

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

PRISCILA SCHEIN MELZER

**ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE SAPIRANGA**

PORTO ALEGRE

2012

PRISCILA SCHEIN MELZER

**ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE SAPIRANGA**

**Monografia apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de especialista em Gestão
em Saúde, pela Escola de Administração da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul -
UFRGS**

Orientadora: Prof^a. Dr^a Mariana Baldi

PORTO ALEGRE

2012

Dedico este trabalho a todos os pacientes que esperam receber um atendimento humanizado e a todos os profissionais que vivenciam diariamente uma nova experiência de acolhimento dentro das emergências do serviço público de saúde.

“Cada ser humano é único em sua experiência e história de vida. Compartilhar quem somos com a nossa presença e abertura é um dos caminhos para se desenvolver como pessoa, com o próximo e com a vida” (FONG, [2012]).

RESUMO

Praticar acolhimento com classificação de risco é o que hoje se tem buscado na saúde, sendo que esta experiência se encontra consolidada em muitos serviços de urgência e emergência. O objetivo deste trabalho foi avaliar a percepção dos funcionários do Hospital de Saporanga, Rio Grande do Sul, no período de Janeiro de 2012, quanto às mudanças implementadas no serviço de urgência e emergência com vistas a humanização e acolhimento na oferta de atendimento. O método de pesquisa utilizado foi o estudo de caso qualitativo. A população do estudo foi constituída pelos técnicos de enfermagem, recepcionistas e médicos do setor de urgência e emergência do Hospital de Saporanga. As informações foram coletadas por meio de questionário e de entrevista semi-estruturada. Evidenciaram-se os seguintes resultados: agilidade no atendimento, diminuindo o tempo de espera pelo atendimento e melhoria do espaço (estrutura física), com a criação de novos ambientes e de uma nova estrutura de trabalho com a contratação de profissionais qualificados. Torna-se necessário trabalhar a satisfação do usuário encaminhado a um outro serviço de referência, pois este sente-se insatisfeito, é preciso treinar a equipe para orientar o paciente. A triagem e classificação de risco são um diferencial no atendimento.

Palavras-chave: Classificação de risco. Triagem. Acolhimento.

ABSTRACT

Practicing reception and risk assessment is what today has been sought in health, being this experience consolidated in many urgency and emergency services. The aim of this study was to evaluate the perception of employees of Sapiranga's hospital, Rio Grande do Sul, during January 2012, in relation to the changes implemented in the urgency and emergency services. These changes aimed at humanization and reception in the guest services offer. The research method used was a qualitative case study. The study population was formed by nursing technicians, receptionists and doctors from the urgency and emergency of Sapiranga's Hospital. The information was collected through questionnaire and semi-structured interview. The following results were highlighted: agility in the guest services reducing the waiting time and environment improvement (physical structure) with new rooms and a new working structure with the hiring of qualified professionals.

It is necessary to work the user's satisfaction forwarded to another reference service, because he/she feels unsatisfied. It is also necessary to train the staff to orient the patient. The trial and risk assessment are a differential in guest services.

Keywords: Risk assessment. Trial. Reception.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------|---|
| CONASS | Conselho Nacional dos Secretários de Saúde |
| FA | Ficha de Atendimento |
| HCPA | Hospital de Clínicas de Porto Alegre |
| MS | Ministério da Saúde |
| PDAI | Programa de Desenvolvimento e Aprimoramento Institucional |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SE | Serviços de Emergência |
| SES | Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidades Básicas de Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto-Atendimento |
| USE | Unidade de Serviço Especializada |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 8 |
| 2 REVISÃO DA LITERATURA | 12 |
| 2.1 HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO NA ÁREA DA SAÚDE | 12 |
| 2.2 DIRETRIZES DA HUMANIZAÇÃO E DO ACOLHIMENTO NO SUS..... | 13 |
| 3 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA..... | 20 |
| 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS | 22 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 28 |
| REFERÊNCIAS..... | 30 |
| APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR AS MELHORIAS OCORRIDAS NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE SAPIRANGA APÓS O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA TRIAGEM E ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | 34 |
| APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO ENVIADO AO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL DE SAPIRANGA..... | 35 |
| ANEXO A – FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA A TRIAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE SAPIRANGA..... | 36 |

1 INTRODUÇÃO

Praticar acolhimento com classificação de risco é o que hoje se tem buscado na saúde, sendo que esta experiência se encontra consolidada em muitos serviços de urgência e emergência. A classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada das emergências no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo um atendimento seguro e humanizado em todas as situações de doença (BRASIL, 2002).

Segundo Santos Júnior et al. (2006) o atendimento humanizado deve ser prestado por todas as portas de entrada do SUS, ou seja, pelas equipes dos programas de saúde da família, pelas unidades de atendimento pré-hospitalar e pelas unidades de atendimento hospitalares.

“Os serviços de emergência foram criados para avaliar e manejar pacientes doentes e com mal-estar nas primeiras etapas da crise e sua maior ênfase deve ser na identificação e tratamento de manifestações de doenças que precedam ações de tratamento intensivo” (MACHADO et al., 2007).

Define-se urgência como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM, 1995) e emergência como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato” (CFM, 1995).

Durante as últimas décadas houve um aumento constante na utilização dos serviços hospitalares de emergência pública. Os serviços são utilizados indevidamente no nosso meio, pois cerca de 65% dos pacientes atendidos poderiam ter sido atendidos em ambulatórios. Desses, 36% não darão seguimento ambulatorial à patologia que motivou a procura ao serviço de emergência (LOVALHO, 2004).

A superlotação das emergências é constante e as causas apontadas são a baixa resolutividade da atenção básica e a precariedade da rede hospitalar. As emergências devem estar mais integradas ao sistema e ao hospital. A capacitação de recursos humanos é imprescindível, assim como a regulação de leitos (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

A procura por um atendimento rápido é cada vez mais crescente, quando as pessoas procuram resolução para os seus problemas. O que nem sempre é possível, dado que muitos serviços não dispõem de estrutura física, nem equipamentos adequados para garantir esta agilidade no atendimento, nem protocolos estabelecidos para a prática do acolhimento e classificação de risco. Por isso, a oferta de serviços nessas condições são criticados pela

população, assim como encontramos trabalhadores desmotivados que são pressionados por prestar atendimento em maior quantidade e rapidez. Vários trabalhos confirmam este cenário caracterizado por grandes custos, grande demanda, saturação dos serviços e violência contra os trabalhadores, a exemplo dos estudos feitos por de Magalhães Júnior (1998), Rocha (2005) e Santos Júnior (2004). Acredita-se que a regulação desse atendimento como resposta à maior demanda em saúde constitui instrumento necessário para uma melhor assistência que garanta qualidade, efetividade, compromisso, resolutividade, responsabilidade, ética e solidariedade aos pacientes.

Inúmeras medidas têm sido adotadas para minimizar os riscos para os pacientes que esperam pelo atendimento nas urgências e emergências. A Portaria 2048 de 05 de Novembro de 2002 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgência o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002).

“O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, HCPA, hospital universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, comprometido com a prestação de assistência de qualidade, possui um serviço de emergência que é referência no estado para o atendimento a pacientes de alta complexidade” (MACHADO et al., 2007), utilizando o acolhimento e a triagem classificatória de risco como parte de seus protocolos.

Em 26 de janeiro de 2009, um hospital público de Santa Catarina, que atende em média 800 pacientes diariamente, implantou o acolhimento com classificação de risco com recursos do Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado (SES) de Santa Catarina. O treinamento da equipe foi realizado em dezembro de 2008, executado pela SES com carga horária de 16 horas e mais um treinamento interno realizado pela comissão de educação do hospital e enfermeiros lotados na emergência com carga horária de 24 horas (NASCIMENTO, 2011).

O Hospital de Saporanga, Rio Grande do Sul, é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, de média complexidade, com um total de 120 leitos. Na emergência os leitos estão distribuídos da seguinte maneira: 5 leitos de observação adultos e 3 leitos de observação pediátricos na ala do SUS e 4 leitos na emergência convênio e particular. As macas existentes na emergência e no ambulatório somam mais 5 leitos, além de 10 poltronas para observação

dos pacientes menos graves. Em Janeiro de 2011 foram prestados 2086 atendimentos na emergência, sendo destes 1068 pelo SUS.

O Hospital de Saporanga tem realizado acolhimento e classificação de risco no serviço de urgência e emergência desde Dezembro de 2010, após uma reforma ocorrida nas estruturas da instituição, seguindo seus protocolos próprios, com o objetivo de criar condições para a priorização do atendimento a pacientes graves, ofertando uma assistência de maior segurança durante a sua permanência no serviço. Para a implementação dessas mudanças foram necessárias algumas etapas importantes como: avaliação do diagnóstico da situação atual (definição de um nova planta física), visitas a outros hospitais que já haviam implantado o processo de acolhimento e classificação de risco, reuniões com as equipes multidisciplinares. Um plano de ação foi desenvolvido pela administradora e diretor técnico para capacitar toda a equipe assistencial.

O Município de Saporanga possui 74.985 habitantes (IBGE, 2010). Os atendimentos médicos são realizados nas seis unidades básicas de saúde (UBS) localizadas nos bairros da cidade, totalizando três equipes de saúde da família. Saporanga conta com um centro de referência para as consultas com os especialistas em geral, unidade de serviço especializada (USE). No município os atendimentos de urgência e emergência têm como referência o hospital, que avalia os casos mediante triagem. Se o atendimento não for classificado como uma urgência, o paciente é encaminhado ao serviço de pronto atendimento localizado no centro da cidade. Em andamento, um projeto, para a construção de uma UPA, unidade de pronto-atendimento, que será construída com recursos do governo do Estado.

Portando, o objetivo geral deste trabalho é avaliar a percepção dos funcionários do Hospital de Saporanga, Rio Grande do Sul, quanto às mudanças implementadas no serviço de urgência e emergência com vistas à humanização e acolhimento na oferta de atendimento. Traduzindo-se no seguinte problema de pesquisa:

Qual a percepção dos funcionários do Hospital de Saporanga, Rio Grande do Sul, quanto às mudanças implementadas no serviço de urgência e emergência com vistas à humanização e acolhimento na oferta de atendimento?

Para atingir o objetivo geral foram traçados os seguintes objetivos específicos: caracterizar o processo de implantação do serviço de triagem na urgência e emergência no hospital de Saporanga; verificar os avanços obtidos com a implantação do serviço em termos de agilidade no atendimento; identificar os problemas que permanecem em termos de atendimento após a implantação do serviço de triagem; apontar alternativas para aperfeiçoamento do serviço de forma a garantir os objetivos do programa. Espera-se

compartilhar a promoção da saúde de forma humanizada e ampliar a resolutividade das ações de saúde, garantindo a participação dos trabalhadores da organização no processo de trabalho.

O trabalho está estruturado da seguinte maneira: na introdução apresentamos o problema de pesquisa, o objetivo geral, os objetivos específicos e a justificativa para a realização desse estudo. O primeiro capítulo apresenta a revisão da literatura, onde são desenvolvidos os seguintes tópicos: humanização e acolhimento na área da saúde, diretrizes da humanização e acolhimento do SUS. O segundo capítulo, por sua vez, refere-se aos procedimentos de pesquisa. O terceiro capítulo consiste na apresentação e análise dos dados, sendo que este capítulo inicia com a descrição do programa de triagem, depois apresenta as mudanças e avaliação a partir dos relatos dos técnicos de enfermagem. A partir disso é apresentado uma análise geral dos principais pontos em aberto na questão da humanização do atendimento e finalmente são apresentadas recomendações práticas para melhorar o desempenho do atendimento de urgência e emergência no hospital de Sapiranga. Para finalizar, o último tópico do trabalho traz as considerações finais a partir dos resultados da pesquisa.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este tópico versa sobre a humanização e o acolhimento, tanto na área da saúde de maneira geral, como no sistema único de saúde (SUS) no Brasil.

2.1 HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO NA ÁREA DA SAÚDE

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da Humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2012a).

A humanização em saúde volta-se para as práticas concretas comprometidas com a produção de saúde e produção de sujeitos de tal modo que atender melhor o usuário se dá em sintonia com melhores condições de trabalho e de participação dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão). Este voltar-se para as experiências concretas se dá por considerar o humano em sua capacidade criadora e singular inseparável, entretanto, dos movimentos coletivos que o constituem (CAMPOS; RATES, 2000).

A origem do processo de humanização, no Brasil, perpassa o movimento de Reforma Sanitária direcionado à construção de uma consciência de cidadania. Como discutido por Heckert, Passos e Barros (2009), a humanização apresenta-se como um conceito polissêmico, permeado por imprecisões, comportando diversos enunciados relativos a distintas práticas de gestão e de modelos de atenção.

A humanização nos serviços de emergência deve fazer parte de um grande processo dentro de uma instituição. É uma filosofia de trabalho que tem que estar alinhada com as crenças e com os valores do hospital, principalmente porque será o diferencial do atendimento (SANTOS, 2010).

Por sua vez, o "acolhimento" significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas (SOLLA, 2005). Segundo Fracolli e Bertolozzi (2001) o acolhimento é um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas. É um instrumento, pois deve ser apropriado por todos os trabalhadores de saúde em todos os setores do atendimento. Assim, não se limita ao ato de receber, mas a uma seqüência

de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. Dessa forma, "acolher" não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação de necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde.

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Por essa perspectiva, o acolhimento é uma postura ética que implica a escuta do usuário em suas queixas, o reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e a responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

O acolhimento, como novo paradigma em saúde coletiva, segundo Zappellini e Oliveira (2007) implica a responsabilização clínica, a intervenção resolutiva e a humanização do atendimento, através da escuta qualificada do problema de saúde do usuário e do estabelecimento de vínculos entre o serviço e a população. Deste modo, o acolhimento deve começar na recepção do serviço e atravessar todo o processo de tratamento, incluindo a relação dos trabalhadores entre si e destes com os usuários.

Na perspectiva de incorporação do “acolhimento” nos serviços de saúde Franco, Bueno e Merhy (1999, p. 347), sistematizaram como princípios para organizar o serviço de forma usuário-centrada:

- 1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal [...].
- 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que esse desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional [...].
- 3) Qualificar a relação trabalhador - usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

2.2 DIRETRIZES DA HUMANIZAÇÃO E DO ACOLHIMENTO NO SUS

A partir da pesquisa Saúde na Opinião dos Brasileiros realizada em 2002 por solicitação do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), foram diagnosticadas as principais causas de descontentamento da população com os serviços de saúde. Muitas das queixas diziam respeito aos serviços de emergência (baixa capacidade instalada, pouco acolhimento, entre outras) (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007). O resultado da

pesquisa serviu de parâmetro para a elaboração do QualiSUS, Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde.

A Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde foi lançada publicamente em 2003, (Portal da Saúde – www.saude.gov.br - Projeto BRA 98/006 – edital 22/04), com o objetivo central de elevar o nível de qualidade da assistência prestada à população pelo SUS, representando assim a síntese das aspirações e necessidades da população de uma atenção à saúde que garanta o acesso a todos os níveis de complexidade e, principalmente, uma atenção eficaz, efetiva e humana como parte de seus direitos de cidadania (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS, 2005a, p. 2).

Além de uma reforma mais estrutural dos hospitais, é criado um grupo de humanização do atendimento e há uma reorganização da oferta de leitos com priorização para a emergência, relevante porta de entrada para o sistema hospitalar. Na sua concepção teórica, o Quali-SUS é composto por três componentes: (1) qualificação, ampliação, readequação e otimização da oferta de serviços de saúde; (2) humanização, fortalecimento e qualificação da gestão e do controle social na saúde; (3) fortalecimento da capacidade de produção de insumos estratégicos, desenvolvimento tecnológico e do complexo produtivo na saúde (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009, p. 1883).

O Quali-SUS prevê investimentos em equipamentos e infraestrutura, na formação e valorização dos trabalhadores, nas propostas de mudanças nas inter-relações entre profissionais de saúde e usuários e na introdução de novas tecnologias organizacionais de atenção e de novos modelos de gestão nas portas hospitalares de urgência (BRASIL, 2006).

“A implantação do Quali-SUS foi iniciada em 2004, a partir de uma experiência piloto em quatro capitais: Porto Alegre, Rio de Janeiro, Goiânia e Recife. Em meados de 2005, o programa foi expandido para as demais capitais e regiões metropolitanas” (OPAS, 2005b, p. 2).

No início de 2003, o Ministério da Saúde (MS) decidiu fazer uma aposta na humanização como re-encantamento do SUS (PASSOS; PASCHE, 2008). A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar (BRASIL, 2012d). O HumanizaSUS é uma política que engloba os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão (BRASIL, 2009).

A PNH pode ser compreendida como um conjunto de princípios e instrumentos que pretendem influir na qualidade dos serviços de saúde. Por essa via de compreensão, pode não somente interferir em padrões de qualidade, como também estimular a discussão sobre a concepção de qualidade. Nessa direção, a qualidade precisa englobar mudanças em diversos âmbitos, abarcando desde a organização e as relações institucionais de trabalho até as características/condições da prestação de serviços e dos produtos oferecidos à

população para resultar em serviços resolutivos, úteis, conforme as necessidades dos usuários (SANTOS FILHO, 2006 apud BRASIL, 2011). Tem como objetivo inovar as práticas gerenciais e as práticas de produção de saúde, propondo a todas as equipes o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços (BRASIL, 2009). “Seu propósito é o de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, por meio do fortalecimento da Humanização como política transversal na rede e afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão” (BRASIL, 2008a apud PASSOS; PASCHE, 2008, p. 94).

Dentre os princípios do HumanizaSUS estão a transversalidade, indissociabilidade entre atenção de gestão, protagonismo e corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Junto, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável. Indissociabilidade entre atenção e gestão refere-se nas decisões do gestor, essas interferem diretamente na atenção à saúde. Assim os trabalhadores e usuários devem participar do processo de tomada de decisão, conhecendo como funciona a gestão dos serviços de saúde. O cuidado e a assistência em saúde não se restringem as responsabilidades de equipe de saúde, o usuário e os seus familiares também são responsáveis pelo tratamento. Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos dando a idéia de que os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens, as mudanças na gestão e atenção são mais concretas se construídas com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas. O SUS humanizado reconhece cada pessoa e valoriza sua atuação na produção de saúde (BRASIL, 2012c).

A PNH faz uma aposta política, buscando que seus princípios e diretrizes sejam efetivados. Trata-se de dar destaque, fazer referência explícita, aos direitos dos usuários e trabalhadores de saúde, com a potencialização da capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia numa configuração coletiva dos processos de atenção e gestão. Esta radicalidade afirma-se, mais ainda, na proposição da PNH ganhar a dimensão de política pública porque é transversal às demais ações e programas de saúde e porque atenta ao que, como movimento social, dialoga e tenciona com suas proposições (BENEVIDES; PASSOS, 2005a, 2005b apud PASSOS; PASCHE, 2008, p. 97).

“A Política Nacional de Humanização não é um conjunto de propostas abstratas que esperamos poder tornar concreto. Ao contrário, partimos do SUS que dá certo” (BRASIL, 2009, p. 5). Os resultados esperados com essa política são:

redução das filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso, atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco, implantação do modelo de

atenção com responsabilidade e vínculo, garantia de direitos dos usuários, valorização do trabalho na saúde e gestão participativa nos serviços (BRASIL, 2012b).

Contudo, verifica-se que a maioria dos serviços de urgência e emergência convivem com grandes filas, onde as pessoas disputam pelo atendimento. Ressalta-se que a falta da devida triagem dos protocolos existentes pode ocasionar a morte daqueles que esperam muito tempo por um atendimento. O que também reflete nos profissionais de saúde, pois devido à superlotação dos serviços, eles se encontram demasiadamente atarefados, o que os impede de avaliar devidamente os processos de trabalho.

Na prática, vê-se somente a doença do paciente e, não o sujeito e as suas necessidades. O problema é repassado para outros profissionais, sem ninguém assumir responsabilidade por sua resolução. Como exemplos podemos citar, conforme Brasil (2002): “[...] um idoso com doença pulmonar obstrutiva crônica em episódio de agudização cursando com insuficiência respiratória ou, ainda uma importante arritmia cardíaca cursando com hipoxemia”, quadros graves que muitas vezes permanece horas aguardando pelo atendimento. É o acolhimento que pode permitir a mudança dos modos de operar a assistência, questionando a clínica do trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o acesso aos serviços.

Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2009, p. 23).

A classificação de risco garante um atendimento ao usuário com grau de risco elevado, informa o paciente que não corre risco elevado e seus familiares, informa sobre o tempo provável de espera, promove o trabalho em equipe, aumenta a satisfação dos usuários e melhora as condições de trabalho dos profissionais.

Torna-se necessário desenvolver pactuações internas e externas para a viabilização do processo de trabalho. Cria-se novos espaços para o atendimento, ou reorganiza-se os espaços existentes para melhor acolher. Nessa construção/reinvenção se destaca o sentido estético da inovação criativa, produzido no processo coletivo e com a protagonização dos sujeitos que o vivenciam (PESSATTI, 2008).

Para a organização dos espaços, como relatado anteriormente, é proposto pelo Ministério da Saúde, através do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, a divisão por eixos e áreas que evidenciem os níveis de riscos dos

pacientes. Cada eixo possui diferentes áreas, de acordo com a clínica do paciente e os processos de trabalho (BRASIL, 2009).

No Hospital de Saporanga, a organização dos espaços do serviço de emergência, pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1 – Serviço de emergência



Serviço de Emergência

Para sua segurança e conforto nossa emergência trabalha com priorização e previsão de atendimento estabelecido por Sistema de Classificação de Risco.

Desta forma, existe uma organização de espera para atendimento com base nos critérios de gravidade conforme segue abaixo:

Classe I - VERMELHO

Pacientes com risco de morte – ATENDIMENTO IMEDIATO

Classe II - AMARELO

Pacientes sem risco de morte iminente
INTERVENÇÃO COM BREVIDADE

Classe III -VERDE

Paciente sem risco de morte ou lesão a órgão
ATENDIMENTO CONFORME A DEMANDA

Classe IV - AZUL

Paciente com estabilidade
ATENDIMENTO ELETIVO OU CONFORME DEMANDA

O eixo vermelho está relacionado com a clínica do paciente grave, com risco de morte, sendo composto por três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde. Na área vermelha encontra-se a sala de emergência de atendimento imediato ao paciente com risco de morte e a sala de procedimentos invasivos. A área amarela é composta por uma sala para pacientes já estabilizados, porém ainda com cuidados especiais. A área verde é composta por salas de observação, que devem ser divididas por sexo e idade, dependendo do número de pacientes em atendimento (BRASIL, 2009).

Nas áreas amarela e verde o tempo de permanência do paciente será mais prolongado, por isso é necessário a adequação do mobiliário para facilitar o trabalho das equipes (BRASIL, 2009).

O posto de enfermagem deve ficar localizado onde se possa ter uma visão ampla de todos os leitos e as áreas de apoio (conforto, copa) devem estar próximas do ambiente de trabalho (BRASIL, 2009).

Garantir a privacidade do paciente durante sua internação também é um ponto muito importante. Ela ser garantida com o uso de divisórias, cortinas e outros elementos móveis (BRASIL, 2009).

O acompanhante do paciente deve receber orientações quanto ao horário de visita. Para estes indivíduos devem existir lugares de espera e ambientes de escuta para que possam esperar com conforto quando não for possível a presença deles junto ao leito (BRASIL, 2009).

O eixo azul é o eixo dos pacientes aparentemente não graves. Este eixo é composto por três planos de atendimento que devem ser sinalizados e com fluxos claros. O plano 1 é composto pelo acolhimento (espera, recepção, classificação do risco e atendimento administrativo). Espaços de conforto que promovam a interação entre usuários e trabalhadores. Recomenda-se balcões baixos e sem grades, para não intimidar o paciente, assim ele poderá ser atendido sentado. As salas para classificação de risco estão nesse plano, devem ser de fácil fluxo com os consultórios e com a área vermelha. O plano 2 é destinado a área de atendimento médico, onde os consultórios devem ser bem planejados, visando o bem estar do paciente e sua individualidade. O plano 3 referencia as áreas de procedimentos médicos e de enfermagem, como curativos, suturas, medicação, nebulização. Essas áreas devem estar localizadas próximas aos consultórios e dos serviços de imagem disponíveis na instituição. O acompanhante deve estar presente em todos os momentos neste plano, assim torna-se necessário prever espaços tanto para os acompanhantes com para os pacientes que

aguardam resultados e reavaliações. As áreas para os atendimentos pediátricos deverão prever ambiente lúdico (BRASIL, 2009).

A caracterização dos espaços deverá ser por cores, facilitando a compreensão das áreas. Essas propostas deverão ser adaptadas de acordo com a singularidade de cada local, numa construção coletiva de gestores, arquitetos, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde, desenvolveu vários protocolos que objetivam diminuir a espera pelo atendimento, agilizando atendimentos que precisam de conduta mediata. Todos os protocolos são baseados na avaliação primária e adaptados para os serviços de urgência. Na prática, cada instituição de saúde adapta os protocolos para a sua realidade e condições de trabalho (BRASIL, 2009).

A classificação de risco é realizada por enfermeiro(a) e se baseia em consensos estabelecidos junto com a equipe médica. Os protocolos de avaliação de risco são instrumentos que sistematizam a avaliação, que, em muitos casos, é feita informalmente pela enfermagem e devem ter o respaldo médico (BRASIL, 2009).

O protocolo não substitui o diálogo, a escuta, o respeito. Deve ser um instrumento de acolhimento do cidadão. O objetivo é garantir o atendimento de todos, sendo uma ferramenta de inclusão (BRASIL, 2009).

3 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de caso, o qual é definido por Yin (1984) como uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural, em situações em que as fronteiras entre o contexto e o fenômeno não são claramente evidentes, utilizando múltiplas fontes de evidência. A pesquisa tem uma abordagem qualitativa. Os dados utilizados foram classificados como primários e foram obtidos junto aos técnicos de enfermagem, recepcionistas e médicos.

A amostra foi composta de 12 sujeitos (6 técnicos de enfermagem, 4 recepcionistas e 2 médicos) atuantes nesse serviço desde o período anterior à implantação do acolhimento com classificação de risco. A coleta de dados ocorreu por meio de 12 questionários e entrevistas semi-estruturadas, e contemplou a percepção dos profissionais sobre a implantação dos protocolos.

Segundo Parasuraman (1991) um questionário é tão somente um conjunto de questões, feito para gerar os dados necessários para se atingir os objetivos do projeto. Parasuraman (1991) afirma também que construir questionários não é uma tarefa fácil e que aplicar tempo e esforço adequados para a construção do questionário é uma necessidade, um fator de diferenciação favorável. O questionário conta com 16 perguntas fechadas e 1 pergunta aberta. Foi aplicado nos dias 17 e 23 de Janeiro de 2012, manhã e tarde (APÊNDICE A). Foram aplicados 12 questionários e todos eles foram efetivamente aplicados e utilizados ao final da pesquisa.

Segundo Boni e Quaresma (2005) as entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante se perca com o tema ou tenha dificuldades com ele. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações.

Para o estudo foram usados como critérios de inclusão dos participantes: ser profissional do quadro médico, de enfermagem ou de recepção, estar em exercício pleno da função no período de coleta de dados, atuar no hospital no período anterior e após, a implantação da triagem e acolhimento. Atenderam a esses critérios e que compuseram este

estudo, 12 profissionais, 3 do sexo masculino e 9 do sexo feminino, que receberam uma identificação aleatória de P1 a P12, os quais pertenciam aos seguintes setores: recepção, enfermagem e clínica médica. A média de tempo de trabalho dos funcionários entrevistados no Hospital de Saporanga foi de 7,6 anos.

A revisão da literatura aponta locais que já praticam acolhimento com classificação de risco, sendo que a principal base de dados para a pesquisa bibliográfica foi realizada com a base de dados disponibilizada pelo Portal da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde. Os documentos utilizados foram informações técnico-científicas geradas pelo Sistema Único de Saúde para a implantação do acolhimento e classificação de risco nas unidades de saúde.

A estratégia de análise de conteúdo foi usada para descrever e interpretar o conteúdo de documentos (entrevistas), assim interpretando as mensagens. Segundo Bardin (1977),

mensagens obscuras que exigem uma interpretação, mensagens com duplo sentido cuja significação profunda só pode surgir depois de uma observação cuidadosa ou de uma intuição carismática. Por detrás do discurso aparente, geralmente simbólico e polissêmico, esconde-se um sentido que convém.

Ainda de acordo com Bardin (1977) a análise de conteúdo é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos, de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Segundo Vygotsky (2000) para compreender a fala de outrem não basta entender as suas palavras – temos que compreender o seu pensamento, mas nem mesmo isso é suficiente, também é preciso que conheçamos a sua motivação. A matéria-prima da análise de conteúdo pode constituir-se de uma comunicação verbal, como exemplo, entrevista. Algumas falas dos entrevistados serão inseridas nesse trabalho.

O formulário padronizado para a triagem no Hospital de Saporanga encontra-se no ANEXO A deste trabalho.

Para a realização do estudo obteve-se a autorização do Diretor Técnico da Instituição, sendo dispensada pela mesma a submissão do projeto ao Comitê de Ética (APÊNDICE B).

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O serviço de urgência e emergência, cenário desse estudo, atende principalmente usuários em situações críticas, clínica e cirúrgica. Para atender a demanda, que é em média 50 usuários/dia pelo SUS, conta com uma equipe composta por 1 enfermeiro, 6 técnicos de enfermagem, 2 médicos clínico geral, 1 médico pediatra, 1 médico cirurgião geral, 1 médico traumatologista, por turno de trabalho. Cada turno de trabalho corresponde a 6 horas diárias. Atende pacientes encaminhados pelas unidades básicas de saúde (UBS), serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e demanda espontânea.

Os processos implantados nesse serviço foram a triagem e o acolhimento com classificação de risco, a fim de oferecer um atendimento humanizado aos clientes e colaboradores. Há falta de espaço físico era o principal problema, sendo que não era possível alocar os pacientes conforme gravidade, escala de classificação de risco. Todos aguardavam em um mesmo local (sala de espera), somente casos trazidos pela SAMU, Corpo de Bombeiros e ambulâncias particulares eram atendidos de maneira prioritária. A ficha de atendimento (FA) era emitida para todos os casos, o que gerava acúmulo de trabalho para todos os profissionais. Com a FA preenchida o paciente tinha a garantia de atendimento, era o pensamento na época.

O processo de triagem foi introduzido nos Serviços de Emergência (SE) para tentar minimizar o problema da superlotação, permitindo cuidados imediatos para os pacientes mais urgentes. Triagem (do francês *trier* = classificar) significa um processo sistemático para determinar quem vai ser visto e tratado primeiro, com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade dos pacientes no SE (MURRAY, 2003). 100% dos funcionários entrevistados, entre eles recepcionistas, técnicos de enfermagem e médicos relataram que não existia nenhuma forma de triagem para avaliar classificação de risco, todos os pacientes aguardavam em uma mesma sala para atendimento, independente do caso clínico. Verificou-se neste estudo os avanços obtidos com a implantação da triagem em termos de agilidade no atendimento e maior satisfação dos funcionários e clientes em relação ao atendimento de qualidade.

Observou-se mudanças quanto ao tempo de espera pelo atendimento, satisfação dos usuários do sistema e imagem positiva do serviço. Hoje a triagem é realizada em 100% dos casos de emergência, garantindo um atendimento preciso e diferenciado em salas próprias para cada caso de gravidade. 100% dos funcionários que responderam ao questionário, entre eles recepcionistas, técnicos de enfermagem e médicos, relataram que hoje o tempo médio de

espera por um atendimento é de 10 minutos, isto para atendimento médico, pois a triagem se dá no mesmo momento que o paciente chega na recepção do hospital, sem espera. Ainda busca-se um tempo mínimo de espera que seria 5 minutos, mas está sendo trabalhado pouco a pouco, com a contratação de novos profissionais. Dos recepcionistas, técnicos de enfermagem e médicos que participaram respondendo ao questionário, 80% relataram espera de até 1 hora pelo atendimento independente do estado de saúde do paciente, antes do processo de reforma e melhoria do serviço com a implantação da triagem. Para atendimentos de traumatologia e cirurgia, geralmente o paciente é encaminhado diretamente a sala de urgência e emergência, pois são atendimentos graves e devem ser atendidos de maneira imediata, segundo a enfermeira chefe do setor.

Na escala de folgas dos técnicos de enfermagem da instituição existem funcionários escalados para priorizarem a triagem dos pacientes. Os achados das pesquisas elaboradas pelos autores Campos e Rates (2008), também foram observadas no hospital em estudo, onde conclui-se que a finalidade dos serviços de emergência é prestar atendimento imediato e com resolutividade aos usuários, promovendo o treinamento da equipe de saúde sobre as técnicas de atendimento, desenvolvendo pesquisas e ações educativas. Os aspectos do estudo elaborado pelos autores O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009), são semelhantes no Hospital de Sapiranga, onde verifica-se que o tempo de espera para o atendimento do paciente variou muito entre os hospitais participantes do programa QualiSUS (de vinte minutos até quatro horas), assim como o tempo de permanência de “internação” na emergência.

Tempos prolongados de espera para pacientes estão associados à reduzida satisfação do paciente e aumento do risco de sair sem ser atendido (GOODACRE; WEBSTER, 2005). Garlet et al. (2009) afirmam que o usuário que sofre de algum mal, quando procura o serviço de emergência, quer encontrar profissionais que lhe atendam rapidamente, e espera desses, resolutividade do seu problema, independente da gravidade dos seus sintomas. Nascimento et al. (2011) relatam em seu estudo descritivo, realizado com os profissionais de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar público de Santa Catarina, que a implementação da estratégia organiza o fluxo direcionando o usuário para a sua devida sala, agilizando o atendimento.

[...] Acho que com a implantação deste novo modo de triagem além de facilitar organizou muito o trabalho tanto da enfermagem quanto da recepção. A recepção passou a se organizar melhor, priorizando urgências, idosos e crianças. Diminuiu a insegurança destes ao fazer o atendimento e eles têm a certeza de que quando for urgência os pacientes deverão ser logo encaminhados para a sala de emergência. Antes não tinham esta autonomia, primeiro passavam para a avaliação da enfermagem, muitas vezes

gerando até atritos entre os dois setores. Para os pacientes ficou mais claro o tempo de espera, o sistema de cores facilitou a compreensão (P1).

Identificou-se os problemas que permaneceram em termos de atendimento, após a implantação do serviço de triagem. De acordo com a passagem do trecho da entrevista abaixo, segundo relata uma recepcionista, torna-se complicado as pessoas entenderem que alguns atendimentos não são considerados de urgência e emergência, e essas pessoas precisam ser encaminhadas aos serviços referenciados, como postos de saúde e pronto atendimento. Muitos dos pacientes têm os sinais vitais estáveis e não são classificados de risco. Dessa forma, as pessoas vão embora insatisfeitas, isto gera queixas quanto a qualidade do serviço, relatam todos os profissionais entrevistados. A equipe que trabalha de forma multidisciplinar consegue ter uma visão ampla, assim buscam aperfeiçoamento constante. A contratação de novos médicos no pronto-atendimento da cidade de Sapiranga facilitaria a grande demanda de atendimentos que são encaminhados ao hospital, constata um médico do serviço. Para o técnico de enfermagem, um atendimento seguro se dá de forma calma e organizada, o que na maioria das vezes, não acontece.

[...] A demanda de usuário é muito grande, existindo as filas na recepção. Esse usuário muitas vezes poderia ter sido atendido na rede básica, mas faltam médicos nos locais. A qualidade do atendimento fica prejudicada (P4).

A grande demanda prejudica o atendimento de casos graves e agudos, pois ocorre aumento no número de tarefas e custos de atendimento e gera sobrecarga para os profissionais (GARLET et al., 2009). Essa realidade pode ser analisada pelo trecho da entrevista, que segue, abaixo:

[...] Muitas vezes trabalhamos com um número grande de pacientes, não podemos prestar o atendimento que gostaríamos, o nosso paciente acaba não sendo ouvido, sente-se desassistido (P5).

A percepção dos médicos que hoje trabalham no serviço, mas antes de 2010 não trabalhavam, tornou-se necessária para criar novas alternativas para aperfeiçoamento do serviço de forma a garantir os objetivos da triagem e classificação de risco. Como alternativas podemos citar:

- a) escuta às queixas dos pacientes;
- b) capacitação da equipe de assistência;
- c) maior número de colaboradores;
- d) envolvimento de toda a equipe prestadora de serviço.

A população precisou ser melhor esclarecida quanto aos objetivos dessa nova forma de trabalho, a triagem, pois a maioria desconhecia. A equipe de enfermagem precisa informar os pacientes e familiares quanto ao trabalho já desenvolvido na instituição e preconizado pelo Ministério da Saúde. Medidas precisam ser adotadas para preencher essa lacuna de desconhecimento que existe entre usuário e equipe de assistência. A falta de informação gera enormes conflitos.

[...] O serviço de urgência e emergência do Hospital de Saporanga antes do período de Dezembro de 2010 prestava serviço na área clínica e cirúrgica sem realizar o processo de triagem. Os atendimentos pelo SUS se davam pela seguinte forma: paciente e/ou familiar era encaminhado para a recepção onde era emitida a ficha de atendimento. Assim, todos os pacientes aguardavam por atendimento numa mesma sala e o atendimento era prestado por ordem de chegada. Em casos de acidentes ou pacientes mais graves, como um paciente em parada cardiorrespiratória, por exemplo, trazido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou pelos bombeiros, o paciente era recepcionado na sala de emergência para atendimento imediato. O porteiro do setor orientava as famílias (P1).

Em um trabalho realizado pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), quando relatam como um protocolo de classificação de risco pode qualificar o encaminhamento dos pacientes na emergência, verifica-se que antes da implantação da triagem e classificação de risco os pacientes também eram recebidos de forma inadequada por um funcionário administrativo que desconhecia o perfil de gravidade dos pacientes (MACHADO et al., 2007).

O atendimento conforme o protocolo de triagem e classificação de risco somente foi possível após uma reforma ocorrida na estrutura do hospital em Dezembro de 2010, onde pôde-se adaptar todos os espaços existentes e criar alguns espaços novos, tornando viável o que era preconizado, a excelência no atendimento. O ambiente climatizado e a compra de móveis e equipamentos trouxeram conforto aos pacientes e acompanhantes. Antes de Dezembro de 2010, as condições de trabalho eram mais precárias, devido à falta de equipamentos, leitos com comodidade e privacidade para os pacientes, leitos de isolamentos, estrutura para atendimento pediátrico, local para prescrição médica e posto de enfermagem. Com uma infraestrutura deficitária o atendimento dava-se de maneira menos ágil, atendendo a um número menor de pacientes. Desde setembro de 2005 o serviço de emergência do HCPA conhece a gravidade dos pacientes atendidos. A aquisição de equipamentos, as novas estruturas de apoio são definidos em função desse indicador (MACHADO et al., 2007).

O quadro de profissionais também foi reformulado com a contratação de novos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agente de posto de enfermagem que realiza um serviço administrativo. Anteriormente a reforma, apenas 1 médico clínico geral trabalhava na emergência atendendo particulares, convênios e SUS. Este processo de triagem nos

serviços de urgência hospitalar deve ser bem organizado, não somente com área física, material e equipamentos sofisticados, mas, principalmente, com pessoal competente e suficientemente treinado (SOARES et al., 1995).

Uma fonte de realização dos trabalhadores percebida durante as entrevistas é o sentido dado ao trabalho que realizam, mais especificamente na sua utilidade social.

[...] Era difícil lidar com algumas situações, percebíamos pessoas bastante doentes na fila de atendimento, e essas ficavam por longos períodos na sala de espera, com dor, febre... (P2).

Após o processo de reforma os funcionários afirmam que houve uma melhora muito significativa e comentada pelos usuários e comunidade. Hoje existe um consultório para as consultas do SUS e outro para as consultas dos convênios e particulares. A estruturação do sistema de saúde requer repensar a estruturação do espaço intra-hospitalar com a provisão/previsão de recursos humanos, materiais e equipamentos, além de área física para atender as demandas (AZEVEDO, A. et al., 2010).

As queixas são poucas, 40% dos recepcionistas entrevistados ainda referem queixas dos usuários quanto à falta de informações, depois que o paciente já foi encaminhado ao atendimento. Sendo este um desafio, torna-se necessário trabalhar a equipe, principalmente médicos, técnicos de enfermagem e enfermeiros. O recepcionista está na linha de frente, junto a sala de espera, é o primeiro ouvinte das queixas dos acompanhantes e familiares.

Os pacientes sentem-se acolhidos, e muitos, casos menos graves, não questionam quando aguardam mais de 10 minutos pelo atendimento. A qualidade na prestação do serviço é responsabilidade social. Neste sentido, oferecer serviços de qualidade passa a ser um desafio para as instituições. Os hospitais têm se transformado em grandes centros de especialidades, com serviços mais complexos, o que precisa ser reconhecido pela sociedade (AZEVEDO, A. et al., 2010). Na Unidade de Emergência, o profissional da enfermagem deve procurar prestar cuidado terapêutico, tendo sempre a humanização da assistência em mente, de forma a respaldar a sua atuação dentro dos princípios éticos, e que sua intervenção seja sustentada por tecnologia da melhor qualidade possível, correspondendo ao avanço científico, valorizando a qualidade de vida do ser humano (LIMA; ERDMANN, 2006).

Segundo Vieira (2009), o atendimento realizado em um mínimo espaço de tempo proporciona ao paciente alívio do seu sofrimento e restabelecimento do seu quadro de saúde.

[...] Hoje, nosso atendimento é de qualidade. Ouvimos mais as pessoas, elas sentem-se seguras. A triagem proporciona a elas um momento de conversa, confiança e aproximação. Conseguimos que os casos mais graves possam ser atendidos de forma prioritária, sem risco a saúde dos pacientes (P3).

Os protocolos implantados no Hospital de Saporanga estão em constante revisão. Os funcionários são ouvidos e podem participar das decisões através do Programa de Desenvolvimento e Aprimoramento Institucional (PDAI). A equipe sente-se valorizada e assume um trabalho sério. O trabalho em saúde é considerado essencial para a vida humana. Ao longo da história da humanidade, tem assumido diversas formas, mas sempre considerado como uma atividade humana especial, cujo produto é indissociável do próprio processo de realização da atividade (AZEVEDO, J.; BARBOSA, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste trabalho foi avaliar a percepção dos funcionários do Hospital de Sapiranga, Rio Grande do Sul, quanto às mudanças implementadas no serviço de urgência e emergência com vistas à humanização e acolhimento na oferta de atendimento. Os objetivos específicos foram caracterizar o processo de implantação do serviço de triagem na urgência e emergência no hospital de Sapiranga; verificar os avanços obtidos com a implantação do serviço em termos de agilidade no atendimento; identificar os problemas que permanecem em termos de atendimento, após a implantação do serviço de triagem; apontar alternativas para aperfeiçoamento do serviço de forma a garantir os objetivos do programa.

O método de pesquisa utilizado foi o estudo de caso qualitativo. As informações foram coletadas por meio de questionário e de entrevista semi-estruturada.

Conclui-se que é possível uma emergência pública oferecer atendimento humanizado e de qualidade, baseado em protocolos assistenciais e com diferenciação (triagem e classificação de risco), conforme a gravidade do paciente, garantindo as melhores práticas médicas e assistenciais e agilidade no atendimento, mesmo em um setor até então desprovido de regras e procedimentos padrões. A implantação do protocolo de risco garante a ação e a prioridade adequada dos atendimentos, além de assegurar que recursos sejam alocados de forma devida. Os funcionários percebem que os protocolos garantem uma assistência acolhedora, garantindo avanços na qualidade e efetividade do serviço, ampliando o acesso e os direitos ao usuário. Protocolos são bem aceitos pela equipe, desde que possam ser implementados e treinados constantemente.

As mudanças no atendimento ocorreram com a implantação da triagem e do acolhimento com classificação de risco, após conclusão do diagnóstico da situação atual do setor, onde visitou-se outras entidades e reuniu-se com a equipe multidisciplinar para a discussão de melhorias. Um plano de ação foi desenvolvido para treinar a equipe. A reforma ocorrida nas estruturas da instituição criou condições para a priorização do atendimento para os pacientes graves, ofertando uma assistência segura e de qualidade.

Os pacientes são atendidos de maneira rápida, a triagem se dá no momento que o paciente chega até a recepção. Logo, é encaminhado ao serviço, onde são realizadas as perguntas e verificação dos sinais vitais para classificação de risco. Novos profissionais foram contratados e envolvidos no processo, sendo eles também responsáveis pelos avanços obtidos.

O uso de protocolos de acolhimento com classificação de risco deve ser difundido entre os serviços de emergência hospitalares e não hospitalares para que o usuário possa ser

encaminhado ao serviço adequado, com recursos necessários para a sua assistência. Assim, evita-se o agravamento dos casos e as negligências por parte de alguns setores.

Alguns usuários ainda têm resistência em aceitarem um encaminhamento aos serviços referenciados, pois muitos dos atendimentos não são classificados de risco, durante o interrogatório realizado na triagem. Assim, os pacientes têm uma imagem negativa do serviço. Essa visão precisa ser reformulada, ouvindo e orientando usuários e familiares.

Em vista desses resultados, percebe-se que a triagem e a classificação de risco são um diferencial no atendimento, segundo médicos, recepcionistas e técnicos de enfermagem do hospital. Precisa-se trabalhar a maneira de como o paciente é abordado quando encaminhado a um serviço referenciado, fazendo com que ele entenda sua condição e saia satisfeito, já que esse seria um dos problemas apontados pela equipe de profissionais entrevistados. A equipe de enfermagem precisa ser constantemente treinada para orientar os pacientes e suas famílias a fim de amenizar esse descontentamento.

Através desse estudo que teve foco no serviço de urgência e emergência do hospital de Sapiranga, pretende-se contribuir para a caracterização e divulgação de um novo serviço implantado no ano de 2010, que inova-se a cada dia, com novos profissionais experientes e capacitados, tecnologia moderna e atualização em todas as áreas e processos.

O trabalho analisou apenas a percepção dos funcionários, em razão do tempo previsto para a construção do projeto, coleta de dados e envio ao comitê de ética da universidade, sendo essa uma limitação. O trabalho pode ter sua continuidade contemplando a percepção dos pacientes/usuários, os quais usufruem do serviço, relatando experiências passadas que possam ser comparadas com os novos protocolos de atendimento e inovações. Assim, um maior tempo poderá ser empregado para a realização da pesquisa. Essa é uma pesquisa que não gera gastos, o que torna possível aprofundar pesquisas futuras e ter uma visão do andamento dos protocolos, medindo o grau de satisfação dos usuários em relação ao atendimento, estrutura física e equipe assistencial. Assim, melhorias poderão ser traçadas e implementadas conforme disponibilidade e recursos disponíveis.

REFERÊNCIAS

ALBINO, R. A.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arq. Catarin. Med.**, Florianópolis, v. 36, n. 4, p. 70-75, out./dez. 2007.

AZEVEDO, A. L. C. S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 736-745, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a20.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2012.

AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. **Rev. Enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 33-39, jan./mar. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan./jul. 2005. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>>. Acesso em: 02 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização**. Brasília, DF, 2012a. Texto postado no Portal da saúde, no hiperlink HumanizaSUS, no link Glossário. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28361>. Acesso em: 15 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Objetivos do HumanizaSUS**. Brasília, DF, 2012b. Texto postado no Portal da saúde, no hiperlink HumanizaSUS, no link Objetivos. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28291>. Acesso em: 05 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.125, de 7 de dezembro de 2006**. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-3125.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova, na forma do anexo desta portaria, o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>>. Acesso em: 12 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do HumanizaSUS**. Brasília, DF, 2012c. Texto postado no Portal da saúde, no hiperlink HumanizaSUS, no link Princípios. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28289>. Acesso em: 05 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é o HumanizaSUS**. Brasília, DF, 2012d. Texto postado no Portal da saúde, no hiperlink HumanizaSUS, no link O que é. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288>. Acesso em: 05 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília, DF, 2011. (Cadernos HumanizaSUS, 3. Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2012.

CAMPOS, G. W. S.; RATES, S. M. M. Segredos e impasses na gestão de um hospital público. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 279-283, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução CFM nº 1451/95**. São Paulo, 10 mar. 1995. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 15 jul. 2012.

FONG, S. **Aforismos**. [2012]. Texto postado no site Saulo Fong: vida, consciência e relacionamentos, no hiperlink Textos. Disponível em: <<http://www.saulofong.com/textos/aforismos/>>. Acesso em: 23 mar. 2012.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para Desenvolvimento da Saúde; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Manual de enfermagem**. Brasília, DF, 2001. p. 4-8. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 135). Disponível em: <http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p. 345-353, 1999.

GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.18, n. 2, p. 266-272, 2009.

GOODACRE, S.; WEBSTER, A. Who waits longest in the emergency department and who leaves without being seen? **Emerg. Med. J.**, London, v. 22, n. 2, p. 93-96, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1726682/pdf/v022p00093.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2011.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, p. 493-502, 2009. Supl. 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a02v13s1.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

HOSPITAL DE SAPIRANGA. **Serviço de emergência**. Saporanga, 2010. Material de uso interno.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Saporanga**. Rio de Janeiro, 2010. Texto postado no hiperlink Cidades@, no link Rio Grande do Sul. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 23 mar. 2012.

LIMA, S. B. S.; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 271-278, 2006.

LOVALHO, A. F. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 160-171, 2004.

MACHADO, S. C. E. P. et al. **Como um protocolo de classificação de risco pode qualificar o encaminhamento dos pacientes**. 2007. Material em pdf postado no site do Concurso Inovação na Gestão Pública Federal, no hiperlink Banco de soluções, no link Atendimento ao cidadão.

Disponível em:

<http://inovacao.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=103>. Acesso em: 19 abr. 2012.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Urgência e emergência: a participação do município. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. pt. 3, p. 265-286.

MURRAY, M. J. The Canadian triage and acuity scale: a Canadian perspective on emergency department triage. **Emerg. Med.**, Fremantle ,v. 15, n. 1, p. 6-10, 2003.

NASCIMENTO, E. R. P. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia , v. 13, n. 4, p. 597-603, out./dez. 2011. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2012.

NASCIMENTO, E. R. P. et al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 84-88, jan./mar. 2011.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Cienc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n5/30.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Estratégia de continuidade e expansão das atividades do Qualisus**. Recife, 2005a.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Metodologia de intervenção do Qualisus**. Recife, 2005b.

PARASURAMAN, A. **Marketing research**. 2nd ed. Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1991.

PASSOS, E.; PASCHE, D. F. A importância da humanização a partir do sistema único de saúde. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 92-100, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/19/82>>. Acesso em: 18 fev. 2012.

PESSATTI, M. P. **A intercessão arquitetura e saúde**. Campinas: ADCC: Unicamp, 2008.

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. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -- Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2005.

SANTOS, A. E. Humanização em serviços de emergência. In: CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y. (Org.). **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 139-148.

SANTOS JÚNIOR, E. A. **Violência no trabalho: o retrato da situação dos médicos das Unidades de Pronto Atendimento da Prefeitura de Belo Horizonte**. 2004. 145 f. Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2004.

SANTOS JÚNIOR, E. A. et al. **Acolhimento com classificação de risco**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, [2006?]. Material em PDF postado no site da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, no hiperlink da Secretaria Municipal de Saúde: Biblioteca. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodeasUpasdeBH.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2012.

SOARES, E. et al. Diagnóstico das condições de realização da triagem em pronto-socorro: proposta de um modelo alternativo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 34-40, 1995.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005.

VIEIRA, N. P. **Acolhimento com triagem no serviço de Pronto Socorro do Hospital Regional de Tucuruí**. Tucuruí, 2009. Material em PDF apresentando o Trabalho de Conclusão do Curso de Formação de Apoiadores da Política de Humanização, Paraná, 2009. Disponível em: <http://www.sispnh.com.br/anais/trabalhos/Acolhimento_Triagem_PRONTO_SOCORRO.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2012.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

YIN, R. K. **Case study research: design and methods**. London: Sage, 1984.

ZAPPELINI, L. D.; OLIVEIRA, C. S. O processo de acolhimento em saúde mental: construindo mudanças. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 67-79, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/procesdeacolhimsaudmen.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR AS MELHORIAS OCORRIDAS
NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE SAPIRANGA APÓS O PROCESSO DE
IMPLANTAÇÃO DA TRIAGEM E ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO**

Número do questionário:

1 - Quanto tempo trabalha na instituição:

2 - Data de admissão:

3 - Em qual setor trabalha:

4 - Função desempenhada:

5 - Acompanhou o processo de reforma da emergência? () SIM () NÃO

Antes do processo de reforma da emergência:

6 - Quanto tempo era a média de espera pelo atendimento médico?

() 10 minutos () 30 minutos () 60 minutos

7 - Existia triagem para avaliar a classificação de risco? () SIM () NÃO

8 - Todas as pessoas aguardavam numa mesma sala? () SIM () NÃO

9 - Existiam dois consultórios, um para atendimento SUS e outro para atendimento convênio e particular? () SIM () NÃO

10 - Havia queixas quanto a espera pelo atendimento? () SIM () NÃO

11 - Principais queixas: () demora pelo atendimento () falta de informação

Após o processo de reforma da emergência:

12 - Qual o tempo médio de espera pelo atendimento médico?

() 5 minutos () 10 minutos () 20 minutos

13 - Existe triagem para avaliar a classificação de risco? () SIM () NÃO

Todas as pessoas aguardam numa mesma sala? () SIM () NÃO

14 - Existe dois consultórios, um para atendimento SUS e outro para atendimento convênio e particular? () SIM () NÃO

15 - Há queixas quanto a espera pelo atendimento? () SIM () NÃO

16 - Principais queixas: () demora pelo atendimento () falta de informação

17 - Problemas que permanecem:

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO ENVIADO AO COMITÊ DE
ÉTICA DO HOSPITAL DE SAPIRANGA**

Sapiranga, 15 de Dezembro de 2011.

AO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL DE SAPIRANGA

Prezados Senhores:

Declaro que tenho conhecimento do teor do Projeto de Pesquisa intitulado Acolhimento e Classificação de Risco no serviço de urgência e emergência do Hospital de Sapiranga proposto pela Nutricionista Priscila Schein Melzer, a ser desenvolvido junto ao Curso de Especialização em Gestão da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS.

O referido estudo de caso será desenvolvido no Hospital de Sapiranga, o qual poderá ocorrer a partir dessa data.

Atenciosamente,

Eduardo Baibich Melnick

Diretor Técnico do Hospital de Sapiranga

**ANEXO A – FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA A TRIAGEM DO SERVIÇO DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE SAPIRANGA**



| | |
|--|--------------------------------|
| NOME: _____ | CONVÊNIO: _____ |
| DATA: ____/____/____ | HORA INICIAL DA TRIAGEM: _____ |
| HORÁRIO FINAL DA TRIAGEM _____ | |
| CONSULTA PEDIÁTRICA () | CONSULTA CLÍNICA () |
| CONSULTA TRAUMATOLÓGICA () | |
| CONSULTA OBSTÉTRICA/GINECOLÓGICA () | |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO | |
| | |
| | |
| SINAIS VITAIS | |
| PA: _____ | Tax: _____ |
| Fr: _____ | Fc: _____ |
| Sat 02: _____ | HGT: _____ |
| Peso: _____ | |
| ESCALA DE DOR | |
| () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 | |
| () Paciente não possui capacidade de informar escala da dor | |
| <p align="center">Escala de Intensidade da Dor</p> | |
| CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | |
| () Classe I () Classe II () Classe III () Classe IV | |
| ENCAMINHAMENTO | |
| () SALA DE ESPERA | () CONSULTÓRIO MÉDICO |
| () SALA DE OBSERVAÇÃO | () AMBULATÓRIO |
| () SALA DE EMERGÊNCIA | () SALA DA TRAUMAT |
| ASSINATURA DE ENFERMAGEM E CARIMBO: | |

OBS.: