

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

DAIANA ELY

**FLUXOS E PROCESSOS DE TRABALHO EM UM SERVIÇO DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE
PORTO ALEGRE**

Porto Alegre
2009

DAIANA ELY

**FLUXOS E PROCESSOS DE TRABALHO EM UM SERVIÇO DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE
PORTO ALEGRE**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof Dr Ronaldo Bordin

Porto Alegre
2009

DAIANA ELY

**FLUXOS E PROCESSOS DE TRABALHO EM UM SERVIÇO DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE
PORTO ALEGRE**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Conceito Final

Aprovado emde.....de.....

BANCA EXAMINADORA

Orientador – Prof. Dr Ronaldo Bordin

**Àqueles que me deram a vida...
que me ensinaram os primeiros passos...
que me orientaram e me guiaram para o caminho
do bem... sorriram com minhas vitórias... e hoje
comemoram comigo a alegria de mais uma meta alcançada.
Para vocês, pai e mãe.**

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Décio e Agnésia, ao meu irmão, Guilherme, pelo incentivo e apoio ao longo da realização deste trabalho.

Ao meu noivo, Jeferson, a quem por algumas vezes fiquei devendo horas de carinho e companhia, mas, mesmo assim, sempre esteve ao meu lado, ajudando-me e motivando para a conclusão de mais esta etapa.

Aos meus amigos, que compreenderam a falta de tempo.

Ao Prof. Dr. Ronaldo Bordin, meu orientador, pela disponibilidade, atenção e seus conhecimentos repassados durante o desenvolvimento deste trabalho.

A todos do Hospital de Pronto Socorro de Canoas, por terem disponibilizado condições para a realização deste estudo.

“Descobri como é bom chegar quando se tem paciência, e para chegar onde quer que seja, aprendi que não é preciso dominar a força, mas a razão. É preciso, antes de tudo, querer.”
(Amyr Klink)

RESUMO

O estudo objetiva descrever os principais processos de trabalho e os fluxos de um serviço de urgência e emergência da região metropolitana de Porto Alegre (RS). Consiste em análise documental e observação livre, voltados a identificar a estrutura organizacional e os principais processos a partir do Acolhimento com Classificação de Risco. Identificou-se que os processos de trabalho na emergência possuem características específicas tais como: tempo limitado, inúmeras atividades, dinâmica acelerada de trabalho, pacientes com risco eminente de morte. A tecnologia do Acolhimento com Classificação de Risco traz benefícios para a organização dos processos internos da instituição, auxiliando na estruturação de fluxos pré-definidos, dimensionamento de pessoal, material e espaço físico, porém suas diretrizes vão além das identificadas caracterizando a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no hospital em estudo ora como instrumento de triagem e ordenador de fluxo.

Palavras-chave: Acolhimento, Administração e Planejamento em Saúde, Urgência, Trabalho/organização e administração, Política de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Parâmetros de design de Mintzberg	18
Figura 1 - Funcionamento das organizações	20
Figura 2 - Processos X tarefas ou funções	23
Figura 3 - Árvore genealógica	25
Figura 4 - Fluxograma “esqueleto”	28
Figura 5 - Fluxograma vertical	29
Figura 6 - Fluxograma global ou de colunas: símbolos e significados	30
Figura 7 - Fluxograma de blocos	31
Figura 8 - Diagrama para Coleta e Análise dos Dados	35
Figura 9 – Organograma da Secretaria Extraordinária de Gestão Hospitalar - Hospital de Pronto Socorro de Canoas	40
Figura 10 - Árvore Genealógica HPSC	42
Figura 11 - Mapa de Processos do Hospital de Pronto Socorro de Canoas	43
Figura 12 – Algoritmo de decisão – Modelo ESI V4	47
Figura 13 - Fluxo Geral de Atendimento na Emergência	49
Figura 14 - Fluxo de Atendimento Sala de Politraumatizados	51
Figura 15 - Fluxo de Atendimento na Sala de Observação	52
Figura 16 - Fluxo de Atendimento Sala de Inalação e Medicação	53
Figura 17 – Fluxo de Atendimento na Sala de Sutura	54
Figura 18 - Fluxo de Atendimento na Sala de Traumatologia – Ortopedia	55
Figura 19 - Fluxo de Atendimento Reavaliação Médica	56
Figura 20 – Diagrama de encaminhamento do Acolhimento	57
Figura 21 - Planta Emergência X Classificação de Risco	58
Figura 22 - Interfaces do Processo Atendimento na Emergência	59
Figura 23 – Número de atendimentos no HPSC	70
Figura 24 – Número de internações no HPSC	70
Figura 25 – Número de atendimentos em SADT	71
Figura 26 – Número de cirurgias no HPSC	71
Figura 27 – Número de atendimentos na Emergência no HPSC	72

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	12
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
3.1 O Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência	14
3.2 Estrutura Organizacional e Gestão de Processos de uma Organização Hospitalar	17
4 OBJETIVO	33
4.1 Objetivo Geral.....	33
4.2 Objetivos Específicos.....	33
5 METODOS.....	34
5.1 Coleta de Dados	34
5.2 Universo da Pesquisa	35
6 RESULTADOS	37
6.1 Diagnóstico da Organização.....	37
6.1.1 Levantamento da estrutura organizacional.....	37
6.1.2 Levantamento dos processos	41
6.2 Fluxos e Processos na Emergência do HPSC.....	46
7 DISCUSSÃO	60
8 CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE A – INDICADORES HPSC	70
APÊNDICE B – FICHA DE OBSERVAÇÃO	73

1 INTRODUÇÃO

Canoas pertence à mesorregião¹ metropolitana de Porto Alegre e à microrregião de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul (RS). Em 2008, contava com uma população estimada de 329.903 habitantes, sendo o 4º maior município do estado e o 67º do Brasil em população. O Produto Interno Bruto (PIB) do município é elevado, ocupando o 2º lugar no ranking estadual e 28º no ranking nacional.

O município de Canoas obteve a publicação da Municipalização da Saúde no Diário Oficial da União em 1º de julho de 1998, habilitando o município à Gestão da Atenção Básica à Saúde. A Portaria n.º 1.513 de 02/09/2005, publicada no Diário Oficial da União em 05/09/2005, habilitou o município à Gestão Plena do Sistema.

O sistema municipal de saúde de Canoas é composto por 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS), um hospital geral com 300 leitos e um hospital universitário com 480 leitos, fundados em 1962 e 2004, respectivamente. Em 19 de dezembro de 2005, o Hospital de Pronto Socorro de Canoas Deputado Nelson Marchezan (HPSC) iniciou suas atividades, funcionando como referência no atendimento de urgência e emergência de trauma e clínica para o município.

Com 100% dos atendimentos através do Sistema Único de Saúde (SUS), é referência para o Serviço de Atendimento Médico de Urgências (SAMU) do município de Canoas e região metropolitana². Em dezembro de 2006, tornou-se referência para 35 municípios³.

O Hospital de Pronto Socorro de Canoas (HPSC) dispõe de 7.775 m² de área construída, com 110 leitos, 80 deles para internação e 30 para observação, além de um centro cirúrgico, composto de 4 salas, ambulatório, emergência e demais áreas de apoio. Dispõe

¹ Subdivisão dos estados brasileiros criada pelo IBGE, que congrega diversos municípios de uma área geográfica com similaridades econômicas e sociais.

² Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Gravataí, Guaíba, Montenegro, Taquara, Triunfo e Viamão.

³ Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Esteio, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Portão, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, Sapiranga, Barão, Brochier, Cambará do Sul, Capela de Santana, Harmonia, Igrejinha, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, Parobé, Riozinho, Rolante, Salvador do Sul, São Francisco de Paula, São José do Hortêncio, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Taquara, Três Coroas, Tupandi e São José do Sul.

ainda de laboratório de análises clínicas, serviços de imagem, banco de sangue, serviço de atendimento psicológico e de assistência social e serviço de fisioterapia.

Desde sua inauguração, o Hospital de Pronto Socorro de Canoas é uma unidade hospitalar vinculada à Secretaria Extraordinária de Gestão Hospitalar, com regime orçamentário vinculado à Prefeitura Municipal de Canoas. Desde 2002, o Planejamento Estratégico é utilizado como ferramenta de gestão e definiu para o biênio 2007-2008 a seguinte missão: *Receber todos os pacientes vítimas de agressões externas e emergências clínicas ou cirúrgicas, garantindo um atendimento inicial de excelência, compartilhando a assistência integral com as demais instituições do município ou da microrregião.* Como visão: *Ser reconhecido como centro de referência em atendimento de urgências e emergências clínicas e cirúrgicas na cidade de Canoas e microrregião.* E o perfil: *Hospital de pacientes agudos, com ênfase no atendimento de vítimas de trauma.*

Ao longo do triênio 2006-08 ocorreu um aumento de 11% no número total de atendimentos realizados pelo HPSC (Apêndice A).

O número de internações também apresentou um aumento: em 2006 foram 5.642, em 2007 passou a 9.976 e em 2008 chegou a 10.907. O mesmo ocorre com o número de SADT⁴ e cirurgias realizadas no hospital, que obtiveram uma ampliação de 49% e 33%, respectivamente.

Essa evolução no volume de atendimentos também pode ser observada nos atendimentos realizados pelo Serviço de Emergência, perfazendo um acréscimo de 15% nesse indicador.

O perfil dos atendimentos realizados no HPSC também sofreu alterações durante esse período. Em 2006, 20% dos atendimentos realizados eram vítimas de trauma; já em 2008, 89% dos atendimentos realizados foram por motivos clínicos e 11% por trauma.

O aumento do número de atendimentos e a alteração do perfil de atendimento ao longo do triênio 2006-2008 demandaram a necessidade de adequação da estrutura e dos processos do HPSC à nova realidade dos serviços realizados.

Segundo Mintzberg (2003), a estrutura organizacional pode ser definida basicamente como a maneira pela qual o trabalho é dividido e coordenado. Dessa forma, percebe-se a

⁴ Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento, que inclui os exames de RX, Ecografia, Tomografia e Exames Laboratoriais.

estrutura como um conjunto de relações entre os atores organizacionais, incluindo assim as relações de autoridade e subordinação, hierarquia e a distribuição do trabalho entre as pessoas, isto é, divisão de trabalho (DONALDSON, 1999; HALL, 1984).

As atividades, os processos, os produtos e serviços estão no coração do design organizacional, estando inseridos na estrutura organizacional. Logo não se pode analisar e estudar as organizações sem uma de suas áreas conceituais básicas – o estudo da estrutura (HINNINGS, 2003).

A estrutura organizacional, quando estabelecida de forma adequada, propicia identificação das tarefas necessárias ao alcance dos objetivos estabelecidos, organização das funções e das responsabilidades (OLIVEIRA, 2005). Assim se pode perceber a relação direta entre estrutura organizacional e processos, visto que é a estrutura que define os limites das relações organizacionais e é através dos processos que se percebem as relações organizacionais como fonte de desempenho.

Assim, o foco deste estudo é a estrutura organizacional do Hospital de Pronto Socorro de Canoas, considerando sua relação direta com os processos de trabalho. Face ao impacto da mudança que o aumento do número de atendimentos e a alteração do perfil dos atendimentos trouxeram sobre a estrutura e processos da organização, surge o questionamento que impulsiona este estudo: como se desenham os fluxos e processos de trabalho nesse serviço de urgência/emergência?

2 JUSTIFICATIVA

Ainda existem lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde. Há o reconhecimento da necessidade em qualquer serviço de saúde de lidar com a demanda não-agendada ou espontânea de forma qualificada e com critérios de acesso de acordo com a gravidade e o sofrimento das pessoas que o procuram (FRANCO e MERHY, 2003).

Estudos já realizados, como os de Ludwig (2000), Magnago (2002) e Lima e Erdmann (2006), apontam para a necessidade de ser ampliado o conhecimento a respeito dos fluxos e processos de trabalho em serviços de urgência e emergência. Também é consenso entre os autores a especificidade da dinâmica de trabalho nesse setor, tendo em vista a tensão que se apresenta no momento da tomada de decisão.

Outro aspecto que merece atenção na organização de fluxos e processos de trabalho nos serviços de urgência e emergência é o fenômeno da superlotação de pacientes, muitas vezes com demandas de cuidados de saúde não-urgentes, que, de alguma forma, parecem estar interferindo na organização desses fluxos internos.

Magnago (2002) evidenciou a necessidade de reorganização de uma Unidade de Emergência em virtude da ocorrência de vários fatores, tais como: constante superlotação, necessidade de melhoria na área física e infra-estrutura, melhoria na oferta de recursos tecnológicos, além da necessidade de recursos humanos.

Lima e Erdmann (2006) consideram que a excelência da assistência em unidades de urgência e emergência está diretamente relacionada com a organização do serviço dentro da instituição. Oferecer serviços qualificados nessas áreas passa a ser um desafio para as instituições hospitalares.

Nesse contexto, salienta-se a necessidade de conhecer como estão organizados os fluxos e processos em Serviços de Urgência e Emergência e quais as tecnologias empregadas a fim de atender à sua finalidade, que é a produção de cuidados em situações agudas e graves.

Considerando a importância de um fluxo de atendimento organizado para a satisfação dos usuários e do crescente número de atendimentos, alinhado à alteração do perfil desse

usuário no Serviço de Urgência/Emergência do HPSC, surgiu a necessidade de um estudo específico sobre a organização de fluxos e processos de trabalho nesse serviço.

Pretende-se, também, contribuir para a gestão de organizações hospitalares, visto que a estrutura organizacional é ponto essencial para o entendimento da organização e os processos que a delineiam.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Hinnings (2003) aponta a estrutura como ponto vital para o entendimento das organizações, considerando-a um dos blocos da base da eficiência e eficácia, através do design estrutural. Logo, na construção de subsídios teóricos, partiu-se de elementos conceituais envolvidos na estrutura organizacional, processos de trabalho e fluxos de uma organização visando embasar o objeto de estudo. Também serão abordados conceitos básicos referentes às Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).

Buscou-se referencial teórico referente a processos e fluxos de trabalho em serviços de urgência/emergência. Na base de dados *Scielo – Scientific Electronic Library Online*, obtiveram-se 13 artigos com o indexador “urgência/emergência”, 39 para “processos e fluxos”, 26 para “fluxos em saúde”, 10 para “fluxos da emergência” e 4 “fluxos hospitalares”. Na pesquisa de teses/dissertações da Universidade de São Paulo (USP) foram encontradas 18 referências em “urgência e emergência”, 44 para “fluxos em saúde”, 6 para “fluxos da emergência” e 4 para “fluxos hospitalares”. Já na Universidade Federal do Rio Grande do Sul foram encontrados 911 trabalhos referentes à “urgência e emergência” e 649 para “fluxos em serviços de urgência e emergência”. Entretanto, nenhum desses textos forneceu subsídios teóricos para embasar este estudo, tornando necessário recorrer a autores da Administração Geral.

3.1 O SERVIÇO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A fim de analisar o processo e fluxo de trabalho em um serviço hospitalar de urgência e emergência, apresentam-se algumas considerações a respeito da organização, seus espaços, agentes e práticas. O hospital sofre transformações que respondem a diferentes finalidades sociais, conformadas em cada momento histórico. Existem pressões externas, tais como necessidades sociais e econômicas que atendem a projetos sociais e políticos e que determinam a incorporação de novos meios de trabalho, tanto saberes como tecnologias,

contribuindo para as transformações que nele se processam (LIMA, 1998). Assim, o trabalho em saúde se organiza para suprir uma necessidade econômica, social ou política da sociedade.

Os serviços de emergência são espaços que fazem parte do contexto hospitalar e, portanto, recebem influência do modelo de organização presente nessa instituição. Assim, quando se estudam os fluxos e processos de trabalho desses serviços, precisa-se entender o contexto histórico, social e institucional em que eles se encontram inseridos.

De acordo com Marques (2004), o modelo assistencial idealizado pela população ainda é a atenção médico-hospitalar. O hospital, representado pelos serviços de emergência, apesar de superlotado, impessoal e atuando sob a queixa principal, aparece como local que reúne um somatório de recursos da medicina oficial, quais sejam: consultas, medicamentos, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e de imagem e internações, enquanto as unidades básicas oferecem apenas a consulta. Para essa autora, a maioria da população está convicta de que é a estrutura hospitalar que oferece maior segurança e resolutividade aos pacientes.

Conforme Skaba,

os serviços de emergência funcionam, via de regra, em estruturas hospitalares de grande porte. A necessidade de suporte de serviços diagnósticos, centros cirúrgicos e terapia intensiva, dentre outros, fazem com que este serviço seja inserido numa organização do trabalho em saúde altamente complexa e especializada. (SKABA, 1997, p. 33)

Ludwig (2000), ao investigar a compreensão dos usuários sobre o atendimento em um serviço de emergência, constata que eles o procuram para resolução de seus problemas de saúde, independentemente de sua gravidade. Esse fenômeno, segundo ela, deve-se à baixa resolutividade nos serviços de atenção básica, ao encaminhamento informal pelos profissionais da saúde para o que não pode ser resolvido no ambulatório, à falta de organização e hierarquia do sistema de atenção à saúde, a um aumento da demanda e a uma pequena oferta de serviços, fazendo com que ocorram superlotação, desconforto, demora para o atendimento e baixa qualidade na assistência prestada nas emergências dos hospitais.

A atenção às urgências e emergências passou a ser regulamentada pelo Ministério da Saúde a partir de 1999. Nesse ano, foram estabelecidos os princípios e as diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas de funcionamento, a classificação e os critérios para habilitação dos serviços que devem participar dos Planos Estaduais de

Atendimento, quais sejam: regulação médica de urgência e emergência, atendimento pré-hospitalar fixo, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar, além da criação dos núcleos de educação em urgências que visem à capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2006)

O Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência preconiza que os serviços sejam providos de acolhimento com triagem classificatória de risco e atendimento subsequente, conforme a necessidade do caso. Em situações de demanda inadequada, o regulamento preconiza que ocorra o redirecionamento para a devida inserção no sistema de atenção à saúde ou para o prosseguimento do tratamento (BRASIL, 2006).

Conforme Marques e Lima (2007), o modelo piramidal de atenção à saúde adotado na década de 1990 pelos municípios ainda não atingiu um resultado que satisfaça as necessidades da população, apesar de se terem imprimido mudanças significativas na estrutura e nos processos de trabalho nos serviços de saúde. A produção de cuidados, a cobertura assistencial, assim como a complementaridade e integração das ações nas Unidades de Saúde e delas com o sistema têm sido insuficientes. Existe também uma relação inadequada entre a oferta e a demanda de serviços.

Assim, os processos de trabalho ainda são fortemente influenciados por saberes, equipamentos, normas e estruturas organizacionais. Esse modelo assistencial está organizado na divisão de tarefas entre os diferentes profissionais, tendo o médico como centro da assistência. Nesse contexto, a estrutura da rede de referências ainda sofre influências das concepções políticas e culturais, e a inclusão de tecnologias como o acolhimento e a humanização são iniciativas isoladas. Todavia, a instalação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas, é elemento indispensável para que se promovam a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. Há comprovação de que a ordenação do acesso à rede assistencial de urgência por meio da regulação médica pode transformar o cenário dos hospitais de referência em urgência/emergência e induzir a reorganização com o aumento da resolutividade e da qualidade dos serviços (SANTOS et al., 2003).

Nos serviços de emergência, é priorizado o atendimento às situações graves nas quais é necessária uma intervenção rápida, eficiente e integrada, respondendo à finalidade do trabalho nesse setor. Outros fatores, como a habilidade pessoal do profissional e recursos

disponíveis, entrosamento da equipe e, sobretudo, treinamento específico, podem intervir de forma decisiva nos resultados, melhorando, assim, a qualidade de assistência oferecida nesses serviços.

De modo que se faz necessário conhecer a dinâmica e os fluxos de trabalho nos serviços de emergência para um melhor entendimento do papel de cada profissional e dos elementos necessários para a qualidade e eficiência esperada nesse tipo de serviço.

3.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E GESTÃO DE PROCESSOS DE UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Oliveira (2005) define estrutura organizacional como um conjunto ordenado de responsabilidades, autoridades, comunicações e decisões das unidades organizacionais de uma empresa.

Estrutura Organizacional é definida por Hall (1984) como a distribuição das pessoas entre posições sociais que influenciam os relacionamentos de papéis desempenhados pelas mesmas. Logo, essa distribuição abrange dois conceitos: a divisão de trabalho, ou seja, a distribuição do trabalho entre as pessoas, e a hierarquia, isto é, o posicionamento das pessoas na organização. Sendo assim, atribuem-se atividades aos atores organizacionais e, posteriormente, definem-se as posições e o comportamento desses na organização.

A estrutura de uma organização pode ser definida, segundo Mintzberg (2003), simplesmente como a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e, depois, como a coordenação é realizada entre essas tarefas. Ou seja, a estrutura envolve duas exigências básicas: a divisão do trabalho em tarefas e a realização da coordenação entre essas tarefas.

Assim, Mintzberg (2003) estabelece cinco mecanismos de coordenação, os quais explicam as maneiras fundamentais pelas quais as organizações coordenam seu trabalho. São elas:

- a) no ajustamento mútuo, a coordenação é obtida pelo simples processo de comunicação informal;
- b) na supervisão direta, a coordenação é realizada por um responsável pelo trabalho dos demais, fornecendo-lhes instruções e monitorando ações;
- c) na padronização de processos, a coordenação é realizada pela especificação e programação do trabalho a ser realizado;
- d) na padronização de saídas, a coordenação é obtida pela definição dos resultados esperados pelo trabalho;
- e) sob padronização de habilidades, a coordenação é efetuada pela especificação do treinamento exigido para o desempenho do trabalho.

O autor reconhece esses mecanismos como formas de controle, porém salienta que são eles os elementos básicos da estrutura, agindo como elo da organização. Evidente que, para a configuração da estrutura, o autor apresenta um modelo baseado em parâmetros de concepção, resumidos no quadro abaixo.

GRUPO	PARÂMETROS DE DESIGN	CONCEITOS RELACIONADOS
Design das posições	Especialização da tarefa Formalização do comportamento Treinamento e doutrinação	Divisão básica do trabalho Padronização do trabalho Padronização das habilidades
Design da superestrutura	Agrupamento em unidades Tamanho das unidades	Supervisão direta Divisão do trabalho Organograma Amplitude e controle
Design dos vínculos laterais	Sistemas de planejamento e controle Instrumentos de vínculo	Padronização de output Ajuste mútuo
Design do sistema de tomada de decisão	Descentralização vertical Descentralização horizontal	Divisão do trabalho Sistemas de autoridade formal

Quadro 1 - Parâmetros de design de Mintzberg

Fonte: Adaptado de Mintzberg (2003).

Mintzberg (2003) também estabelece cinco entendimentos sobre o funcionamento da organização, baseado em cinco fluxos.

A organização pode ser vista como um sistema de autoridade formal, instituída através da hierarquia (Figura 1a), demonstrada através de linhas do organograma, transparecendo

claramente as áreas existentes, o agrupamento dessas áreas e a autoridade formal instituída ou, em outras palavras, o uso da supervisão direta como mecanismo de coordenação.

A organização também pode ser vista como fluxo de atividades regulamentadas (Figura 1b), abrangendo a formalização das atividades operacionais e as regras impostas pela hierarquia administrativa. A ênfase, ao contrário da visão anterior, está na padronização dos processos como mecanismo de coordenação.

A organização ainda pode ser descrita como um sistema de comunicação informal, priorizando o ajustamento mútuo como mecanismo-chave de coordenação. Na Figura 1c, evidencia-se que a comunicação informal complementa e/ou contorna os canais formais, tanto de padronização como de supervisão.

Na Figura 1d, apresenta-se a organização como um conjunto de grupos não relacionados à hierarquia para a realização do trabalho. Cada grupo trabalha em torno de decisões distintas, apropriadas a seu nível hierárquico. Por fim, a organização é apresentada como um processo de tomada de decisão (Figura 1e), que incorpora vários níveis e atores da organização. Na visão de Mintzberg (2003), a superposição dessas cinco visões demonstra a complexidade com a qual lidamos nas organizações.

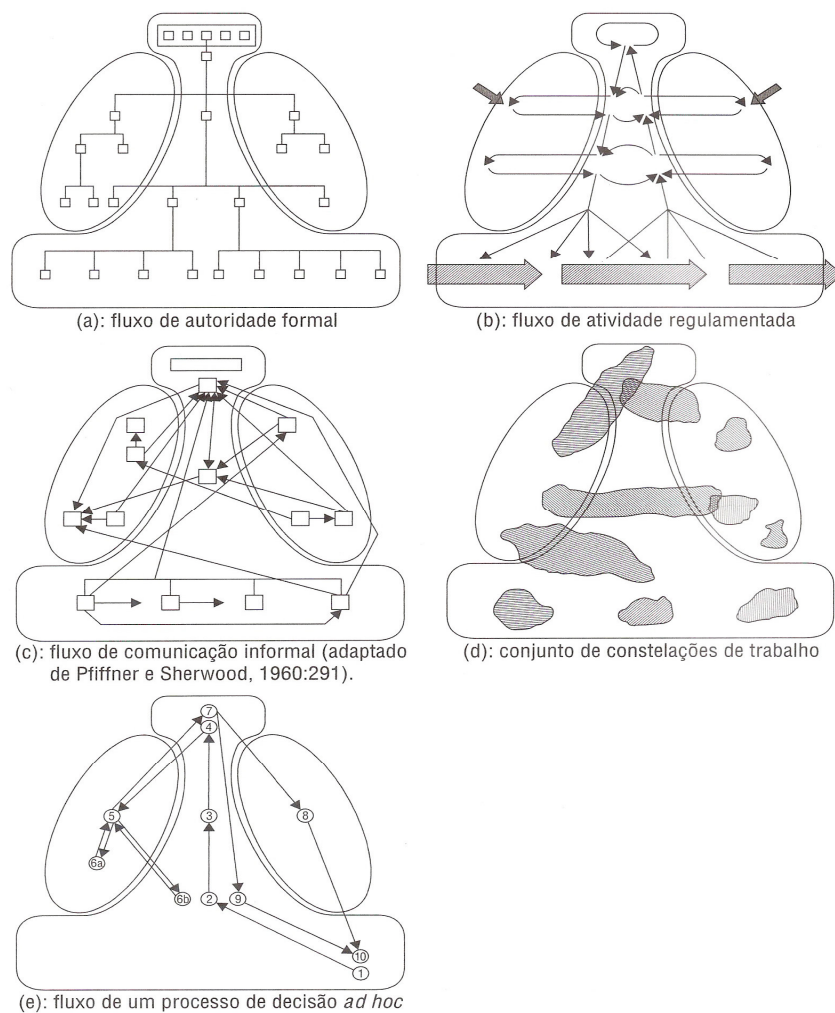


Figura 1 - Funcionamento das organizações

Fonte: Mintzberg (2003, p. 31).

Assim, Mintzberg (2003) estabelece cinco configurações básicas para descrever como as organizações são estruturadas, uma combinação / síntese dos itens já vistos:

- Estrutura Simples: baseada na supervisão direta, em que a cúpula estratégica (responsável em assegurar que a organização cumpra sua missão) é a parte principal;
- Burocracia Mecanizada: baseada na padronização dos processos de trabalho, em que a tecnoestrutura (analistas e assessores de apoio envolvidos na adaptação, planejamento, controle e treinamento das atividades organizacionais) é a parte principal;

- Burocracia Profissional: baseada na padronização de habilidades, em que o núcleo operacional (membros da organização que executam o trabalho diretamente relacionado à fabricação dos produtos e à prestação dos serviços) é a parte principal;
- Forma Divisionalizada: baseada na padronização das saídas, em que a linha intermediária (cadeia de gerentes intermediários que conecta a cúpula estratégica ao núcleo operacional) é a parte principal;
- Adhocracia: baseada em ajustamento mútuo, em que a assessoria de apoio (especialistas que dão apoio à organização fora de seu fluxo de trabalho operacional), às vezes acompanhada do núcleo operacional, é a parte principal.

Logo, conforme os modelos de análise das estruturas organizacionais definidas pelo autor, podemos identificar que universidades, hospitais e escolas são definidos como burocracias profissionais. A base dessa tipologia é que o mecanismo de coordenação é a padronização de habilidades e seu parâmetro de *design*, o treinamento e a doutrinação. A burocracia profissional enfatiza o poder do conhecimento especializado.

Nesse modelo, o núcleo operacional é a parte-chave, ou seja, os membros que executam as atividades ligadas diretamente à assistência ao usuário, sobretudo relacionadas às atividades médicas e de enfermagem. A outra parte da organização relativamente organizada é a assessoria de apoio, focada no atendimento ao núcleo operacional.

O autor detalha ainda que a burocracia profissional é uma estrutura altamente descentralizada, tanto na dimensão horizontal como vertical. Sugere uma estrutura altamente democrática, pelo menos para os integrantes do núcleo operacional, e extremamente burocrática para as unidades de assessoria de apoio.

Alguns problemas de coordenação podem ser relacionados nessa tipologia. As Burocracias Profissionais não são entidades integradas. São grupos de indivíduos que trabalham com recursos e serviços de apoio comuns, mas que não desejam qualquer interferência no que fazem. Assim, a visão das áreas assistenciais é que as áreas de apoio devem apenas servi-las, colocando o pessoal de apoio entre o poder funcional de suas atividades e o poder do conhecimento profissional.

Além desse problema, a autonomia necessária no núcleo operacional gera deficiências que os próprios profissionais omitem. Segundo Mintzberg (2003, p. 233), “a autonomia não

apenas permite a certos profissionais ignorarem as necessidades de seus clientes; também encoraja muitos deles a ignorar as necessidades da organização”.

Alguns autores definem estrutura como uma ferramenta, configurando formalmente a organização. Outros veem a estrutura como processos de integração. Dessa forma, Ranson, Hinnings e Greenwood (1980) concebem a estrutura organizacional como um complexo meio de controle, continuamente produzido e recriado em interações, isto é, as estruturas são constituídas e constitutivas. Assim, a estrutura modela o que ocorre na organização, ao mesmo tempo em que é modelada pelo que ocorre na organização.

Apesar de algumas distinções entre os conceitos dos vários autores, podemos destacar dois fatores preponderantes: a divisão do trabalho e a coordenação necessária para que essa divisão funcione de forma aderente, contribuindo para o desempenho da organização.

A estrutura organizacional, quando estabelecida de forma adequada, propicia segundo identificação das tarefas necessárias ao alcance dos objetivos estabelecidos, organização das funções e das responsabilidades. Assim podemos perceber a relação direta entre estrutura organizacional e processos, visto que é a estrutura que define os limites das relações organizacionais e é através dos processos que percebemos as relações organizacionais como fonte de desempenho (OLIVEIRA, 2005).

Para Cruz (2002, p. 106), “processo é a forma pela qual um conjunto de atividades cria, trabalha ou transforma insumos (entradas), agregando-lhes valor, com a finalidade de produzir bens ou serviços, com qualidade, para serem entregues a clientes (saída), sejam eles internos ou externos”.

Davenport (1994) processos é uma ordenação específica de atividades de trabalho no tempo e no espaço, portanto devem ter começo, fim, insumos e resultados claramente identificados.

Processo refere-se a uma sequência de atividades que seguem um cronograma preestabelecido, onde os recursos envolvidos e o ponto almejado se apresentam de forma simples e nítida. Ou seja, um conjunto de recursos – humanos e materiais – dedicados a uma sucessão de atividades necessárias à produção de um resultado final específico.

Na visão de Harrington (1993), processos organizacionais são ações organizacionais. Nessa perspectiva, pode-se compreender o modo como o trabalho é realmente realizado. A

maioria das dimensões do desempenho organizacional resulta de processos interfuncionais, que cruzam as diversas unidades organizacionais.

Processo não se define por aquilo que as pessoas fazem, e sim pela sequência das coisas ou tarefas executadas para gerar o resultado. Consiste em uma série de etapas que transformam o resultado à medida que esse percorre a sequência de tarefas, conforme Figura 2.

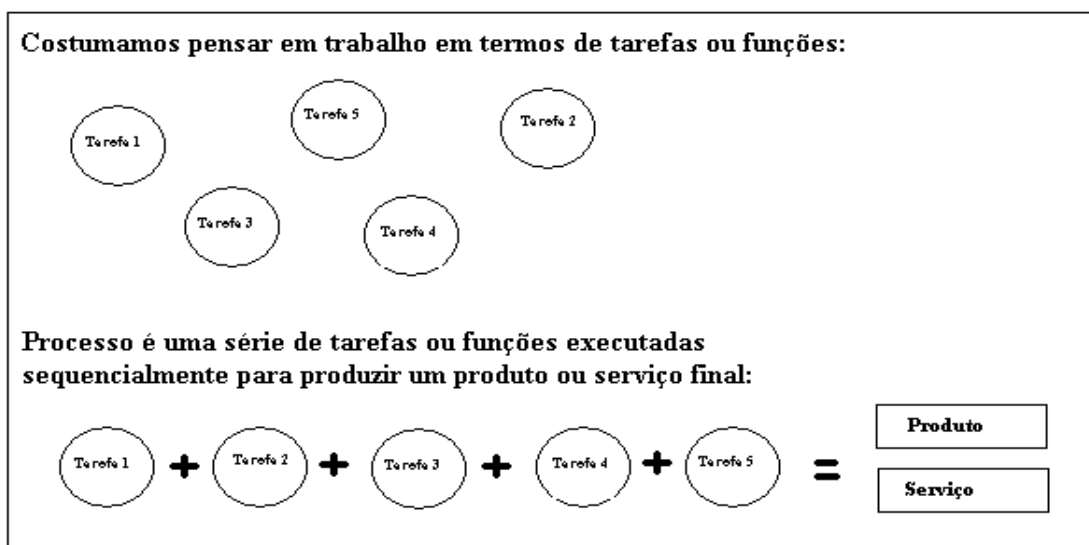


Figura 2 - Processos X tarefas ou funções
 Fonte: Adair e Murray (1996, p. 30).

Assim podemos definir processo como uma série de tarefas encadeadas, que recebe insumos para uma finalidade (produto, informação, serviço). E fluxo é o que transforma o processo de uma entidade estática em um conceito dinâmico. O fluxo é o processo de trabalho em ação.

É certo apontar que melhores serviços hospitalares, tanto no atendimento às necessidades dos usuários como na organização, resultam de ações e interações de todas as pessoas envolvidas em cada processo organizacional. Nessa linha, Rummler e Brache (1994) salientam que a estrutura organizacional deve focalizar a natureza do fluxo do trabalho, sendo o desempenho resultado da eficiência dos processos.

A Gestão de Processos torna-se uma tecnologia de gestão organizacional, pois, segundo Maranhão e Macieira (2004), esse modelo implica uma ênfase grande na melhoria da forma pela qual o trabalho é realizado, em contraste com o enfoque apenas no próprio produto

ou serviço oferecido aos clientes. Em outras palavras, consiste numa gestão em que os processos ou atividades sequenciais são priorizados.

Harrington (1993) apresenta o conceito de gerenciamento de processos como sendo a definição, análise e melhoria dos processos com o objetivo de atender as necessidades e expectativas dos clientes. Sendo assim, estabelece uma metodologia de gerenciamento de processos compreendendo cinco fases:

- 1^a) entendimento do negócio: entender os processos da organização e determinar quais processos farão parte do início do mapeamento;
- 2^a) entendimento dos processos: nessa fase procura-se o perfeito entendimento do processo pela compreensão de como as “entradas” são processadas e resultam em “saídas” para um cliente interno ou externo; identifica-se o objetivo dos processos, fluxo das atividades e recursos envolvidos; para construir uma base comum de análise, elabora-se posteriormente o mapa de processos;
- 3^a) aperfeiçoamento dos processos: após o mapeamento dos processos, pode-se concentrar na busca por melhorias que possam ser realizadas nas atividades consideradas mais críticas;
- 4^a) medição e controle: uma das etapas importantes é desenvolver um conjunto de indicadores para o acompanhamento do desempenho das atividades e processos, bem como da efetividade das futuras melhorias que serão promovidas;
- 5^a) aperfeiçoamento contínuo: é necessário um processo contínuo de aperfeiçoamento para manter o nível dos processos, sobretudo porque as pessoas, sistemas e necessidades tanto da empresa como do cliente mudam.

Nesse contexto, Smith e Fingar (2003) definem Gestão de Processos como um processo de investigação em que a prioridade é dada à forma como o trabalho é executado a fim de otimizar os processos. Para auxiliar esse processo investigativo, a Gestão de Processos utiliza técnicas de representação gráfica, que permitem esquematizar e visualizar os sistemas envolvidos. Árvore genealógica, mapa de processos e, principalmente, o fluxograma são as mais utilizadas.

Quando se inicia um levantamento de processos, encontramos diferentes níveis de agregação (Figura 3).

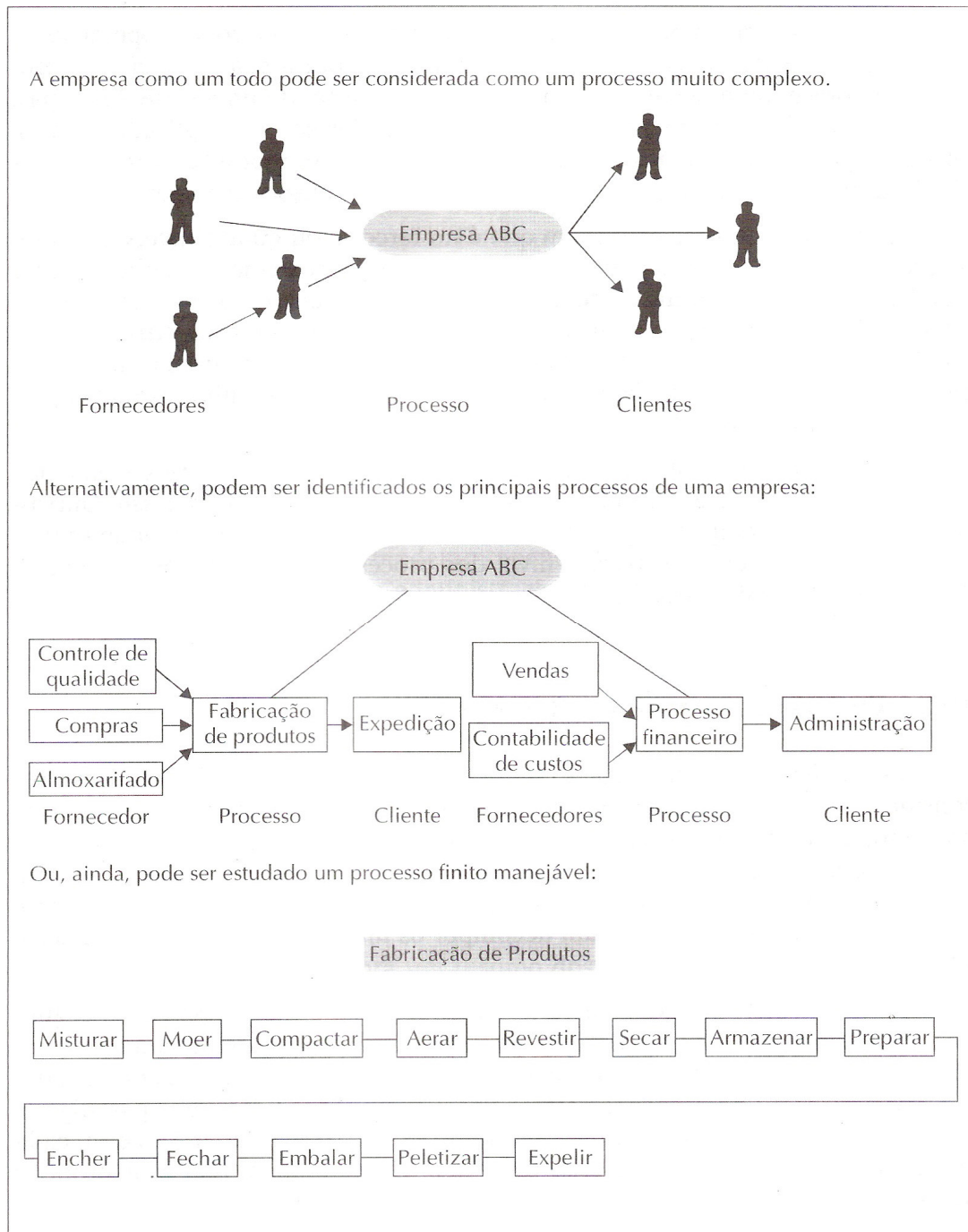


Figura 3 - Árvore genealógica
Fonte: Cury (2006, p. 325).

Adair e Murray (1996) esclarecem que toda operação de uma empresa poderia ser considerada a soma total de uma série de etapas. Todavia a análise de um processo dessas dimensões seria complicada demais. Portanto, para fins de análise, é mais conveniente decompor a “arvore genealógica” de processos da empresa em processos manejáveis.

Para Davenport (1994), a melhor dimensão do processo para se trabalhar deve ser encontrada no terceiro ou quarto níveis organizacionais, onde se encontram os processos responsáveis pela geração dos produtos ou serviços destinados aos clientes internos. Entretanto, é difícil descrever esses processos e fluxos com palavras, mas um mapa torna as relações mais claras. Entender essas relações e a complexidade do processo é útil para determinar pontos de início e fim na análise dos processos.

Hammer e Champy (1994, p. 98-100) estabelecem que o mapa de processos possui quatro características principais:

- tem simplicidade, por mostrar um quadro claro e completo do trabalho;
- inclui um elemento quase nunca representado no organograma da empresa: o cliente;
- inclui também não-clientes em sua visão dos processos, os clientes potenciais do mercado;
- reflete o reconhecimento de que os clientes também têm seus próprios processos.

O mapa de processos, para Adair e Murray (1996), é útil para adquirir uma visão geral do processo e identificar as principais etapas. O mapa pode ser feito de vários níveis do processo e é de especial utilidade na análise de fluxos muito complexos – aqueles que têm muitos caminhos e ramificações.

A análise do fluxo começa com a elaboração de um mapa de processos detalhado ao máximo, um exame minucioso do processo, com algumas características:

- documenta o fluxo de trabalho, não o que as pessoas fazem;
- documenta todas as etapas – movimentações, esperas, atrasos, operações – e não apenas as mais importantes;
- identifica o que realmente acontece com uma típica unidade de trabalho, não o que deveria acontecer, de acordo com a documentação, ou o que o supervisor acredita que pode acontecer (ADAIR; MURRAY, 1996, p. 125).

O mapa detalhado do processo diz a você tudo o que acontece com uma unidade de trabalho. O mapa detalhado de processo ou análise detalhada do processo pode ser estruturado através de um fluxograma.

O fluxograma é uma técnica de representação gráfica que utiliza símbolos previamente convencionados, permitindo a descrição do fluxo, ou sequência, de um processo, bem como sua análise (D'ASCENÇÃO, 2001).

Segundo Oliveira (2005, p. 253), “fluxograma é a representação gráfica que apresenta a sequência de um trabalho de forma analítica, caracterizando as operações, os responsáveis e / ou unidades organizacionais envolvidas no processo”.

O fluxograma objetiva, conforme Araújo (2007), evidenciar a sequência de trabalho, permitindo a visualização dos movimentos ilógicos e a dispersão de recursos materiais e humanos.

Para Merhy et al. (1998), o fluxograma é um diagrama em que se desenha um certo modo de organizar os processos de trabalho que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção.

Ou seja, fluxograma é uma técnica utilizada para representar graficamente as etapas de um processo, permitindo a visualização do fluxo e sua análise.

Os principais tipos de fluxograma utilizados na análise de processos são, segundo Araújo (2007):

- Fluxograma sintético;
- Fluxograma “esqueleto”;
- Fluxograma vertical;
- Fluxograma de blocos.

Fluxograma sintético é a representação de uma sequência dos vários passos relativos a determinado processo, onde é oferecida uma ideia genérica do que é feito no processo. Segundo Araújo (2007), utiliza-se esse tipo quando se deseja um esboço a fim de decidir sobre o detalhamento ou não ou apenas demonstrar o processo para uma análise superficial.

Fluxograma “esqueleto” “oferece um maior número de símbolos, o que melhora sensivelmente o poder de análise” (ARAÚJO, 2007, p. 47). Ou seja, cada símbolo exprime um aspecto específico do processo, a leitura passa a ser mais rápida, porém é necessário ter assimilado todos os símbolos previamente (Figura 4). Cury (2006) define esse tipo de fluxograma como fluxograma administrativo por causa de sua ampla visão do sistema

analisado, permitindo que qualquer trabalho, por mais complexo que seja, possa ser subdividido em elementos simples, facilitando o estudo de cada item.

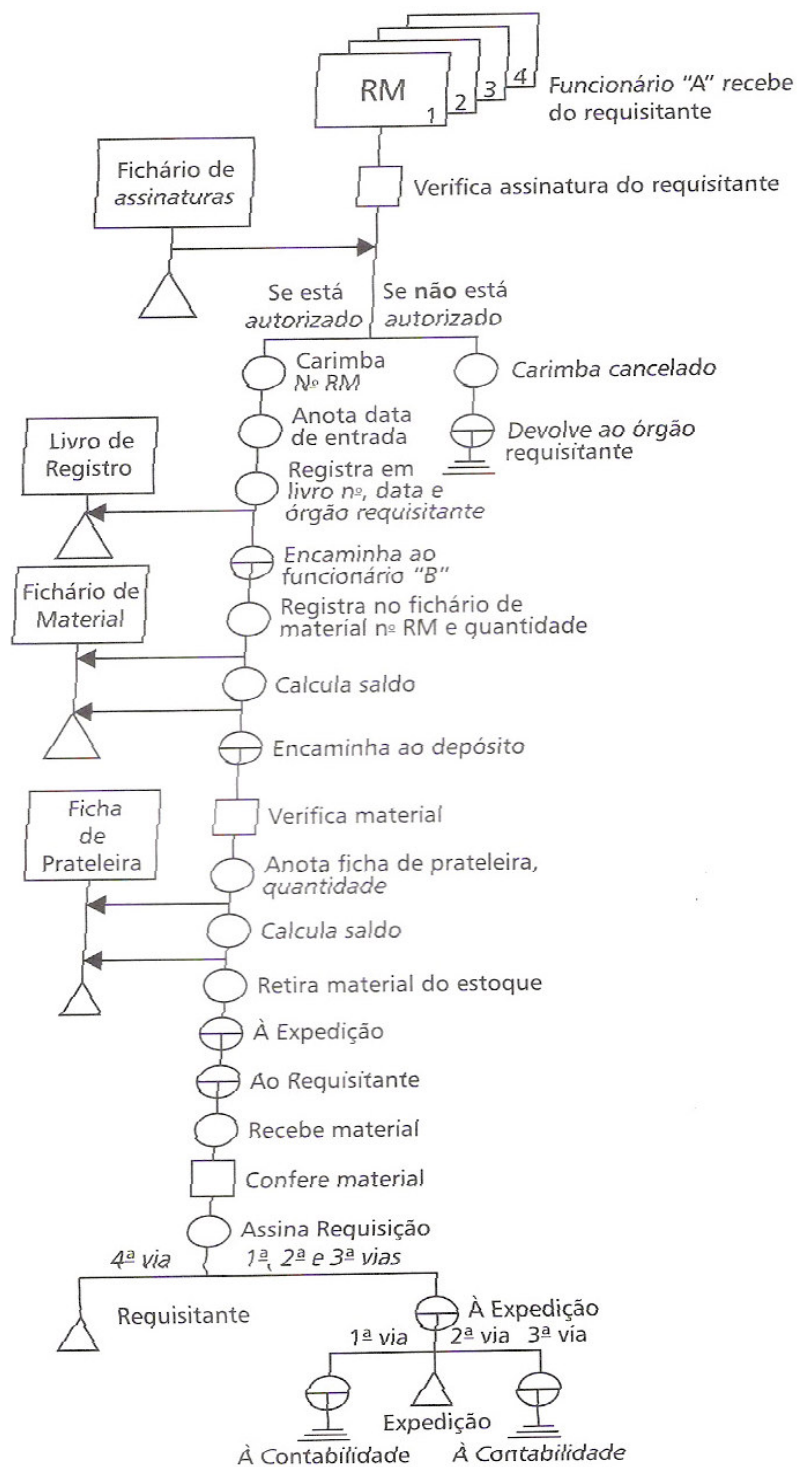


Figura 4 - Fluxograma "esqueleto"

Fonte: Araújo (2007, p. 48).

O fluxograma vertical, segundo Oliveira (2005), é formado de colunas verticais; na primeira coluna são colocados os símbolos convencionais de operação, transporte, arquivamento, demora e inspeção; em outra, a descrição da operação e, por último, aquela que consta o profissional ou unidade organizacional que executa a operação. A operacionalização do fluxograma vertical é realizada por meio da união dos símbolos, interligados em ordem sequencial (Figura 5). Cury (2006) estabelece que o fluxograma vertical é de fácil preenchimento, pois possui formulário padronizado e é geralmente usado em trabalhos de levantamento.

Fluxograma Vertical										
Símbolos	●	Análise ou Operação	Totais	3	Rotina	Atual	X	De recepção de material		
	■	Execução ou Inspeção		2		Proposta				
	◐	Demora ou Atraso		∅	Unidade organizacional: Suprimentos					
	▲	Arquivo Provisório		2	Estudado por:					
	▼	Arquivo Definitivo		3	Em de de de 20					
	➡	Transporte		9	Assinatura					
Ordem	Símbolos					Unidades Organizacionais	Descrição dos Passos			
1	○	➡	□	◐	▲	▼	Recepção	Recebe do fornecedor Nota Fiscal (N.F.) e Material		
2	●	➡	□	◐	▲	▼		Emite Aviso de Recebimento (A.R.) em quatro vias		
3	○	➡	□	◐	▲	▼		Arquiva 4ª via do A.R. em ordem numérica crescente		
4	○	➡	□	◐	▲	▼		Remete N.F. e 1ª via do A.R. para o Setor de Contas a Pagar		
5	○	➡	□	◐	▲	▼		Remete 2ª via do A.R. para o Setor de Compras		
6	○	➡	□	◐	▲	▼		Remete 3ª via do A.R. e material para o Almoxarifado		
7	○	➡	□	◐	▲	▼	Contas a Pagar	Recebe N.F. e 1ª via do A.R.		
8	○	➡	■	◐	▲	▼		Confere N.F. com A.R.		
9	○	➡	□	◐	▲	▼		Arquiva 1ª via do A.R. por ordem numérica crescente, aguardando pagamento		
10	○	➡	□	◐	▲	▼		Arquiva N.F. em ordem alfabética de fornecedor, aguardando fatura		
11	○	➡	□	◐	▲	▼	Compras	Recebe 2ª via do A.R.		
12	●	➡	□	◐	▲	▼		Registra entrega de material pela 2ª via do A.R.		
13	○	➡	□	◐	▲	▼		Remete 3ª via do A.R. para o Setor de Contabilidade – Controle de Estoques		
14	○	➡	□	◐	▲	▼	Controle de Estoque	Recebe 2ª via do A.R.		
15	●	➡	□	◐	▲	▼		Registra entrada de material na ficha de estoque correspondente		
16	○	➡	□	◐	▲	▼		Arquiva 2ª via do A.R. em ordem cronológica – data de lançamento		
17	○	➡	□	◐	▲	▼	Almoxarifado	Recebe 3ª via do A.R. e material		
18	○	➡	■	◐	▲	▼		Verifica exatidão do A.R. Pelo material recebido		
19	○	➡	□	◐	▲	▼		Arquiva 3ª via do A.R. em ordem cronológica		

Figura 5 - Fluxograma vertical
Fonte: Oliveira (2005, p. 261).

Fluxograma de blocos segundo Araújo (2007) permite a representação de fluxo alternativo, utiliza simbologia própria, conforme Figura 6, e os passos são escritos no seu interior, facilitando o trabalho de compreensão do processo (Figura 7). Cury (2006) e Oliveira (2005) utilizam a nomenclatura fluxograma global ou de colunas para esse modelo, pois oferece uma visão global do fluxo de trabalho, mais apropriada para transmitir o fluxo de trabalho para toda a organização.




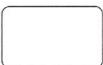



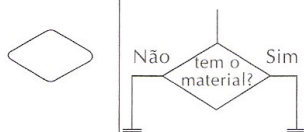
Fluxograma Global ou de Colunas Símbolos e Significados	
Símbolo	Significado
	Terminal: Inicia ou termina uma rotina ou um processo qualquer, devendo ser colocado dentro do símbolo sua identificação: início ou término.
	Documento: Serve para identificar o documento que entra no fluxo, devendo seu nome ou sua sigla ser colocado em seu interior e sua representação deve consignar o número de vias graficamente.
	Emissão de documento: Identifica-se a emissão de documento com o escurecimento do canto superior esquerdo do símbolo observadas as demais instruções constantes do quadro anterior.
	Operação: Identifica qualquer processamento que se efetive num fluxo de trabalho e que não possa ser traduzido por símbolo próprio.
	Conferência: Indica qualquer exame, conferência ou inspeção no fluxo de trabalho.
	Arquivo: Identificação de arquivamento no fluxo de processamento do trabalho, em caráter definitivo, podendo inscrever-se no interior do símbolo o tipo de arquivamento: alfabético, numérico, cronológico etc.
	Pendente: Indica fluxo em parada temporária, aguardando algum tipo de providência, para poder prosseguir. É importante colocar em seu interior a pendência. Ex.: aguardando material.
	Decisão: Identifica a tomada de decisão, levando ao desdobramento do fluxo, segundo as alternativas verificadas. Ex.: o atendimento de uma requisição de material. Existindo, há uma rotina; não existindo o material em estoque, há outra. Exemplo gráfico:

Figura 6 - Fluxograma global ou de colunas: símbolos e significados
Fonte: Cury (2006, p. 352).

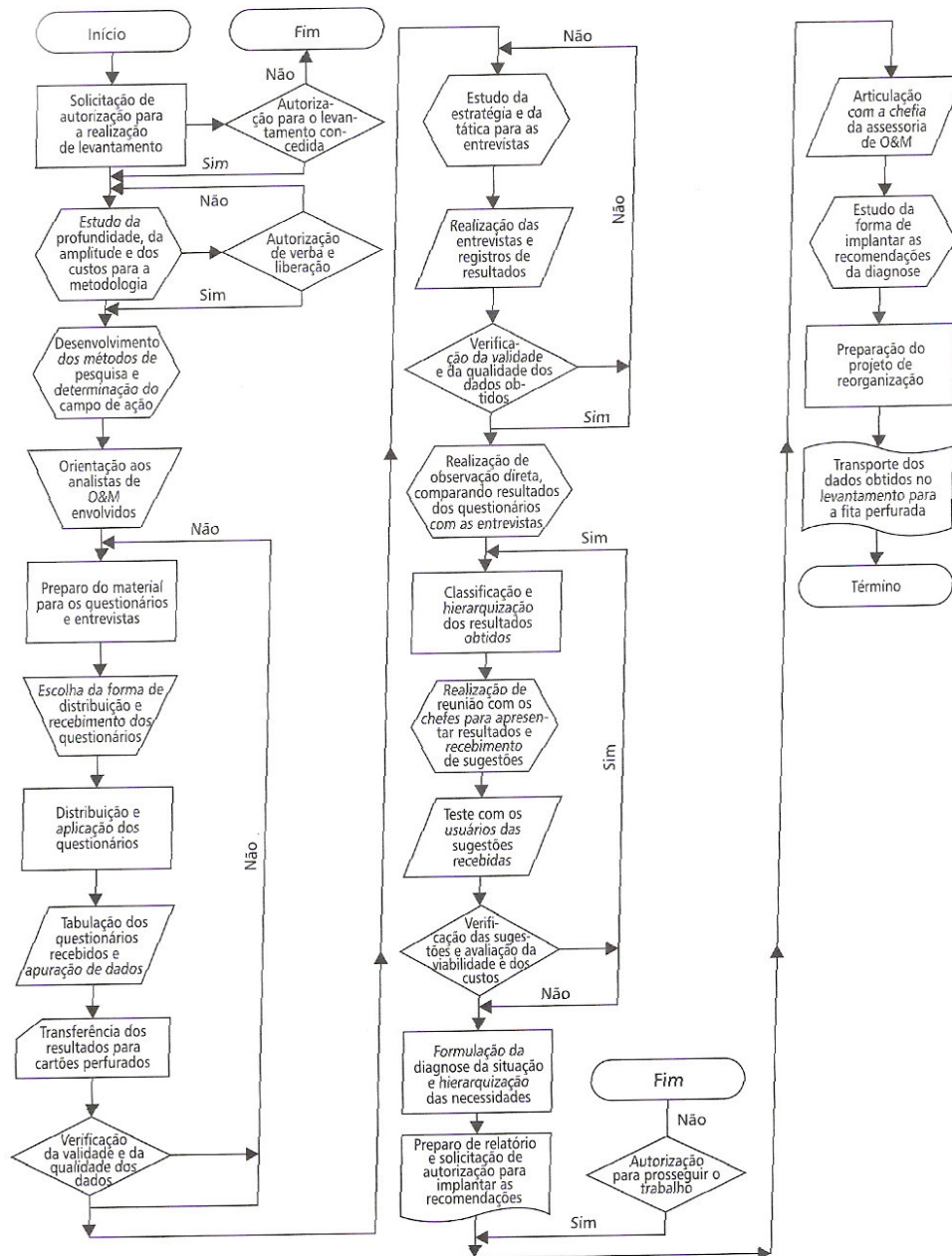


Figura 7 - Fluxograma de blocos

Fonte: Araújo (2007, p. 46).

Assim, a gestão de processos possibilita organizar o serviço para acolher o usuário, considerando a importância do trabalho em equipe, tornando esse mais qualificado e prazeroso. Além disso, deve proporcionar ao serviço maior clareza para a realização da coleta de dados, o que permitirá um cuidado mais elaborado e integrado, com possibilidades de avaliação de processo de trabalho e de resultado na promoção à saúde. Para Felisberto (2005),

o fluxo ainda possibilita a educação em saúde, refletindo com os usuários sobre sua responsabilidade nos cuidados em saúde.

Logo, em um ambiente hospitalar, as áreas de assistência tendem a se organizar ao redor do fluxo de trabalho, convergindo todo o processo na contínua assistência ao usuário. Por outro lado, as áreas médicas organizam-se por especialidades, focando a cura de maneira intermitente, ou seja, cada profissional atua na sua área de especialidade.

Teixeira et al. (2005) concluem que a organização dos fluxos de atendimento diante do cenário característico dos serviços de emergência garante a priorização das urgências e a melhor qualidade na assistência, além de maior satisfação dos clientes diante da redução do tempo de espera e da menor sobrecarga da equipe.

4 OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os principais processos de trabalho e os fluxos de um serviço de urgência e emergência da região metropolitana de Porto Alegre.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- descrever o contexto organizacional de um serviço de urgência/emergência do SUS;
- identificar a estrutura organizacional e os principais processos do HPSC;
- descrever os principais processos de trabalho e os fluxos de um serviço de urgência/emergência do SUS;
- identificar como o acolhimento com classificação de riscos se insere nos processos de trabalho e fluxos de um serviço de urgência/emergência do SUS.

5 METODOS

Esse estudo se configura como um estudo de caso que, para Stake (1998), significa abordar as particularidades e a complexidade de um caso particular, a fim de compreender as circunstâncias nas quais determinado fenômeno acontece, permite um aprofundamento da unidade estudada. Com o estudo de caso busca-se caracterizar a realidade do serviço de pronto-socorro, as relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores, a organização dos fluxos e processos de trabalho, bem como a estrutura e os recursos disponíveis.

5.1 COLETA DE DADOS

Os dados primários foram coletados através da observação, com o intuito de examinar minuciosamente o objeto no seu todo e aprender a variedade de situações da vida real. Além disso, Richardson et al. (1999) estabelecem que essa técnica incorpora novos elementos ao sentido da palavra e apresenta uma dimensão mais ampla e complexa. A realidade observada foi registrada em diários de campo, priorizando aspectos relativos aos fluxos e processos de trabalho.

As observações foram realizadas durante um período de dez dias e tiveram, em média, duas horas de duração. Buscou-se observar como se desenvolvem os processos e fluxos da emergência através do acompanhamento dos profissionais, bem como percorrendo a trajetória do usuário desde sua entrada até o atendimento e encaminhamento final.

Os dados secundários foram extraídos de análise documental disponível na organização. Esses documentos abrangem estatuto, regulamentos, normas e procedimentos, relatórios de atividades, entre outros. Os documentos serviram de subsídios para a compreensão do contexto organizacional, no qual as atividades observadas estão inseridas.

Realizada a análise documental da organização, foram alinhadas as informações obtidas através da observação, possibilitando o desenho dos principais fluxos e processos de trabalho e interpretação do problema proposto.

Na Figura 8 é apresentado diagrama para coleta e análise dos dados.

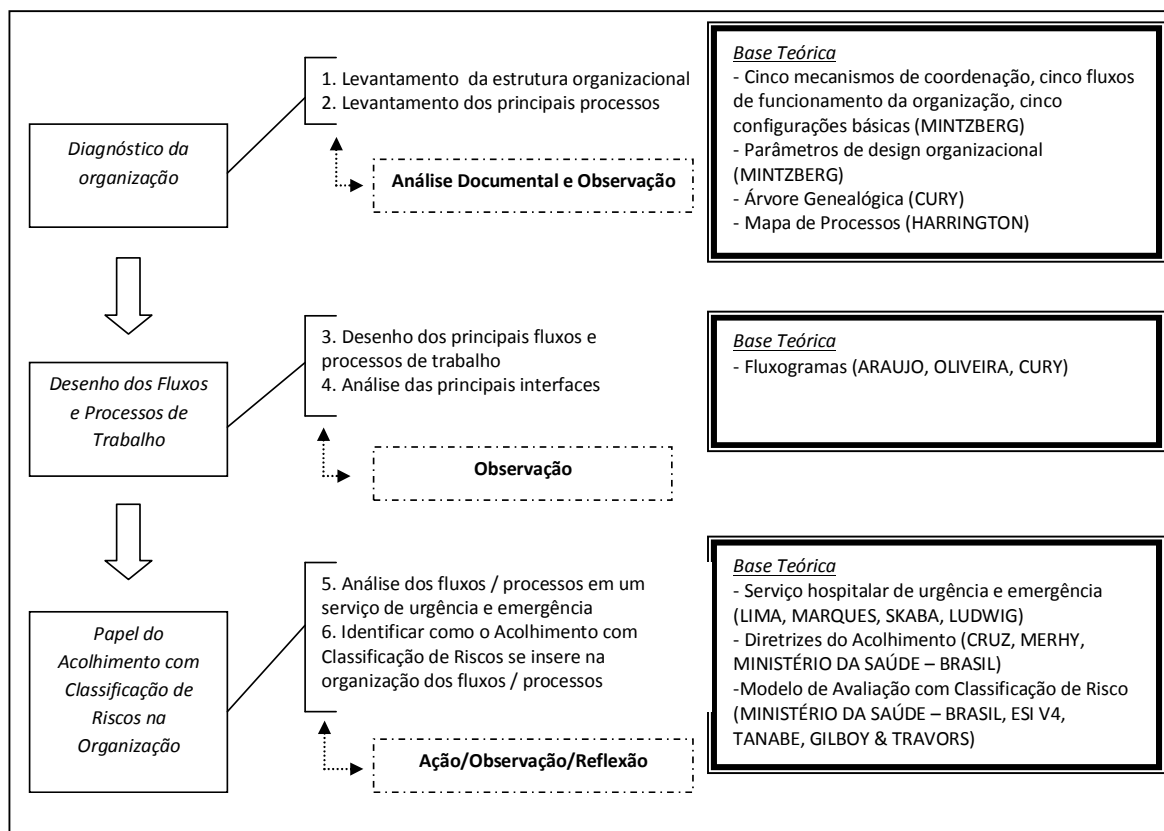


Figura 8 - Diagrama para Coleta e Análise dos Dados

5.2 UNIVERSO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital de Pronto Socorro de Canoas Deputado Nelson Marchezam (HPSC), instituição pública municipal, através da figura jurídica da Secretaria Extraordinária de Gestão Hospitalar da Prefeitura Municipal de Canoas. Pretendeu-se atuar em um dos principais processos do hospital, relacionado ao atendimento de urgência e emergência.

O serviço de urgência e emergência do HPSC recebe em média 380 usuários a cada dia. A estrutura física é composta por: Sala de Politraumatizados, Sala de Sutura, Sala de Traumatologia, Sala de Observação e Consultórios Médicos Adulto e Pediátrico. A equipe é constituída de quatro médicos emergencistas, dois médicos pediatras, dois médicos

traumato/ortopedistas, um médico cirurgião plástico, um cirurgião bucomaxilofacial, dois cirurgiões do trauma, três enfermeiras, quatorze técnicos de enfermagem, dois técnicos gessistas, três recepcionistas, três seguranças, um auxiliar administrativo, uma enfermeira coordenadora e um médico coordenador do serviço.

Tendo em vista as características mencionadas, a pesquisa voltar-se-á às particularidades da Emergência, quanto ao contexto e à dinâmica dos fluxos e processos de trabalho, buscando como sujeito da pesquisa a equipe multidisciplinar que ali atua.

6 RESULTADOS

O texto a seguir segue o roteiro da figura 8 - Diagrama para Coleta e Análise dos Dados. Basicamente se constitui de duas fases. A primeira, diagnóstico da organização, apresenta a estrutura organizacional e o levantamento dos principais processos. Após, desenham-se os principais fluxos e processos de trabalho, identificando as principais interfaces entre esses.

6.1 DIAGNÓSTICO DA ORGANIZAÇÃO

O foco principal dessa fase é levantar os principais processos organizacionais existentes no Hospital de Pronto Socorro de Canoas após o entendimento de sua estrutura organizacional.

6.1.1 Levantamento da estrutura organizacional

Procurou-se caracterizar a estrutura organizacional segundo os cinco mecanismos de coordenação, cinco fluxos de funcionamento da organização, cinco configurações básicas e os parâmetros de *design* de Mintzberg (2003).

A organização Hospital de Pronto Socorro de Canoas é apresentada como um conjunto de grupos não relacionados à hierarquia formal para a realização do trabalho. Cada grupo profissional trabalha em torno de decisões distintas, apropriadas a seu nível de conhecimento, ou seja, profissionais médicos e enfermeiros trabalham de acordo com suas habilidades,, estando a coordenação desse trabalho sob a padronização dessas habilidades. A especificação do treinamento exigido para o desempenho do trabalho é o que rege a coordenação do mesmo.

A configuração estrutural aproxima-se da configuração denominada por Mintzberg (2003) de Burocracia Profissional, baseada na padronização de habilidades, em que o núcleo operacional (membros da organização que executam o trabalho diretamente relacionado à prestação dos serviços) é a parte principal. A Burocracia Profissional enfatiza o poder do conhecimento especializado e seu parâmetro de *design* base, o treinamento e a doutrinação, como veremos a seguir.

Para efeito do que se pretende nessa fase, que é caracterizar a estrutura do hospital, necessita-se apenas de uma macrovisão da organização, focada no núcleo operacional, resultando nas seguintes características:

- I. Especialização da tarefa: a estrutura organizacional é caracterizada por elevada especialização horizontal, sobretudo nas áreas ligadas à assistência ao usuário, relacionadas aos serviços médicos e de enfermagem, ou seja, a pessoa atua em ampla variedade de atividades, excluindo o controle gerencial sobre elas;
- II. Formalização do comportamento: a estrutura organizacional é caracterizada por baixa formalização, ou seja, há pouca padronização dos processos de trabalho, sobretudo pela complexidade e variedade das atividades desenvolvidas, sujeitas a um alto grau de formalização;
- III. Treinamento e doutrinação: a estrutura é caracterizada por muito treinamento e doutrinação, pois necessita de um conjunto de habilidades complexas, porém boa parte é constituída e realizada fora da organização, basicamente em universidades, que acabam por formar o profissional. A equipe de enfermagem possui uma programação de treinamentos mais periódica do que a equipe médica, ainda muito resistente a esse tipo de atividade;
- IV. Agrupamento em unidades: o agrupamento do hospital identifica-se como uma estrutura funcional, conforme o conhecimento, habilidades e processos de trabalho;
- V. Tamanho das unidades: as unidades em geral são grandes na base, evidenciando uma organização plana, onde a supervisão direta não é mecanismo-chave de coordenação, tendendo mais para a padronização de habilidades;
- VI. Sistemas de planejamento e controle: a estrutura evidencia-se por pouco planejamento e controle, uma vez que o Hospital de Pronto Socorro de Canoas é uma Secretaria da Administração Direta na Prefeitura de Canoas, subordinado aos

interesses dessa e vinculado ao planejamento das ações em saúde; quanto ao controle, o hospital possui um Sistema Integrado de Informática, o qual permite levantamentos estatísticos e relatórios de acompanhamento, porém em virtude do pouco tempo de funcionamento do Hospital de Pronto Socorro de Canoas (desde dezembro de 2005), alguns módulos ainda não estão totalmente implantados;

VII. Instrumentos de interligação: as Comissões Técnicas Hospitalares surgem como veículos de interligação, facilitando a integração entre as áreas através da discussão aberta dos problemas organizacionais. Os coordenadores de cada serviço surgem como agentes de integração entre as atividades médicas, de enfermagem e áreas de apoio;

VIII. Descentralização vertical: há evidente descentralização vertical nas áreas assistenciais, ou seja, delegação aos níveis mais baixos da estrutura, pois grande parte das decisões depende de informações e habilidades provenientes dos profissionais do núcleo operacional, estando as decisões estratégicas, de recursos humanos, redução de custos e atualização do campo tecnológico centralizados na diretoria, gabinete do secretário e do prefeito municipal;

IX. Descentralização horizontal: há evidente descentralização horizontal nas áreas assistenciais, ou seja, poderes de decisão aos profissionais operacionais, pois dependem dos conhecimentos especializados, principalmente da equipe médica e de enfermagem;

X. O organograma do Hospital de Pronto Socorro de Canoas Deputado Nelson Marchezan é apresentado a seguir:

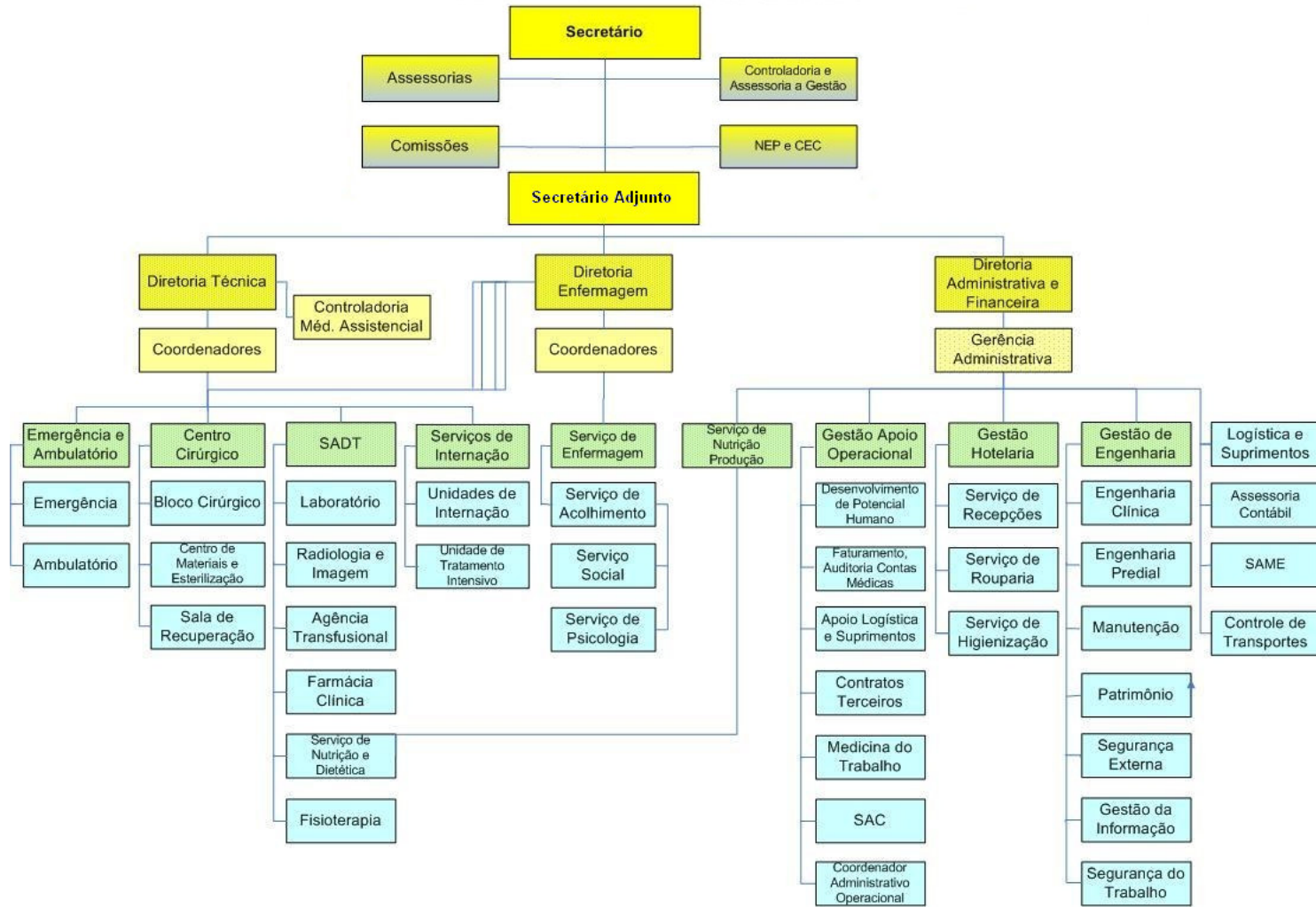


Figura 9 – Organograma da Secretaria Extraordinária de Gestão Hospitalar - Hospital de Pronto Socorro de Canoas
 Fonte: HPSC (2008).

Traduzindo esse organograma para o desenho da burocracia profissional de Mintzberg, (2003), adaptaram-se os serviços apresentados na figura anterior ao modelo do autor:

- a) Cúpula estratégica – Secretário e Secretário Adjunto;
- b) Linha intermediária – Diretoria HPSC;
- c) Núcleo operacional – Serviço de Enfermagem, Emergência e Ambulatório, Centro Cirúrgico, Serviço de Internação;
- d) Assessoria de apoio – Farmácia Clínica, Serviço de Nutrição, SADT – Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento, Gestão de Apoio Operacional, Gestão Hotelaria, Gestão de Engenharia, Logística e Suprimentos, Centro de Materiais e Esterilização, Assessorias, Controladoria e Assessoria a Gestão;
- e) Tecnoestrutura – Comissões Técnicas Hospitalares (Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos Médicos, Comissão de Humanização, Comissão de Padronização de Medicamentos, Comissão de Análise de Prontuários e Óbitos, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, Comissão de Obras e Ambiência) e NEP e CEC .

6.1.2 Levantamento dos processos

Conforme Adair e Murray (1996), toda operação de uma empresa pode ser considerada a soma total de uma série de etapas. Mas a análise de um processo dessas dimensões seria complicada demais. Portanto, para fins de análise, é preciso decompor a “árvore genealógica” de processos da empresa em processos manejáveis. A seguir é demonstrada a “árvore genealógica” do Hospital de Pronto Socorro de Canoas.

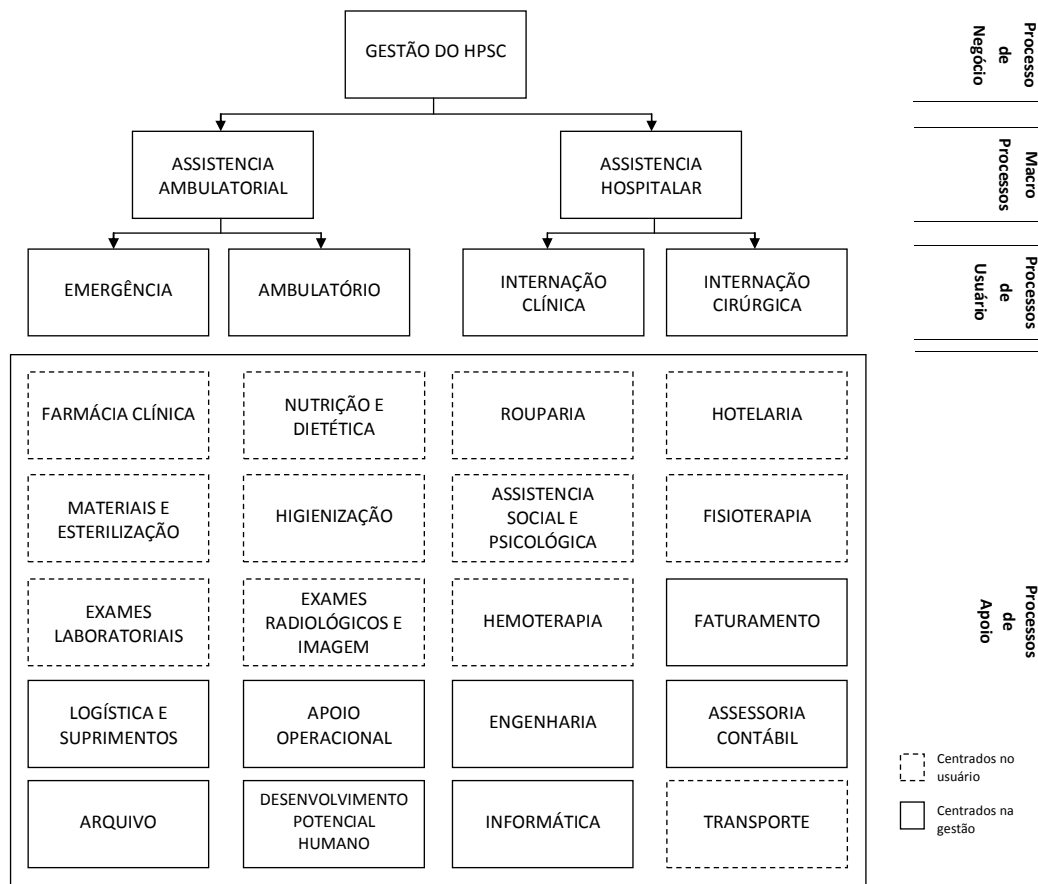


Figura 11 - Mapa de Processos do Hospital de Pronto Socorro de Canoas

O processo de negócio “Gestão do HPSC” envolve a gestão estratégica da organização, o desenvolvimento de novos serviços e a introdução de novas condutas. Desse processo derivam os dois macroprocessos “Assistência Ambulatorial” e “Assistência Hospitalar”, que englobam o atendimento no ambulatório, urgência e emergência, bem como nas unidades de internação, respectivamente.

Os processos de atendimento ao usuário foram assim divididos:

- Emergência: modalidade de assistência com a finalidade de tratamento e/ou atendimento de urgência e emergência;
- Ambulatório: modalidade de assistência com a finalidade de tratamento e/ou atendimento ambulatorial de retorno;

- Internação Clínica: modalidade de assistência que envolve a internação do paciente em um leito hospitalar com a finalidade de diagnóstico e/ou tratamento;
- Internação Cirúrgica: modalidade de assistência que envolve a internação do paciente em um leito hospitalar com a finalidade de diagnóstico e/ou tratamento cirúrgico.

Apesar de não estar demonstrado na figura anterior, esses processos são extremamente interligados, dependendo evidentemente do diagnóstico apresentado ao usuário. Como, por exemplo, um usuário atendido no processo “Assistência Ambulatorial - Emergência” pode necessitar, após o atendimento emergencial, de uma internação clínica ou mesmo cirúrgica.

Os demais processos foram considerados de apoio, alguns “centrados no usuário”, especificamente os relacionados com a assistência prestada ao usuário, e outros “centrados na gestão”, relativos ao suporte administrativo necessário às atividades assistenciais.

A seguir é apresentada uma descrição sucinta desses processos de apoio:

- Farmácia clínica: processo que compreende armazenamento, distribuição, dispensação e controle dos medicamentos ministrados aos usuários;
- Nutrição e dietética: processo que engloba a manipulação dos alimentos para usuários e funcionários do HPSC;
- Rouparia: processo que compreende a distribuição de roupas limpas e recolhimento das roupas hospitalares sujas (a lavanderia é terceirizada);
- Hotelaria: processo que inclui as atividades de recepção e cadastro dos usuários;
- Materiais e Esterilização: processo que envolve limpeza, acondicionamento, esterilização, guarda e distribuição dos materiais esterilizados;
- Higienização: processo relacionado com a remoção de sujeiras, detritos e desinfecção dos ambientes hospitalares;
- Assistência Social e Psicológica: processo referente ao atendimento prestado ao usuário e familiares nas questões sociais e psicológicas;
- Fisioterapia: processo que envolve a prestação de serviços fisioterapêuticos;

- Exames Laboratoriais: processo que compreende a realização de exames de análises clínicas específicos para o diagnóstico do usuário;
- Exames Radiológicos e Imagem: processo que compreende a realização de exames de RX, Tomografia Computadorizada e Ecografia específicos para o diagnóstico do usuário;
- Hemoterapia: processos que envolvem o emprego terapêutico do sangue, que pode ser transfundido com seus componentes (hemocomponentes) e derivados (hemoderivados);
- Faturamento: processo que compreende o faturamento dos serviços prestados;
- Logística e Suprimentos: processo de gestão de fornecedores, compras, almoxarifado e distribuição de materiais;
- Apoio Operacional: processo que compreende o gerenciamento de contratos firmados entre o HPSC e terceiros;
- Engenharia: processo que envolve a manutenção corretiva e preventiva de equipamentos e instalações hospitalares;
- Assessoria Contábil: processo relacionado à previsão de receita, acompanhamento e execução orçamentária e financeira;
- Arquivo: processo relacionado ao controle de prontuários;
- Desenvolvimento Potencial Humano: processo que envolve as atividades de gestão de pessoas;
- Informática: processo referente à segurança física e lógica dos sistemas de informação;
- Transporte: processo que envolve a transferência de usuários para outras instituições.

O macroprocesso de Assistência Ambulatorial é o processo que engloba a entrada do usuário no Hospital de Pronto Socorro de Canoas. Sendo assim, o processo para análise é a emergência, por incorporar a recepção do usuário através do acolhimento com classificação de risco.

A emergência engloba vários fluxos, os quais são recepção do usuário, acolhimento com classificação de risco, atividades dos médicos e enfermagem na sala de politraumatizados, fluxo da sala de observação, fluxo dos consultórios médicos e do serviço social e psicologia, finalizando na internação ou alta do usuário.

O mapa desse processo é apresentado a seguir através do desenho de seu fluxograma, compreendendo todas as atividades executadas nesse processo.

6.2 FLUXOS E PROCESSOS NA EMERGÊNCIA DO HPSC

O início do processo é na recepção, onde são realizados o Acolhimento com Classificação de Risco e o cadastro do usuário.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2004), o acolhimento é uma ação tecnoassistencial que visa atender todos os que procuram os serviços, acolhendo, escutando e pactuando respostas adequadas aos usuários. Já a tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco, segundo o Ministério da Saúde, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo preestabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

O Hospital de Pronto Socorro de Canoas, universo desta pesquisa, utiliza o modelo americano de Classificação de Risco: Emergency Severity Index Version 4 – ESI. Nesse, segundo Tanabe, Gilboy & Travers (2007), o profissional que realiza o atendimento inicial mediante a queixa do paciente classifica em um dos cinco níveis de acuidade, baseada nos protocolos institucionais e verificação de sinais vitais. Se o paciente não preenche um critério de acuidade alto (nível 1 e 2), é avaliada a quantidade de recursos que serão necessários (nível 3, 4 e 5). A acuidade é determinada pela estabilidade das funções vitais e o potencial risco para a vida, membro ou órgão. A necessidade de recursos é definida como o número de recursos que serão consumidos pelo paciente, de modo que se chegue a uma definição do destino do mesmo (Figura 12).

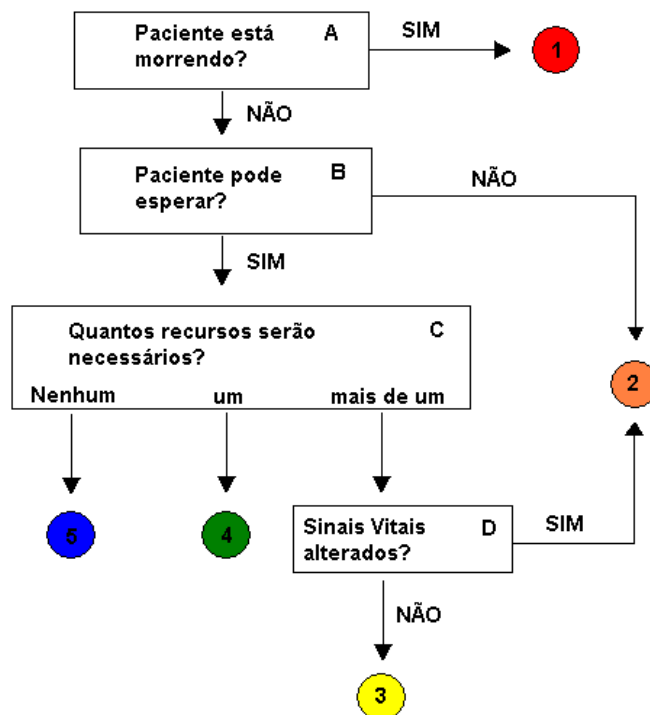


Figura 12 – Algoritmo de decisão – Modelo ESI V4
 Fonte: Adaptado de Tanabe, Gilboy & Travers (2007)

O algoritmo de decisão apresenta os quatro principais pontos de decisão (A, B, C e D), nos quais quatro questionamentos-chave devem ser feitos:

- A. Esse paciente está morrendo?
- B. Esse é um paciente que não pode esperar?
- C. Quantos recursos esse paciente irá necessitar?
- D. Como estão os sinais vitais?

Caso a resposta do ponto de decisão A for sim, o paciente é automaticamente classificado como nível 1. Uma vez que o paciente não tenha sido classificado como nível 1, surge a ponte para a decisão B. Nesse ponto é necessário avaliar se o paciente pode esperar, e para isso é necessário identificar se o paciente está em situação de risco, se está confuso,

letárgico ou desorientado, se está sofrendo de uma dor severa ou acometido por grande sofrimento; caso a resposta para uma dessas perguntas for sim, a classificação será nível 2.

Tradicionalmente, os sistemas de classificação de risco baseiam-se somente na gravidade do paciente. O ESI V4, segundo Tanabe, Gilboy & Travers (2007), usa uma abordagem nova, utilizando, além da gravidade do paciente para priorizar o atendimento, a necessidade de recursos que se espera que o paciente utilize. Assim, no ponto de decisão C, os pacientes são classificados como níveis 3, 4 e 5, de acordo com a quantidade de recursos a serem utilizados no atendimento. No ponto de decisão D, sinais vitais alterados reclassificam o paciente em nível 2.

O HPSC utiliza o modelo de classificação apresentado, pois identifica a necessidade de classificação de risco em 5 níveis e a utilização de um mecanismo baseado na gravidade e nos recursos utilizados, visto que os mesmos são restritos e precisam ser disponibilizados primeiramente aos que mais os necessitam.

Dessa forma, quando o usuário chega ao HPSC através da SAMU, sua entrada ocorre diretamente na Sala de Politraumatizados, sendo considerado na entrada um paciente com classificação vermelha; é realizada uma avaliação pela equipe do HPSC para verificar se a classificação é mantida ou é alterada. As atividades são apresentadas na figura a seguir.

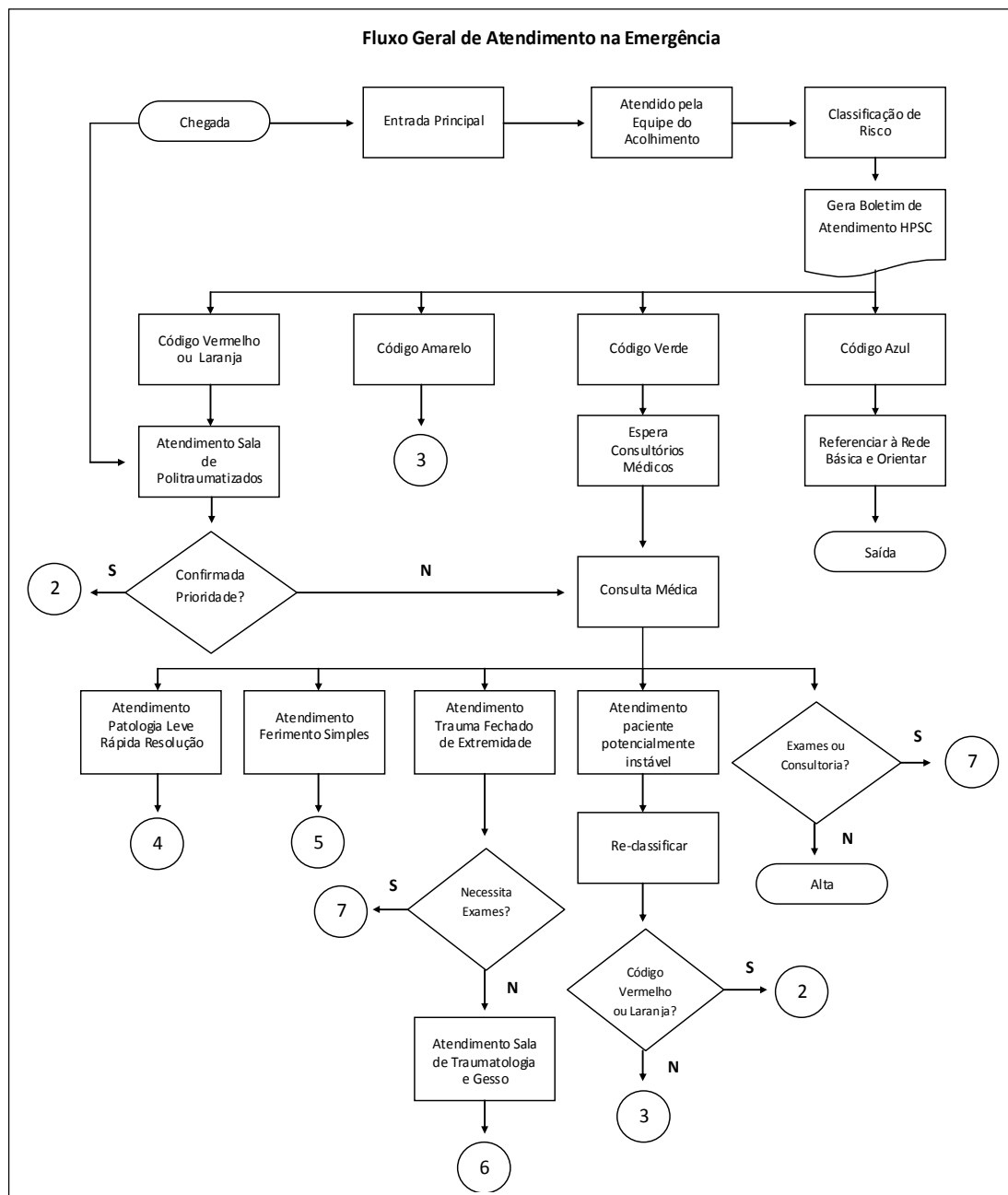


Figura 13 - Fluxo Geral de Atendimento na Emergência

Conforme demonstrado no Fluxo Geral de Atendimento na Emergência, caso o usuário seja classificado com código vermelho ou laranja, o mesmo é encaminhado para a Sala de Politraumatizados ou Sala de Emergência, que possui as seguintes características:

- Local específico para atender pacientes com potencial risco de morte e patologias agudas;

- Conta-se inicialmente com estrutura funcional para atendimento concomitante de até 06 pacientes;
- A capacidade de atendimento é variável e está relacionada à demanda;
- Sala de responsabilidade do Médico Socorrista;
- A responsabilidade pelo atendimento inicial é do Médico Socorrista; esse poderá solicitar auxílio das demais especialidades de plantão (Cirurgião Geral e do Trauma, Neurocirurgião, Traumatologista/Ortopedista, Cirurgião Plástico, Cirurgião Bucomaxilofacial, Pediatra, Intensivista) já na fase inicial do atendimento;
- O atendimento de Enfermagem é feito pela equipe, respeitando as atribuições e competências de cada categoria, sempre sob supervisão do Enfermeiro;
- O atendimento nessa sala é prioridade para todos os profissionais de plantão no HPSC;

A permanência de pacientes nessa sala não deve exceder 12 horas. Após esse prazo, o Médico Socorrista deverá comunicar a Coordenação da Emergência para providências.

As atividades executadas nessa etapa são demonstradas no fluxo de processo, na sequência.

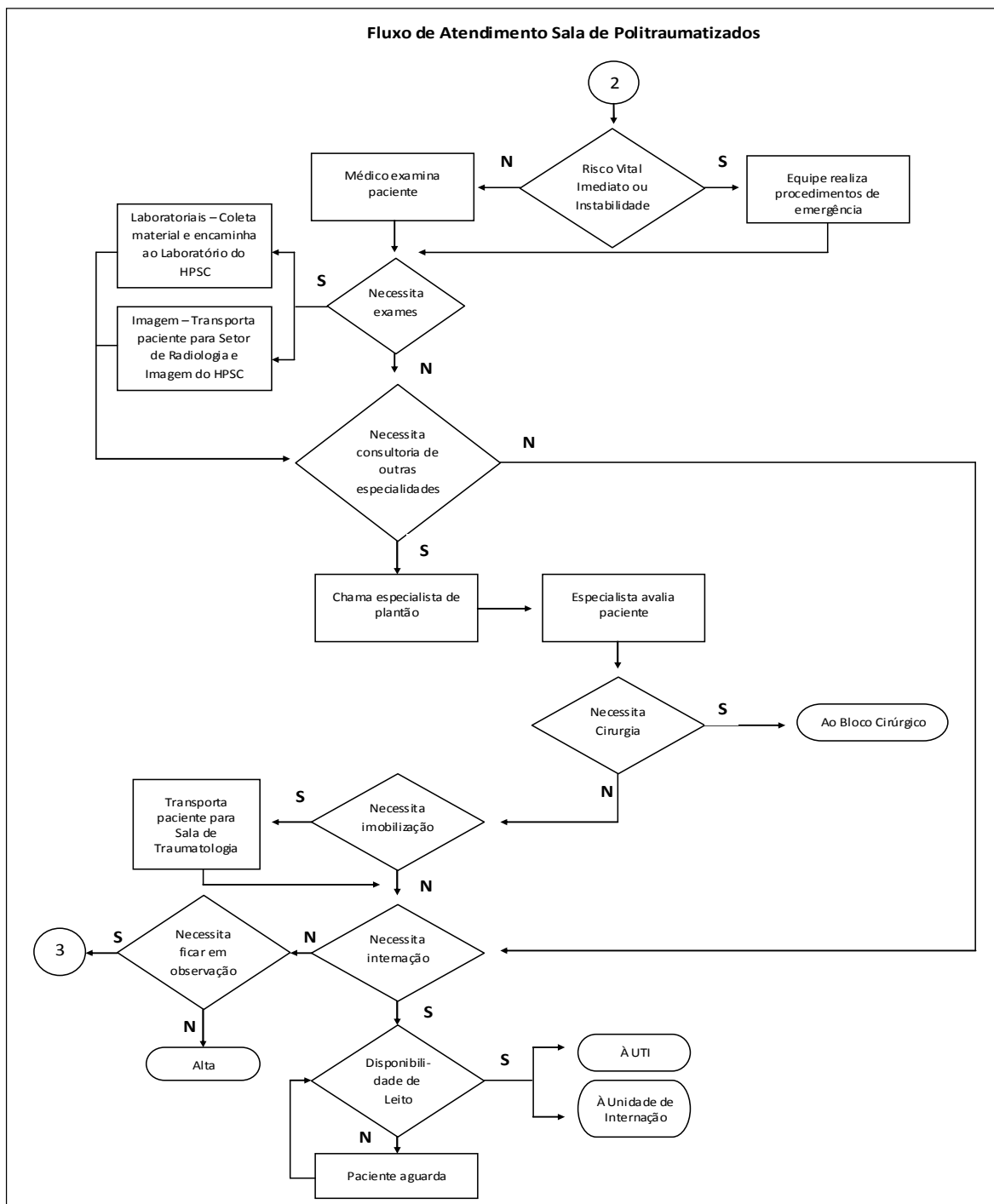


Figura 14 - Fluxo de Atendimento Sala de Politraumatizados

Segundo o Fluxo Geral de Atendimento na Emergência, o usuário classificado no código amarelo é encaminhado para a Sala de Observação, que possui características como:

- Capacidade de 12 boxes, cada qual com 02 macas móveis, sendo que 02 boxes são exclusivos para a pediatria;
- O atendimento médico é prestado por um Médico Socorrista ou Pediatra e pela equipe de Enfermagem, composta de Técnicos de Enfermagem e um Enfermeiro;
- Nessa sala são realizadas avaliações médicas dos especialistas;
- Permanecem pacientes em observação por até 24 horas ou pacientes internados aguardando leito nas Unidades de Internação.

A seguir é apresentado o fluxo de atendimento dessa sala.

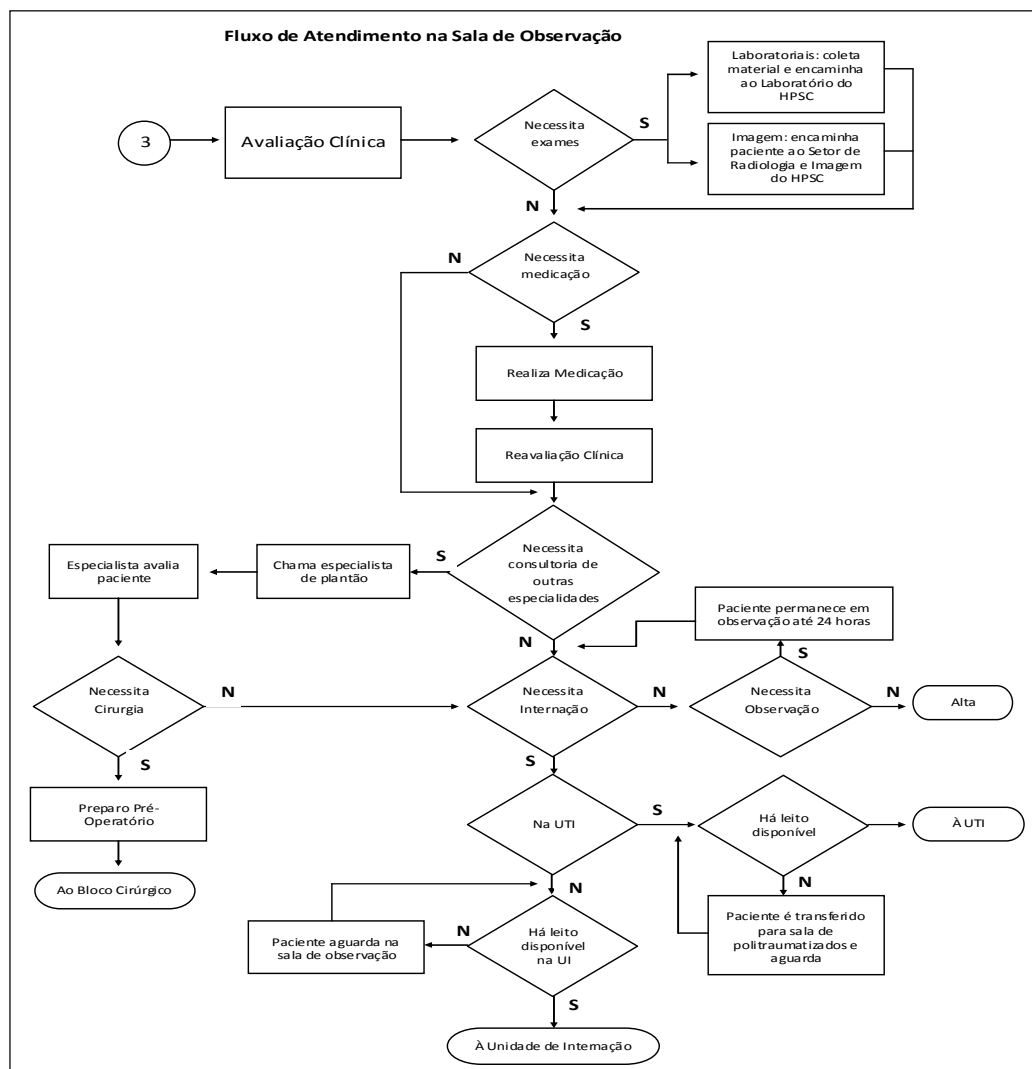


Figura 15 - Fluxo de Atendimento na Sala de Observação

Outro fluxo complementar ao Fluxo Geral de Atendimento na Emergência é o atendimento na Sala de Inalação e Medicação. As características básicas dessa sala são:

- Local específico para pacientes com cuidados mínimos – exclusivamente medicação;
- Nessa sala são realizadas administrações de medicamentos orais, endovenosos, intramusculares e inalatórios;
- Coleta de exames laboratoriais a pacientes exclusivamente oriundos dos consultórios (classificados com código verde);
- O atendimento de enfermagem é prestado por Técnicos de Enfermagem sob supervisão do Enfermeiro da Sala de Observação;
- Sala sob responsabilidade do Médico Socorrista da Sala de Observação.

As atividades desenvolvidas nessa sala são detalhadas no fluxo apresentado na Figura 16.

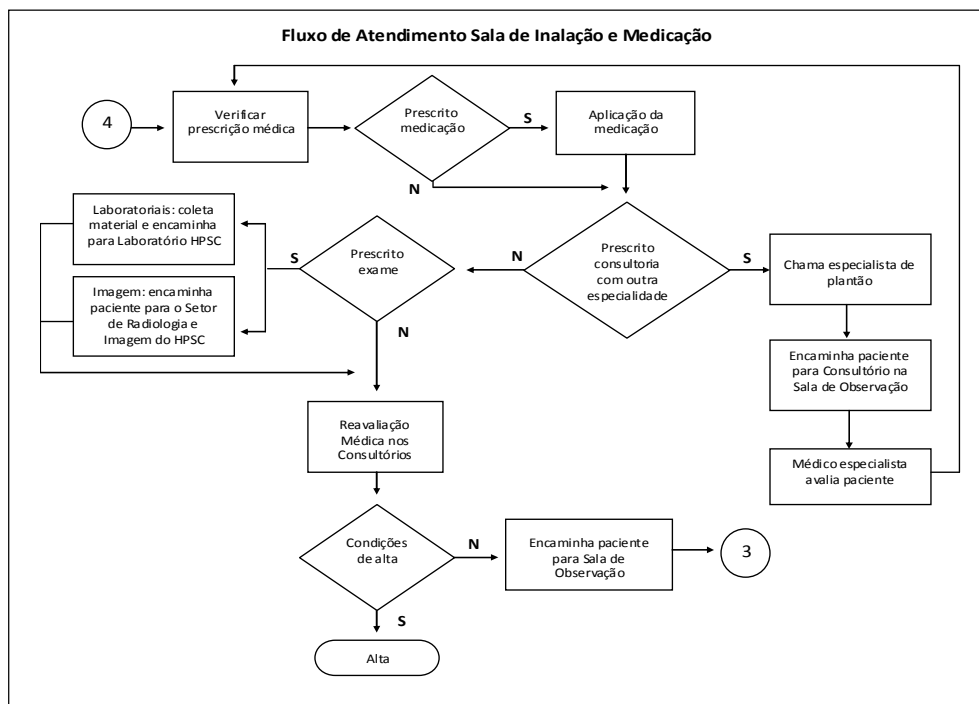


Figura 16 - Fluxo de Atendimento Sala de Inalação e Medicação

A Sala de Sutura do Hospital de Pronto Socorro de Canoas possui as seguintes características de funcionamento:

- Local específico para atender pacientes com pequenos ferimentos e queimaduras;
- Nessa sala são realizadas pequenas suturas e curativos de traumas de até no máximo 24 horas;
- Capacidade para três pacientes em atendimento concomitante;
- O atendimento de enfermagem é prestado por técnicos de Enfermagem sob supervisão do Enfermeiro da Sala de Politraumatizados;
- Sala de responsabilidade do Cirurgião Plástico.

A seguir é desenhado o fluxo de atendimento nessa sala.

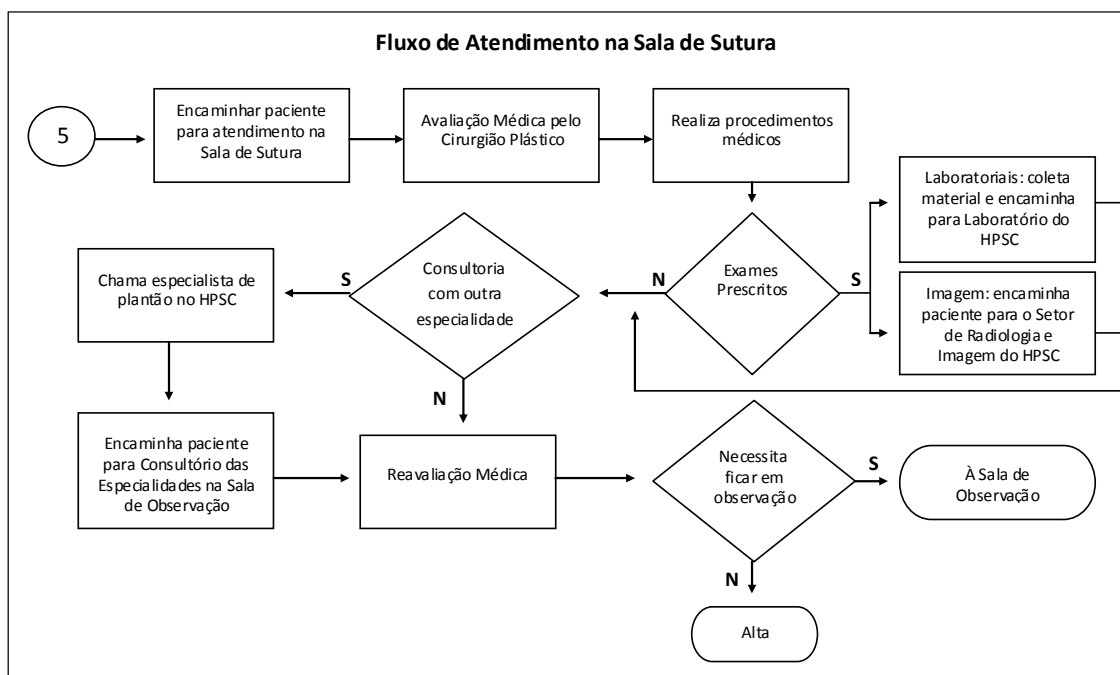


Figura 17 – Fluxo de Atendimento na Sala de Sutura

Outro fluxo identificado na Emergência do HPSC é o atendimento na Sala de Traumatologia – Ortopedia. Essa sala compreende:

- Local específico para atendimento de pacientes com traumatismo músculo esquelético fechado;
- Sala de responsabilidade do Médico Traumatologista;
- Atendimento é prestado por técnicos gessistas sob supervisão do Médico Traumatologista;
- Nessa sala são realizadas as consultas traumatológicas e todos os procedimentos pertinentes a esse tipo de trauma (trações, talas gessadas, imobilizações).

Na figura 18 é apresentado o fluxo de atendimento dessa sala.

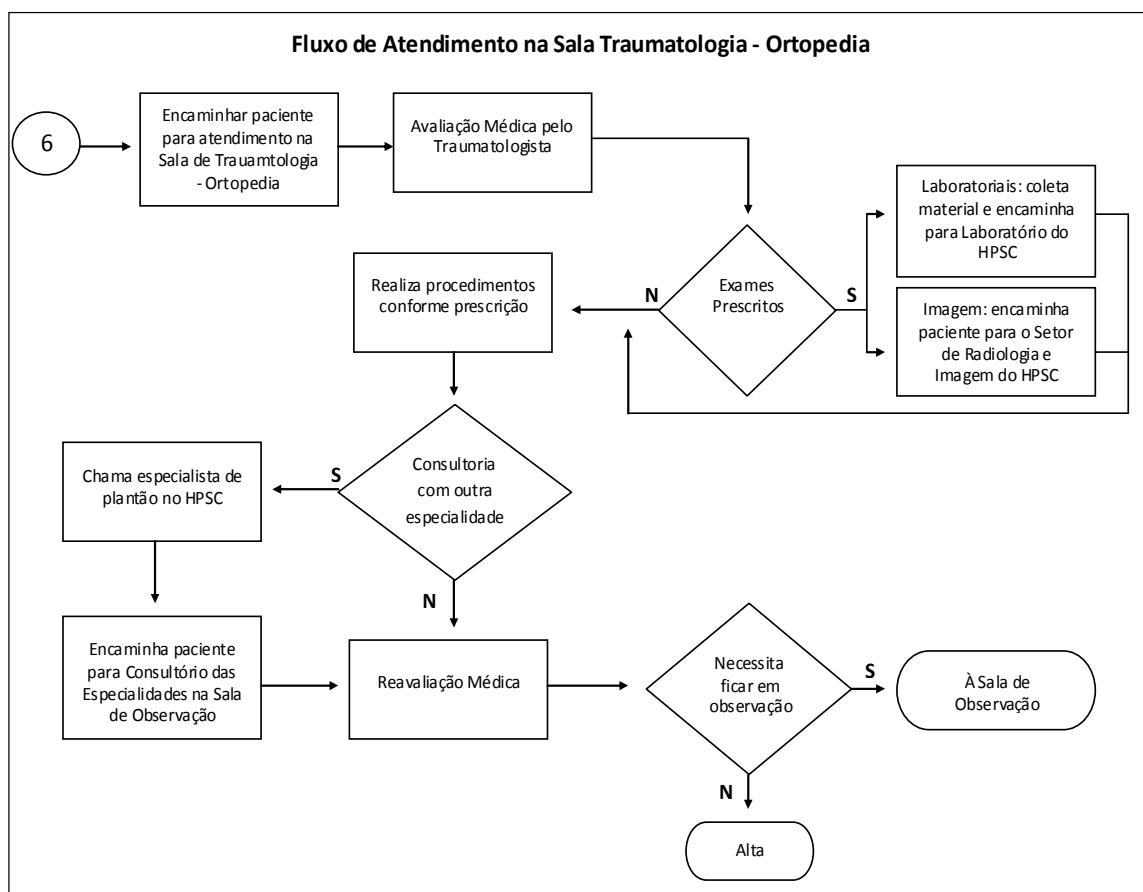


Figura 18 - Fluxo de Atendimento na Sala de Traumatologia – Ortopedia

Conforme visualizado no Fluxo Geral de Atendimento na Emergência, o usuário atendido nos consultórios médicos que necessita realizar exames e/ou consultoria com outra especialidade segue o seguinte fluxo:

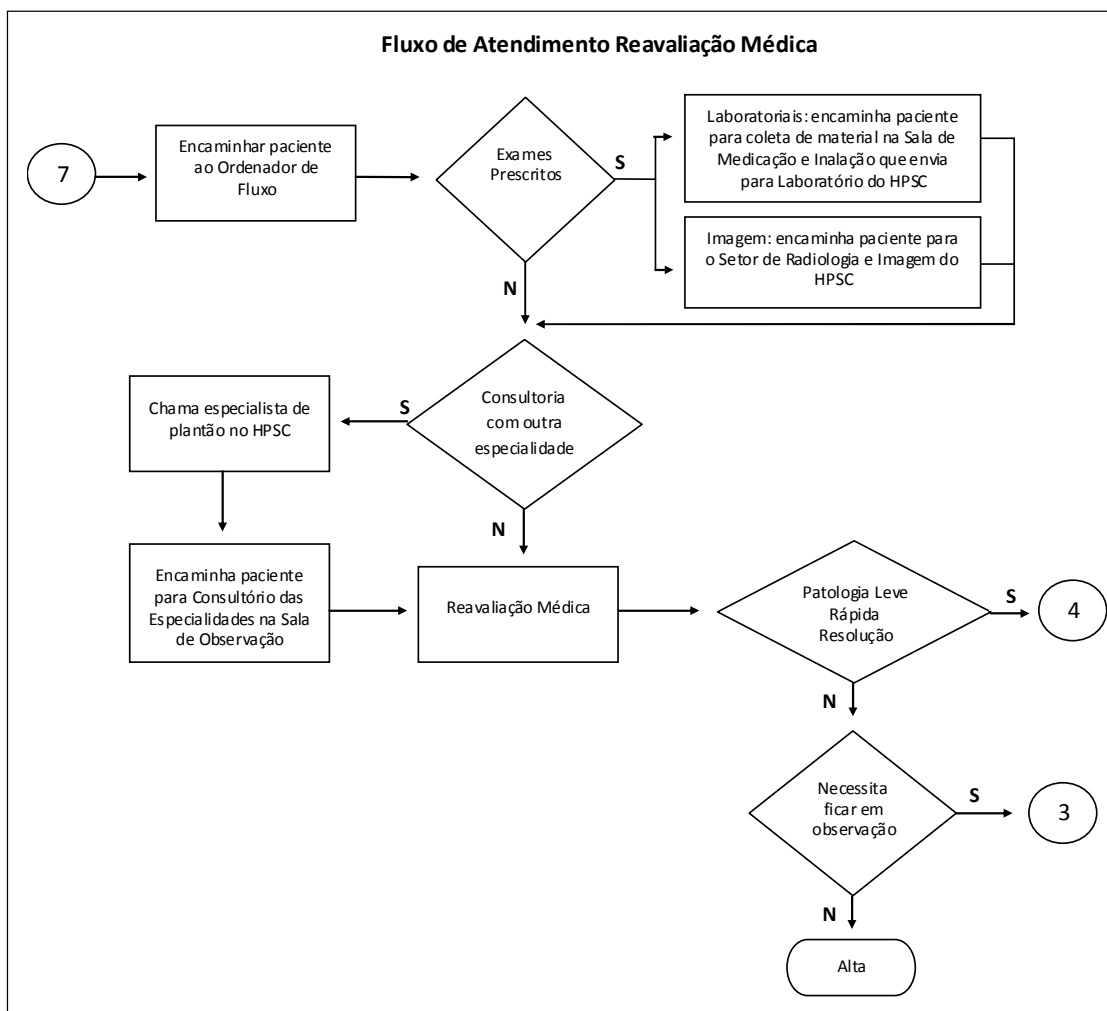


Figura 19 - Fluxo de Atendimento Reavaliação Médica

Assim, após análise dos fluxos de atendimento na Emergência, identifica-se que o acolhimento com classificação de risco é o direcionador para as demais atividades do Hospital de Pronto Socorro de Canoas. Ou seja, a partir da queixa principal (sintoma guia), o enfermeiro classifica o usuário de acordo com a gravidade em cinco cores distintas, encaminhando aos demais processos da organização, conforme resumo apresentado na figura 20.

É necessário apontar que a classificação de risco pelo enfermeiro é uma prática contestada, visto que a enfermagem não tem respaldo ético e legal pela impossibilidade da mesma em estabelecer diagnóstico de gravidade.

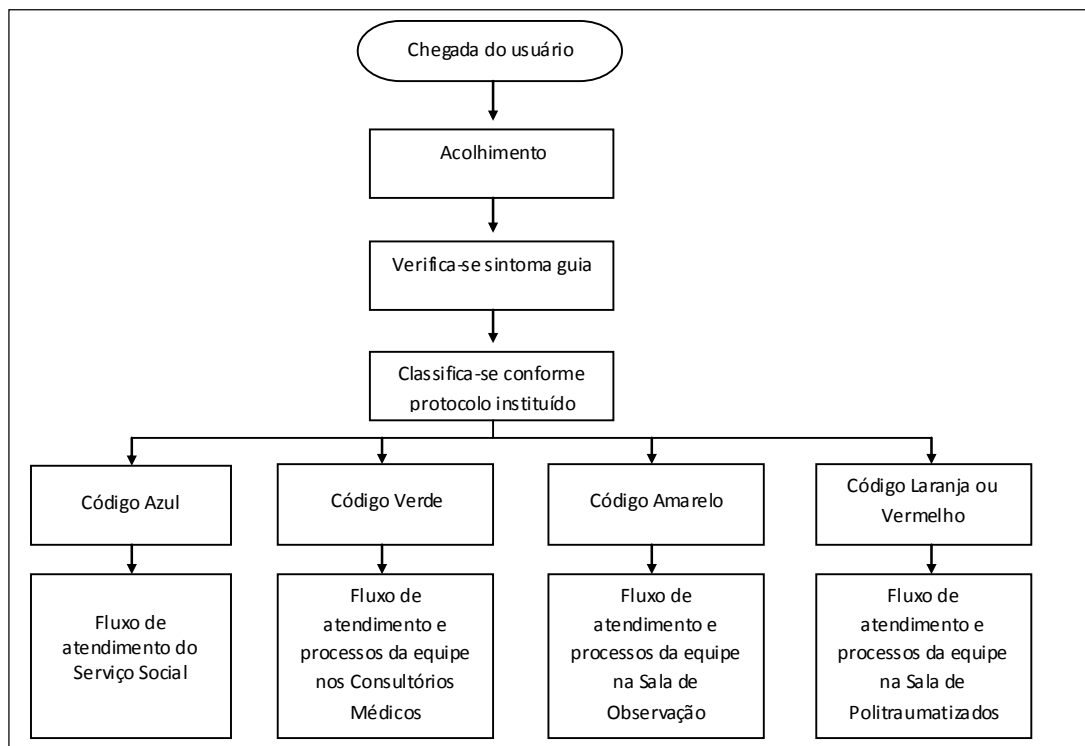


Figura 20 – Diagrama de encaminhamento do Acolhimento

A classificação de risco do usuário também pode ser visualizada na ordenação da estrutura física do HPSC, conforme desenho da planta do Setor de Emergência.

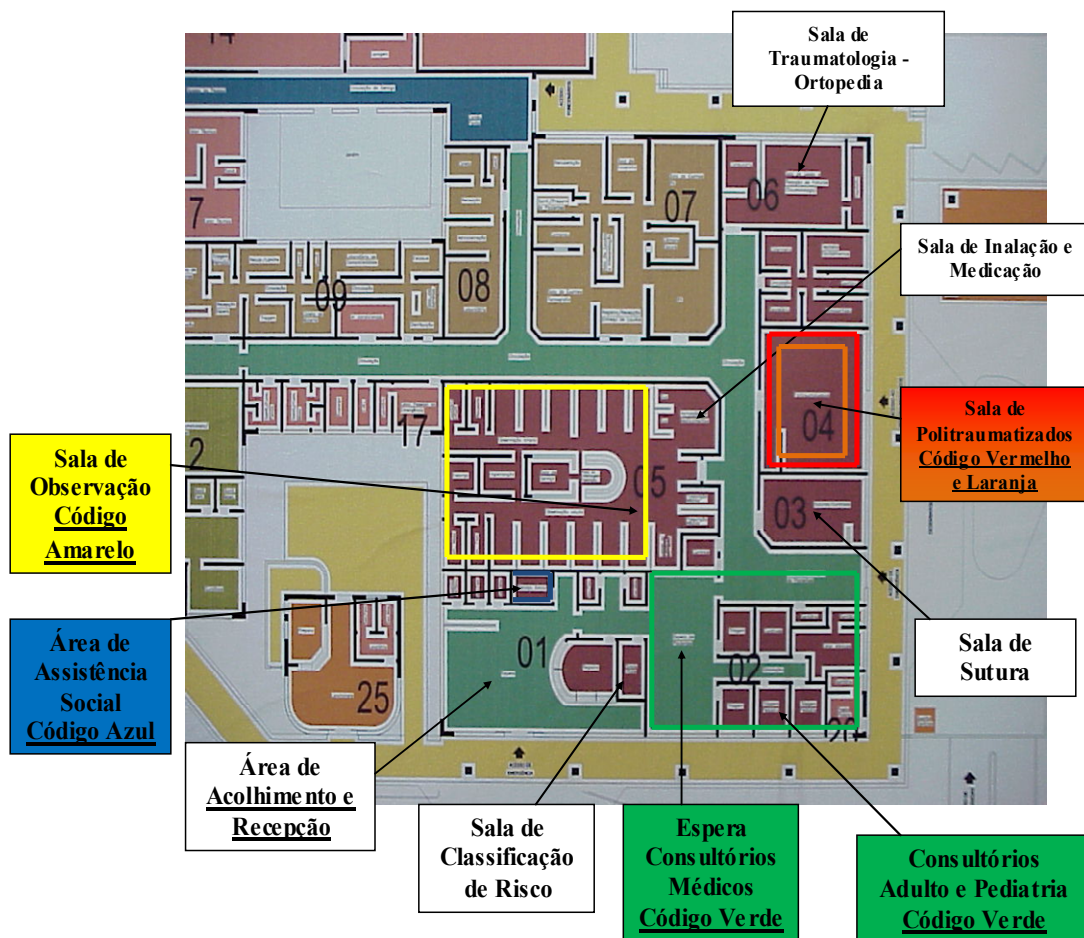


Figura 21 - Planta Emergência X Classificação de Risco
 Fonte: Adaptado Planta Baixa do HPSC (2005).

Percebe-se, na análise do processo, uma série de atividades que disparam novos processos em outras áreas da organização. Sendo assim, evidenciam-se as integrações para o bom atendimento ao usuário.

Na sequência, foram identificadas as interfaces entre os diferentes serviços do HPSC, sendo apresentadas a seguir. Algumas interfaces foram adicionadas apesar de não constar dos fluxos apresentados pela complexidade das relações.

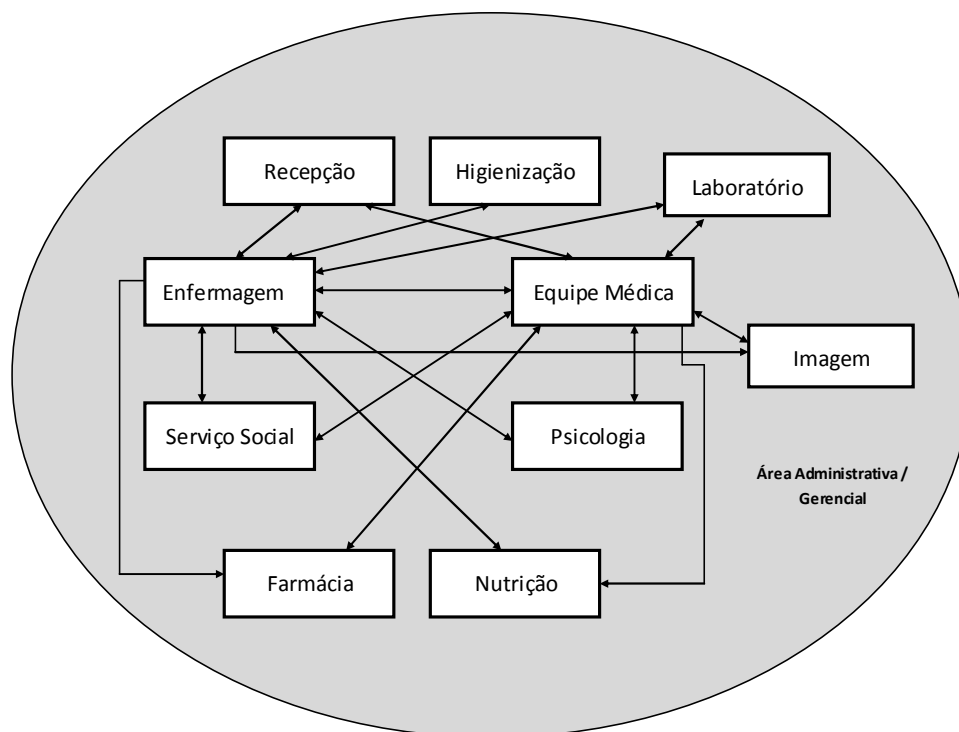


Figura 22 - Interfaces do Processo Atendimento na Emergência

7 DISCUSSÃO

Como se pôde verificar na etapa anterior, a configuração estrutural do Hospital de Pronto Socorro de Canoas aproxima-se da configuração denominada por Mintzberg (2003) de Burocracia Profissional, baseada na padronização de habilidades, em que o núcleo operacional (membros da organização que executam o serviço assistencial) é a parte principal. Evidencia-se uma descentralização vertical e horizontal, pois grande parte das decisões depende de informações e habilidades provenientes desses profissionais da equipe assistencial. E, conforme identificado nas interfaces do Processo de Atendimento na Emergência, há uma grande interligação entre esses profissionais.

O trabalho na emergência apresenta algumas características específicas, exigindo que os profissionais tenham agilidade e competência para atender as necessidades identificadas. Trata-se de um ambiente de trabalho no qual o tempo é limitado, as atividades são inúmeras e a situação clínica dos usuários exige que o profissional faça tudo para afastá-lo do risco de morte. Assim, o processo se molda na luta contra o tempo para o alcance do equilíbrio vital.

Observando o fluxo de atendimento na Emergência do HSPC, identifica-se que, a partir da classificação de risco, cada código (azul, verde, amarelo, laranja e vermelho) gera um novo fluxo, distinto dos demais. Ou seja, percebe-se que o usuário classificado no código vermelho é encaminhado para a Sala de Politraumatizados e entra no fluxo de atendimento dessa sala. O paciente “amarelo” é encaminhado à Sala de Observação e a seus processos, e assim sucessivamente com os demais códigos e áreas afins. Assim se entende que a classificação de risco auxilia na otimização do tempo de atendimento ao paciente mais grave, bem como na alocação de profissionais conforme suas habilidades, remetendo segurança ao usuário, que vai ser atendido por uma equipe qualificada, e ao profissional, que tem conhecimento da gravidade dos usuários que chegam para o atendimento.

Durante o estudo foi frequente a visualização de pessoas que utilizam a porta da urgência/emergência não somente para casos agudos, mas também de forma eletiva, para complementar os atendimentos das Unidades Básicas de Saúde e das unidades especializadas. “... a gente atende muita coisa que não é para nós, que se poderia resolver em um posto de saúde”, comenta uma enfermeira durante o período de observação.

Nesse ponto, o Acolhimento com Classificação de Risco auxilia os profissionais das unidades de urgência/emergência a priorizar os casos mais graves, identificar os pacientes com condições de espera, bem como referenciar aqueles que não necessitam de atendimento hospitalar. Porém nos deparamos com a falta de estrutura da rede municipal quando escutamos a enfermeira do Setor Acolhimento: “Não posso mandá-lo para o posto, lá não tem médico”, referindo-se a um paciente com queixa de dor nas costas há dias.

Faz-se necessária não apenas a organização das unidades de atendimento hospitalar às urgências e emergências, mas a reestruturação de todos os serviços de saúde para o recebimento e encaminhamento das urgências, o que implica a discussão da organização de todo o sistema de atenção à saúde.

Os profissionais enfatizam a necessidade de qualificar o atendimento nas demais unidades de saúde. “Muitos pacientes são encaminhados para receber avaliação aqui porque apresentam dor no peito, e no posto não tem aparelho de ECG e nem médico para interpretar”, relata uma médica durante o período de observação.

É importante e necessário que a discussão sobre a organização do sistema de atenção às urgências ultrapasse o ambiente hospitalar e seja incluída na agenda de todas as unidades de saúde. Do contrário, o paciente vai continuar procurando atendimento onde há condições, porém atualmente esses locais são ilhas, geralmente instituições hospitalares, em meio a uma massa de pacientes em busca de atendimento.

As urgências e emergências remetem-nos às condições de atendimento que exigem medidas terapêuticas mediatas e imediatas, em que há risco à vida. Nesse sentido, há a necessidade de desenvolvimento de aparatos tecnológicos que reabilitem pessoas no menor tempo possível e com menor grau de sequelas (PINHO; KANTORSKI; ERDMANN, 2005).

A grande procura de pacientes pelo serviço de urgência/emergência, bem como a habilitação na referência ao atendimento de urgência/emergência em traumato/ortopedia para 35 municípios. A utilização da tecnologia de Classificação de Risco é destacada como importante instrumento para a organização do fluxo de trabalho no atendimento às urgências e emergências.

Assim sendo, o Acolhimento com Classificação de Risco pressupõe agilidade no atendimento, com base numa análise, sob a ótica de protocolo preestabelecido, do grau da necessidade de acesso do usuário ao serviço de saúde (BRASIL, 2006), proporcionando uma

atenção centrada na complexidade e não na ordem de chegada, garantindo um atendimento mais qualificado àquele que mais necessita, visto que, muitas vezes, a demanda de pacientes é superior à capacidade, ocasionando uma sobrecarga de ações.

Pôde-se verificar que cada área possui suas características e dimensionamento de profissionais capacitados para a execução das atividades ali realizadas. Então podemos identificar que o Acolhimento com Classificação de Risco auxilia a alocação de profissionais conforme suas habilidades, remetendo segurança ao usuário, que vai ser atendido por uma equipe qualificada, e ao profissional, que tem conhecimento da gravidade dos usuários que chegam para o atendimento. O direcionamento que a Classificação de Risco dá aos fluxos das diferentes áreas facilita a distribuição de materiais e medicamentos. Ou seja, a Farmácia e o Almoxarifado possuem a informação das características de atendimento de cada sala. Assim abastecem com materiais e medicamentos específicos para a gravidade de atendimento de cada área. Na Figura 21, percebemos que a classificação de risco também organiza a estrutura física da Emergência do HPSC. No mapa, podemos identificar as áreas específicas de atendimento por gravidade, facilitando assim a adaptação da estrutura física ao tipo de atendimento, com instalação de equipamentos e tubulação adequados.

Porém as diretrizes do Acolhimento com Classificação de Risco vão além das características aqui mencionadas. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o acolhimento é uma ação technoassistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário, alterando os processos de trabalho em saúde e visando atender todos os que procuram os serviços, acolhendo, escutando e pactuando respostas adequadas aos usuários.

Franco e Merhy (2003) afirmam que basta aumentar a cobertura de um serviço, se o mesmo não oferecer qualidade na assistência, com um efetivo acolhimento e resolutividade dos problemas e expectativas dos usuários. É preciso modificar a organização do trabalho centrado no médico para uma organização centrada no usuário a partir da formação de uma equipe multiprofissional. Deve-se construir uma nova ética da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania. Evidencia-se, então, que o acolhimento ultrapassa a visão simplista de receber bem.

Assim podemos identificar que o Acolhimento com Classificação de Risco do HPSC é caracterizado mais como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção e ambiente

confortável, ora como uma ação de triagem e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.

Um dos grandes desafios impostos aos trabalhadores, às instituições e à sociedade é a busca de um novo modo de gerir e operar processos de trabalho que levem em conta as diretrizes do acolhimento, do vínculo, da responsabilização e da autonomia dos sujeitos.

8 CONCLUSÃO

A trajetória percorrida neste estudo permitiu descrever os principais processos de trabalho e os fluxos de um serviço de urgência e emergência, bem como identificar como o acolhimento com classificação de risco se insere nestes.

A utilização da observação como técnica para coleta de dados permitiu acompanhar e registrar os movimentos, as ações, os diálogos mantidos e as relações entre os profissionais e usuários.

Percebeu-se que o trabalho nas emergências apresenta características específicas: tempo limitado, as atividades são inúmeras, a situação clínica dos pacientes exige que o profissional faça tudo para afastá-lo do risco de morte. Alinhado a isso, a grande procura de pacientes pelo atendimento na emergência é responsável por ocasionar a superlotação e dificuldades no atendimento realizado. O Acolhimento com Classificação de Risco permite a otimização do tempo de atendimento, priorizando os casos mais graves, a identificação dos pacientes com condições de espera, bem como referenciar aqueles que não necessitam de atendimento hospitalar.

Para tanto, faz-se necessária a organização das unidades hospitalares, bem como a reestruturação das demais unidades de atendimento às urgências, através da disponibilização de pessoal qualificado, materiais e equipamentos compatíveis com as características de um atendimento de urgência e emergência.

Este estudo permitiu visualizar que o acolhimento com classificação de risco auxilia na organização interna dos fluxos e processos de trabalho de um serviço de urgência e emergência, facilitando o dimensionamento de profissionais, a distribuição de materiais e medicamentos, bem como a adaptação da estrutura física ao tipo de atendimento. Porém as diretrizes do Acolhimento com Classificação de Risco vão além das características mencionadas, incluindo: ação e escuta, atendimento solidário, centralização no usuário, resolutividade, diversidade e tolerância aos diferentes, ultrapassando a visão simplista de receber bem. Assim identifica-se que o Acolhimento com Classificação de Risco existente no hospital em estudo caracteriza-se ora como instrumento de triagem e ordenador de fluxo.

Acredita-se que este estudo ampliou a discussão da organização do atual sistema de atenção às urgências e emergências, assim como identificou pontos importantes a serem revistos no Acolhimento com Classificação de Risco do HPSC a fim de implantá-lo enquanto política preconizada pelo Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ADAIR, Cherlene B.; MURRAY, Bruce A. **Revolução total dos processos**. São Paulo: Nobel, 1996.

ARAUJO, Luis César G. de. **Organização, sistemas e métodos e as tecnologias de gestão organizacional**: arquitetura organizacional, benchmarking, empowerment, gestão pela qualidade total, reengenharia. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3.ed. ampl. Brasília, DF: Ed. Do Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. W. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CRUZ, Tadeu. **Sistemas, organizações e métodos**: estudo integrado das novas tecnologias de informação. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

CURY, Antonio. **Organização e métodos**: uma visão holística. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

D'ASCENÇÃO, Luiz Carlos M. **Organização, sistemas e métodos**: análise, redesenho e informatização de processos administrativos. São Paulo: Atlas, 2001.

DAVENPORT, T. H. **Reengenharia de processos**. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

DONALDSON, Lex. Teoria da contingência estrutural. In: CLEGG, Stewart; HARDY, Cynthia; NORD, Walter. **Handbook de estudos organizacionais**: modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais. São Paulo: Atlas, 1999. v. 1. p. 105-133.

FELISBERTO, Luciana Márcia et. al. Proposta de sistematização da assistência de enfermagem a portadores de hepatites virais no Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias – CTR/DIP Orestes Diniz. In: ENCONTRO DE EXTENSÃO UFMG, 8., 2005, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: UFMG, 2005. p. 10.

HALL, Richard H. **Organizações: estrutura e processos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Prentice / Hall do Brasil, 1984.

HAMMER, M.; CHAMPY, J. **Reengenharia revolucionando a empresa em função dos clientes, da concorrência e das grandes mudanças da gerência**. 22. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

HARRINGTON, H. James. **Aperfeiçoando processos empresariais**. São Paulo: Makron Books, 1993.

HINNINGS, Bob. Organizations and their structures. In: WESTWOOD, Robert; CLEGG, Stewart. **Debating organization: point-counterpoint in organizations studies**. United Kingdom: Blackwell Publishing, 2003. p. 273-283.

LIMA, M. A. D. da S. **O Trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. 1998. 216 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

LOPES, M. J. M.; SILVA, J. L. A. Estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 683-688, jul./ago. 2004.

LUDWIG, M. L. M. **O Contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário**. 2000. 115 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

MARANHÃO, Mauriti; MACIEIRA, Maria Elisa Bastos. **O processo nosso de cada dia: modelagem de processos de trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

MARQUES, G. Q. **Demandas do pronto atendimento e os processos de trabalho em serviços de porta aberta**. 2004. 131 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

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

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde**. 1998. 230 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MERHY, E. E. et al. Acolhimento: um relato da experiência de Belo Horizonte. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C. Reis. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Sistemas, organização e métodos: uma abordagem gerencial**. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P.; ERDMANN, A. L. Práticas de cuidado em uma unidade de emergência: encontros e desencontros segundo familiares de pacientes internados. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n. 1, p. 7-12, jan./mar. 2005.

RAMOS, D. D. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde**. 2001. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

RANSON, S.; HINNINGS, B.; GREENWOOD, R. The structuring of organizational structures. **Administrative Science Quarterly**, New York, v. 25, n. 1, p. 1-17, Mar. 1980.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, A. F. S. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

ROSA, Raquel Borba. **A doença não marca hora, não marca dia: acolhimento e resolutividade em uma equipe de saúde da família**. 2006. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

RUMMLER, G. A.; BRACHE, A. P. **Melhores desempenhos das empresas**. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 1994.

SANTOS, J. S. et al. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 214, p. 498-515, abr./dez. 2003.

SKABA, M. M. V. F. **O Vício da adrenalina**: etnografia da violência num hospital de emergência. 1997. 135 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

SMITH, Howard; FINGAR, Peter. **Business process management**: the third wave. Florida: Advanced Business – Technology Books for Competitive Advantage, 2003.

STAKE, R. **Investigación com estúdios de casos**. Madrid: Morata, 1998.

TANABE, P.; GILBOY, N.; TRAVERS, D. A. Emergency severity index version 4: clarifying common questions. **Journal of Emergency Nursing**, New York, v. 33, n. 2, p. 182-185, Apr. 2007.

TEIXEIRA, José Manoel de Camargo et al. **Organização do fluxo de atendimento em um serviço de emergência**. 2005. Disponível em: http://www.premiomariocovas.sp.gov.br/pesquisa2005/Eficiencia%20e%20Desburocrizacao/ED_500.DOC. Acesso em: 10 nov. 2008.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 89-111.

APÊNDICE A – INDICADORES HPSC

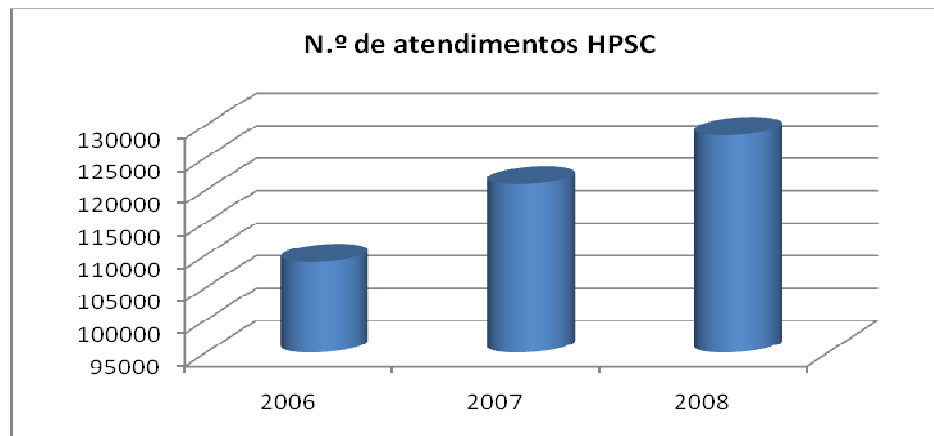


Figura 23 – Número de atendimentos no HPSC
 Fonte: Estatística do HPSC

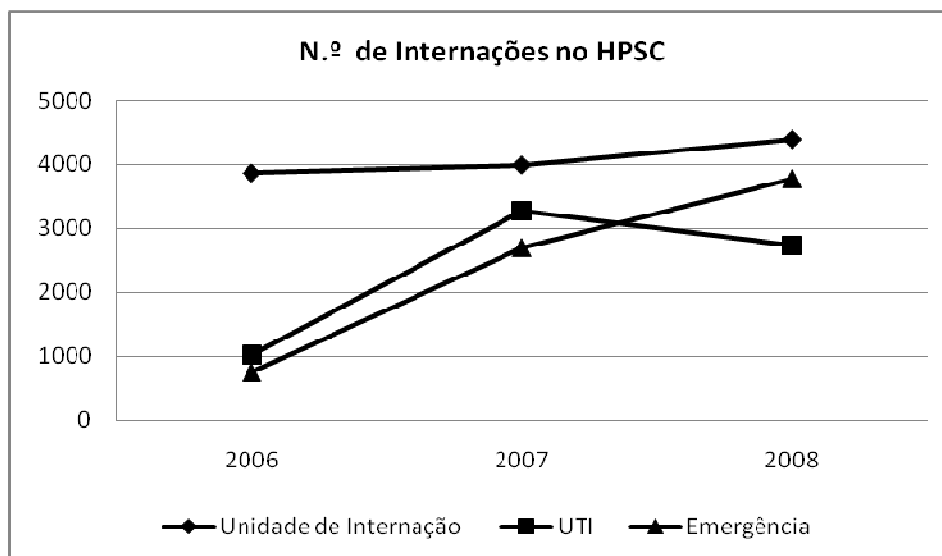


Figura 24 – Número de internações no HPSC
 Fonte: Estatística do HPSC

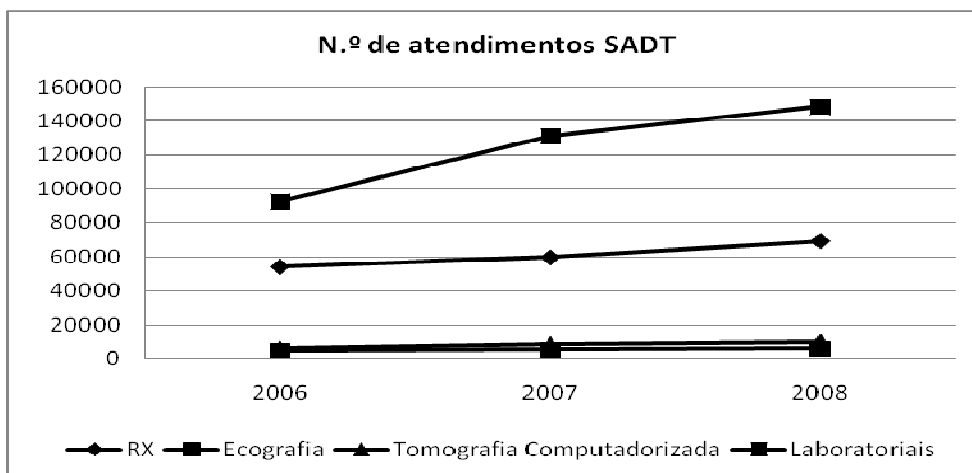


Figura 25 – Número de atendimentos em SADT
 Fonte: Estatística do HPSC

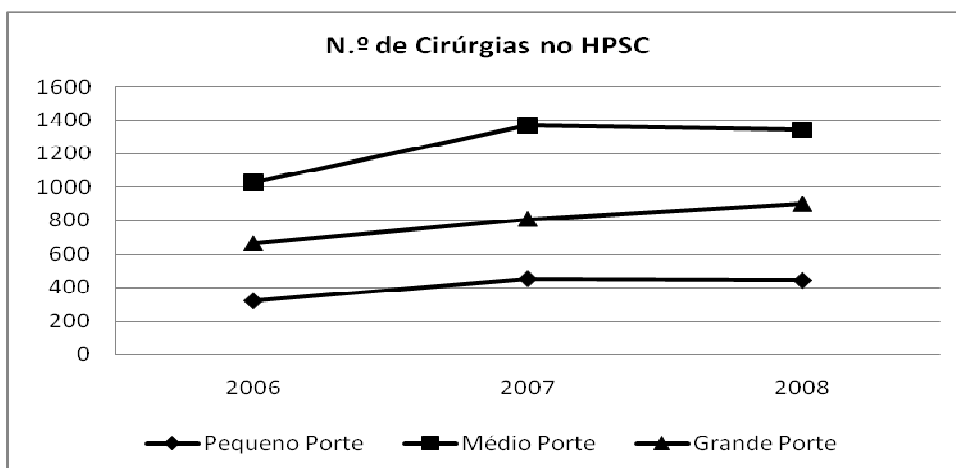


Figura 26 – Número de cirurgias no HPSC
 Fonte: Estatística do HPSC

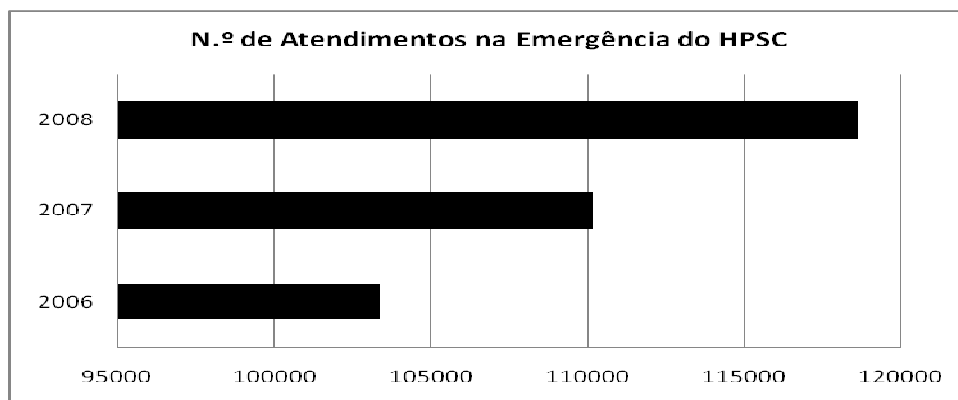


Figura 27 – Número de atendimentos na Emergência no HPSC

Fonte: Estatística do HPSC

APÊNDICE B – FICHA DE OBSERVAÇÃO*Ficha de Observação*

Data: _____. Hora: _____. Local: _____.

Observações	Comentários

