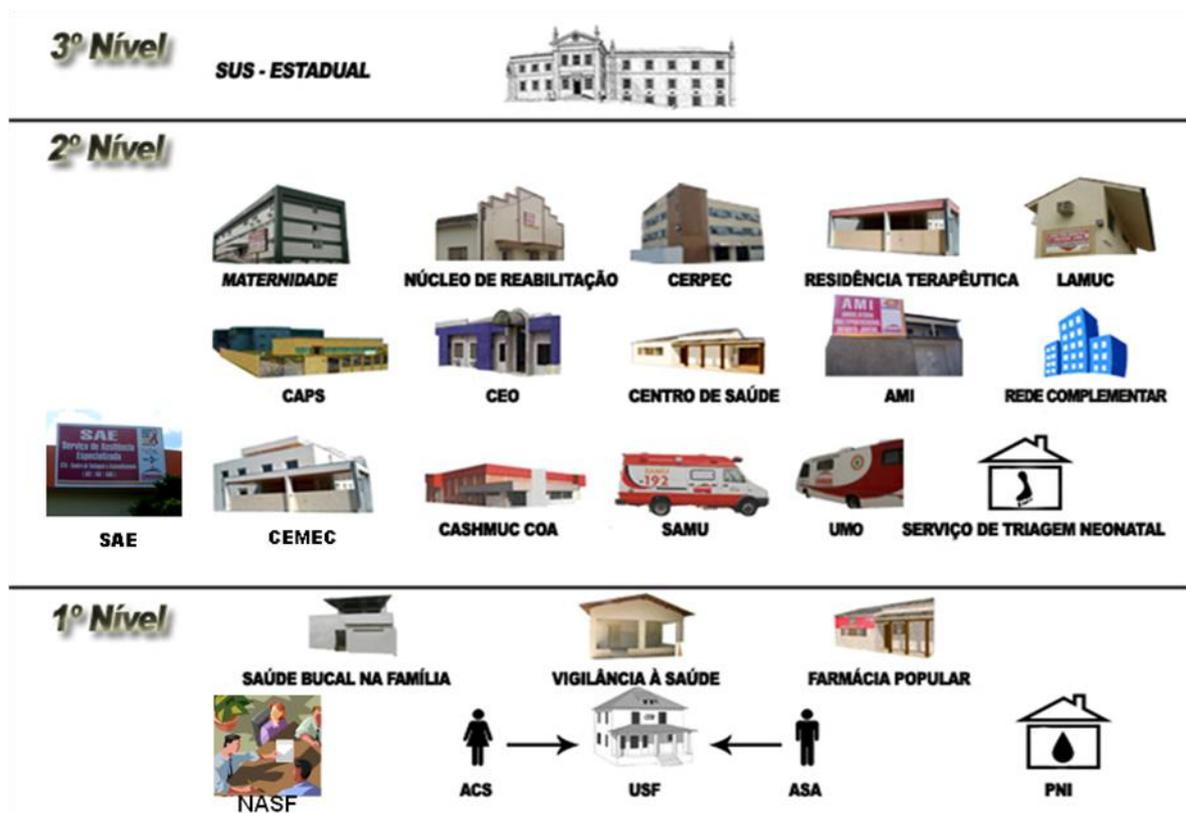


Figura 2: Estrutura da Rede Municipal de Saúde de Camaragibe
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (CAMARAGIBE, 2010).

3.3 Laboratório Municipal de Camaragibe (LAMUC)

O Laboratório Municipal de Camaragibe fora reinaugurado em janeiro de 2005 com um perfil de funcionamento 24 horas, sendo atualmente o Laboratório de Referência no Município, principalmente para os exames de Sorologias, Baciloscopias, Pré-Natal e Urgências, ofertando a população um serviço de confiável e de qualidade.

O LAMUC atualmente realiza mais de 12.000 exames/mês, possuindo na composição de sua estrutura física uma recepção, uma sala de coleta com capacidade de 3 coletas simultâneas e os Setores de Hematologia, Imunologia, Imuno-Hematologia, Bioquímica, Parasitologia, Uroanálises, Hemostasia e Microbiologia (Baciloscopia).

Com a nova política de funcionamento, foram ofertados a população de Camaragibe exames laboratoriais 24 horas, dando prioridade ao seguinte público:

- GESTANTES / PRÉ-NATAL.

- GESTANTES / PRÉ-PARTO.
- PACIENTES DE URGENCIA.
- PACIENTES PARA REALIZAÇÃO DE SOROLOGIAS (HIV – HEPATITES – TOXOPLASMOSE – RUBÉOLA – SÍFILIS)
- PACIENTES PARA REALIZAÇÃO DE BACILOSCOPIAS.
- PACIENTES DA COLETA DESCENTRALIZADA:
 - E.S.F. de ASA BRANCA.
 - E.S.F. de OITENTA.
 - E.S.F. de BORRALHO.
 - E.S.F. de VILA RICA.
 - E.S.F. de ARAÇÁ

O LAMUC dispõe em seu quadro atual de 36 funcionários, onde estes são divididos em diaristas e plantonistas. São oito Analistas Clínicos (um Diarista e sete Plantonistas), sete Técnicos em Laboratório (três Diaristas e quatro Plantonistas), quatro Motoqueiros (Todos Plantonistas), seis Auxiliares de Serviços Gerais (dois Diaristas e quatro Plantonistas), sete Auxiliares Administrativos (Todos Diaristas) e quatro Guardas Municipais (Todos Plantonistas).

Neste regime de trabalho, os diaristas e plantonistas realizam suas atribuições de acordo com a jornada de trabalho de cada cargo, os diaristas de segunda a sexta-feira entre o horário das sete às dezoito horas, já os plantonistas formam uma equipe diária de domingo a domingo composta por um Analista Clínico, um Técnico em Laboratório, um Auxiliar de Serviços Gerais, um Motoqueiro e um Guarda Municipal.

A necessidade do motoqueiro se faz necessário nesta equipe, pelo fato das coletas de urgências serem realizadas nos CEMECs, e após esta realizada o motoqueiro resgata a amostra a ser analisada e encaminha o resultado via fax, no caso da coleta descentralizadas das cinco U.S.F.s a coleta é realizada por uma técnica do LAMUC que se desloca com um motorista até a Unidade de Saúde e o resultado dos exames são encaminhados na semana posterior a coleta, pois são exames de rotina, não tendo urgência. Neste caso são coletados no LAMUC apenas as amostras das gestantes que se deslocam ao serviço para realizar o pré-natal, diminuindo as filas de espera para realização de coletas e dando mais comodidade para as pessoas que ali aguardam, pois muitas delas tem que realizar o teste de

tolerância a glicose, tendo que permanecer por mais de três horas no ambiente laboratorial para realizar as duas coletas.

Por se tratar de um serviço que recebe uma grande quantidade de Gestantes e de exames designados de urgência, fora visto a necessidade de se criar um plano de intervenção para realização de um acolhimento desses pacientes com classificação de risco, a fim de minimizar transtornos que possam ser ocasionados pela alta demanda de usuários em busca da realização de exames laboratoriais, pois segundo Magalhães (1998), Santos Júnior (2004) e Rocha (2005), os serviços de saúde são freqüentemente criticados pela população e seus trabalhadores sentem-se desmotivados com a pressão por atendimento em maiores quantidade e rapidez, caracterizado por um custeio elevado, grande demanda, saturação dos serviços, usuários e trabalhadores insatisfeitos e violência cotidiana contra os trabalhadores.

3.4 Modelo de Atenção à Saúde no Brasil

No Brasil, o final da década de 80 foi marcado por movimentos sociais que lutavam pela redemocratização do país e pela melhoria das condições da saúde da população. Paralelo a estes acontecimentos, o movimento sanitarista brasileiro cresceu e ganhou representatividade através dos profissionais de saúde, usuários, políticos e lideranças populares, que lutavam pela reestruturação do nosso sistema de saúde. O marco principal deste movimento ocorreu em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, quando as propostas foram defendidas na Assembléia Nacional Constituinte criada em 1987. A Nova Constituição Brasileira, promulgada em 1988, incorporou grande parte destas propostas e garantiu o direito à saúde para todos, transformando-a num dever do Estado, através da criação de um sistema de acesso universal e igualitário, com ações voltadas para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988 ; PEREIRA et al, 2003).

A Promoção da Saúde tem como princípios a atenção aos seus fatores condicionantes e determinantes, a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, a participação popular nas decisões, priorizando a vulnerabilidade e o risco de adoecimento de determinada comunidade e a união dos diversos setores da sociedade nas ações (MEDRONHO, 2009).

Desta forma, o cenário da saúde brasileira passou por consideráveis transformações, nas últimas décadas, a partir do processo desencadeado pela

Reforma Sanitária. Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, seguida da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), na década de 90, busca-se uma organização em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2001).

A Constituição brasileira é soberana e, sobretudo, abrangente quando declara que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, e este deve garantir, mediante políticas públicas, a redução do risco de doença e de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Ao considerar os determinantes sociais, no novo conceito de saúde, abrem-se diferentes caminhos para a descentralização das ações de saúde e a designação de verbas cuja aplicação deverá ser acompanhada pela população através do controle social.

No âmbito da prevenção primária, destacam-se o fornecimento de medidas de promoção da saúde e proteção específica, que, no Brasil, são dispensadas, especialmente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF). No âmbito da prevenção secundária, a doença já se estabeleceu, sendo necessário, portanto, tratamento precoce e medidas para a atenuação do agravo. A esfera da prevenção terciária é composta por ações de reabilitação, onde se busca a reinserção do indivíduo restabelecido na sociedade. Essas últimas são realizadas nas unidades hospitalares, em seus diversos níveis de complexidade (PEREIRA, 1995).

As ações de saúde, caracterizadas pelos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, estão estruturadas no sistema de saúde através de uma rede que interliga esses três níveis de prevenção. Essa rede é composta por instituições, tais como hospitais, centros de saúde e órgãos de vigilância, que atuam através de ações que incluem desde atividades de promoção à saúde até aquelas de tratamentos complexos e reabilitação do indivíduo, uma vez que esse tenha adoecido e necessite de intervenções para retornar à sociedade de forma ativa e produtiva.

Essa rede do sistema de saúde deve atuar interligada entre si de modo a permitir a comunicação entre os três níveis de prevenção, funcionando com efetividade e resolubilidade.

Os serviços de urgência são caracterizados pelo atendimento a pacientes em situações agudas que se encontram em risco de morte ou sofrimento intenso. Nesse

sentido, torna-se pertinente diferenciar dois conceitos básicos, o conceito de urgência e emergência que é caracterizado da seguinte forma:

- Emergência: “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.”
- Urgência: “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.”

Entretanto o MS vem questionando a utilização dos referidos termos, dada a semelhança de significado e o grande número de julgamentos e dúvidas que tal ambivalência terminológica suscita, optando, portanto, pela uniformização da terminologia sendo sugerido o termo “urgência” como o que deve ser utilizado para referenciar os casos agudos, respeitados alguns critérios de prioridade ou níveis de classificação de gravidade (BRASIL, 2006).

Diante do cenário que se encontram as diversas urgências no país, o Ministério da Saúde vem buscando alternativas para organizar o atendimento à saúde, de modo que os serviços, em cada nível de assistência, sejam responsáveis pela execução de atividades de sua competência. Entre as alternativas propostas prevê-se a estruturação dos sistemas estaduais de urgência e emergência de forma a envolver toda a rede assistencial, desde a pré-hospitalar, fixa ou móvel, até a hospitalar, capacitando e responsabilizando cada componente da rede assistencial pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, de acordo com os limites de complexidade de atendimento e capacidade de resolução (BRASIL, 2002).

3.5 Triagem e Acolhimento

Já em meados da década de 50, iniciaram-se algumas alterações no sistema de prestação de cuidados de saúde dos Estados Unidos da América. Grande parte dos profissionais médicos, dessa época, afastou-se da prática médica desempenhada junto à população, realizada em sua grande maioria através da ida do médico à residência da família ou ao atendimento efetuado em consultórios particulares (GILBOY, 2005).

Dessa forma, as unidades de emergência tornaram-se o principal fornecedor de atendimentos médicos, principalmente durante as noites e finais de semana,

quando os consultórios estavam fechados, o que ocasionou um aumento do volume de atendimento a pacientes nas referidas unidades, sobretudo dos atendimentos pouco urgentes e não urgentes.

Diante desse cenário, os chefes de departamentos de emergência reconheceram a necessidade de um método para classificar pacientes e identificar aqueles que necessitavam de cuidados médicos imediatos. O grande desafio era adaptar o sistema de triagem utilizado nos campos de batalha à realidade das unidades de emergência americanas, mas a tentativa deu certo e a transição da triagem a partir da emergência militar foi extremamente bem sucedida (GILBOY, 2005).

A palavra *triage*, utilizada em inglês para referir-se a uma estratificação de necessidades, deriva do termo francês “*trier*”, que significa “escolher”, “classificar ou eleger”. O referido termo é utilizado, no Brasil, em menor proporção, haja vista que em português, “triagem” significa “a separação de pessoas, ou coisas, em qualquer número de classes” (MICHAELIS, 2007). Em inglês, “*triage*” é definida como o processo de triagem de vítimas, em situações de batalha ou desastre, para determinar prioridade médica, a fim de aumentar o número de sobreviventes; é a determinação das prioridades de ação em casos de urgência (GILBOY, 2010).

Nesse sentido, observa-se que o significado do termo “*triagem*” ou “*triage*” remete à compreensão do sentido de atribuição de prioridades e, conseqüentemente, de exclusão de pessoas. Desta maneira, o referido termo é tido como inadequado pela política do Programa Nacional da Humanização da Assistência Hospitalar, sendo indicados os termos “avaliação” e “classificação de risco”. Pressupõe-se que tais termos venham se adequar melhor à realidade e objetivos do PNHAH, pois exercem uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade de atendimento de acordo com o risco potencial para agravamento e/ou sofrimento físico ou mental (BRASIL, 2004).

Para Pires (2003), a triagem realizada nas unidades de urgência deve possuir caráter de organização do fluxo de clientes de acordo com o potencial risco de vida ou necessidade de apoio, diagnóstico e tratamento, não devendo ser utilizada para fins de exclusão de atendimento. Considerando a definição da palavra triagem que é a escolha, seleção; optaremos por utilizar, nesse estudo, o termo “Classificação de Risco” por se assemelhar mais com o propósito do atendimento realizado para

estratificação de risco, seguindo, inclusive, sua utilização pelo Ministério da Saúde no PNHAH (FERREIRA, 2001).

Inserida como parte do processo do acolhimento, a avaliação com classificação de risco deve ser realizada através de um protocolo pré-estabelecido e pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da avaliação do grau de necessidade de atendimento e identificação dos clientes que necessitam de tratamento médico imediato ou não, de acordo com o potencial de risco e/ou agravos à saúde ou à determinação do grau de sofrimento, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada das pessoas ao serviço de urgência (BRASIL, 2004; GORANSSON et al., 2006).

É importante ressaltar que o MS, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), reforça o interesse em tornar a classificação de risco uma política de Estado, através da criação da Resolução RDC 50 que estabelece, como atribuição dos estabelecimentos de saúde, a prestação de atendimento imediato a clientes em situação de urgência com estratificação de prioridade clínica, através de classificação de risco (BRASIL, 2002).

3.6 Modelos de Classificação de Risco

Atualmente o MS busca a padronização do processo de acolhimento com classificação de risco através da adoção de medidas que uniformizem esse processo em todo o território nacional. No nível nacional, alguns hospitais brasileiros foram pioneiros na implantação de protocolos de classificação de risco, baseando-se, sobretudo nos protocolos internacionais existentes.

A classificação de risco, lembrada por Goransson et al. (2006), deve ser realizada por meio de um protocolo que leve em conta a agilidade no acolhimento avaliando o grau de necessidade de atendimento. O critério deixaria de ser a ordem de chegada para priorizar a clientela com maior risco ou de maior sofrimento.

Os primeiros protocolos sistematizados de triagem surgiram neste ligados a ações de enfermagem.

Um dos primeiros hospitais a implantar o sistema de acolhimento e classificação de risco em unidades de urgência foi o Hospital Mario Gatti, em Campinas, São Paulo. A implantação do referido sistema teve início em 2001, tendo como base o protocolo canadense de classificação de risco (GATTI, 2004). Assim

como o Hospital Mario Gatti, outros hospitais implantaram o protocolo para acolhimento com avaliação e classificação de risco e bons resultados têm sido obtidos. Outro exemplo é o Hospital das Clínicas “Luzia de Pinho Melo” em Mogi das Cruzes, São Paulo, que demonstrou acentuada melhora no pronto socorro, após a implantação do sistema de acolhimento com classificação de risco. Houve melhora no fluxo de atendimento dos pacientes, na resolutividade, na aceitação do tempo de espera pelo cliente e diminuição da mortalidade, sobretudo de vítimas de síndromes coronarianas agudas (BARBOSA et al.,2007).

Uma consideração notória a ser feita em relação aos hospitais brasileiros que implantaram acolhimento com estratificação do risco em Unidades de Urgência é que a essência do projeto assemelha-se muito às iniciativas de outros países, mas algumas especificidades tornam-se evidentes à medida que tais projetos são incorporados e adequados à realidade das instituições.

Em se tratando das especificidades adotadas pelos diferentes hospitais brasileiros que implantaram a estratégia de acolhimento com classificação de risco, nota-se que o fundamento teórico que guia o processo é fundamental para o desenvolvimento do serviço. Diante disso, torna-se pertinente compreender o conceito de “protocolo”. Misoczky e Bordin (2004) definem a palavra “protocolo” como algo que se pré-dispõe a por algo pronto a ser utilizado, através de recursos a ele atribuídos, ou ainda, é a padronização de leis e procedimentos que são dispostos à execução de uma determinada tarefa. Nesse sentido, o instrumento estruturado para a determinação do risco potencial à saúde ou sofrimento das pessoas que procuram o serviço de urgência pode ser enquadrado na referida definição.

Os protocolos mais utilizados em serviços de classificação de risco das unidades de urgência e emergência, em nível mundial, são basicamente quatro:

- **Modelo Australiano (ATS)** - foi o pioneiro e sistematiza em tempos de espera, de acordo com a gravidade.
- **Modelo Canadense (CTAS)** - muito semelhante ao modelo australiano, está sistematizado em grande parte do sistema canadense.
- **Modelo de Manchester (MTS)** - trabalha com algoritmos e determinantes, associados a tempo de espera, simbolizados por uma cor. Está sistematizado em vários países da Europa.

- **Modelo Americano (ESI)** – trabalha com um único algoritmo focado mais na necessidade de recursos para o atendimento. Não é usado em todo o país. (PIRES, 2003; GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2008).

3.6.1 Escala de Triagem Australiana (Australian Triage Scale, ATS).

Na Austrália, os clientes que procuravam assistência médica não eletiva no final dos anos 60 não eram sempre classificados. Aqueles que chegavam de ambulância eram priorizados e os pacientes de ambulatório eram avaliados por ordem de chegada.

Buscando uma melhora no atendimento aos pacientes atendidos nos serviços de urgência australianos, criou-se, em meados dos 1970, no “*Box Hill Hospital*”, em Melbourne, uma escala de cinco prioridades, baseada em tempo, com identificação por adesivos na ficha de atendimento médico. Essa escala sofreu modificações posteriores, tornando-se conhecida como “*Ipswich Triage Scale*” (ITS) (AUSTRALIAN COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE, 2005; GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2008.)

Na década de 90, a ITS foi informatizada e testada em hospitais australianos quanto à utilidade, aplicabilidade e validade, sendo adotada em 1993 pelo “*Australasian College of Emergency Medicine*” (ACEM) e renomeada, denominando-se “*National Triage Scale*” (NTS). Atualmente 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 de desempenho das Unidades de Emergência (AUSTRALIAN COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE, 2005). A ATS passou a ser adotada em nível nacional, na Austrália, em 1994 compreendendo cinco categorias de classificação que variam de 1 a 5, sendo estabelecido um tempo máximo para atendimento médico. A ATS pode ser utilizada para a classificação de risco de crianças, vítimas de trauma e distúrbios de comportamento. Além disso, a ATS sugere a reavaliação do paciente enquanto houver possibilidade de aparecimento de dados relevantes, enquanto o mesmo aguarda atendimento.

Além do estabelecimento do tempo máximo de atendimento, a ATS traz consigo a determinação de padrões mínimos a serem registrados. Os padrões mínimos incluem a data e horário da avaliação; nome do profissional que realizou a classificação de risco; queixa ou acometimento principal; história pregressa; achados clínicos relevantes; categoria inicial da classificação de risco; categoria após a reavaliação da classificação de risco (citando tempo e motivo); local de realização da avaliação e tratamento e diagnóstico e medidas que foram iniciadas.

Apesar de não se encontrar um grande volume de registros retratando a importância da ATS como base para a estruturação de outras escalas surgidas posteriormente, face às semelhanças entre elas, deduz-se que a mesma tenha sido de extrema importância para a elaboração dos protocolos de classificação de risco, como por exemplo, o Emergency Severity Index (ESI) e a Canadian Triage Acuity Scale (CTAS) (CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2010).

3.6.2 Escala de Triagem Americana (Emergency Severity Index, ESI)

A Escala de Triagem Americana é uma escala desenvolvida nos Estados Unidos, em 1998, com o objetivo de produzir a estratificação do risco dos pacientes. Foi implantada, em 1999, como estratégia para a classificação de risco de pacientes em dois hospitais de ensino americanos, sendo aperfeiçoada e implantada em outros cinco hospitais no ano de 2000.

O sistema de triagem americano não se encontra totalmente estruturado e continua a evoluir, sendo apoiado pela “*Emergency Nurses Association*” (ENA). A referida associação propõe a padronização de procedimentos para a realização da triagem, estabelecendo que a mesma deva ser realizada por um enfermeiro com experiência comprovada em unidades de urgência. O índice baseia-se na condição física, necessidade comportamental e psicossocial, bem como em fatores que influenciam o acesso do usuário aos cuidados de saúde (GILBOY et al., 2005).

Apesar de grande parte dos departamentos de urgência americanos ainda utilizarem protocolos com três níveis de classificação, aponta-se uma tendência nacional para a adoção de uma escala com cinco níveis, através da implantação da ESI em todas as unidades de urgência dos Estados Unidos da América (EUA) (GILBOY et al., 2005). Tal mudança vem sendo implementada com base em

iniciativas políticas e estudos que têm demonstrado que as escalas com três níveis de classificação (emergência, urgência e não urgência) apresentam baixa concordância entre os profissionais que a utilizam. Wuerz; Fernandes e Alarcon (1998) mediram a concordância entre profissionais de acordo com três níveis de triagem.

Dessa forma, tem sido recomendada a utilização de escalas de classificação de risco com cinco níveis, pois estas apresentam com maior fidedignidade, validade e confiabilidade o estado real do paciente (GORANSSON et al., 2006).

A ESI, assim como a CTAS, a ATS e o MTS também possui cinco níveis de classificação, que variam de 1 a 5. Entretanto existem alguns pontos a serem destacados que a diferencia das demais. Segundo Gilboy et al. (2005), a principal diferença entre a ESI e as outras escalas é que estas consideram um tempo alvo máximo para o atendimento médico.

Além disso, a ESI considera como imprescindíveis e determinantes os recursos que a instituição dispõe de acordo com a potencial necessidade de utilização pelo paciente para a classificação do risco, o que remete à semelhança desse aspecto com a classificação de risco realizada em atendimento pré-hospitalar, em que, quando o número de vítimas excede a capacidade de recursos, deve-se priorizar o atendimento às vítimas com melhor prognóstico, ou menos graves, ao passo que, quando o número de vítimas excede a capacidade de recursos, deve-se atender prioritariamente os clientes mais graves (ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR AO TRAUMATIZADO, 2004).

Por outro lado, a ESI assemelha-se à MTS, com relação à utilização de fluxogramas para guiar o enfermeiro classificador, embora hajam diferenças substanciais na disposição dos itens no fluxo.

3.6.3 Escala de Triagem Canadense (Canadian Triage Acuity Scale, CTAS)

Baseada no modelo da escala australiana, a escala canadense foi implantada no Canadá, em 1997, para padronizar informações, garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde e mensurar a utilização de recursos disponíveis (BEREVIDGE, 1998; CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2010; GORANSSON et al., 2006). A CTAS foi publicada pela primeira vez em 1999.

Desde então, vem sendo atualizada, aperfeiçoada e amplamente divulgada. A escala foi aprovada no Canadá e demais países.

Inicialmente a CTAS não se apresentava como um instrumento de classificação de risco pediátrico, o que levou à necessidade da criação da “Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines” (PaedCTAS), em 2001. A PaedCTAS, assim como a CTAS, surgiu com o intuito de priorização do atendimento às crianças com maior risco de vida. Anos depois, já em 2008, as duas escalas unificaram-se, tornando mais dinâmico e adequado o processo de priorização do atendimento tanto para pacientes adultos como pediátricos (WARREN et al., 2008).

3.6.4 Manchester Triage System (MTS)

O protocolo de Manchester foi criado na cidade de Manchester, Inglaterra, pelo grupo de triagem de Manchester em 1994, e teve sua segunda edição traduzida para o português, em 2002, pelo Grupo Português de Triagem. Um de seus principais objetivos é facilitar a gestão clínica dos doentes e a gestão do serviço de urgência. O MTS trabalha com a classificação seguindo cinco cores, a saber: vermelho (atendimento emergente), laranja (atendimento muito urgente), amarelo (atendimento urgente), verde (atendimento pouco urgente) e azul (atendimento não urgente). Seguindo esse protocolo, o método de classificação baseia-se na identificação da queixa principal, a partir da qual o enfermeiro segue fluxogramas que são orientados por discriminadores (sinais e sintomas), apresentados em forma de perguntas para facilitar o processo. Seguindo esse fluxograma, ao final das respostas o sistema nos fornece a classificação de risco do usuário (FREITAS, 2002).

4. METODOLOGIA

4.1 Atual Estrutura Física do LAMUC

O Laboratório Municipal de Camaragibe (LAMUC) é atualmente o Laboratório de referência para análises clínicas no Município, tendo uma capacidade para a realização mais de 12.000 exames por mês, onde realizamos desde uma simples glicemia de jejum a uma sorologia para HIV (ELISA), dispondo a população 53 tipos de exames laboratoriais.

O LAMUC está localizado no Bairro do Timbi e possui como público alvo as gestantes do Município, pacientes oriundos das cinco U.S.F.s que realizam a coleta descentralizada, pacientes de urgência encaminhados pelos três CEMECs, público atendido pela equipe do CASHMUC e é referência para a realização da Baciloscopia Municipal, oferecendo a população um serviço de qualidade com funcionamento 24 horas.

4.2 Atual Estrutura Funcional do LAMUC

Atualmente recebemos cerca de 30 a 50 pacientes dia para realizar coleta no próprio LAMUC, ainda recebemos amostras de coletas externas vindas dos 3 CEMECs, das 5 U.S.F.s onde são realizadas coletas (uma em cada dia da semana), do CASHMUC/COAS e da MAFC.

Os pacientes que realizam coleta no LAMUC são em sua grande maioria gestantes que são encaminhadas para realização do pré-natal, urgências que desrespeitaram o fluxo do Município de realização das coletas nos CEMECs, pacientes atendidos no ambulatório da MAFC e, em sua grande minoria, pacientes de U.S.F.s que não dispõe de coleta descentralizada e que entra em contato com a gerencia do LAMUC para se fazer alguns exames de urgência, principalmente quando se tem alguns surtos, como foi o caso da dengue. A esses pacientes ainda se somam todos os pacientes que vão entregar o material biológico para realização de baciloscopia.

Ao chegar no LAMUC, todos esses pacientes passam pela recepção para serem registrados e recebem um comprovante para resgate do resultado, onde já é informado o dia da entrega, atualmente variando de 1 a 15 dias.

Após esse registro, se for o caso apenas de entrega de material, o paciente é liberado, caso não, o mesmo será encaminhado para sala de coleta para proceder a mesma, de acordo com o exame que fora solicitado. Realizado o procedimento o paciente é liberado. Nos casos de realização de Teste de Tolerância a Glicose, a gestante terá que permanecer no LAMUC por no mínimo mais duas horas. Já as pacientes que realizam glicemia pós-prandial, as mesmas são dispensadas após a coleta em jejum e retornam após o almoço para realizar a nova coleta, o mesmo ocorrendo com pacientes que realizam curva glicêmica e que são dispensados após cada coleta.

Após esse material coletado o mesmo é distribuído para os setores específicos para realização dos testes solicitados.

Após a fase analítica, os mapas vão para a digitação, retornando para os analistas para serem assinados e liberados para então seguirem para o setor de Liberação onde são agrupados e entregues aos pacientes.

A maior parte dos exames são entregues no próprio LAMUC no turno da tarde, já os exames de baciloscopia e HIV são entregues nas U.S.F.s, assim como os exames provenientes dos CEMECs e CASHMUC/COAS são entregues nas unidades solicitantes.

4.3 Proposta de Acolhimento com Classificação de Risco no LAMUC

Atualmente não existe na literatura nenhum trabalho que fale sobre acolhimento com classificação de risco em laboratórios de análises clínicas, o que torna difícil a realização deste trabalho. Outro fator relevante é o fato dos protocolos terem sido elaborados para as grandes urgências, se adequando principalmente a enfermarias e ambulatórios.

A idéia deste trabalho é adequar um dos protocolos a realidade de um laboratório municipal, e diante deste fato exposto, o protocolo de Manchester é o que mais se adéqua, pelo fato de trabalhar com algoritmos e determinantes (exame solicitado), associados a tempo de espera (tempo de espera para entrega do resultado do exame), simbolizados por uma cor (requisição confeccionada de acordo com a urgência do exame).

Seguindo este pensamento, a primeira mudança ocorreria na confecção de novas requisições de solicitação de exames para a rede, que seguiria critérios de urgência, onde:

Requisição Vermelha: Exame de urgência que deve ser entregue ao paciente num prazo de máximo de até 2 horas após a chegada do exame no Laboratório. Exemplos: As solicitações de Acidente Ocupacional (Apêndice A), Pré-Parto (Apêndice I) e Exames de Urgência (Apêndice K e L).

Requisição Amarela: Exame de urgência, mas que pode ser entregue num prazo máximo de até 24 horas. Exemplos: As solicitações de Baciloscopia (Apêndice B).

Requisição Azul: Exame que não são considerados nem de urgência e nem de rotina, e por isso devem ser entregues num prazo máximo de até 4 dias. Exemplos: As solicitações de Pré-Natal (Apêndice H) e Triagem DST-AIDS (Apêndice J).

Requisição Verde: Exames de rotina, que podem ser entregues num prazo máximo de 7 dias. Exemplos: As solicitações de Bioquímica Ambulatório (Apêndice C), Hematologia Ambulatório (Apêndice D), Imuno-Hematologia (Apêndice E), Imunologia (Apêndice F), Parasitologia (Apêndice G) e Uroanálises Ambulatório (Apêndice M).

Outra grande mudança seria na descentralização de toda a coleta do Município, sendo coletado no LAMUC apenas as gestantes destinadas a realizar o Teste Oral de Tolerância a Glicose (TOTG), devido a necessidade de se preparar o dextrosol e de se observar a paciente, além de dosar a glicose antes de ser ofertado

a gestante. Desta forma o LAMUC se transformaria em um serviço de urgência 24 horas de “portas fechadas”, uma vez que o numero diário de gestantes que realizam TOTG não ultrapassa 8 pessoas. Assim diminuiríamos o numero de pessoas aguardando na recepção e acomodariamos melhor as gestantes que tem que passar mais de 2 horas realizando exames.

Para descentralizarmos a coleta, seria necessário também o treinamento das técnicas de enfermagem da rede municipal de saúde para que as coletas ocorressem na própria U.S.F., nos CEMECs, na CASHMUC e demais serviços que utilizam o LAMUC. Após a realização da coleta, o motoqueiro do LAMUC seria acionado para regatar o material biológico e dependendo da urgência do exame o resultado seguirá seguindo os critérios de urgência pré-defenidos anteriormente.

Os resultados seguiriam para as unidades solicitantes, evitando que os pacientes se desloquem ao LAMUC, sobrecarregando o serviço. Nos casos dos CEMECs e demais serviços que dispõe de fax, o resultado poderá seguir desta forma. Para isso dependemos também da contratação de mais um motoqueiro diarista para dar suporte ao plantonista já existente, uma vez que a rotina maior é durante a semana e nos fins de semana os mesmos só são acionados em caso de urgências.

Outra grande vantagem da descentralização é evitar que muitos pacientes enfermos, principalmente os que vão realizar exames para diagnosticar tuberculose, tenham contato com as gestantes, além de que se diminui o fluxo de pacientes no Laboratório, evitando o risco de acidentes e contaminação. Além de que o paciente não tem que ficar se deslocando de serviço a serviço para realizar os serviços solicitados, gerando mais comodidade ao mesmo.

Outra atitude é treinar os profissionais do LAMUC com o Plano Nacional de Humanização (HUMANIZASUS), a fim de que os mesmos, saibam como abordar e tratar as gestantes que procurarão o LAMUC, pois apesar de ter um contato reduzido com os pacientes, a clientela se tornará específica e especial, tendo que ser melhor abordado.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Com as mudanças sugeridas esperamos:

- a) Criar um novo fluxo de coleta no LAMUC.
- b) Definir prazos para entrega dos resultados.
- c) Descentralizar coleta e entrega de resultados.
- d) Ofertar exames de forma mais cômoda a população.
- e) Definir novos locais de entrega dos resultados.
- f) Capacitar os profissionais do LAMUC com o HUMANIZASUS.
- g) Melhorar a qualidade do tratamento dos pacientes que são atendidos no LAMUC.
- h) Melhorar a qualidade do serviço prestado à população.

REFERÊNCIAS

ATENDIMENTO Pré-Hospitalar ao Traumatizado: básico e avançado. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

AUSTRALIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, Guidelines for implementation of the Australasian triage scale in Emergency departments. Disponível em: <http://www.acem.org.au>. Acesso em: 5 set 2010.

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. São Paulo: UNIFESP, 2007.

BRASIL (Constituição , 1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção as Urgências. 3 ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de Novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico das urgências e emergências e sobre os serviços de atendimento móvel de urgências e seus diversos veículos de intervenção. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 12 set 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. Brasília; DF: Ed. Ministério da Saúde, 2004.

CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS. The Canadian triage and acuity scale (CTAS) for emergency departments. Disponível em: <http://www.caep.ca/default.asp>. Acesso em: 5 set 2010.

ESTEVES, F. O. Sistemas de informação a serviço da saúde pública: A implantação do sistema de urgência e emergência e a concepção do repositório eletrônico de saúde (RES). Belo Horizonte: UNI-BH, 2008.

FERREIRA, A. B. H. Gestor. In:_____. Dicionário Aurélio. 4ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FREITAS, P. Triagem do serviço de urgência: Grupo de Triagem de Manchester. 2.ed. Lisboa: BMJ Publishing Group, 2002.

GATTY, M. Protocolo de acolhimento e classificação de risco do Pronto Socorro do Hospital Mário Gatty. São Paulo: Campinas, 2004.

GILBOY N, TANABE P & TRAVER D.A. Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook. AHRQ Publication Nº. 05-0046-2. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005.

GORANSSON, K. E. et al. Emergency department triage: is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions? Accident and Emergency Nursing, Orebro: v. 14, p. 80-83, 2006.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Histórico da Classificação de Risco. São Paulo 2009. Disponível em: <http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=107>. Acesso em: 5 set 2010.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Urgência e Emergência: A Participação do Município. In: CAMPOS, C. R. et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público. São Paulo: Xamã, 1998. Pt 3, p.265-286.

MEDRONHO, R. A. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2009.

MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. Gestão local em saúde: Práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

ROCHA, A. F. S. Determinantes da Procura de Atendimento de Urgência Pelos Usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 2005 Dissertação (Mestrado): Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

SANTOS JÚNIOR, E. A. Violência no Trabalho: o retrato da situação dos médicos das Unidades de Pronto Atendimento da Prefeitura de Belo Horizonte. 2004

Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

CAMARAGIBE. Secretaria de Saúde. Diretoria de Planejamento. Dados Referentes à Relatório de Gestão 2009-2010. Camaragibe, 2009.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia, teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2003.

TRIAGE. In: ONLINE etymology dictionary. Disponível em: <http://dictionary.reference.com/browse/triage>. Acesso em: 05 set. 2010.

TOULSON, K.; JONES, L. L.; McCONNELL, L. A. Implementation of the Five-Level Emergency Severity Index in a Level I Trauma Center Emergency Department with a Three-Tiered Triage Scheme. Journal of Emergency Nursing. Dublin: v. 31, p. 259-64, 2005.

WARREN, D. W. et al. Canadian Journal of Emergency Medicini, Montreal: v. 10, n. 3, p. 224-32, 2008.



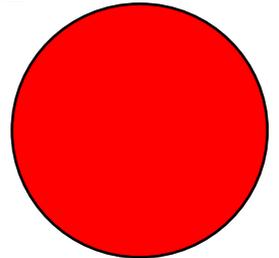
APÊNDICE A



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE SECRETARIA DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

ACIDENTE OCUPACIONAL



NOME: _____.

NOME DA MÃE: _____.

UNIDADE SOLICITANTE: _____.

IDADE: _____ ANOS.

- TESTE RÁPIDO ANTI-HIV
- HEPATITE B
- HEPATITE C

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: _____



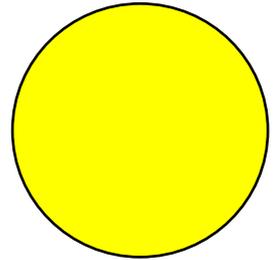
____/____/____

APÊNDICE B



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE SECRETARIA DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES



BACILOSCOPIA

NOME: _____.

NOME DA MÃE: _____.

ENDEREÇO: _____.

UNIDADE SOLICITANTE: _____.

IDADE: _____ ANOS.

DADOS CLÍNICOS: _____.

- BACILOSCOPIA 1° AMOSTRA.
- BACILOSCOPIA 2° AMOSTRA.
- BACILOSCOPIA 3° AMOSTRA.
- BACILOSCOPIA CONTROLE.

___ / ___ / _____



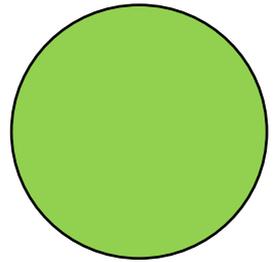
APÊNDICE C



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE SECRETARIA DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

BIOQUÍMICA



NOME: _____.

NOME DA MÃE: _____.

UNIDADE SOLICITANTE: _____.

IDADE: _____ ANOS.

DADOS CLÍNICOS: _____.

- GLICOSE
- GLICOSE PÓS PRANDIAL (GPP)
- CURVA GLICÊMICA
- URÉIA
- CREATININA
- TGO (ASAT)
- TGP (ALAT)
- ÁCIDO ÚRICO
- TRIGLICERIDEOS
- COLESTEROL E FRAÇÕES
- PROTEÍNAS TOTAIS
- ALBUMINA
- FOSFATASE ALCALINA
- BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES
- CÁLCIO
- FÓSFORO
- MAGNÉSIO
- SÓDIO
- POTÁSIO
- AMILASE
- PROTEINÚRIA DE 24h

- FERRO SÉRICO
- HEMOGLOBINA GLICOSILADA

___ / ___ / _____

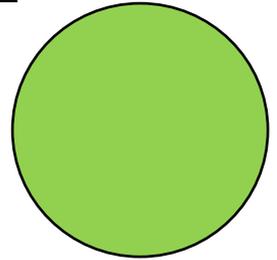


APÊNDICE D



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE SECRETARIA DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES



HEMATOLOGIA

NOME: _____.

NOME DA MÃE: _____.

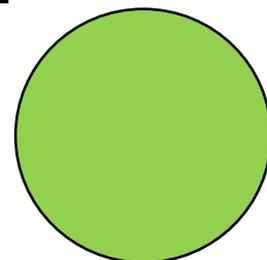
UNIDADE SOLICITANTE: _____.

IDADE: _____ ANOS.

DADOS CLÍNICOS: _____.

- HEMOGRAMA
- LEUCOGRAMA
- ERITROGRAMA
- HEMATÓCRITO + HEMOGLOBINA
- VSH

___ / ___ / _____

**APÊNDICE E****PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
SECRETARIA DE SAÚDE****SOLICITAÇÃO DE EXAMES****IMUNO-HEMATOLOGIA**

NOME: _____.

NOME DA MÃE: _____.

UNIDADE SOLICITANTE: _____.

IDADE: _____ ANOS.

DADOS CLÍNICOS: _____.

- CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA
- COOMBS DIRETO
- COOMBS INDIRETO

___ / ___ / _____

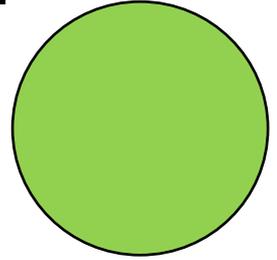


APÊNDICE F



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE SECRETARIA DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES



IMUNOLOGIA

NOME: _____.

NOME DA MÃE: _____.

UNIDADE SOLICITANTE: _____.

IDADE: _____ ANOS.

DADOS CLÍNICOS: _____.

- BETA HCG
- VDRL
- AEO (ASO)
- PCR
- FATOR REUMATÓIDE (FR)
- HEPATITE B
- HEPATITE C
- TOXOPLASMOSE
- RUBÉOLA
- HIV



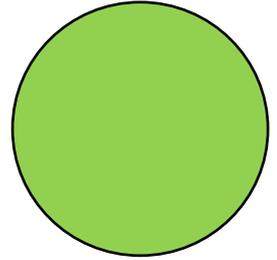
APÊNDICE G



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE SECRETARIA DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

PARASITOLOGIA



NOME: _____.

NOME DA MÃE: _____.

UNIDADE SOLICITANTE: _____.

IDADE: _____ ANOS.

DADOS CLÍNICOS: _____.

- PARASITOLÓGICO DE FEZES
- SERIADO DE FEZES

____ / ____ / ____



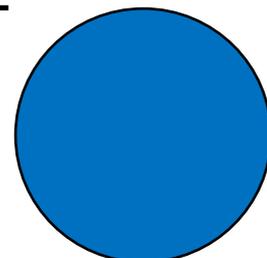
APÊNDICE H



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE SECRETARIA DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

PRÉ-NATAL



NOME: _____.

NOME DA MÃE: _____.

ENDEREÇO: _____.

UNIDADE SOLICITANTE: _____.

IDADE: _____ ANOS. SEMANA GESTACIONAL: _____.

- HEMOGRAMA
- HT + HB
- VDRL
- CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA (ABO + F. Rh)
- GLICOSE EM JEJUM
- CURVA GLICÊMICA
- TESTE DE TOLERÂNCIA A GLICOSE
- GLICOSE PÓS-PRANDIAL.
- SUMÁRIO DE URINA
- HIV (ENCAMINHAR SIREX DEVIDAMENTE PREENCHIDO)
- TOXOPLAMOSE
- RUBÉOLA

- HEPATITE B

___ / ___ / _____

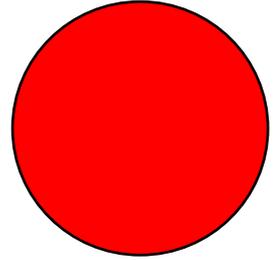


APÊNDICE I



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE SECRETARIA DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES



PRÉ-PARTO / ABORTO / CURETAGEM

NOME: _____.

NOME DA MÃE: _____.

UNIDADE SOLICITANTE: MAFC.

IDADE: _____ ANOS.

- TESTE RÁPIDO ANTI-HIV.
- VDRL
- CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA.
- PRÉ-PARTO
- ABORTO / CURETAGEM

___ / ___ / _____

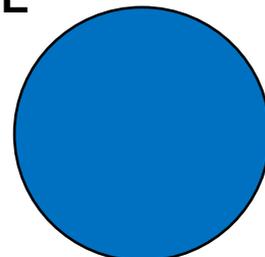


APÊNDICE J



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE SECRETARIA DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES



TRIAGEM – DST/AIDS

NOME: _____.

NOME DA MÃE: _____.

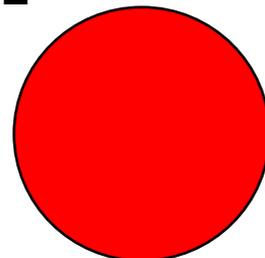
ENDEREÇO: _____.

UNIDADE SOLICITANTE: COAS / CTA.

IDADE: _____ ANOS.

- HIV (ENCAMINHAR SIREX DEVIDAMENTE PREENCHIDO)
- VDRL
- HEPATITE B

____ / ____ / ____

**APÊNDICE K****PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
SECRETARIA DE SAÚDE****SOLICITAÇÃO DE EXAMES****URGÊNCIA**

NOME: _____.

NOME DA MÃE: _____.

UNIDADE SOLICITANTE: _____.

IDADE: _____ ANOS.

DADOS CLÍNICOS: _____.

- HEMOGRAMA
- HEMATÓCRITO + HEMOGLOBINA
- ERITROGRAMA
- LEUCOGRAMA
- URÉIA
- CREATININA
- TGO (ASAT)
- TGP (ALAT)
- BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES
- SÓDIO
- POTÁSSIO
- CLORO
- SUMÁRIO DE URINA

___ / ___ / _____

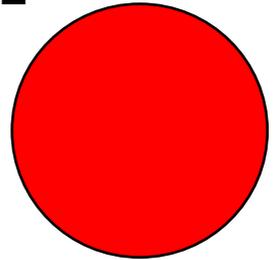


APÊNDICE L



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE SECRETARIA DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES



URGÊNCIA

NOME: _____.

NOME DA MÃE: _____.

UNIDADE SOLICITANTE: _____.

IDADE: _____ ANOS.

DADOS CLÍNICOS: _____.

EXAME: _____

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO: _____

___ / ___ / _____

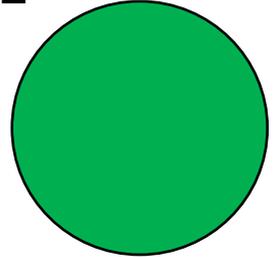


APÊNDICE M



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE SECRETARIA DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES



UROANÁLISES

NOME: _____.

NOME DA MÃE: _____.

UNIDADE SOLICITANTE: _____.

IDADE: _____ ANOS.

DADOS CLÍNICOS: _____.

- SUMÁRIO DE URINA
- PLANO TESTE

___ / ___ / _____
