

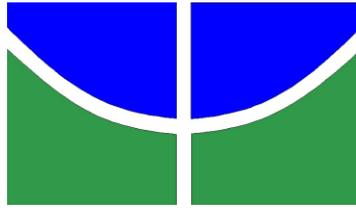
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

ÉRICA TAYSA DIETER

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: DEMANDA DE UMA
EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA DO DISTRITO FEDERAL**

Brasília

2017



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

ÉRICA TAYSA DIETER

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: DEMANDA DE UMA
EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem apresentado a Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Cris Renata Grou Volpe

Brasília

2017

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Da Dieter, Erica Taysa
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: DEMANDA
DE UMA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA DO DISTRITO FEDERAL /
Erica Taysa Dieter; orientador Cris Renata Grou
Volpe. -- Brasília, 2017.
21 p.

Monografia (Graduação - Enfermagem) --
Universidade de Brasília, 2017.

1. ACOLHIMENTO. 2. TRIAGEM. 3. CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO. 4. ENFERMAGEM. I. Volpe, Cris Renata Grou ,
orient. II. Título.

DIETER, Érica Taysa

Acolhimento com classificação de risco: demanda de uma emergência pediátrica do Distrito Federal

Trabalho de Conclusão apresentada à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília como requisito de obtenção do título de Enfermeiro.

Aprovado em 26 de junho de 2017.

Comissão Julgadora

Prof. Cris Renata Grou Volpe

Prof. Marina Morato Stival

Alexandra Daniela Martins

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: DEMANDA DE UMA
EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA DO DF**

EMBRACEMENT WITH RISK CLASSIFICATION: DEMAND FOR A PEDIATRIC
EMERGENCY OF THE FEDERAL DISTRICT

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: DEMANDA DE UMA
EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA DO DF**

EMBRACEMENT WITH RISK CLASSIFICATION: DEMAND FOR A PEDIATRIC
EMERGENCY OF THE FEDERAL DISTRICT

Érica Taysa Dieter – Graduanda em
Enfermagem da Faculdade de Ceilândia
da Universidade de Brasília. Contato:
aciredieter@gmail.com

Cris Renata Group Volpe – Professora
do curso de Enfermagem da Faculdade
de Ceilândia da Universidade de
Brasília. Contato: crgrou@unb.br

RESUMO: A procura dos serviços de emergência para resolução de problemas não emergenciais acarreta na superlotação dos hospitais. O Acolhimento com Classificação de Risco é uma estratégia que visa fortalecer dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - universalidade, integralidade e equidade. Esta estratégia se configura em uma tecnologia para reorganização dos serviços de saúde. O acolhimento com classificação de risco foi implantado na Emergência Pediátrica do Hospital Regional de Ceilândia, desde agosto de 2009, porém de forma incompleta, uma vez que funciona das 7h as 19h. Esse estudo teve como objetivo identificar o perfil das crianças atendidas na emergência pediátrica de um hospital público do Distrito Federal pelo acolhimento com classificação de risco. Estudo exploratório e descritivo a partir de levantamento de dados nos dois sistemas de registros de acolhimento com classificação de risco (Livro de Acolhimento e Guia de Atendimento de Emergência). Os resultados apontam que a maioria das crianças acolhidas era da área de abrangência da regional de Ceilândia e mais da metade foram classificadas como verde colocando em evidência que os usuários que procuravam a emergência poderiam ter os seus problemas de saúde resolvidos em outros níveis de atenção a saúde.

DESCRITORES: Acolhimento, Triagem, Classificação de Risco, Enfermagem.

ABSTRACT: The search for emergency services to solve non-emergency problems leads to hospital overcrowding. The Reception with Risk Classification is a strategy that aims to strengthen the principles and guidelines of the Unified Health System - universality, integrality and equity. This strategy is a technology for reorganization of health services. The host with risk classification was implanted in the Pediatric Emergency of the Regional Hospital of Ceilândia, since August 2009, but incompletely, since it works from 7am to 7pm. The purpose of this study was to identify the profile of the children assisted in the pediatric emergency of a public hospital of the Federal District by the host with risk classification. Exploratory and descriptive study based on data collection in the two systems of reception records with risk classification (Reception Book and Emergency Care Guide). The results indicate that the majority of the children received were from the Ceilândia regional coverage area and more than half were classified as green highlighting that the users who sought the emergency could have their health problems resolved in other levels of care Cheers.

KEYWORDS: Embracement, Triage, Risk Classification, Nursing.

INTRODUÇÃO

O acesso à rede de saúde no Brasil é feito a partir do Sistema Único de Saúde, em que a porta de entrada deveria ser as Unidades Básicas de Saúde. As UBS tem como responsabilidade a cobertura de uma área geográfica adstrita, oferecendo uma cobertura integral à população¹. Nas UBS são desenvolvidas ações de prevenção, promoção e proteção à saúde, assim como o tratamento e recuperação da saúde.

Quando os recursos oferecidos na atenção Básica não são suficientes para a recuperação do indivíduo, são necessários serviços mais complexos, como por exemplo, as emergências hospitalares. Porém, o que é observado é que os usuários procuram as emergências antes de esgotar os recursos da UBS, ou até mesmo antes de procurar os serviços da Atenção Básica¹.

A demanda de atendimento nas urgências e emergências tem aumentado nos últimos tempos, isto devido ao crescimento do número de casos em situação que não se caracterizam emergência e que poderiam ser resolvidos em atendimento nas Unidades Básicas de Saúde^{2, 3}. Estudo realizado no Distrito Federal aponta que 65% dos usuários que buscam as emergências no DF poderiam ter seus problemas de saúde resolvidos na atenção básica⁴. O cenário é ainda pior em outras cidades do Brasil: em Recife 15,2% dos atendimentos eram emergências; em Maceió, 16,8%, em Fortaleza e em Belo Horizonte, 43%⁵. É evidenciado que a maior parte dos atendimentos realizados em unidades de emergência é originária de demanda espontânea e menos de 17% dos casos atendidos se encaixam como quadros emergenciais⁵. Quadros emergenciais são aqueles que provocam condições de agravos à saúde que impliquem em risco de morte ou sofrimento intenso, demandando atendimento imediato.

A superlotação das emergências não é característica somente das cidades brasileiras, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) descreveu em um de seus relatórios a crise agravante sofrida pelos hospitais devido à aglomeração que ocorre diariamente nas emergências⁶.

A fim de reorganizar o Sistema Único de Saúde de modo a garantir ao usuário um atendimento preferencial em casos emergenciais, humanizado e prevalecendo os princípios do SUS², o Ministério da Saúde implantou uma política (Política Nacional de Humanização) direcionada a reorganizar o fluxo dos usuários de forma a evitar filas e

tempo de espera, ampliar o acesso e prestar um atendimento acolhedor e resolutivo com base num critério de risco³.

Dessa forma, no cenário emergencial, a PNH reorganiza o fluxo do usuário de forma que a demanda é direcionada a um acolhimento com classificação de risco (ACR). O ACR é uma estratégia que transforma o modo de operar os processos de trabalho em saúde, centrada no usuário e nas suas necessidades. É uma ação dinâmica de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento^{5,7}.

Essa estratégia pressupõe o acolhimento de todas as pessoas, assegurando a qualidade no atendimento, ouvindo, de forma qualificada, suas solicitações e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar ao usuário uma resolutividade segura, transversal e eficaz, resolvendo o máximo de problemas e garantindo o fluxo do usuário para outros serviços quando necessário (sistema de referência e contra referência).

Os objetivos da classificação de risco são: 1) avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto atendimento; 2) descongestionar o pronto atendimento e racionalizar o trabalho da equipe; 3) reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade; 4) melhorar a escuta aos pacientes; 5) informar o tempo de espera e retornar a informação aos familiares².

Nesta perspectiva, o acolhimento com classificação de risco coloca o hospital no papel do articulador com os outros serviços de saúde, possibilitando a compreensão e organização dos efeitos do aumento no quantitativo de atendimentos, que a médio e em longo prazo poderá repercutir de forma efetiva no acesso à atenção básica e aos outros níveis do sistema de saúde local e regional.

O papel do hospital como articulador ainda é ineficiente, uma vez que não há a priorização da atenção básica para redução dos atendimentos hospitalares, havendo uma subestimação da atenção básica. Logo, enquanto a atenção básica não for reconhecida como ordenadora de todos os níveis de saúde e não se configurar como principal porta de entrada ao serviço de saúde, os esforços para aprimoramento dos serviços de saúde cairão no vazio⁸. Assim o conhecimento do perfil do usuário é importante na elaboração de ações e apoia o desenvolvimento do papel do hospital como articulador a nível local e regional.

Desta forma a classificação de risco pode se configurar em uma estratégia que promove a inclusão do usuário ao sistema, considerando que a classificação não pressupõe a exclusão e sim a estratificação do atendimento⁹.

Esse estudo teve como objetivo identificar o perfil das crianças atendidas na emergência pediátrica de um hospital público do Distrito Federal pelo acolhimento com classificação de risco.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo retrospectivo, realizado na Emergência da Pediatria do Hospital Regional da Ceilândia (HRC) durante o período de agosto de 2009 a agosto de 2010.

O HRC oferece suporte à população de Ceilândia (489.351 habitantes, segundo os dados da PDAD 2015)¹⁰ e conta com o atendimento de 16 especialidades ambulatoriais e 6 especialidades na emergência, sendo elas clínica médica, pediatria, ortopedia, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral e odontologia. Possui 6 unidades de internação, incluindo a internação pediátrica.

A emergência pediátrica funciona durante 24 horas por dia e possui dois sistemas de acolhimento: Acolhimento com Classificação de Risco e por ordem de chegada. O ACR no HRC foi implantado em agosto de 2009 e funciona das 7h às 19h seguindo um protocolo próprio de triagem que utiliza 4 níveis de prioridade, sendo eles, em ordem de urgência, vermelho, amarelo, verde e azul.

A coleta de dados aconteceu em dois momentos: revisão das Guias de Atendimentos de Emergências (GAEs) e dos Livros de Registro do Acolhimento; análise dos dados.

Para a análise documental foram utilizados dados do livro de registro (Livro do Acolhimento) utilizado pela equipe de ACR (dos meses de setembro, outubro e novembro de 2009). O livro de registro de acolhimento é preenchido pela pessoa que realiza a classificação de risco no momento da triagem, ou seja, pelo enfermeiro. Os dados contidos no Livro são divididos de acordo com a data de realização do

atendimento. A partir dele foram colhidas as seguintes variáveis: idade, gênero, endereço e a classificação que foi dada aos pacientes registrados.

As Guias de Atendimento de Emergência (GAE) (mês de setembro de 2009) foram analisadas para determinar o número real da demanda da emergência, pois nem todos os pacientes que geram a GAE passam pelo acolhimento com classificação de risco ou são registrados no livro. A GAE é uma ficha que é preenchida assim que o paciente chega à emergência, nela são registrados dados como o nome do paciente, data de nascimento, procedência e a principal queixa (quando não há serviço de ACCR). É preenchida por servidores administrativos da recepção ou pelos seguranças da emergência. Logo após o preenchimento, essa guia segue para os profissionais responsáveis pelo acolhimento, quando realizado, e posteriormente para o médico. Essa guia serve para registrar o atendimento no HRC.

Dos livros de registros do acolhimento e das GAE foram coletados os dados referentes ao gênero, idade, procedência e classificação das crianças atendidas no mês de setembro de 2009. Como nem todos os pacientes passam pelo acolhimento ou são registrados, os dados coletados nas GAEs foram cruzados com os dados do livro de registro para que se tivesse uma noção real da quantidade de usuários que procuram o serviço e são classificados de acordo com a sua gravidade.

Foram incluídos nesse estudo todos os dados dos Livros de registro do Acolhimento de setembro a novembro de 2009 que se encontravam no arquivo do HRC no momento da coleta, assim como os dados das GAEs de setembro de 2009 que se encontravam no mesmo. Foram desconsiderados os dados que se encontravam ilegíveis ou que não estavam descritos nas GAEs e nos Livros de Acolhimento.

Os dados foram organizados em planilhas do Excel 2007 e quantificados em frequência de estatística simples.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da SES – FEPECS/SES, nº411/2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Devido à falta de recursos para implantação do ACR pelas 24h de funcionamento do PS, são realizados dois tipos de acolhimento na emergência pediátrica do HRC, um efetuado das 7h às 19h utilizando o ACR e outro, no horário subsequente, por ordem de chegada. Os atendimentos são registrados nas GAEs e nos Livros de Acolhimento, porém nem todos os atendimentos que são registrados em um são registrados no outro, da mesma forma que podem ser registrados nos dois. Assim sendo, foram analisados e cruzados os atendimentos classificados segundo o ACR, sejam eles registrados nas GAEs ou nos Livros de Acolhimento.

De acordo com os dados registrados nos Livros de Acolhimento durante os meses de setembro a novembro de 2009, foram identificados de 9702 atendimentos. Já segundo as GAEs, durante o mês de setembro de 2009 foram realizados 8510 atendimentos, dentre eles 3970 (46,65%) crianças foram acolhidas com classificação de risco. Comparando os dados das duas formas de registro, excluindo aqueles em que os dados estavam ilegíveis ou não foram informados, podemos traçar o perfil da demanda do HRC.

Foi observada uma prevalência no atendimento de crianças do gênero masculino, acima de 51% do total de atendimentos.

Tabela 1 – Atendimento segundo gênero- Emergência Pediátrica HRC.

Gênero	Livro de Acolhimento	%	GAE*	%
	**			
Feminino	4573	47%	1936	49%
Masculino	5025	52%	2034	51%
Não inf.	104	1%	0	0%
Ou ilegível				
Total	9702	100%	3970	100%

*Guia de Atendimento de Emergência **Livro de registro do Acolhimento Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto à idade, as duas fontes de dados apontam para a maior incidência de crianças entre 0 a 1 ano e 11 meses, seguidas da idade de 2 anos a 3 anos e 11 meses. Nota-se que o número de atendimentos de crianças sofre alterações com o avançar da idade. Podemos relacionar a procura maior por atendimento de crianças com idades entre 0 a 3 anos e 11 meses ao fato que nessa faixa de idade as crianças não verbalizam corretamente, sendo mais difícil a identificação de dores e sintomas, além da alta preocupação dos pais em relação à febre e a outras doenças na criança⁵. Outra associação quanta ao alto número de atendimentos de crianças nessa faixa etária é quanto à suscetibilidade a doenças já que o sistema imunológico dessa faixa etária ainda é imaturo¹¹.

Tabela 2 – Atendimento segundo idade - Emergência Pediátrica HRC.

Idade	Livro de Acolhimento**	%	GAE*	%
0 a 1 ano	3105	32,0%	1057	26,63%
2 a 3 anos	2124	21,9%	866	21,81%
4 a 5 anos	1616	16,7%	728	18,34%
6 a 7 anos	1108	11,4%	507	12,77%
8 a 9 anos	885	9,1%	416	10,48%
10 a 11 anos	728	7,5%	380	9,57%
12 a 13 anos	23	0,2%	15	0,38%
14 a 15 anos	1	0,0%	1	0,02%
Não inf. e ilegível	112	1,2%		
Total	9702	100%	3970	100%

*Guia de Atendimento de Emergência **Livro de registro do Acolhimento Fonte: Dados da Pesquisa

A regional de Ceilândia é composta de um hospital geral, o HRC, doze Centros de Saúde (C.S.), três Equipes de Saúde da Família e um Centro de Atenção Psicossocial

(CAPS). Além de atender a demanda de sua região de abrangência, o HRC recebe usuários de todas as regiões administrativas do Distrito Federal.

Há ainda o atendimento de usuários provenientes de cidades do entorno do DF, uma vez que nessas cidades não há um hospital que possa atender a demanda, cabendo aos centros de saúde tentar atender a demanda espontânea. Devido à organização do atendimento por ordem de chegada, com um número limitado de vagas, formando extensas filas e longo tempo de espera, a demanda espontânea do entorno tem preferência em procurar as emergências dos hospitais mais próximos. Essa demanda é notada quando observamos que 17,25% das crianças atendidas na emergência pediátrica do HRC são provenientes de fora da abrangência da Regional de Ceilândia (tabela 3).

Tabela 3 – Atendimento segundo a abrangência – Emergência Pediátrica HRC.

Livro de Acolhimento			GAEs		
C.S.C.	Nº de	%	C.S.C.	Nº de	%
	Atendimentos			atendimentos	
1	678	8,4%	1	281	8,7%
2	537	6,6%	2	237	7,34%
3	386	4,8%	3	161	4,99%
4	437	0,1%	4	172	5,33%
5	536	6,6%	5	233	7,22%
6	328	4,1%	6	127	3,93%
7	571	7,1%	7	254	7,87%
8	837	10,4%	8	522	16,17%
9	905	11,2%	9	467	14,47%
10	615	7,6%	10	274	8,49%
11	657	8,1%	11	262	8,12%
12	430	5,3%	12	238	7,37%
Fora da	1165	14,4%		685	17,25%
Abrangência					
Não informado	1620	16,69%		57	1,43%:
ou ilegível					
Total	9702	100%		3970	100%

*Guia de Atendimento de Emergência **Livro de registro do Acolhimento Fonte: Dados da Pesquisa

Constata-se que os CS 8 e 9 foram os que representaram o maior contingente de crianças atendidas no período do estudo e o CS 6 representou o menor quantitativo de crianças atendidas. Os CS 8 e 9 atendem área de abrangências que incluem no conjunto além das quadras o Setor de Chácaras “P” Norte e alguns condomínios, alguns deles ainda pendentes de regularização e sem infraestrutura básica inclusive a cobertura de serviços de saúde.

Essas áreas surgiram em decorrência do intenso crescimento demográfico das Regiões Administrativas do DF por meio das invasões características da região, e, aliada à alta concentração de população carente, as políticas de bem estar não acompanharam o rápido crescimento populacional.

Considerando a prática do acolhimento com classificação de risco pode-se constatar que o potencial de risco da maioria das crianças que procuram a Emergência Pediátrica do HRC, está em casos não urgentes, ou seja, o nível de classificação verde, que

GAEs*			Livro de Acolhimento**		
Classificação de Risco	Nº de Atendimentos	%	Classificação de Risco	Nº de Atendimentos	%
Azul	183	4,61%	Azul	389	4%

poderiam ser acolhidas em níveis de atenção de media e baixa complexidade (Tabela 4).

Verde	2089	52,62%	Verde	4996	51%
Amarelo	1284	32,34%	Amarelo	3343	34%
Vermelho	399	10,05%	Vermelho	760	8%
Não inf. E ilegível	15	0,38%	Não inf. E ilegível	214	2%
Total	3970	100%	Total	9702	100%

Tabela 4 – Atendimento segundo o ACR - Emergência Pediátrica HRC.

*Guia de Atendimento de Emergência **Livro de registro do Acolhimento Fonte: Dados da Pesquisa

Esse dado evidencia que os serviços de urgência e emergência pediátrica no HRC podem estar sendo utilizados para problemas não urgentes, constituindo como porta de entrada para o acesso da população ao sistema de saúde. Esse resultado é similar aos encontrados por outros autores em 2013 e 2016^{5,7,13}. Essa demanda não urgente ocasiona, muitas vezes, a superlotação do hospital e a longa espera por atendimento, demonstrando uma distribuição desigual da oferta de serviços, não apenas do ponto de vista quantitativo, mas também qualitativo, na atenção básica e especializada, e na atenção hospitalar^{3,14}. Esse quadro transforma os serviços de urgência-emergência em uma das áreas mais problemáticas no SUS.

A procura das Emergências não é uma situação particular do Brasil, estudo realizado na Holanda tem como problemática a procura das Emergências para atendimento de problemas de saúde não urgentes¹⁵.

O enfrentamento de filas que não garantem atendimento nos serviços de baixa complexidade (Atenção Básica) juntamente com a falta de opção para serem atendidas em suas necessidades, tanto em situações agudas como em crônicas agudizadas, são as principais queixas da população, seja nos serviços público ou privado. Essas queixas somadas a baixa resolutividade dos serviços básicos levam a população a procurar as emergências hospitalares, onde poderão realizar exames e receber medicações, conformando uma sobrecarga nos serviços de urgência e emergência para atendimento de situações que não se configuram urgência-emergência^{3,5,7,16}.

É evidenciado que o Hospital ainda é a primeira escolha da população ao se confrontar com os problemas de saúde de suas crianças, possivelmente em função da

população acreditar que o atendimento e a resolubilidade são mais rápidos e fáceis nas unidades de pronto atendimento.

Soma-se ainda o acesso restrito ao sistema básico de saúde, uma vez que a maioria dos centros de saúde realiza oferta de atendimento com agenda fechada e, nos dias em que a agenda é aberta, o atendimento é feito por ordem de chegada, deslocando essa demanda espontânea para as emergências.

Em estudo realizado em 2014 foi descrito que o acolhimento realizado nos Centros de Saúde de Ceilândia é feito de forma não estruturada e sem o embasamento preconizado pelo Ministério da Saúde. Esse acolhimento não abrange a classificação de risco, sendo desconhecida a aplicabilidade dessa prática por enfermeiros nos C.S¹⁷.

A falta de resolutividade do sistema leva alguns a optarem pelos serviços de pronto socorro que atendem nas 24 horas do dia, ficando a cargo deles a parcela da população que não encontrou atendimento e aqueles para quem a falta de ações preventivas, ou a inadequação das estratégias utilizadas para prevenção, resultou na agudização da doença^{13,18}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do sistema de classificação de risco na Emergência do HRC, em agosto de 2009, contribuiu para melhor compreensão do perfil da demanda que procura a emergência do HRC. Resguardando os limites do presente estudo tecemos algumas considerações.

Que o perfil da demanda da emergência da pediatria do HRC se caracteriza por crianças na faixa etária entre 0 e 1 ano e 11 meses, do gênero masculino, procedente da área de abrangência da Regional de Saúde da Ceilândia, classificado no nível verde, ou seja, problema pouco urgente.

Que os C.S.C.s planejados para atender um determinado contingente populacional muitas vezes não consegue cobrir a população que emerge de forma desorganizada. Este ‘gargalo’ associado ao modelo vigente nos CS, de atendimento apenas à demanda programada, faz com que essa população se desloque para a emergência do HRC

mesmo quando apresentam problemas não urgentes, que poderiam ser absorvidos em outros níveis de atenção a saúde.

Cabe destacar que este panorama não é característica apenas da Regional de Saúde da Ceilândia. Observa-se pelo perfil da demanda que chega ao HRC, procedentes de outras regiões que a problemática pode até ser mais acentuadas. Esses problemas podem acarretar superlotação da emergência e como consequência, demora no atendimento, estresse emocional e físico de profissionais e usuários.

O acesso geográfico, mesmo que ainda frágil consegue atender uma parcela da população, entretanto o acesso organizacional ainda apresenta uma estrutura precária, apontando para necessidade de uma maior articulação na rede, com o estabelecimento da referencia e contra referencia. Neste sentido, o acolhimento com classificação de risco, ora em funcionamento na emergência do HRC, pode gerar subsídios que podem contribuir para a reorganização do fluxo de atendimento na emergência, assim como, potencializar o acesso geográfico e organizacional.

REFERÊNCIAS

1. Gawryszewski, ARB; Oliveira, DC; Gomes, AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [1]: 119-140, 2012
2. Brilhante AF, Vasconcelos CTM, Bezerra RA, Lima SKM, Castro RCM, Fernandes AFC. **Implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica**. *Rev Rene*. 2016 jul-ago; 17(4):569-75. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4966/3664>
3. Martins, ADM. **Limites e possibilidades no acolhimento com classificação de risco de um pronto socorro pediátrico no DF**. Brasília. Dissertação [Mestrado em Políticas, Práticas e Cuidados em Saúde e Enfermagem] - Universidade de Brasília, 2012.
4. COREN DF. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. **Brasília Saudável**. Documento de Referência. 2016. Disponível em: <http://www.coren-df.gov.br/site/wp->

content/uploads/2016/06/BRASILIA_SAUDAVEL_DOCUMENTO_REFERENCIAL.pdf

5. Rati RMS, Goulart LMHF, Alvim CG, Mota JAC. **"Criança não pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes.** Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 Dec; 18(12): 3663-3672. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013002000022&lng=en.
6. AHRQ. **A Triage Tool for Emergency Department Care.** Emergency Severity Index (ESI). Implementation Handbook v.4, 2012. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>
7. Tomberg, JO; Cantarelli, KJ; Guanilo, MEE; Dal Pai, D. **Acolhimento com avaliação de ^{ris4co} no pronto socorro: caracterização dos atendimentos.** Cienc Cuid Saúde 2013 Jan/Mar; 12(1): 080-087. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18694/pdf>
8. Dias SCC. **Acolhimento com classificação de risco: um mecanismo desafiador da Política Nacional de Humanização.** Brasília. [Monografia em Gestão de Saúde Coletiva] – Universidade de Brasília, 2015.
9. Cavalcante, BF. **Acolhimento Com Classificação De Risco: Uma Reorganização Do Processo De Trabalho.** Maceió. Monografia [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família] - Universidade Federal Do Triângulo Mineiro; 2013.
10. CODEPLAN. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Ceilândia - PDAD 2015.** Brasília. Disponível em http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2015/PDAD_Ceilandia_2015.pdf
11. Condino-Neto, A. **Susceptibilidade a infecções: imaturidade imunológica ou imunodeficiência?** Rev Med (São Paulo). 2014 abr.-jun.;93(2):78-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v93i2p78-82>

12. Teixeira CF, Solla, JP. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família.** EDUFBA 2006; nº 3: 209-236. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-09.pdf>
13. Pagliotto LF, Souza PB, Thomazini JO, Ortega ABA, Vavra SMF. **Classificação de risco em uma unidade de urgência e emergência do interior paulista.** Rev. Cuidarte Enfermagem. 2016 jul.-dez.; 10(2):148-155
14. Amthauer C, Cunha MLC. **Sistema de Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016;24:e2779 DOI: 10.1590/1518-8345.1078.2779. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02779.pdf
15. Storm-Versloot MN, Vermeulen H, Lammeren NV, Luitse JSK, Goslings JC. **Influence of the Manchester triage system on waiting time, treatment time, length of stay and patient satisfaction; a before and after study.** 1. Emerg Med J 2014;31:13–18. doi:10.1136/emered-2012-201099 Disponível em: <http://emj.bmj.com/content/emered/31/1/13.full.pdf>
16. Nascimento, FS. **As ações da enfermagem no atendimento humanizado no setor de urgência e emergência.** Florianópolis. Monografia [Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência] - Universidade Federal de Santa Catarina. 2014.
17. Camelo, MS. **Acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde da Regional de Saúde de Ceilândia/DF.** Brasília. Monografia [Bacharel em Enfermagem] – Universidade de Brasília; 2014.
18. Nascimento, PAB. **Trabalho noturno, saúde e vida: a percepção dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde – SUS.** Florianópolis. Monografia [Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência] – Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
19. Veras JEGLF, Joventino ES, Coutinho JFV, Lima FET, Rodrigues AP, Ximenes LB. **Risk classification in pediatrics: development and validation of a guide for nurses.** Rev Bras Enferm. 2015;68(5):630-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0913.pdf>

Normas adotadas

JOURNAL OF HEALTH SCIENCES. Instruções para preparação e submissão dos manuscritos:

<http://pgskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/about/submissions#onlineSubmissions>

Associação brasileira de normas técnicas. Apresentação de originais: NBR 14274. Rio de Janeiro, 2011.

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Edição 2012. Disponível em <<http://decs.bvs.br/>>.