

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

FRANCINE DOS REIS PINHEIRO

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
NO SETOR DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO SUL DO BRASIL**

PORTO ALEGRE

ABRIL/2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

FRANCINE DOS REIS PINHEIRO

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
NO SETOR DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO SUL DO BRASIL**

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

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Câmara

Tutor de orientação a distância: Juliane Meira Winckler

PORTO ALEGRE

ABRIL/2015

FRANCINE DOS REIS PINHEIRO

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
NO SETOR DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO SUL DO BRASIL**

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

Aprovada em _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Prof^a. Mariza Machado Klück

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a incansável fé que Ele me proporciona, que nunca permite que eu desista ou desanime, mas que sempre me impulsiona a seguir em frente, vencendo os obstáculos que surgem e alcançando as conquistas.

Agradeço ao meu noivo Renan, pelo apoio incansável que me deu; sempre me motivando e me acalmando diante das dificuldades encontradas ao longo do caminho.

Agradeço ao mestre Dr. Carlos Honorato, pelo auxílio e pelo ombro-amigo que me prestou quando precisei.

Agradeço à Alexandra, pela atenção e ajuda dispensada e por todos os documentos e dicas disponibilizadas, os quais foram de grande utilidade e relevância para a construção deste trabalho.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Guilherme, e a minha tutora, Juliane, pelo auxílio e apoio ao longo da construção deste trabalho.

A todos, que de alguma forma contribuíram para a minha formação e para o meu aperfeiçoamento profissional, a minha eterna gratidão.

RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo analisar a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) em um hospital público de grande porte do sul do Brasil, situado na região metropolitana de Porto Alegre, utilizando como objeto de estudo o setor Emergência, bem como demonstrar como este instrumento pode vir a contribuir para a melhoria do fluxo de atendimento/acolhimento dos seus usuários. Para isso, foi utilizada a técnica específica de análise documental, amparada nos documentos institucionais, que envolvem relatórios sociais, material utilizado em apresentações públicas e sistema de informações, que possibilitou identificar informações sobre a realidade da implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) no setor de Emergência deste hospital, identificar eventuais melhorias e gargalos no processo de acolhimento dos pacientes decorrentes da implantação do AACR, e descrever as consequências que a implantação do AACR trouxe para a gestão hospitalar. Após a análise dos dados, inferiu-se que o AACR trouxe significativas melhorias no fluxo de atendimento/acolhimento dos usuários, proporcionando maior agilidade no atendimento aos usuários que necessitam conduta imediata, a diminuição do tempo de espera dos usuários para atendimento na Emergência, além do “desafogamento” do setor em comparação com o tempo em que não havia sido implantado o AACR.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Acolhimento. Hospitais. Serviço Hospitalar de Emergência. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the implementation of the tool called Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) for a better customer service in the emergency room of a large-sized public hospital of South Brazil in metropolitan Porto Alegre. Institutional documents as social reports, public information, data bases have been analyzed in order to gather information about AACR applicability in the emergency room and identify bottlenecks resulting from the implementation of the AACR and describe the consequences of AACR to the hospital management. In brief, AACR has brought significant improvements in customer service like providing greater immediate care, cutting the waiting time in the emergency room, and relieving the sector.

Keywords: Humanization of assistance. Hosting. Hospitals. Hospital Service of Emergency. Health Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Classificações das cores do Protocolo de Manchester.....	28
Figura 2 – Fluxograma do Protocolo de Manchester	29
Figura 3 – Macro Fluxo Operacional da Emergência do Hospital Hipócrates.....	42
Figura 4 – Os 4 passos dentro da Emergência do Hospital Hipócrates.....	43
Figura 5 – Ações dentro da Emergência do Hospital Hipócrates de acordo com a cor classificada	44
Figura 6 – Tempo de espera após a triagem classificatória de risco.....	44
Figura 7 – Comparação do tempo de espera do usuário entre a Emergência do HH e o preconizado pelo Ministério da Saúde	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACR – Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco

ACR – Acolhimento com Classificação de Risco

ATS – *Australian Triage Scale*

CFM – Conselho Federal de Medicina

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CTAS – *Canadian Triage Acuity Scale*

ESI – *Emergency Severity Index*

GBACR – Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco

GPT – Grupo Português de Triagem

HH – Hospital Hipócrates

MS – Ministério da Saúde

MTG – *Manchester Triage Group*

MTS – *Manchester Triage System*

NAQH – Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PTM – Protocolo de Manchester

QUALISUS – Política de Qualificação do SUS

RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEH – Serviços de Emergência Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	14
3 O ACOLHIMENTO NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR	16
3.1 HOSPITAL	16
3.1.1 Urgência e Emergência	18
3.1.2 Acolhimento e Humanização	19
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA REORGANIZAR A ASSISTÊNCIA À SAÚDE	22
3.2.1 Política Nacional de Qualificação do SUS (QualiSUS)	22
3.2.2 Política Nacional de Humanização (PNH)	23
3.2.3 Política Nacional de Atenção às Urgências.....	24
4 O ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (AACR)	26
4.1 PROTOCOLO DE MANCHESTER.....	27
4.1.1 Projeção do Protocolo de Manchester no Brasil	31
4.1.2 A tomada de decisão durante a triagem	32
5 OBJETIVOS	34
5.1 OBJETIVO GERAL.....	34
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
6 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA	35
6.1 TIPOLOGIA DA PESQUISA.....	35
6.2 SOBRE A COLETA E A ANÁLISE DOS DADOS.....	35
6.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	37
7 PASSADO E PRESENTE DO ACOLHIMENTO NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL HIPÓCRATES	38
7.1 O PASSADO DO ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL HIPÓCRATES.....	38
7.2 A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO HOSPITAL HIPÓCRATES.....	41
7.3 MELHORIAS E GARGALOS NO PROCESSO DE ACOLHIMENTO DOS PACIENTES.....	46
8 CONCLUSÃO	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	56
APÊNDICE A – Instrumento da Pesquisa.....	56

ANEXOS.....	57
ANEXO I – Termo de Anuência do hospital estudado.....	57

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) – criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira – é um dos maiores sistemas públicos do mundo na área da saúde e carrega uma história de luta social ao direito à saúde. Os princípios orientadores do SUS visam assegurar a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde, indicando uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas abrange a qualidade de vida (ROSSANEIS, 2011).

No entanto, esses princípios são frequentemente ameaçados pelas desigualdades socioeconômicas do país, pela precarização das relações de trabalho, em todo o contexto social, mas principalmente na saúde, pelo despreparo de alguns profissionais, pelo baixo investimento em educação permanente em saúde e pela pouca participação dos profissionais na gestão dos serviços (BRASIL, 2010a). Esses fatores fragilizam o vínculo entre os profissionais presentes nos equipamentos de saúde e seus usuários.

Para melhorar estas e outras fragilidades, o Ministério da Saúde (MS) instituiu uma política que visa fortalecer as diretrizes do SUS, denominada Política Nacional de Humanização (PNH). Nesta política, a orientação de maior relevância é o acolhimento, concebido como uma ação tecno-assistencial que implica em uma mudança nas relações usuário-profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Conforme Abbês e Massaro (2004), o acolhimento é um modo de agir e atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura acolhedora, escutando e dando respostas mais competentes aos usuários. Além disso, ainda na visão dos autores, o acolhimento tem por objetivo prestar atendimento com resolutividade, responsabilidade e com orientação para o paciente e a família, dando continuidade à assistência quando for necessário.

Com isso, o acolhimento em saúde é concebido como um vínculo solidário entre os profissionais da saúde e a população. Trata-se, portanto, de ações de trabalho coletivo entre os diversos profissionais na busca de um objetivo comum, que é a saúde. O Ministério da Saúde (MS) apresenta duas noções de acolhimento: a que o concebe como um espaço que se mostra de acordo com um ambiente repleto de conforto e a que o identifica como triagem e encaminhamento de serviços (BRASIL, 2006a).

Essas duas noções de acolhimento possuem importância na prática deste processo, no entanto, quando tomadas isoladamente dos procedimentos de trabalho na saúde, reduzem esta diretriz a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculos (BRASIL, 2009). Desta forma, ocorre que as relações se tornam repasses de problemas tendo como foco a doença como uma coisa em si e não o sujeito e suas necessidades (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Um contexto em que essa inversão fica evidente é nos serviços de urgência e emergência de hospitais, nos quais as demandas de atendimento e de organização são maiores. Nesses espaços é possível encontrar pessoas disputando o atendimento sem critério algum, a não ser a ordem de chegada. A não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem, ocorrendo, às vezes, até a morte pelo não atendimento (BRASIL, 2009).

Um instrumento da PNH criado para minimizar os problemas decorrentes da não distinção de riscos ou graus de sofrimento nas emergências foi o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR). Através da implantação desta nova sistemática de trabalho, é possível dar atenção a problemas, como o grande fluxo de atendimentos, que geram sobrecarga de trabalho e que demandam uma reorganização do processo de trabalho. Essa sistemática permite atender ao usuário do serviço de acordo com os diferentes graus de sofrimento, ou necessidade, e não mais por ordem de chegada. Além disso, o AACR presume que o usuário deve ser visto para além da doença e suas queixas e que o acolhimento deve ser complementado com a construção de um vínculo terapêutico, visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010b).

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), tema de estudo deste trabalho, mais que uma previsão legal, é um dispositivo que opera concretamente os princípios da Política de Humanização, possibilitando organizar melhor o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado a todos os usuários do SUS.

Nesse contexto, o objeto de estudo deste trabalho é a Emergência de um Hospital Público de Grande Porte no sul do Brasil, doravante chamado Hospital Hipócrates, onde o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) já

foi implantado. O hospital em estudo¹ está localizado em Porto Alegre e atende usuários tanto da própria cidade quanto da Região Metropolitana. É um hospital geral de grande porte².

A partir da implementação do AACR, em 2011, os usuários passaram a ser classificados e atendidos de acordo com a sua gravidade clínica e não por ordem de chegada. Desse modo, pode-se afirmar que existem critérios definidos de atendimento e acolhimento aos seus usuários, em conformidade com o Protocolo de Classificação de Risco adotado, o Protocolo de Manchester (PTM).

Com isso, a emergência do Hospital Hipócrates busca se adequar para melhorar a qualidade do serviço ofertado e fazer jus aos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Frente a isso, cabe analisar a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) no setor de Emergência deste hospital. Para tanto, foi levantado o seguinte problema de pesquisa: De que modo a implantação do AACR afeta a organização do fluxo de atendimento/acolhimento dos usuários, qualificando os processos de gestão da Emergência do Hospital Hipócrates?

De modo a responder esta questão, o presente trabalho está organizado da seguinte maneira: no capítulo 2 é apresentada a justificativa; no capítulo 3 é apresentado o acolhimento na Emergência Hospitalar; no capítulo 4 é apresentado o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR); no capítulo 5 são apresentados os objetivos do trabalho; no capítulo 6 constam os procedimentos da pesquisa; no capítulo 7 é descrito e analisado o passado e presente do acolhimento na Emergência do Hospital Hipócrates; por fim, no último capítulo constam as considerações finais.

¹ O hospital em questão, por determinação interna, não autoriza a divulgação de seu nome nos títulos dos trabalhos de pesquisa. Para este trabalho específico, não foi autorizado o uso de seu nome em qualquer momento do texto. Em razão disso, foi utilizado ao longo do trabalho o nome fictício de Hospital Hipócrates.

² Hospital de grande porte é aquele que possui capacidade normal ou de operação de 150 a 500 leitos. (BRASIL, 1977).

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com o Manual de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2002a), a organização hospitalar é um sistema complexo, no qual as estruturas e os processos são de tal forma interligados, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final. Além disso, a superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) apresenta-se como um fenômeno mundial, que se caracteriza por: todos os leitos do SEH ocupados; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; alta tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos. Também indica, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde, como um todo e do hospital em particular, e induz à baixa qualidade assistencial (BITTENCOURT e HORTALE, 2009).

As filas nos serviços de urgência e emergência nos hospitais públicos e privados constituem um dos tantos problemas do Sistema Único de Saúde (SUS). Em razão disso, o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) foi desenvolvido para promover melhorias na organização destes serviços, de modo a minimizar os problemas de gestão (por exemplo, o “afogamento” nas filas de emergência), e proporcionar um melhor atendimento aos usuários. Além disso, cabe destacar a sua importância para os outros níveis de atenção também, pois o AACR visa garantir a atenção e o encaminhamento adequados, de acordo com as necessidades dos usuários e as suas gravidades clínicas. Ao encaminhar um paciente classificado como não-urgente para uma Unidade Básica de Saúde (UBS), o agente melhora o fluxo de pessoas na emergência hospitalar e aproxima o usuário da equipe de saúde local que poderá oferecer um acompanhamento sistemático e não apenas pontual.

São imprescindíveis a avaliação e o monitoramento das ações implantadas ao longo do tempo por todas as organizações hospitalares públicas, pois elas cada vez mais se esforçam desenvolvendo estratégias para entender com maior profundidade as necessidades e as expectativas dos seus usuários, criando uma percepção positiva quanto à qualidade dos serviços recebidos. De acordo com Durvasula (2006), um serviço de qualidade é importante para influenciar nas escolhas e é algo que deve ser controlado pelos gestores.

Sabe-se que as políticas públicas são ações do governo e que todos os setores do sistema têm uma real parcela de responsabilidade quando se fala em saúde. Dentro deste contexto, o AACR – que não deixa de ser um sistema de informação a serviço da saúde pública – surge com o intuito de aprimorar a efetividade das políticas públicas e a eficiência na prestação de serviços à população, o que, conseqüentemente, provocará em curto, médio e longo prazo, melhores condições no Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, a aplicação deste estudo é relevante por identificar se o Acolhimento de Avaliação e Classificação de Risco (AACR) possibilitou uma melhora no fluxo de atendimento/acolhimento dos usuários da Emergência do Hospital Hipócrates, além de ser de grande utilidade aos seus gestores, uma vez que será possível identificar os acertos e as deficiências da implantação do AACR, de modo a auxiliar no planejamento das mudanças e melhorias desse processo.

3 O ACOLHIMENTO NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Neste capítulo serão vistos os seguintes tópicos: Hospital (3.1) e Políticas Públicas para Reorganizar a Assistência à Saúde (3.2).

3.1 HOSPITAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o hospital como uma parte integrante da organização médica social, cuja função é proporcionar à população atenção médica completa, tanto preventiva quanto curativa, e cujo serviço de consultas externas (extra-hospitalar) alcança a família em seu lar. O hospital é também um centro de preparação e treinamento de profissionais de saúde, de pesquisa biossocial. Nos sistemas de saúde dos países, lhe foi atribuída uma responsabilidade muito grande, sendo que o papel fundamental da “recuperação” exige o maior esforço, mas sem deixar de disponibilizar seus recursos para promoção, prevenção e reabilitação como partes fundamentais da atenção integral. A responsabilidade educativa vai além dos profissionais de saúde, estendendo-se até a família e a comunidade, baluartes insubstituíveis para a preservação da saúde do indivíduo.

Borba e Lisboa (2006) afirmam que a origem da palavra “hospital” vem do latim *hospitalis*, que significa hospitaleiro, acolhedor, adjetivo derivado de *hospes*, que significa hóspede, estrangeiro, conviva, viajante, significando, ainda, o que dá agasalho, que hospeda. Para os autores, as organizações hospitalares são prestadoras de serviços e diferem das produtoras de bens, caracterizando-se pela intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade.

A intangibilidade caracteriza-se pela ausência de aspectos físicos, que não permitem um exame prévio antes da aquisição do serviço. Conforme Cobra (2000), a intangibilidade não pode ser armazenada, não tem aparência estética, gosto, cheiro. Já a inseparabilidade é caracterizada pelo consumo, que não pode ser separado dos seus meios de produção. O produtor de serviços de saúde e o usuário interagem de uma forma que o serviço é consumido pelo paciente ao mesmo tempo em que está sendo produzido.

A variabilidade corresponde ao não estabelecimento de padrões rígidos de desempenho, pois o serviço de saúde, ao mesmo tempo em que é produzido é

consumido. A variação depende de uma série de circunstâncias que se apresentam no momento da prestação do serviço. Já a perecibilidade, segundo Cobra (2000), é o conceito de um serviço de saúde que não pode ser estocado, pois é preciso administrar a demanda em função da oferta. Se há disponibilidade de atendimento médico, odontológico, laboratorial ou hospitalar faz-se necessário estimular o consumo do serviço, dentro dos princípios éticos.

Segundo Laverde *et al.* (2003), o hospital – dentro do esquema moderno de funcionamento dos sistemas de saúde – é um centro de referência que deve receber os pacientes cujos problemas não puderam ser resolvidos em níveis inferiores. A missão fundamental do hospital é a recuperação da saúde e, para isso, estão voltados todos os esforços administrativos, técnico-científicos e de pesquisa sob a responsabilidade de uma equipe profissional adequadamente preparada e selecionada. Desde a admissão do paciente até a sua alta, transcorre uma série de etapas que exigem cuidadosas e acertadas intervenções das pessoas que, em etapas sucessivas, devem assumir a responsabilidade correspondente, sem se poder determinar qual etapa é a mais importante, levando-se em consideração que toda a equipe multidisciplinar envolvida na normalização da alteração física que motivou a hospitalização compromete seu nível máximo de conhecimentos, sua destreza, sua habilidade e sua ética na etapa mais sofisticada da assistência de saúde.

No hospital, processa-se a investigação científica, desenvolve-se o trabalho assistencial, praticam-se procedimentos cirúrgicos da mais variada complexidade, realizam-se exames de laboratório e procedimentos de diagnóstico, exerce-se a docência, vive-se a angústia, atende-se o problema pessoal ou coletivo, administram-se os recursos humanos, desenvolvem-se novas tecnologias, administram-se procedimentos, gerenciam-se verbas, cozinha-se e fazem-se roupas, iniciam-se investigações de ordem legal, realizam-se atividades de engenharia e manutenção etc (LAVARDE *et al.*, 2003).

Portanto, quando se fala em hospital, não se trata simplesmente de um lugar para colocar os pacientes sob os cuidados de profissionais de saúde, nem é apenas um lugar ao qual chegam aqueles que estão doentes e desejam se curar. Não se pretende atribuir como única responsabilidade de um hospital a recuperação da saúde. Embora a razão de ser do hospital seja a preservação das condições físicas ideais do indivíduo, e a meta fundamental seja salvaguardar a vida, o conceito de

hospital encerra todo um universo dos mais variados recursos, elementos e dispositivos que, articulados e submetidos a uma ação coordenada, podem conduzir à saúde integral, isto é, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (LAVERDE *et al.*, 2003).

Por fim, pelo fato de o hospital se tratar de um elo em uma cadeia de serviços de saúde que se complementam. Nesta cadeia existem três níveis de atenção à saúde: primária, secundária e terciária. Conforme Elias (2011), normalmente os hospitais se encontram no nível terciário, considerados de alta complexidade tecnológica e buscam atender situações que o nível secundário não conseguiu resolver e eventos mais raros ou aqueles que demandam assistência deste nível do sistema. Devido ao fato de o hospital estar no nível terciário de atenção, cabe ressaltar que nele se concentram equipamentos com alta incorporação tecnológica, aqueles de última geração e, portanto, mais caros, tais como Ressonância Magnética e PET Scan. Entretanto, podem contar também com equipamentos com grau intermediário de inovação tecnológica, que normalmente se encontram no nível secundário de atenção, tais como aparelhos de Raio-X com alguma sofisticação, ecocardiógrafo, ultrassom de geração mais nova, aparelhos para endoscopia, entre outros (ELIAS, 2011).

3.1.1 Urgência e Emergência

As definições de Urgência e Emergência em Saúde foram estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução nº 1451 de 1995, art. 1º, da seguinte forma:

Urgência é uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata, enquanto Emergência é uma constatação médica de agravo à saúde que implique risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (BRASIL, 1995, *online*).

Conforme Romani *et al.* (2009), na definição do CFM, a noção de iminência, pressa, ou necessidade de agir com rapidez, que caracteriza a significação de urgência, é atribuída ao termo “emergência” (situações que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso); e a noção de surgimento, ou da mudança de uma condição anterior (imersa) para outra condição, diversa e posterior (emersa ou emergente), que caracteriza a significação de emergência, é atribuída ao termo

urgência (a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida).

Segundo Holanda (1975), o conceito de urgência vem do latim *urgentia*, que significa qualidade ou caráter de urgente; que é necessário ser feito com rapidez; indispensável; imprescindível; iminente; impendente. Urgir, do latim *urgere*, significa ser necessário sem demora; ser urgente; não permitir demora; perseguir de perto; apertar o cerco de; tornar imediatamente necessário; exigir; reclamar, clamar; obrigar, impelir. Já o conceito de emergência vem do latim *emergentia*, que significa ação de emergir; situação crítica, acontecimento perigoso ou fortuito, incidente. Emergir, do latim *emergere*, significa sair de onde estava mergulhado; manifestar-se, mostrar-se, patentear-se; elevar-se como se saísse das ondas (HOLANDA, 1975).

Portanto, de modo resumido, embora as duas definições – urgência e emergência – remetam a atendimento imediato, a urgência está relacionada a uma situação com ou sem risco potencial de morte, enquanto a emergência implica risco iminente de morte ou sofrimento intenso.

3.1.2 Acolhimento e Humanização

Acolher funciona como o dispositivo desencadeador da dinâmica de atenção à saúde, onde o paciente é o foco principal desse processo; independentemente do motivo de sua procura por um serviço hospitalar. O objetivo macro é impactar na produção da saúde.

Em relação à diretriz acolhimento, Cecílio (1997) afirma que:

A primeira estratégia nossa há de ser então a de qualificar todas estas portas de entrada, no sentido de serem espaços privilegiados de acolhimento e reconhecimento dos grupos mais vulneráveis da população, mais sujeitos a fatores de risco e, portanto, com mais possibilidade de adoecimento e morte, para, a partir deste reconhecimento, organizá-los no sentido de garantir o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado para o seu caso (CECÍLIO, 1997, pg. 475).

Conforme Guimarães (2007), a hospitalidade enquanto acolhimento afetuoso é premissa a ser trabalhada em todas as áreas que possuem interface com os pacientes, onde ações são direcionadas no sentido de propiciar o melhor atendimento para aquele paciente. Para a autora, a relação que se estabelece no ato do acolhimento é requisito básico em todas as ações de atendimento, sendo importante criar condições que beneficiem este momento, propondo situações que

ultrapassem as barreiras do atendimento pragmático. Logo, a obtenção deste propósito será conquistada com muita criatividade e conscientização coletiva.

Segundo Ferreira (1975), a palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir”. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém (BRASIL, 2009).

O acolhimento requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2009).

Na visão do Ministério da Saúde (MS), o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, a partir da análise dos processos de trabalho, proporciona duas questões pontuais:

Favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços; e possibilita também avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira (BRASIL, 2009, pg. 9 e 10).

Dentro deste contexto, o MS afirma que é preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da demanda e que:

O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde (BRASIL, 2009, pg. 12).

Já a humanização é o ato de humanizar, ou seja, dar estado ou condições de homem, no sentido de ser humano (GRANDE BIBLIOTECA..., 1998). Além disso, pode ser considerada, conforme Brasil (2010b), como o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos ou mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004).

A humanização também pode ser vista como resultado da atuação sobre os processos de trabalho no cotidiano dos serviços hospitalares, no sentido de melhorar a qualidade da assistência prestada e a satisfação do usuário e do trabalhador (BRASIL, 2011a).

No momento em que o conceito de humanização passou de programa para uma política transversal, isto é, passou a atravessar/transversalizar as diferentes ações e instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), o MS, na rede HumanizaSUS, orientou que este conceito implica em:

Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando “o Homem”; pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer; construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente; contagiar, por atitudes e ações humanizadoras, a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários; e posicionar-se, como política pública, tanto nos limites da máquina do Estado onde ela se encontra com os coletivos e as redes sociais, quanto nos limites dos Programas e Áreas do Ministério da Saúde, entre este e outros ministérios (BRASIL, 2010b, pg. 17 e 18).

Dentro deste contexto, a humanização é entendida pelo MS como:

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde; defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/cor, origem, gênero e orientação sexual; mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, e mais resolutivo; compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento; compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde; luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um (BRASIL, 2010b, pg. 19 e 20).

Ainda em relação ao conceito de humanização, o Decreto 7.508/2011 traz em seu art. 38, que a humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) de Saúde, que, conforme o art. 2, inciso II do mesmo decreto é:

O acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades,

indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b, *online*).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA REORGANIZAR A ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Antes de introduzir o assunto central deste trabalho, o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), é preciso sublinhar que é comum a utilização desordenada dos serviços de urgência, na busca da solução de agravos de saúde que não são classificados como Emergência ou Urgência. Na tentativa de solucionar os problemas originados dessa dinâmica, o Ministério da Saúde (MS) tem buscado elaborar políticas públicas com o objetivo de reorganizar a assistência das unidades de saúde em todos os seus níveis. Dentro desse objetivo, as políticas que merecem destaque são a Política de Qualificação do SUS (QualiSUS), a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Atenção às Urgências (DESCOVI, 2009). Isso porque estas três políticas públicas podem ser relacionadas diretamente aos serviços de Urgência/Emergência hospitalar, de modo a melhorá-las e qualificá-las para um atendimento cada vez melhor ao usuário do SUS.

3.2.1 Política Nacional de Qualificação do SUS (QualiSUS)

Em 2002, foi realizada a pesquisa “Saúde na Opinião dos Brasileiros” – por solicitação do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) –, na qual foram diagnosticadas as principais causas de descontentamento da população com os serviços de saúde. A maioria das queixas dizia respeito aos serviços de emergência, com relação à baixa capacidade instalada, ao pouco acolhimento, dentre outras. O resultado da pesquisa serviu de parâmetro para a elaboração do QualiSUS (O'DWYER *et al.*, 2009).

A Política Nacional de Qualificação do SUS (QualiSUS), conforme O'Dwyer *et al.* (2009), constitui-se em um conjunto de mudanças que visa proporcionar maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital. Além de uma reforma mais estrutural dos hospitais, foi criado um grupo de

humanização do atendimento e constituiu-se uma reorganização da oferta de leitos com priorização para a emergência.

Ainda segundo esses autores, o QualiSUS é composto por três componentes: (1) qualificação, ampliação, readequação e otimização da oferta de serviços de saúde; (2) humanização, fortalecimento e qualificação da gestão e do controle social na saúde; (3) fortalecimento da capacidade de produção de insumos estratégicos, desenvolvimento tecnológico e do complexo produtivo na saúde.

Uma importante conquista para viabilizar as mudanças propostas pelo QualiSUS é a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192), que é um atendimento pré-hospitalar, o qual permite a organização no acesso à emergência e a racionalização da utilização da rede pública (O'DWYER *et al.*, 2009).

3.2.2 Política Nacional de Humanização (PNH)

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), cujo objetivo era promover uma nova cultura de atendimento na saúde que apoiasse a melhoria da qualidade e eficácia dos serviços prestados através do aprimoramento das relações entre trabalhadores da saúde, usuários e profissionais, e hospitais e comunidade. A partir de 2003, o MS transformou o PNHAH em política, com o nome de Política Nacional de Humanização (PNH), a qual deve estar presente em todas as ações da saúde como diretriz transversal e favorecer, entre outros, a troca e construção de saberes, o diálogo entre profissionais, o trabalho em equipe e a consideração às necessidades, aos desejos e aos interesses dos diferentes atores do campo da saúde (MELLO, 2008).

Em relação aos princípios norteadores da PNH, pode-se destacar, conforme Mello (2008), a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos e responsabilização; o estímulo aos processos comprometidos com produção de saúde e produção de sujeitos; o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, objetivando a transdisciplinaridade e a grupalidade; a atuação em rede, com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); e a utilização da

informação, comunicação, educação permanente e dos espaços de gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos coletivos.

É importante salientar também que, Conforme Mello (2008), as quatro metas escolhidas para serem atingidas em médio prazo, são as seguintes:

1. Todo usuário do SUS deve saber quem são os profissionais que cuidam de sua saúde.
2. As unidades de saúde devem garantir os direitos do usuário (Código de Direitos do Usuário) e possibilitar o acompanhamento por seus familiares.
3. Deve haver redução de filas com avaliação de riscos, agilidade e acolhimento.
4. As unidades de saúde devem garantir a gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários.

3.2.3 Política Nacional de Atenção às Urgências

Conforme o art. 2º da Portaria 1.600/2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências:

- I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;
- II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;
- VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;
- VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
- X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;
- XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e

XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização (BRASIL, 2011c, *online*).

A Rede de Atenção às Urgências, conforme o art. 3º da mesma portaria, possui a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Além disso, a portaria prevê ainda que:

A Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional. Além disso, o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção (BRASIL, 2011c, *online*).

Cabe salientar ainda que, segundo o art. 4 da Portaria 1.600/2011, a Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;

II - Atenção Básica em Saúde;

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;

IV - Sala de Estabilização;

V - Força Nacional de Saúde do SUS;

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;

VII - Hospitalar; e

VIII - Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011c, *online*).

4 O ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (AACR)

Primeiramente, faz-se necessário salientar que existem diferentes sistemas de classificação de risco e que entre os mais utilizados no mundo destacam-se quatro: *Emergency Severity Index (ESI)*, *Australian Triage Scale (ATS)*, *Canadian Triage Acuity Scale (CTAS)* e *Manchester Triage System (MTS)*. O primeiro, *Emergency Severity Index (ESI)* foi implantado em 1999 e estabelece três níveis de prioridades: emergência, urgência e não urgência, porém, apresenta uma previsão de recursos para os casos menos graves. O segundo, *Australian Triage Scale (ATS)* com início na década de 70, teve diversas mudanças em sua escala, sendo que a última em 2000 é baseada em tempo-alvo e categoria, e compreende descritores para cada gravidade. O terceiro, *Canadian Triage Acuity Scale (CTAS)*, é baseado na escala australiana ATS© (COUTINHO, CECÍLIO e MOTA, 2012). Para Ulhôa *et al.* (2010), seu objetivo é garantir acesso dos usuários, padronizar as informações e mensurar a utilização de recursos disponíveis. É utilizado amplamente em todo o país. Por último, o *Manchester Triage System (MTS)*, conhecido no Brasil por Protocolo de Manchester ou Sistema de Triagem de Manchester, é o protocolo mais utilizado em todo o mundo. É confiável, avaliado profissionalmente, adotado com sucesso em diferentes sistemas de saúde, tendo seu início em 1997 e uma alteração em 2006, além de conter 52 fluxogramas para diferentes problemas apresentados: sete são específicos para crianças e dois para catástrofes (COUTINHO, CECÍLIO e MOTA, 2012).

Segundo os autores Abbês e Massaro (2004), o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) é uma determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidades do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade. Desta maneira, exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (ABBÊS e MASSARO, 2004).

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) é uma ferramenta de gestão que facilita e qualifica o atendimento. Ele estabelece um acolhimento inicial, no qual é feita uma primeira abordagem por técnicos de enfermagem, que verificam de forma rápida e objetiva os sinais vitais, e enfermeiros,

que fazem a triagem para identificar o grau de risco da enfermidade do paciente. Seguindo um questionário rápido e breve, é atribuído um grau de prioridade clínica ao atendimento e ao tempo esperado pelo paciente. Após isso, os pacientes são sinalizados por cores e direcionados para a equipe que deverá atendê-lo. Dessa maneira, os pacientes passam a ser ordenados por risco e não mais por ordem de chegada e, além disso, essa organização da rede possibilita encaminhar corretamente o paciente ao ponto de atenção certo, para a assistência mais eficaz e no menor tempo possível (ABBÊS e MASSARO, 2004).

O AACR, mais que uma previsão legal, é um dispositivo que opera concretamente os princípios da Política de Humanização, a qual tem como meta implantar um modelo de atenção com responsabilização e vínculo, ampliando o acesso do usuário ao SUS, implantando um acolhimento responsável e resolutivo, baseado em critérios de risco. Dessa forma, é possível organizar melhor o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado a todos os usuários do SUS.

Portanto, o AACR, por ser uma ferramenta de gestão que facilita e qualifica o atendimento, contribui para organizar melhor o fluxo de pacientes que procuram os serviços de urgência/emergência como porta de entrada, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado a todos os usuários do SUS. Paralelamente, a AACR propicia uma melhor qualidade e eficácia de atendimento, que são os pilares da Política Nacional de Humanização (PNH). Ao priorizar o atendimento dos casos de maior risco, e não a ordem de chegada, adota-se um critério que caminha na direção da humanização dos serviços. Pode, também, contribuir para a qualificação dos serviços de emergência como um todo, na medida em que se atende com mais celeridade os casos de maior risco. Agindo assim pode-se atingir maior efetividade ao total dos atendimentos.

4.1 PROTOCOLO DE MANCHESTER

O Protocolo de Manchester tem este nome devido ao fato de ter sido aplicado pela primeira vez em 1997 nesta cidade britânica, localizada no noroeste da Inglaterra. Esse protocolo é uma metodologia científica que confere classificação de risco para os pacientes que buscam atendimento, sendo conhecido como triagem classificatória de risco.

A Portaria nº 2.048/2002 do Ministério da Saúde propõe a implantação do acolhimento e dessa triagem classificatória de risco nas unidades de atendimento às urgências. De acordo com esta Portaria, este processo deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos preestabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2002b).

O intuito do Protocolo de Manchester é avaliar o paciente logo na sua chegada ao local, reduzir o tempo de atendimento médico e de enfermagem fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade, assim como determinar a área de atendimento inicial. Sua classificação se divide em cinco cores, conforme ilustra a figura 1, sendo que cada uma delas determina um tempo máximo para o atendimento ao paciente, de forma a não comprometer a sua saúde. A cor vermelha (emergente) tem atendimento imediato; a laranja (muito urgente) prevê atendimento em 10 minutos; o amarelo (urgente), 60 minutos; o verde (pouco urgente), 120 minutos; e o azul (não-urgente), 240 minutos.

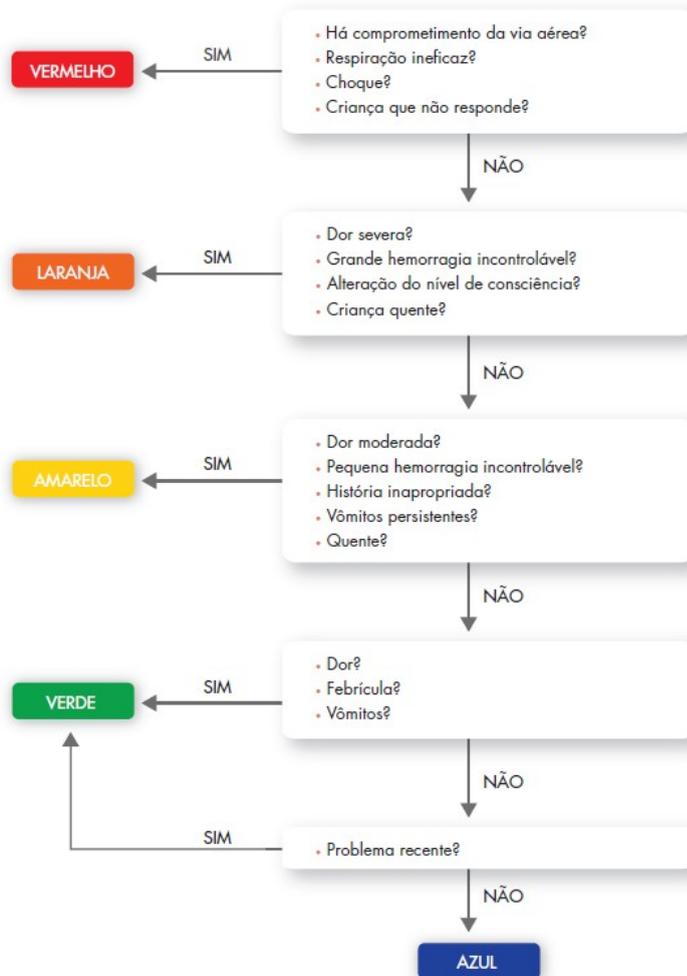
Figura 1 – Classificações das cores do Protocolo de Manchester

Número	Nome	Cor	Tempo alvo
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: MAFRA, 2006.

Para um melhor entendimento, criou-se o fluxograma do protocolo, de maneira a reconhecer em qual classificação – de acordo com a cor – o paciente se encontra no momento do acolhimento/triagem. Este fluxograma constitui-se de perguntas claras e objetivas, observando-se os sinais vitais do paciente. Conforme a figura 2 apresenta, estabelece-se uma sequência de perguntas, as quais possibilitam identificar – através de um método de exclusão – em qual situação o paciente se “encaixa”: vermelho, laranja, amarelo, verde ou azul.

Figura 2 – Fluxograma do Protocolo de Manchester



Fonte: FREITAS,1997.

O Grupo de Triagem de Manchester foi formado em novembro de 1994 com o objetivo expresso de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência com vista à criação de normas de triagem. Uma vez identificados os temas de triagem comuns, foi possível chegar a um acordo quanto a um novo sistema de nomenclatura e de definição. A cada uma das novas categorias foi atribuído um número, uma cor e um nome, sendo cada uma delas definida em termos de tempo-alvo aceitável até ao primeiro contato com o médico de serviço.

No Reino Unido, conseguiu-se um consenso em torno da escala de triagem, que fora apresentada anteriormente, expressa na Figura 1. Cabe salientar que quanto à cor branca, esta deve ser atribuída a todos os doentes que apresentam situações não compatíveis com o Serviço de Urgência, de que são exemplos os doentes admitidos para transplante, para técnicas programadas etc. Nesses casos, deve ser registada a cor branca e a razão da sua atribuição (GPT, 2008).

Cabe destacar que este novo conceito de triagem, conhecido como Protocolo de Manchester (PTM), determina a necessidade clínica como um método de gerir o risco clínico e realça a identificação da queixa de apresentação seguido pela procura de um discriminador, além de – com a ajuda dos discriminadores – não possuir apenas o fluxo básico, mas outros vários.

O PTM promove um sistema verificável que se pode ensinar, de como atribuir a prioridade clínica em contextos de urgência. Não é concebido para julgar se os doentes estão, apropriadamente, no local de atendimento adequado, mas para assegurar que os que precisam de cuidados urgentes e emergentes os recebem, de forma adequada e rapidamente. Pode ser utilizado para monitorizar cuidados e para identificar prioridades clínicas (GPT, 2008).

Conforme expresso pelo Grupo Português de Triagem (2008), foi decidido que o objetivo da metodologia de triagem devia ser concebido de forma a atribuir uma prioridade clínica. Essa decisão baseou-se em três grandes princípios. O primeiro é que o objetivo da “observação” de triagem em um Serviço de Urgência é facilitar a gestão clínica de doentes e, ao mesmo tempo, facilitar a gestão do serviço e a melhor forma de isto ser conseguido é através da atribuição exata de uma prioridade clínica. Já o segundo é que se o tempo da “observação” de triagem visar a obtenção de um diagnóstico exato, está condenado ao fracasso. E, finalmente, é evidente que o diagnóstico não está precisamente relacionado à prioridade clínica, uma vez que a prioridade reflete um número de aspectos de uma condição particular apresentada por um doente. Por exemplo, um doente com um diagnóstico final de entorse do tornozelo pode apresentar-se com dor aguda moderadas ou sem dor, e a sua prioridade clínica deve refletir esta realidade. O método de triagem, portanto, requer que os profissionais identifiquem a queixa de apresentação e procurem posteriormente um número limitado de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica. Os sinais e os sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades clínicas são chamados de discriminadores e estão apresentados na forma de fluxogramas para cada condição apresentada, denominados fluxogramas de apresentação, como o expresso na Figura 2 anteriormente.

4.1.1 Projeção do Protocolo de Manchester no Brasil

Em 2002, o Ministério da Saúde lançou o programa S.O.S Emergência, que, conforme o parágrafo único do art. 1º da Portaria nº 1663/2012, é:

Uma ação estratégia prioritária para a implementação do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), realizada em conjunto com os Estados, Distrito Federal e Municípios para a qualificação da gestão e do atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) nas maiores e mais complexas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência do SUS (BRASIL, 2012a, *online*).

Os objetivos do programa, conforme o 2º art. da mesma portaria mencionada anteriormente, são:

- I - estimular a organização e a implantação da RUE, buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão do SUS para garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança de modelo de atenção nos grandes prontos-socorros dos estabelecimentos hospitalares integrados ao SUS;
- II - intervir de forma mais organizada, ágil e efetiva sobre a oferta do cuidado nas grandes emergências hospitalares do SUS;
- III - assessorar tecnicamente a equipe do hospital participante do Programa e oferecer capacitação para aprimoramento da gestão do cuidado ao paciente em situação de urgência e emergência;
- IV - apoiar as unidades hospitalares para a melhoria da gestão e da qualidade assistencial, por meio da implantação de dispositivos como a classificação de risco, gestão de leitos, implantação de protocolos clínico-assistenciais e administrativos, adequação da estrutura e ambiência hospitalar, regulação e articulação com o sistema de saúde; e
- V - possibilitar a readequação física e tecnológica dos serviços de urgência e emergência da unidade hospitalar (BRASIL, 2012a, *online*).

O programa S.O.S Emergências, com o intuito de melhorar o atendimento de emergência feito pelo SUS, foi implantado nos 11 maiores serviços de emergência do país. Além da implantação do Protocolo de Manchester, foram previstos para esses 11 serviços reformas e novos equipamentos, aumento do custeio, novos leitos de retaguarda. Para fazer o diagnóstico dos problemas, decidir e implementar as ações, o S.O.S Emergências criou em cada unidade um Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) formado por representantes, equipe técnica e direção da unidade, das secretarias municipal e estadual de saúde, do Ministério da Saúde e de um hospital de referência, que, no caso, prestaria assessoria no que fosse necessário (BRASIL, 2012c).

Para que fossem alcançadas as melhorias na gestão, os 11 hospitais deveriam implantar ou aprimorar: a) sistema de qualificação de risco que garantisse

prioridade de atendimento aos casos mais graves; b) protocolos clínicos, que são os procedimentos padrão a serem adotados pelos profissionais de acordo com o diagnóstico ou o conjunto de sintomas apresentados na chegada; e c) núcleo interno de regulação, que faria o controle informatizado do fluxo de pacientes desde a entrada no serviço até a sua transferência para outros setores ou outras unidades. Este último permitiria controlar indicadores que possibilitariam identificar problemas e aprimorar cada etapa do atendimento (BRASIL, 2012c).

Cabe salientar que entre as principais medidas de melhoria de qualidade assistencial dos prontos-socorros está a implantação completa do Sistema de Triage de Manchester (BRASIL, 2012c).

No Brasil, o Estado de Minas Gerais é o pioneiro na utilização do Sistema de Triage de Manchester, tendo adotado o protocolo para classificação de risco pela primeira vez no Brasil em 2008. A escolha pelo Sistema de Triage de Manchester se deu em razão de ser um sistema que possui como forma de entrada a queixa apresentada pelo usuário e não a presunção diagnóstica, uma vez que nem sempre um diagnóstico define a urgência do atendimento (COUTINHO, 2010).

Conforme Coutinho (2010), o Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (GBACR) é o representante oficial do protocolo no Brasil. Além disso, o GBACR é autorizado pelo *Manchester Triage Group* (MTG) e o *British Medical Journal* – detentores dos direitos autorais do protocolo –, e o Grupo Português de Triage (GPT) licenciado para a tradução em língua portuguesa.

4.1.2 A tomada de decisão durante a triagem

Conforme o GPT (2008), a tomada de decisões consiste simplesmente em uma série de passos para chegar a uma conclusão e é composta por três fases: identificação de um problema, determinação das alternativas e seleção da alternativa mais adequada. Dentro desse contexto, foi descrita uma abordagem para a tomada de decisões críticas que utiliza os cinco passos seguintes:

1. Identificação do problema;
2. Colheita e análise de informações relacionadas com a solução;
3. Avaliação de todas as alternativas e seleção de uma delas para implementação;
4. Implementação da alternativa selecionada; e

5. Monitorização da implementação e avaliação dos resultados.

A identificação do problema é feita através da obtenção de informações do próprio doente, das pessoas que lhe prestam cuidados e/ou de qualquer pessoal de saúde pré-hospitalar. Esta fase permite a identificação do fluxograma a ser seguido.

A colheita e análise de informações relacionadas com a solução se dá a partir da identificação do fluxograma, pois a partir dele se pode procurar os discriminadores em cada nível. Os fluxogramas facilitam a avaliação rápida através da sugestão de perguntas estruturadas. O reconhecimento de padrões também desempenha um papel importante nesta fase.

Quanto à avaliação das alternativas e seleção de uma delas para implementação, os profissionais de saúde recolhem uma quantidade maciça de dados sobre os doentes que observam, que são reunidos na sua própria base de dados mental e armazenados em compartimentos para fácil memorização. Estes dados são mais eficazes quando estão associados a um quadro de avaliação ou organizacional. Estes quadros servem de guias de avaliação e são organizados por compartimentos com subtítulos. O fluxograma de apresentação fornece o quadro organizacional para a ordenação do processo do raciocínio durante a triagem. Os fluxogramas que integram o processo de tomada de decisões no quadro clínico auxiliam a tomada de decisões, através do fornecimento de uma estrutura.

Na implementação da alternativa selecionada, a seleção possível limita-se aos cinco níveis existentes, e todos têm um nome e uma definição específica. Os profissionais da triagem aplicam a categoria que melhor se adapta à urgência da condição apresentada pelo doente. Uma vez atribuída a prioridade, tem início o respectivo percurso.

Por último, a monitorização da alternativa implementada e avaliação dos resultados se dá a partir da concepção de que a triagem é dinâmica e deve responder tanto às necessidades dos doentes como às do serviço. O método de triagem garante que o processo que leva à tomada de decisões é acertado. Consequentemente, o pessoal que executa a triagem estará capacitado para identificar como e quando chegaram ao resultado. Isto facilita a reavaliação e posterior confirmação ou alteração de categoria. Outro aspecto tão importante quanto este é que todo o processo pode ser auditoriado e introduzido no sistema.

5 OBJETIVOS

Os objetivos do trabalho estão subdivididos em Objetivo Geral e Objetivos Específicos, apresentados a seguir.

5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) afeta a organização do fluxo de atendimento/acolhimento dos usuários, qualificando os processos de gestão da Emergência do Hospital Hipócrates.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) no setor de Emergência do Hospital Hipócrates;
- b) Identificar eventuais melhorias e gargalos no processo de acolhimento dos pacientes decorrentes da implantação do AACR;
- c) Descrever as consequências que a implantação do AACR trouxe para a gestão hospitalar.

6 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Neste capítulo constam: a tipologia da pesquisa; sobre a coleta e a análise dos dados; e os aspectos éticos da pesquisa.

6.1 TIPOLOGIA DA PESQUISA

Quanto à natureza da pesquisa, tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, a qual se fez necessária à interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados. Segundo Gil (1991), o ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento chave. Além disso, os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente e o processo e seu significado são os focos principais de abordagem. Para Denzin e Lincoln (2000), a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa e naturalista de seu objeto de estudo. Isso significa que pesquisadores qualitativos estudam coisas em seu cenário natural, buscando compreender e interpretar o fenômeno em termos de quais os significados que as pessoas atribuem a ele.

Quanto aos objetivos da pesquisa, trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva. Ela é exploratória devido ao fato de ter como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses, e é descritiva em razão de ter buscado descrever as consequências que a implantação do AACR trouxe para a gestão hospitalar, de modo a identificar eventuais melhorias e gargalos no processo de acolhimento dos pacientes na Emergência do Hospital Hipócrates. De acordo com Piovesan e Temporini (1995), a pesquisa exploratória-descritiva é utilizada para realizar um estudo preliminar do principal objetivo da pesquisa que foi realizada, o que permite ao pesquisador familiarizar-se com o fenômeno que está sendo investigado, de modo que a pesquisa em si possa ser concebida com uma maior compreensão e precisão.

6.2 SOBRE A COLETA E A ANÁLISE DOS DADOS

O trabalho contou com uma técnica específica de pesquisa: a análise documental. Esta técnica consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte

paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos. A análise documental deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos (MOREIRA, 2005).

Dentro deste contexto, cabe salientar que os documentos são registros escritos que proporcionam informações em prol da compreensão dos fatos e relações (OLIVEIRA, 2007). Portanto, foram analisados documentos institucionais, como relatórios sociais, material utilizado em apresentações públicas e sistema de informações da instituição, compreendendo o período de 2005 a 2013, buscando informações sobre o fluxo de pacientes, o volume de atendimentos, o número de atendimentos por categoria de cor, o tempo de espera etc., antes e a partir da implantação do AACR no hospital em estudo. Foi escolhido este período de análise, pois em 2005 foi implantada a diretriz acolhimento no hospital em estudo, percorrendo uma série de iniciativas, nos anos posteriores, em relação às questões de humanização e acolhimento, até alcançar o ano de 2011, ano de implantação do AACR na Emergência do hospital. Procurou-se estender a análise até 2013 então, para se avaliar as consequências que o AACR trouxe para o setor.

A pesquisa se constituiu de três etapas. A primeira etapa foi buscar documentos internos, isto é, os documentos institucionais do Hospital Hipócrates que estavam direta e indiretamente relacionados ao AACR. A segunda foi selecionar os documentos que poderiam ser utilizados para a avaliação das consequências que a implantação do AACR trouxe para a gestão hospitalar. Por último, a terceira etapa foi comparar os resultados e informações obtidos a partir dos diferentes documentos encontrados, buscando identificar eventuais melhorias e gargalos no processo de acolhimento dos pacientes decorrentes da implantação do AACR.

Portanto, buscou-se, através de análise interpretativa, compreender os fenômenos da realidade estudada, de forma a inferir impressões e conclusões, apoiadas na técnica aplicada de análise documental. Cabe salientar, também, que para poder ter um olhar melhor situado sobre o processo do AACR, a pesquisadora visitou o ambiente da sala de espera da Emergência, observando o fluxo de pacientes. Essas visitas, inspirada pelo método etnográfico, foi orientada pelo que Cavedon (2003) chama de suspiro etnográfico, isto é, uma breve e pontual iniciação na pesquisa etnográfica. A visita à sala de espera da Emergência não visou levantar

qualquer dado primário sobre tal organização, mas apenas propiciar à pesquisadora sensibilidade para tratar os dados secundários coletados de forma contextualizada na dinâmica do cotidiano do hospital em estudo.

6.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa contou com a técnica específica de análise documental, não se enquadrando, portanto, no conceito de pesquisa envolvendo seres humanos, disposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Tem-se, desta forma, a declaração de pesquisa não envolvendo seres humanos no APÊNDICE A. Vale destacar que foi autorizada, mediante um Termo de Anuência (vide Anexo I), a realização da pesquisa no setor de Emergência do hospital em estudo.

7 PASSADO E PRESENTE DO ACOLHIMENTO NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL HIPÓCRATES

Neste capítulo apresentam-se a análise e descrição dos dados, que estão subdivididos em três tópicos: o passado do atendimento na emergência do Hospital Hipócrates (7.1); a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Hospital Hipócrates (7.2); e melhorias e gargalos no processo de acolhimento dos pacientes (7.3).

Conforme a proposta de estudo do trabalho, foram realizadas visitas à Emergência do Hospital em estudo, orientadas pelo que Cavedon (2003) chama de suspiro etnográfico, de modo a possibilitar uma contextualização da dinâmica do cotidiano do Hospital Hipócrates (HH). As visitas à Emergência do Hospital ocorreram em cinco dias diferentes, duas no mês de janeiro e as outras três no mês de fevereiro de 2015. Foi realizada pelo menos uma visita em cada turno de trabalho. No turno da manhã, a visita foi realizada das 8h às 12h. No turno da tarde, a visita foi realizada entre 13h e 18h. E, por último, no turno da noite, a visita foi realizada das 19h às 00h30. No total das visitas, duas foram matinais, duas foram vespertinas e uma foi noturna.

Diante das visitas realizadas no local de estudo, foi possível identificar alguns pontos importantes. Primeiramente, cabe salientar que a média do número de pessoas que circularam a Emergência do HH para receber atendimento nos dias visitados foi de 70 pessoas. Dentro deste número de 70 pessoas, aproximadamente cerca de 30% dos usuários eram da região metropolitana de Porto Alegre e outros 70% da capital. A faixa etária predominante variava entre 40 e 70 anos de idade. O número de usuários do gênero feminino era predominante entre a média dos 70 usuários que circulavam por dia na Emergência do HH.

7.1 O PASSADO DO ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL HIPÓCRATES

Primeiramente, cabe destacar que neste subitem buscaram-se dados, através da análise documental (documentos institucionais, relatórios sociais etc.), sobre como era o atendimento na Emergência do hospital em estudo antes de 2011, isto é, antes da implantação do AACR, baseado no Protocolo de Manchester.

O acolhimento, uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), foi implantado em 2005 no Hospital Hipócrates, com a participação de equipe multidisciplinar, composta por médicos, profissionais de enfermagem e assistente social (BRASIL, 2005). Dentro do contexto de acolhimento, em 2006, foi lançada a Linha de Cuidado Dor Torácica, que é um protocolo de atendimento para que as pessoas que chegassem ao setor com dor no peito obtivessem rapidamente assistência, o que, conseqüentemente, diminuía as chances de um ataque cardíaco passar despercebido (BRASIL, 2006b).

Seguindo essa linha de raciocínio de preocupação com conceitos como acolhimento e humanização, em 2007 foi formado um Comitê de Humanização, composto por trabalhadores e gestores e que tinha por objetivo propor, acompanhar e apoiar ações e iniciativas de humanização. A partir da formação do comitê, foi implantado na Emergência do Hospital Hipócrates (HH) o projeto “Acolhendo quem Acolhe” (BRASIL, 2007). Diante disso, no mesmo ano, foi criado o Programa Voluntários pela Vida, no qual foram incorporados 152 universitários para atuar no Acolhimento da Emergência do HH (BRASIL, 2007).

Entretanto, ainda que houvesse uma preocupação com questões pontuais que pudesse refletir em um melhor atendimento aos usuários e já existir, antes de 2011, uma organização interna de triagem, levando em conta o princípio de acolhimento, instituído pela PNH, há indícios que antes de 2011 – ano da implantação do AACR no hospital – muitos pacientes tinham seu estado de saúde agravado ou vinham a óbito pela grande demanda de pessoas sem gravidade a serem atendidas pelo setor. Antes da implantação do AACR, o atendimento da emergência do Hospital Hipócrates se dava por ordem de chegada e não por gravidade de risco. Por isso, muitos usuários que necessitavam de atendimento imediato nem chegavam a ser atendidos.

O volume de atendimentos também diminuiu a partir do AACR. Em 2011, o número de atendimentos chegava a 550 enquanto em 2013 esse número diminuiu quase pela metade, totalizando uma média de 265 atendimento diários. Sem contar que o percentual de atendimentos na Emergência do hospital classificados com a cor verde – situação em que não seria necessário atendimento em uma emergência, mas em níveis primários ou secundários de atenção à saúde – diminuiu de 74,3% em 2011 para 47,8% em 2013 (BRASIL, 2013a).

Outro item que pôde ser inferido é que, antes da implantação, os usuários recorriam à Emergência do HH como primeira instância, sem procurar se dirigir à atenção primária ou secundária, quando o agravo de saúde era de menor risco, como febres, gripes etc. Após a implantação do AACR, sabe-se que quando um usuário – mesmo que sem consulta agendada – procurar a atenção primária, será acolhido e, caso seja necessário, será atendido por um médico. Isto contribui também para o fluxo dos atendimentos na Emergência.

Outro tema que ganha evidência é que, após a implementação do AACR, são priorizados e atendidos os casos mais graves. Por exemplo, os casos menos graves são encaminhados à Unidade de Pronto Atendimento do HH ou à Unidade Básica de Saúde mais próxima. Antes da implantação, qualquer pessoa que recorresse à Emergência era atendida, independente do seu grau de sofrimento ou gravidade de risco.

Um dado importante, encontrado nos documentos institucionais, é que antes de 2011 não havia a sistematização de dados sobre a triagem dos usuários, que contribuiria de modo significativo à gestão hospitalar. Após 2011, com o Protocolo de Manchester, foi possível se ter a sistematização de dados dos usuários, desde a sua chegada no serviço até a sua saída. Através dessa sistematização, em termos de gestão, pode-se identificar qual o perfil dos usuários que procuram o serviço (por meio de dados como idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade, cidade de origem etc), verificar a média de tempo de espera de atendimento dos usuários (controlando, inclusive, se o tempo de espera está de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde), verificar o número de classificações de risco etc. Esta sistematização, oportunizada a partir da implantação do AACR, se dá em tempo real e pode ser classificada por dia, semana, mês, ano etc.

Assim, é possível inferir que antes de 2011 não havia um fluxo de atendimento definido e orientado de acordo com as reais necessidades dos usuários. Tem-se, portanto, que não se havia, na época, como justificar a situação hipotética de um atendimento a uma pessoa com febre antes de um atendimento a uma pessoa que levou um tiro e está com um quadro de hemorragia. Da mesma forma, não se tinha como justificar o fato de não haver padrões preestabelecidos de atendimento, de modo a atender prioritariamente quem se encontrava em um quadro de risco iminente de vida, bem como estimar o tempo médio de espera para

atendimento médico a cada usuário. Todas essas questões geravam não só incertezas para os que eram atendidos como insegurança para os que atendiam.

7.2 A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO HOSPITAL HIPÓCRATES

Em julho de 2011, face à histórica superlotação do serviço, foi iniciado um processo interno de intervenção com vistas ao enfrentamento desta realidade. O processo envolveu diversas ações, dentre as quais a defesa do AACR como forma de organização da porta de entrada do hospital. Em dezembro de 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa S.O.S Emergências, ainda vigente. O hospital em estudo faz parte do rol de serviços alcançados pelo Programa. Dentre as ações defendidas pelo mesmo, está o AACR.

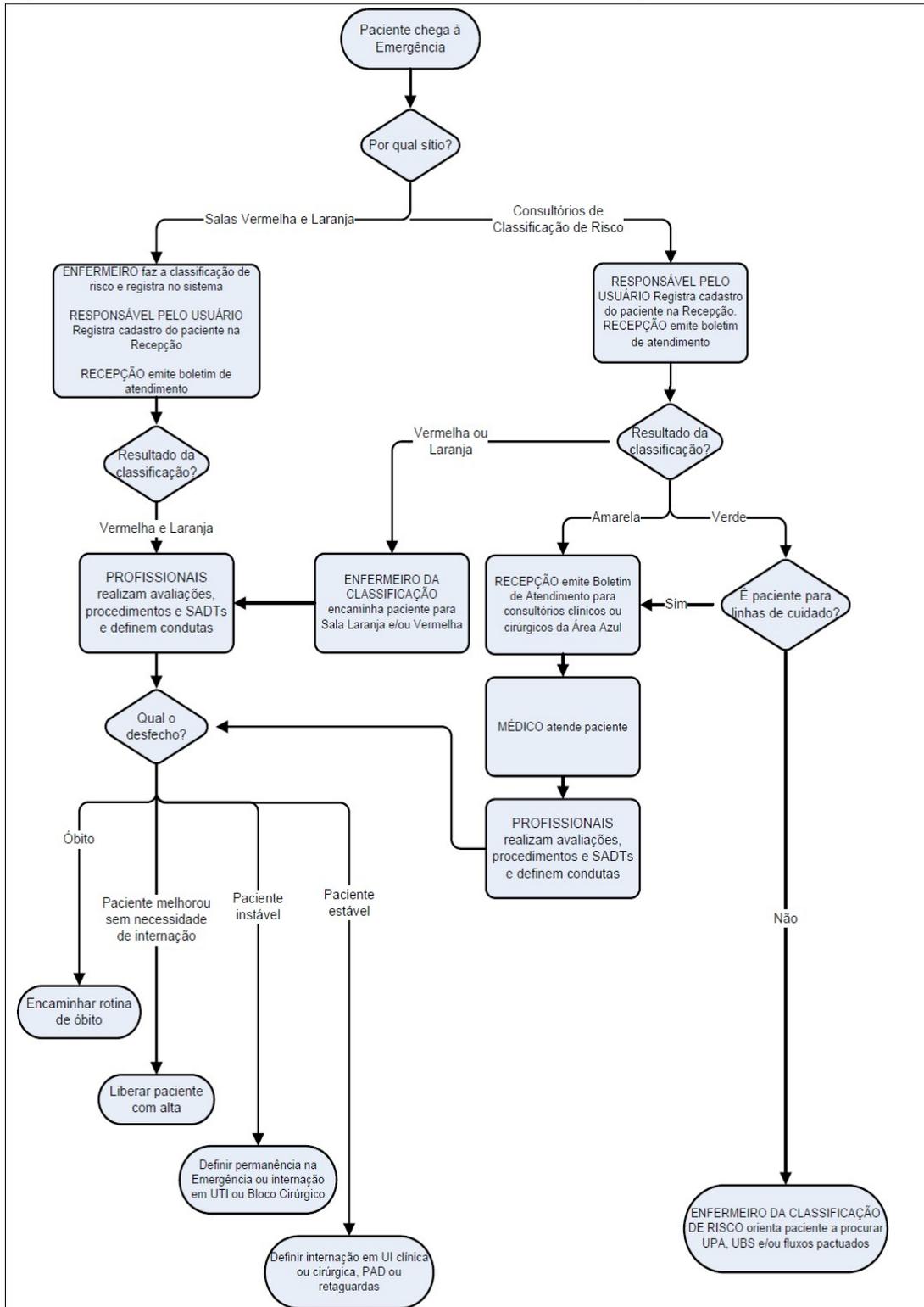
A partir do acolhimento, em 2011, foi implantada a classificação de risco dos pacientes como forma de priorizar os casos mais graves. O atendimento, até então feito por ordem de chegada, passou a ser realizado tendo como parâmetro a gravidade dos casos. Além disso, foram implantados protocolos clínico-assistenciais e administrativos. Todas essas ações criaram um novo padrão de qualidade no atendimento às pessoas que procuram a Emergência do HH (BRASIL, 2012b).

Tomando como base a média do número de usuários atendidos durante os dias visitados, a Emergência do Hospital Hipócrates realiza mais de 200 atendimentos por dia. Mais precisamente, conforme dados institucionais, a Emergência atende cerca de 800 pessoas diariamente (BRASIL, 2007). Deste total de atendimentos, apenas uma pequena parcela não passa pela triagem e acolhimento, neste caso são pacientes em estado grave trazidos, na sua maioria, pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e avaliados diretamente pela equipe das salas vermelha e laranja. Esses pacientes, considerados como risco de morte iminente, precisam de atendimento imediato, são atendidos e estabilizados assim que entram no hospital, depois são reavaliados e podem ou não permanecer nestas salas, dependendo do seu quadro clínico geral.

Através do fluxograma da Emergência do HH, apresentado na figura 3, é possível entender o funcionamento do AACR no serviço e como é o direcionamento do usuário. Quando o usuário chega à Emergência, existem possibilidades de ações e encaminhamentos, que se dão a partir de alguns questionamentos pontuais: por

qual sítio o paciente chegou à emergência (sala vermelha e laranja ou consultórios de classificação de risco); qual foi o resultado da classificação de risco (vermelha ou laranja, amarela, verde); se verde, é ou não paciente para linhas de cuidado; e qual o desfecho.

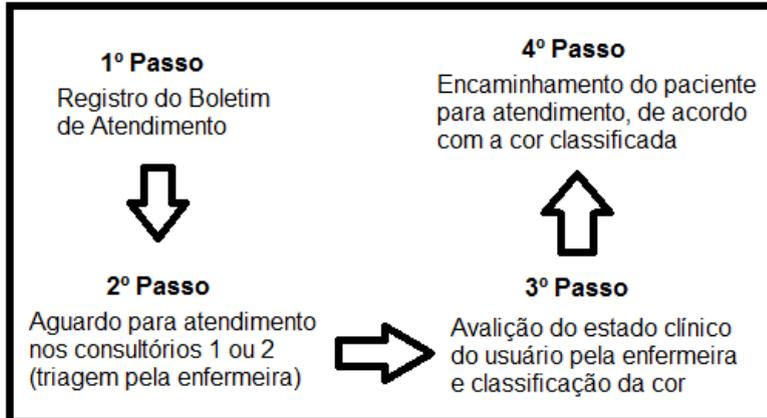
Figura 3 – Macro Fluxo Operacional da Emergência do Hospital Hipócrates



Fonte: Setor de Emergência do Hospital Hipócrates (2015).

Através da análise documental, do fluxograma do setor e das visitas realizadas, pôde-se verificar que ao chegar à Emergência do HH, o primeiro passo deve ser o registro do Boletim de Atendimento pelo usuário ou pelo familiar/acompanhante e a espera para ser chamado para a triagem. Ao ser chamado pelo nome para se dirigir à sala de triagem (consultório 1 ou 2), a enfermeira da sala avalia o estado clínico do usuário e o classifica para a espera do atendimento médico, de acordo com o esquema de cores do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (ACCR). Se a cor do usuário for classificada como vermelha ou laranja, ele é encaminhado diretamente para atendimento médico, isto é, tempo de aguardo é nulo ou igual a zero. Se a cor do usuário for classificada como amarela, ele aguarda em uma fila de espera para ser chamado para o atendimento médico. Caso o usuário seja classificado com cor azul ou verde, ele é normalmente encaminhado para ser atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do HH. Somente no caso de o paciente ser classificado com cor verde e tiver dor torácica ele permanece na Emergência do HH para ser atendido.

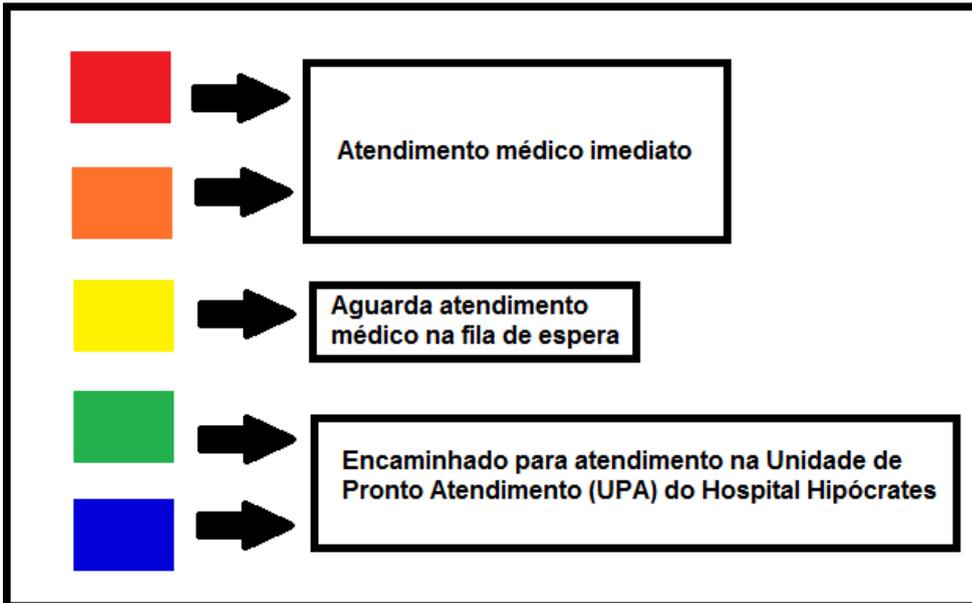
Figura 4 – Os 4 passos dentro da Emergência do Hospital Hipócrates



Fonte: Elaborada pela autora.

Para uma melhor visualização e entendimento de como se dá o processo de acolhimento dos usuários e classificação de risco do setor, buscou-se resumi-lo em quatro passos básicos, apresentados na Figura 4; e em três ações de encaminhamento do paciente, conforme ilustrado na Figura 5.

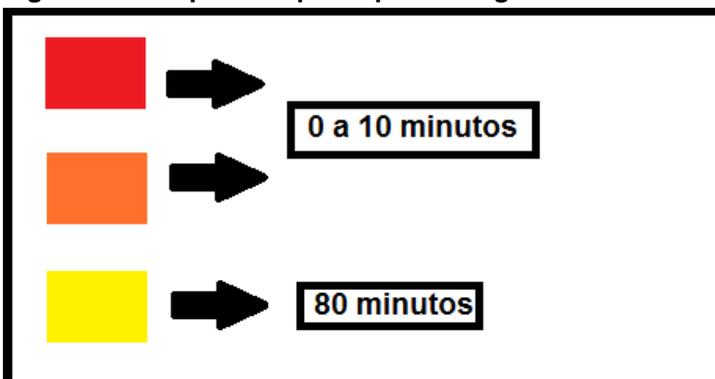
Figura 5 – Ações dentro da Emergência do Hospital Hipócrates de acordo com a cor classificada



Fonte: Elaborada pela autora.

O tempo médio de espera, de acordo com as visitas realizadas ao setor, entre a chegada e o registro do boletim era de, no máximo, 10 minutos, enquanto o tempo médio de espera para a triagem era de, no máximo, 20 minutos. Após a triagem classificatória de risco, o tempo de espera para atendimento médico variava de acordo com a cor que o usuário foi classificado, conforme apresentado na Figura 6. Enquanto o tempo de espera das cores laranja e vermelha era de 0 a 10 minutos, a cor amarela – cor de classificação predominante da emergência do HH – era de 1 hora e 20 minutos, isto é, 80 minutos.

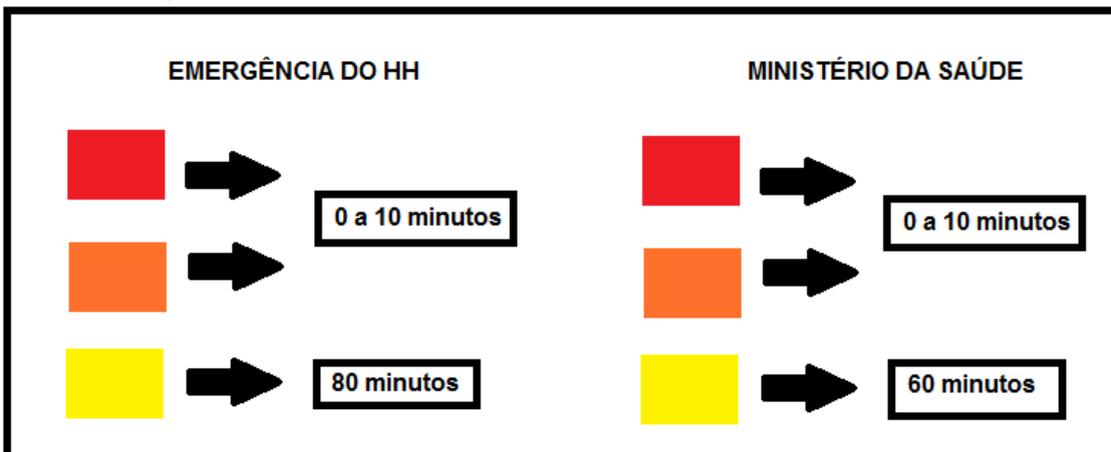
Figura 6 – Tempo de espera após a triagem classificatória de risco



Fonte: Elaborada pela autora.

Através de uma comparação entre o tempo de espera de cada usuário dentro da Emergência do Hospital Hipócrates (HH) e o tempo de espera estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) para o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), temos o resultado demonstrado na Figura 7. Na Emergência do HH, um usuário classificado com cor vermelha ou laranja aguarda de 0 a 10 minutos para ser atendido, o que demonstra que o tempo de espera está de acordo com o que o MS preconiza. Já o usuário classificado com cor amarela aguarda no HH 80 minutos para ser atendido, enquanto que o MS preconiza o tempo de 60 minutos, o que demonstra que o tempo de espera no HH é superior ao que é estabelecido pelo MS, no entanto sem prejuízos aparentes aos pacientes. As cores verde e azul não entram nesta comparação, uma vez que a Emergência do HH não realiza o atendimento destes usuários e os encaminha diretamente para a UPA ou UBS.

Figura 7 – Comparação do tempo de espera do usuário entre a Emergência do HH e o preconizado pelo Ministério da Saúde



Fonte: Elaborada pela autora.

Há outros dois pontos observados que merecem ser ressaltados. O primeiro é que os funcionários da Emergência do HH não avisavam aos usuários qual o tempo médio de espera para atendimento, de acordo com o que é estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) para o AACR. Os funcionários costumavam informar quantos usuários estavam na frente na fila de espera. O segundo é que os funcionários sinalizavam os usuários com uma pulseira branca e não com cor, de acordo com a sua classificação. No primeiro caso os atendentes estão agindo de forma inadequada frente aos protocolos estabelecidos, pois o certo deveria ser informar o tempo médio de espera, de acordo com a cor classificada do usuário e

não quantos usuários estão na frente na fila de espera para atendimento. No segundo caso, acredito que estejam agindo de forma correta, uma vez que o MS recomenda, de acordo com Brasil (2009), identificar a classificação da cor na ficha de atendimento e não diretamente na pulseira do usuário. Isto porque a classificação não é permanente e pode mudar em função de alterações do estado clínico e de reavaliações sistemáticas.

7.3 MELHORIAS E GARGALOS NO PROCESSO DE ACOLHIMENTO DOS PACIENTES

Foram identificados melhorias e gargalos após a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR).

Dentre as melhorias que surgiram após a implantação do AACR, pode-se evidenciar:

- a) a agilidade no atendimento aos usuários que necessitam de conduta imediata, conseguindo cumprir com o que está disposto pelo MS para o AACR, que é priorizar os casos mais graves, invertendo a lógica de atendimento por ordem de chegada e atendendo de acordo com a vulnerabilidade e o risco do usuário;
- b) a Emergência do HH não se encontra tão lotada como antigamente, de forma a melhorar o fluxo de atendimento/acolhimento. Por exemplo, entre o período compreendido entre 2011 e 2013, a média de atendimento diário no setor passou de 550 para 265 pessoas (BRASIL, 2013a);
- c) a diminuição do tempo de espera dos usuários para atendimento na Emergência. Em 2011, o tempo máximo de espera para consulta no hospital chegou a ser de até 22 horas. Ao final de 2012, o maior tempo de espera foi de 6 horas, tendo em vista que a média de espera para atendimento passou a ser de 19 minutos (BRASIL, 2013a);
- d) a diminuição do percentual de pacientes classificados com a cor verde, que passou de 74,3% em 2011 para 47,8% em 2013 (BRASIL, 2013a). Isto aponta que os usuários estão se dirigindo a outras instâncias (como a UPA do hospital ou as próprias UBSs) de acordo com a sua gravidade de risco e não mais procurando como primeira instância a Emergência;

- e) o tempo de espera para atendimento das cores laranja, vermelha e amarela, que são as que costumam ser atendidas na Emergência do HH, está, de modo geral, de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS);
- f) a identificação de gravidade dos casos por meio da aplicação do Protocolo de Manchester traz maior segurança ao profissional que faz a triagem, através dos discriminadores e dos fluxogramas do protocolo; e
- g) a sistematização de dados dos usuários, oportunizada a partir da implantação do AACR, que permite o controle e a gestão dos indicadores de desempenho.

Dentre os gargalos observados que ainda se encontram presentes no fluxo de acolhimento da Emergência do HH, pode-se destacar:

- a) a ausência de um acolhimento “completo”, pois o usuário sozinho precisa observar e saber para onde deve se dirigir, ou conduzir-se ao guichê de informações para questionar, além de o acolhimento ser encerrado após a triagem, antes do atendimento médico, o qual deveria se dar em todas as etapas de atendimento ao usuário, isto é, desde sua chegada ao serviço até a sua saída;
- b) a escuta (atendimento pelas enfermeiras nos consultórios) é realizada com a porta aberta, de frente ao saguão, no qual os usuários aguardam para a chamada para os consultórios ou para o atendimento médico;
- c) falta de informação sobre o tempo médio de espera do paciente após a triagem e classificação de risco.

Em relação ao fato de o usuário sozinho precisar saber para onde se dirigir, sugere-se que o próprio segurança/guarda que fica na porta da Emergência informe ao usuário que ele deve se dirigir ao balcão de registro de Boletim de Atendimento. Quanto à questão da escuta se dar com a porta aberta, isso acaba não preservando o usuário, que, muitas vezes, não consegue descrever suas queixas e sintomas, por vergonha ou constrangimento.

Portanto, de acordo com o que foi observado no local de estudo, é possível concluir que, embora existam significativas melhorias no processo de acolhimento dos pacientes após a implantação do AACR, há gargalos que devem ser analisados para o planejamento de futuras mudanças, de modo a melhorar o atendimento do setor.

8 CONCLUSÃO

Tendo em vista os aspectos observados no trabalho, o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), mais que uma previsão legal, é um dispositivo que opera concretamente os princípios da Política de Humanização, que tem como meta implantar um modelo de atenção com responsabilização e vínculo, ampliando o acesso do usuário ao SUS, implantando um acolhimento responsável e resolutivo, baseado em critérios de risco. Desta forma, é possível organizar melhor o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado a todos os usuários do SUS.

Quanto ao problema de pesquisa, que indagou de que modo a implantação do AACR afeta a organização do fluxo de atendimento/acolhimentos dos usuários, qualificando os processos de gestão da Emergência do Hospital Hipócrates (HH), pode-se dizer que o AACR, a partir da sua implantação no setor de Emergência do HH, trouxe melhorias consideráveis. Deste modo, pode-se inferir que o AACR – se implantado de maneira adequada – possivelmente proporcionará aos serviços de emergência hospitalar um aperfeiçoamento ou melhora nos resultados das atividades operacionais e resultados gerais. Isto, conseqüentemente, aumentaria a qualidade percebida do hospital estudado e propiciaria um ambiente de trabalho favorável à humanização. Portanto, a busca constante em atender as condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde em relação ao AACR deve ser tratada com um elevado grau de importância, uma vez que essas condutas são fatores determinantes para a melhoria contínua do serviço prestado.

Enfim, a partir dos resultados da pesquisa, pode-se constatar que o protocolo de classificação de risco não é uma ferramenta de exclusão, isto é, não possui o objetivo de reencaminhar os pacientes para outros serviços sem lhes oferecer o atendimento adequado, mas organizar e garantir o atendimento de todos os usuários (BRASIL, 2009). Ao mesmo tempo, tendo em vista que cerca de 80% dos atendimentos diários na Emergência do HH são casos de baixa complexidade (BRASIL, 2011d) e que isto acaba interferindo no fluxo de atendimento aos usuários que realmente necessitam de cuidados urgentes e emergentes, o AACR é importante, pois organiza a porta de entrada e a fila de espera de atendimento dos

usuários. Entretanto, é insuficiente para a resolução dos problemas típicos de um serviço de urgência, que é de uma imensa complexidade.

Além dessa questão, existe ainda um problema identificado por Stein (1998), que é a percepção que os usuários possuem sobre os serviços disponíveis na emergência dos hospitais públicos, pois os percebem como uma resposta que o sistema de saúde oferece para todas as suas necessidades de atendimento e não apenas para consultas de emergência. Para Stein (1998), portanto, a atitude dos usuários e a falta de serviços de atenção primária resolutivos são fatores importantes que levam ao caos do sistema. Dentro deste contexto, o autor sugere que os planejadores dos serviços de saúde realizem um diagnóstico para verificar como ocorre o fluxo de pacientes antes de sua ida à emergência e como são encaminhados após o atendimento, o que possibilitaria, conseqüentemente, uma melhor organização do modelo assistencial (STEIN, 1998, pg. 203 e 206).

Por último, tendo em vista que existem outros sistemas de classificação de risco reconhecidos e validados internacionalmente, como o *Emergency Severity Index* (ESI), *Australian Triage Scale* (ATS), *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS) e *Manchester Triage System* (MTS), e que estes não possuem nenhum custo econômico para serem implantados, ao contrário do Sistema de Triagem de Manchester (STM), sugere-se a seguinte reflexão: embora o STM tenha possibilitado melhoras significativas à Emergência do Hospital Hipócrates, este seria realmente o sistema/protocolo mais adequado a ser utilizado pela instituição estudada?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise realizada no setor de Emergência do Hospital Hipócrates (HH), que foi objeto de estudo neste trabalho, apresenta-se a seguir uma lista de sugestões/recomendações, tendo em vista que humanizar o Sistema Único de Saúde (SUS) requer estratégias que são construídas entre os trabalhadores, os usuários e os gestores dos serviços de saúde (BRASIL, 2013b):

- a) a inclusão dos usuários, através de rodas de conversa com o grupo responsável pela Política de Humanização dentro do HH, é uma tarefa importante para reavaliar as estratégias e os processos adotados pelo serviço e por seus respectivos setores. Além disso, as rodas de conversa costumam ser um convite à comunidade para participar da construção de um SUS melhor, de modo a buscar as demandas e necessidades dos usuários e tentar atendê-las da melhor forma possível. Isso sim pode ser chamado de um ato de acolhimento e humanização;
- b) a inclusão dos trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no cotidiano, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde (BRASIL, 2013b). Através dessa inclusão/imersão dos trabalhadores, os gestores responsáveis pelo serviço de saúde conseguem identificar melhor o que pode e deve ser melhorado e ajustado e o que deve ser mantido, qualificando cada vez mais o atendimento prestado pelo serviço;
- c) a elaboração e análise do fluxograma de atendimento da Emergência do HH por uma comissão ou grupo de trabalho representativo de funcionários das diversas categorias, identificando os pontos em que se concentram os problemas/gargalos no fluxo de atendimento/acolhimento, de modo a promover uma reflexão profunda sobre o processo de trabalho e o que pode ser melhorado;
- d) a reavaliação do risco dos usuários que ainda não foram atendidos ou daqueles cujos tempos de espera após a triagem é maior do que o estabelecido pelo Ministério da Saúde para o AACR, tendo em vista que a classificação de risco é dinâmica (BRASIL, 2009);
- e) a divulgação clara para os usuários da Emergência do HH da organização do atendimento por meio do AACR, tornando público, inclusive, o tempo médio de espera para atendimento, de acordo com a classificação da cor dada ao paciente.
- f) o monitoramento, o acompanhamento e as avaliações sistemáticas das ações para melhorias e ajustes futuros.

Acredita-se que, com a adesão às recomendações propostas, o desempenho do setor estudado poderia sofrer uma melhora significativa, o que acabaria por refletir na qualidade dos serviços prestados pela instituição.

REFERÊNCIAS

- ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com Classificação de Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BITTENCOURT, Roberto José & HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7):1439-1454, jul, 2009.
- BORBA, Valdir Ribeiro & LISBOA, Teresinha Covas. **Teoria geral de administração hospitalar: estruturação e evolução do processo de gestão hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Secretaria de Assistência à Saúde. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.048 de 02 de novembro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília: DOU, 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Textos: Cartilhas da Política Nacional de Humanização**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. 4ª Ed.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- BRASIL. **Resolução CFM nº 1451/95**. Brasília: DOU, 1995. Disponível em: <http://www.portaumedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 05 jan. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: DOU, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DOU, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 23 de abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Social 2011: a saúde que estamos construindo**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3ª ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Social 2006**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Social 2005**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Social 2007**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2007.

BRASIL. **Portaria nº 1.663, de 06 de agosto de 2012**. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html>. Acesso em: 23 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Social 2012: compromisso com a vida**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2012b.

BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. 30 obras: enfermagem unida por um único objetivo. **Enfermagem Revista**. Publicação oficial do COREN-SP. Nº 2. Novembro de 2012. 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Social 2013: o desafio de crescer**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização (PNH)**. 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2015.

CAVEDON, Neusa R. **Antropologia para Administradores**. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

CECÍLIO, LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(3): 469-478, jul-set, 1997.

COBRA, M. **Estratégia de serviços**. São Paulo: Cobra, 2000.

COUTINHO, A; CECÍLIO, L; MOTA, J. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester, **Revista Medicina**, Minas Gerais, 2012.

COUTINHO, Ana Augusta Pires. Classificação de Risco no Serviço de Emergência: uma análise para além de sua dimensão tecno-assistencial. (**Tese de Doutorado**). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina, 2010.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *Introduction: the discipline and practice of qualitative research. **Handbook of qualitative research***. 2 ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000.

DESCOVI, Carlos Augusto. A prática do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em serviços de urgência e emergência. Trabalho de Conclusão de Curso (**Monografia**). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

DURVASULA, S. *Finding the sweet spot: A two industry study using the zone of tolerance to identify determinant service quality attributes. **Journal of Financial Services Marketing***, v.10, n.3, 2006.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Sistemas de Saúde**. Disciplina de Atenção Primária à Saúde. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www2.fm.usp.br/cedem/did/atencao/Texto01.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FREITAS, P. **Triagem no Serviço de Urgência/emergência**: Grupo de Triagem de Manchester. Portugal: Grupo Português de Triagem – BMJ – *Publishing Group*, 1997.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1991.

GRANDE enciclopédia Larousse Cultural. México. In: _____. São Paulo: Nova Cultural, 1998. p. 3961-3968.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM (GPT). **Triagem no Serviço de Urgência: Grupo de Triagem de Manchester**. 3ª Edição em Português. *BMJ publishing Group*, 2008.

GUIMARÃES, Nísia do Val Rodrigues Roxo. **Hotelaria Hospitalar**: uma visão interdisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2007.

HOLANDA AB. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LAVERDE, Pontón; MORERA, Galán; LONDOÑO; Malagón. **Administração Hospitalar**. 2ª Edição. Editorial Médica Internacional: Argentina, 2003.

MAFRA, A. A. et al. **Acolhimento com Classificação de Risco**. Belo Horizonte: Hospital Odilon Behrens, 2006.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais**. Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

MOREIRA, Sonia Virgínia. **Análise documental como método e como técnica**. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (Org.). Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.

O'DWYER, Gisele Oliveira; OLIVEIRA, Sergio Pacheco de; SETA, Marismary Horsth de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.5, pp. 1881-1890.

OLIVEIRA, Alfredo Almeida Pino de. Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto "Nossas crianças: Janelas de oportunidades" no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde. 2007. 210 f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo de et al. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, 12(2): 46-51, 2010.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista Saúde Pública**, v. 29, n. 4, 1995.

ROMANI et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**. São Paulo, 2009.

ROSSANEIS, Mariana Angela et al. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Rev. Eletr. Enf.** [online]. 2011, vol.13, n.4, pp. 648-656.

STEIN. Airton Tetelbom. Acesso a Atendimento Médico Continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência. (**Tese de Doutorado**). Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica. Faculdade de Medicina: Porto Alegre, 1998.

STRAUSS, A. CORBIN, J. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 2 ed. **SAGE Publications**. London, 1998.

ULHÔA, M; GARCIA, LIMA, C; SANTOS, D. A implantação de nova tecnologia: implicação na eficiência do trabalho na unidade de pronto atendimento de um hospital público de urgência e emergência, **Revista Gestão Organizacional**, Vol 3, nº 1, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento da Pesquisa

DECLARAÇÃO DE PESQUISA NÃO ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Porto Alegre, 30 de julho de 2014.

Eu, Francine dos Reis Pinheiro, aluna regularmente matriculada no Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação do Professor Dr. Guilherme Dornelas Camara, declaro que o projeto de pesquisa intitulado “Implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no setor de Emergência de um Hospital Público no sul do Brasil”, não envolve seres humanos de maneira direta, animais, vegetais e microrganismos, não necessitando passar pela apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, respeitando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e demais legislações pertinentes.

Assumo a responsabilidade desta afirmação, com anuência do orientador do projeto de pesquisa citado.

Nome do (a) aluno (a) e assinatura: _____

Telefone de Contato: _____

Nome do (a) Orientador (a) e assinatura: _____

Telefone de Contato: _____

ANEXOS

ANEXO I – Termo de Anuência do hospital estudado



TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR/SERVIÇO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA NO GHC

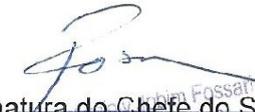
Ref.: Projeto de pesquisa intitulado:

Implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no setor de Emergência de um Hospital Público no Sul do Brasil

Eu, José Accioly Jobim Fossari, Gerente de Pacientes Externos e responsável pelo setor/serviço de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, tenho ciência do protocolo/projeto de pesquisa supracitado, proposto por Francine dos Reis Pinheiro, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida.

Declaro estar ciente de que o estudo não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2015.


 Assinatura do Chefe do Serviço
 Dr. José Accioly Jobim Fossari
 Gerente Pacientes Externos
 RESPONSÁVEL TÉCNICO HNSC