

## Gestão e acolhimento hospitalar: um estudo de caso

Francine dos Reis Pinheiro<sup>1</sup>

Carlos Honorato Schuch Santos<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente trabalho teve como objetivo analisar a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em um hospital público de grande porte do sul do Brasil, situado na região metropolitana de Porto Alegre, utilizando como objeto de estudo o setor Emergência. Mostra-se como esta implantação pode vir a contribuir para a melhoria do fluxo de atendimento/acolhimento dos seus usuários. Para isso, foi utilizada a técnica de análise documental, a partir dos seguintes documentos institucionais: a) relatórios sociais; b) material utilizado em apresentações públicas; e c) sistema de informações. Apoiado nestes documentos, foi possível identificar e descrever a realidade da implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no setor de Emergência, bem como identificar eventuais melhorias e gargalos no processo de acolhimento dos pacientes. Concluiu-se que a implantação dessa metodologia trouxe significativas melhorias no fluxo de atendimento/acolhimento, proporcionando maior agilidade no atendimento aos usuários que necessitam conduta imediata, a diminuição do tempo de espera para atendimento na Emergência, além do “desafogamento” do setor.

**Palavras-chave:** Gestão Hospitalar; Acolhimento Hospitalar; Classificação de Risco.

## Management and hospital host: a case study

**Abstract:** The present work had the objective to analyse the implementation of the Host with Evaluation and Risk Classification (AACR, initials in portuguese) on a large-scale public hospital from south Brazil, placed on Porto Alegre's metropolitan region, using as study object the Emergency service. It shows how this instrument can contribute to improve the user's attendance flux. To this, the documental analysis technique was used, from institutional documents: a) social reports; b) public presentations material; and c) information system. Supported by this documents was enable to identify and to describe the AACR implementation reality at the emergency service, as well identify eventual improvements and bottlenecks on patients host process. At the end, the AACR brought significant improvements to the host flux, providing better agility on host to users who need immediate conduct, the reduction on waiting time at emergency service host, besides free up users traffic in this service.

**Keywords:** Health Care Humanization; Hospital Hospitality; Health Management.

## 1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) – criado pela Lei Orgânica 8.080/1990 e amparado na Lei 8.142/1990 – é um dos maiores sistemas públicos do mundo na área da saúde e carrega uma história de luta social

- 
- 1 Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Gestão Pública pela Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS). Graduada em Administração com ênfase em sistemas e serviços de saúde pela Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS). Analista de Hotelaria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Endereço Postal: Rua Santana, 461, Bairro Farroupilha, Porto Alegre / RS. E-mail: frpinheiro@hcpa.edu.br
  - 2 Doutor em Engenharia da Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Graduado em Administração de Empresas, Administração Pública e Economia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Graduado em Engenharia Civil pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

ao direito à saúde. Os princípios orientadores do SUS visam assegurar a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde, indicando uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas abrange a qualidade de vida (ROSSANEIS, 2011).

O Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2003, uma política que visa fortalecer as diretrizes do SUS, denominada Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013b). Nessa política, a orientação de maior relevância é o acolhimento, concebido como uma ação tecno-assistencial que implica em uma mudança nas relações entre usuários e especialistas por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. O acolhimento é um modo de agir e atender a todos que procuram os serviços de saúde, escutando seus pedidos e assumindo uma postura empática, dando respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL, 2004a). O acolhimento em saúde é, então, concebido como um vínculo solidário entre os profissionais da saúde e a população (BRASIL, 2006a). Portanto, quando se fala de “acolhimento”, pode-se supor que a competência é função da forma de relacionamento, que deve se dar de forma solidária e empática.

Um contexto onde se pode verificar a qualidade desse vínculo é o dos serviços de urgência e emergência hospitalar, nos quais as demandas de atendimento e de fluxo são maiores. Nesses espaços, é possível, muitas vezes, encontrar pessoas disputando o atendimento sem um critério adequado, quando se considera somente a ordem de chegada. A não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem, chegando ao óbito por falta de atendimento imediato (BRASIL, 2009).

Um instrumento da Política Nacional de Humanização (PNH), criado para minimizar os problemas decorrentes da não distinção de riscos ou graus de sofrimento nas emergências, foi o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR). Por meio da implantação desta nova sistemática de trabalho, é possível, em tese, dar atenção a problemas, como o grande fluxo de atendimentos, que gera sobrecarga de trabalho e que demanda uma reorganização do processo de trabalho. Essa sistemática permite atender ao usuário do serviço de acordo com os diferentes graus de sofrimento, ou necessidade, e não mais por ordem de chegada. Além disso, o AACR presume que o usuário deve ser visto para além da doença e suas queixas. O acolhimento deve ser complementado com a construção de um vínculo terapêutico, com vistas a aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde, quais sejam os usuários de saúde (BRASIL, 2008).

O objeto de estudo deste trabalho é a Emergência de um Hospital Público de Grande Porte no sul do Brasil, doravante chamado Hospital, onde o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) já foi implantado. O hospital em estudo<sup>3</sup> está localizado em Porto Alegre e atende usuários tanto da própria cidade quanto da Região Metropolitana. É um hospital geral de grande porte.<sup>4</sup>

A partir da implementação do AACR, em 2011, os usuários passaram a ser classificados e atendidos de acordo com a gravidade do quadro clínico e não por ordem de chegada. Além disso, o AACR possibilitou que a procura pela Emergência fosse reduzida praticamente à metade. Entre o período compreendido

---

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

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

entre 2011 e 2013, a média de atendimento diário no setor baixou de 550 para 265 pessoas, além de haver redução no tempo de espera (BRASIL, 2013a). A emergência do Hospital busca aprimorar-se, de modo a aumentar a qualidade do serviço e seguir os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, a pergunta de pesquisa do presente estudo é: a implantação do AACR contribuiu para a organização do fluxo de atendimento/acolhimento dos usuários, qualificando os processos de gestão da Emergência do Hospital? O objetivo geral do trabalho é analisar o processo de AACR da Emergência do Hospital. Para atingi-lo, buscou-se cumprir com os seguintes objetivos específicos: a) Descrever o passado e o presente do processo de acolhimento do setor de Emergência do Hospital; b) Descrever os principais gargalos do processo; e c) Descrever as melhorias do processo.

A seguir expõe-se o marco teórico que fundamenta o artigo.

## 2 Hospital e Sistema de Saúde

A Organização Mundial de Saúde define o hospital como uma parte integrante da organização médica social, cuja função é proporcionar à população atenção médica completa, tanto preventiva quanto curativa, e cujo serviço de consultas externas (extra-hospitalar) alcança a família em seu lar. O hospital é também um centro de preparação e treinamento de profissionais de saúde e de pesquisa biossocial (BRASIL, 1977). Seu papel fundamental nos sistemas de saúde é recuperar a saúde dos usuários, mas sem deixar de disponibilizar seus recursos para promoção, prevenção e reabilitação da saúde. A responsabilidade educativa vai além dos profissionais de saúde, estendendo-se até à família e à comunidade. Não se pode esquecer, no entanto, que devido ao fato de seu papel fundamental ser preservar a saúde e o bem-estar, logo o foco deve ser a saúde e não a doença. Com isso, pode-se esperar atingir o que se convencionou chamar de atenção integral.

O hospital é um centro de referência que deve receber os pacientes cujos problemas não puderam ser resolvidos em níveis inferiores. No hospital, processa-se a investigação científica, desenvolve-se o trabalho assistencial, praticam-se procedimentos cirúrgicos de mais variada complexidade, realizam-se exames de laboratório e procedimentos de diagnóstico, exerce-se a docência, desenvolvem-se novas tecnologias, entre outros (LAVERDE *et al.*, 2003).

O hospital é um elo importante e fundamental na cadeia de serviços de saúde. Nessa cadeia, existem três níveis de atenção à saúde: primária, secundária e terciária. Enquanto a atenção primária estabelece todas as ações de promoção, prevenção e proteção à saúde em um território definido, funcionando para triagem e encaminhamentos aos outros níveis, a atenção secundária é prestada por meio de uma rede de unidades especializadas. Normalmente os hospitais se encontram no nível terciário, considerados de alta complexidade tecnológica e buscam atender situações que o nível secundário não conseguiu resolver e eventos mais raros ou aqueles que demandam assistência deste nível do sistema (ELIAS, 2011).

### 2.1 Urgência, Emergência, Acolhimento e Humanização

As definições de Urgência e Emergência em Saúde foram estabelecidas pelo Conselho Federal de

Medicina (CFM), por meio da Resolução nº 1451, de 1995, da seguinte forma:

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

Na definição do CFM, a noção de iminência, pressa, ou necessidade de agir com rapidez, caracteriza a significação de urgência. Para fazer frente à urgência, é preciso que se haja com “emergência”. As emergências, então, estão relacionadas a situações que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso. A noção de surgimento, ou da mudança de uma condição anterior (imersa) para outra condição, diversa e posterior (emersa ou emergente), caracteriza a significação de emergência. O termo urgência está relacionado com a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida. Embora as duas definições remetam a atendimento imediato, a urgência está relacionada a uma situação com ou sem risco potencial de morte, enquanto a emergência implica risco iminente de morte ou sofrimento intenso (ROMANI, *e tal.*, 2009).

O acolhimento funciona como dispositivo desencadeador da dinâmica de atenção à saúde, onde o paciente deve ser o foco principal, independentemente do motivo de sua procura por um serviço hospitalar. Seu objetivo maior é produzir saúde.

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

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

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

O acolhimento requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, fazendo-se necessário o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2009). Já a humanização da assistência é entendida pelo Ministério da Saúde como o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos e mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004).

A humanização diz respeito à mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2003). Ela também pode ser vista como resultado da atuação sobre os processos de trabalho no cotidiano dos serviços hospitalares, no sentido de melhorar a qualidade da assistência prestada e a satisfação do usuário e do trabalhador (BRASIL, 2011a).

## 2.2 As Políticas Públicas e a Assistência à Saúde

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

A Política Nacional de Qualificação do SUS (QualiSUS) constitui-se em um conjunto de mudanças que visa proporcionar maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital (O'DWYER *et al.*, 2009). Além de uma reforma mais estrutural dos hospitais, foi criado um grupo de humanização do atendimento e constituiu-se uma reorganização da oferta de leitos com priorização para a emergência. Ainda segundo os mesmos autores, o QualiSUS é composto por três componentes: (a) qualificação, ampliação, readequação e otimização da oferta de serviços de saúde; (b) humanização, fortalecimento e qualificação da gestão e do controle social na saúde; e (c) fortalecimento da capacidade de produção de insumos estratégicos, desenvolvimento tecnológico e do complexo produtivo na saúde. Uma importante conquista para viabilizar as mudanças propostas pelo QualiSUS foi a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192), que é um atendimento pré-hospitalar, o qual permite a organização no acesso à emergência e a racionalização da utilização da rede pública (O'DWYER *et al.*, 2009).

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

Entre os seus princípios norteadores, pode-se destacar, conforme Mello (2008), a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos e responsabilização; o estímulo aos processos comprometidos com produção de saúde e produção de sujeitos; o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, objetivando a transdisciplinaridade e a grupalidade; a atuação em rede, com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); e a utilização da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços de gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos coletivos.

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

- I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;

- II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;
- VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;
- VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
- X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;
- XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;
- XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;
- XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e
- XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização (BRASIL, 2011c, *online*).

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

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

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

- I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- II - Atenção Básica em Saúde;
- III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- IV - Sala de Estabilização;
- V - Força Nacional de Saúde do SUS;
- VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;
- VII - Hospitalar; e
- VIII - Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011c, *online*).



### 2.3 O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR)

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

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) é uma ferramenta de gestão que facilita e qualifica o atendimento. Ele estabelece um acolhimento inicial, no qual é feita uma primeira abordagem por técnicos de enfermagem, que verificam de forma rápida e objetiva os sinais vitais, e enfermeiros, que fazem a triagem para identificar o grau de risco da enfermidade do paciente. Seguindo um questionário rápido e breve, é atribuído um grau de prioridade clínica ao atendimento e ao tempo esperado pelo paciente. Após isso, os pacientes são sinalizados por cores e direcionados para a equipe que deverá atendê-lo. Dessa maneira, os pacientes passam a ser ordenados por risco e não mais por ordem de chegada e, além disso, essa organização da rede possibilita encaminhar corretamente o paciente ao ponto de atenção certo, para a assistência mais eficaz e no menor tempo possível (BRASIL, 2004a).

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

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

A Portaria nº 2.048 do Ministério da Saúde propõe a implantação do acolhimento e dessa triagem classificatória de risco nas unidades de atendimento às urgências. De acordo com esta Portaria, este processo deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos preestabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos

pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2002).

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

**Figura 1:** Classificações das cores do Protocolo de Manchester

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

Fonte: MAFRA, 2006

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

Cabe destacar que este novo conceito de triagem, conhecido como Protocolo de Manchester (PTM), determina a necessidade clínica como um método de gerir o risco clínico e realça a identificação da queixa de apresentação seguido pela procura de um discriminador, além de – com a ajuda dos discriminadores – não possuir apenas o fluxo básico, mas vários outros. O PTM promove um sistema verificável que se pode atribuir a prioridade clínica em contextos de urgência. Não é concebido para julgar se os doentes estão, apropriadamente, no local de atendimento adequado, mas para assegurar que os que precisam de cuidados urgentes e emergentes os recebem, de forma adequada e rapidamente. Pode ser utilizado para monitorizar cuidados e para identificar prioridades clínicas (GPT, 2008).

No final de 2011, o Ministério da Saúde lançou o S.O.S Emergência, um programa para melhorar a gestão e qualificar o atendimento nos pronto-socorros. Entre as principais medidas de melhoria de qualidade assistencial dos pronto-socorros, está a implantação completa do Sistema de Triagem de Manchester (COREN, 2012).

O programa S.O.S Emergências, com o intuito de melhorar o atendimento de emergência feito pelo SUS, foi implantado nos 11 maiores serviços de emergência do país. Além da implantação do Protocolo de Manchester, foram previstos para esses 11 serviços reformas e novos equipamentos, aumento do custeio, novos leitos de retaguarda. Para fazer o diagnóstico dos problemas, decidir e implementar as ações, o S.O.S Emergências criou-se em cada unidade um Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) formado



por representantes, equipe técnica e direção da unidade, das secretarias municipal e estadual de saúde, do Ministério da Saúde e de um hospital de referência, que, no caso, prestaria assessoria no que fosse necessário (COREN, 2012).

### 3 Procedimentos Metodológicos

A pesquisa realizada foi qualitativa e pode ser considerada como exploratória descritiva. É exploratória devido ao fato de ter como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema e é descritiva em razão de ter buscado descrever as consequências que a implantação do AACR trouxe para a gestão hospitalar, de modo a identificar eventuais melhorias e gargalos no processo de acolhimento dos pacientes na Emergência do Hospital.

A técnica utilizada foi a análise documental. Foram analisados documentos institucionais, como relatórios sociais, material utilizado em apresentações públicas e sistema de informações da instituição, compreendendo o período de 2005 a 2013. Buscou-se informações sobre o fluxo de pacientes, o volume de atendimentos, o número de atendimentos por categoria de cor, o tempo de espera etc., antes e a partir da implantação do AACR no hospital em estudo. Foi escolhido este período de análise, pois em 2005 foi implantada a diretriz acolhimento no hospital em estudo, percorrendo uma série de iniciativas, nos anos posteriores, em relação às questões de humanização e acolhimento, até alcançar o ano de 2011, ano de implantação do AACR na Emergência do hospital. Além disso, os dados foram analisados através de análise interpretativa. Para tanto, buscou-se compreender os fenômenos da realidade estudada, de forma a inferir impressões e conclusões, apoiadas na técnica aplicada de análise documental. Foi também observado o fluxo de pacientes na sala de espera da Emergência, sem intenção de levantar qualquer dado primário sobre tal organização, mas apenas propiciar aos pesquisadores sensibilidade para tratar os dados secundários coletados de forma contextualizada na dinâmica do cotidiano do hospital em estudo.

Por último, como a pesquisa contou com a técnica específica de análise documental, não se enquadrou, portanto, no conceito de pesquisa envolvendo seres humanos, disposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Vale destacar também que foi autorizada, mediante um Termo de Anuência a realização da pesquisa no setor de Emergência do hospital em estudo.

### 4 Passado e Presente do Acolhimento na Emergência do Hospital

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

Seguindo essa linha de raciocínio de preocupação com conceitos como acolhimento e humanização, em 2007 foi formado um Comitê de Humanização, composto por trabalhadores e gestores e que tinha

por objetivo propor, acompanhar e apoiar ações e iniciativas de humanização. A partir da formação do comitê, foi implantado na Emergência do Hospital o projeto “Acolhendo quem Acolhe” (BRASIL, 2007). Diante disso, no mesmo ano, foi criado o Programa Voluntários pela Vida, no qual foram incorporados 152 universitários para atuar no Acolhimento da Emergência do hospital (BRASIL, 2007). Entretanto, ainda que houvesse uma preocupação com questões pontuais que pudesse refletir em um melhor atendimento aos usuários e já existir, antes de 2011, uma organização interna de triagem, levando em conta o princípio de acolhimento, instituído pela PNH, há indícios que antes de 2011 – ano da implantação do AACR no hospital – muitos pacientes tinham seu estado de saúde agravado ou vinham a óbito pela grande demanda de pessoas sem gravidade a serem atendidas pelo setor. Antes da implantação do AACR, o atendimento da emergência do Hospital se dava por ordem de chegada e não por gravidade de risco. Por isso, muitos usuários que necessitavam de atendimento imediato nem chegavam a ser atendidos.

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

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

Outro tema que ganhou evidência é que, após a implementação do AACR, são priorizados e atendidos os casos mais graves. Antes qualquer pessoa que recorresse à Emergência era atendida, independente do seu grau de sofrimento ou gravidade de risco. Um dado importante, encontrado nos documentos institucionais, é que antes de 2011 não havia a sistematização de dados sobre a triagem dos usuários, que contribuiria de modo significativo à gestão hospitalar. Após 2011, com o Protocolo de Manchester, foi possível se ter a sistematização de dados dos usuários, desde a sua chegada no serviço até a sua saída. Através dessa sistematização, em termos de gestão, pode-se identificar qual o perfil dos usuários que procuram o serviço (por meio de dados como idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade, cidade de origem etc), verificar a média de tempo de espera de atendimento dos usuários (controlando, inclusive, se o tempo de espera está de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde), verificar o número de classificações de risco etc. Esta sistematização, oportunizada a partir da implantação do AACR, se dá em tempo real e pode ser classificada por dia, semana, mês, ano etc.

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

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

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

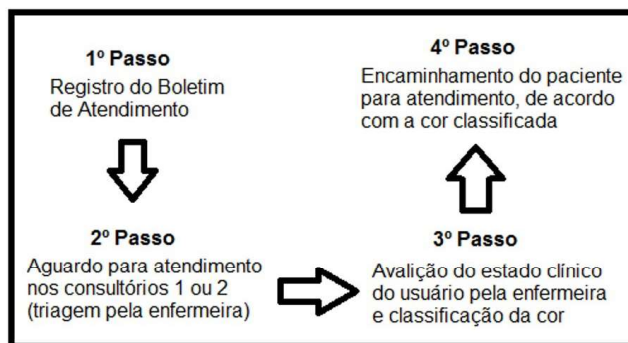
A partir do acolhimento, em 2011, foi implantada a classificação de risco dos pacientes como forma de priorizar os casos mais graves. O atendimento, até então feito por ordem de chegada, passou a ser realizado tendo como parâmetro a gravidade dos casos. Além disso, foram implantados protocolos clínico-assistenciais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

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

Através do fluxograma da Emergência do Hospital, é possível entender o funcionamento do AACR no serviço e como é o direcionamento do usuário. Quando o usuário chega à Emergência, existem possibilidades de ações e encaminhamentos, que se dão a partir de alguns questionamentos pontuais: por qual sítio o paciente chegou à emergência (sala vermelha e laranja ou consultórios de classificação de risco); qual foi o resultado da classificação de risco (vermelha ou laranja, amarela, verde); se verde, é ou não paciente para linhas de cuidado; e qual o desfecho.

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

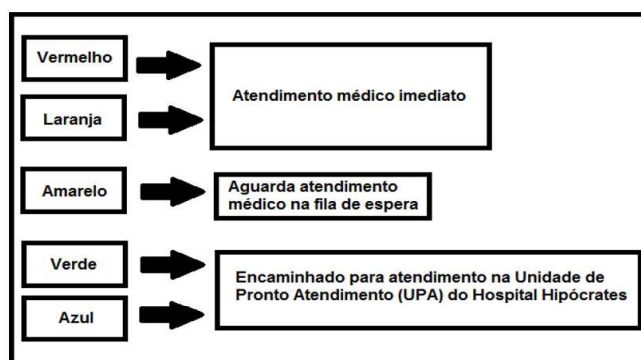
**Figura 2:** Os 4 passos dentro da Emergência do Hospital



Fonte: Elaborado pelos autores

Para uma melhor visualização e entendimento de como se dá o processo de acolhimento dos usuários e classificação de risco do setor, buscou-se resumi-lo em quatro passos básicos (Figura 2) e em três ações de encaminhamento do paciente (Figura 3).

**Figura 3:** Ações dentro da Emergência do Hospital de acordo com a cor classificada



Fonte: Elaborado pelos autores

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

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

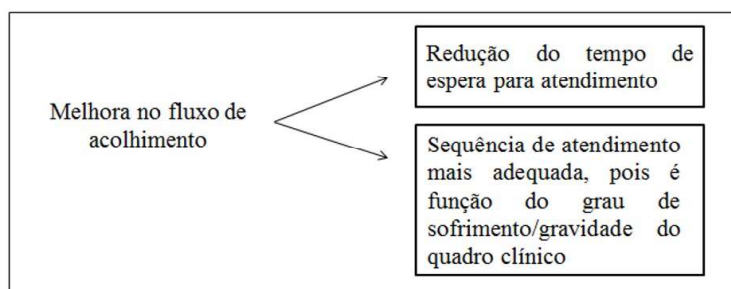
Há outros dois pontos observados que merecem ser abordados. O primeiro é que os funcionários da Emergência não avisavam aos usuários qual o tempo médio de espera para atendimento, de acordo com o que é estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) para o AACR. Os funcionários costumavam informar quantos usuários estavam na frente na fila de espera. O segundo é que os funcionários sinalizavam os usuários com uma pulseira branca e não com cor, de acordo com a sua classificação. No primeiro caso os atendentes estão agindo de forma inadequada frente aos protocolos estabelecidos, pois o correto seria informar o tempo médio de espera, de acordo com a cor classificada do usuário e não quantos usuários estão na frente na fila de espera para atendimento. No segundo caso, acredita-se que estejam agindo de forma correta, uma vez que o MS recomenda, de acordo com Brasil (2009), identificar a classificação da cor na ficha de atendimento e não diretamente na pulseira do usuário. Isto porque a classificação não é permanente e pode mudar em função de alterações do estado clínico e de reavaliações sistemáticas.

## 5 Melhorias e Gargalos do Processo de Acolhimento

A efetividade – que é a relação entre o problema que foi atacado e o resultado da ação realizada – nesse caso está vinculado à própria implantação do sistema de acolhimento e os melhoramentos desse sistema. Os dois problemas existentes eram de tempo de espera e de sequenciamento dos atendimentos (Figura 4).

Os problemas eram gerados em função do critério de atendimento do hospital, que era por ordem de chegada. Havia um consenso que esse critério não era adequado, mas não se sabia como melhorá-lo para que o sistema, como um todo, fosse mais humanizado e efetivo.

Figura 4: Resultados a partir da implantação do AACR



Fonte: Elaborado pelos autores.

A análise dos resultados da implantação do AACR se deu a partir da comparação das duas variáveis (tempo de espera e adequação do sequenciamento) antes e depois da mudança do sistema de acolhimento. Os melhoramentos foram identificados mediante a análise dos relatórios gerenciais e podem ser classificados em três grupos. São eles: a) os que estão diretamente relacionados com o tempo de espera de atendimento; b) os que estão diretamente relacionados com o sequenciamento; e c) os que podem ser chamados de ganhos paralelos. Os do primeiro grupo são: a) agilidade no atendimento aos usuários que necessitam conduta imediata; b) redução do tempo de espera para atendimento; e c) tempo de espera para atendimento das cores laranja, vermelha e amarela dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde. Os do segundo grupo são: d) redução do percentual de pacientes classificados com a cor verde; e e) diminuição

do número de pacientes na Emergência. Os do terceiro grupo são: f) maior segurança ao profissional que faz a triagem na Emergência; e g) controle e gestão dos indicadores de desempenho (Tabela 1).

**Tabela 1:** Resultado das melhorias do sistema

<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Grupo 3</b>
Agilidade no atendimento aos usuários que necessitam conduta imediata;	Redução do percentual de pacientes classificados com a cor verde;	Maior segurança ao profissional que faz a triagem na Emergência;
Redução do tempo de espera para atendimento;	Diminuição do número de pacientes na Emergência.	Controle e gestão dos indicadores de desempenho.
Tempo de espera para atendimento das cores laranja, vermelha e amarela dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde.		

Fonte: Elaborado pelos autores

Trabalhando melhor cada uma das melhorias, tem-se que:

a) a agilidade no atendimento aos usuários que necessitam de conduta imediata, conseguindo cumprir com o que está disposto pelo MS para o AACR, que é priorizar os casos mais graves, invertendo a lógica de atendimento por ordem de chegada e atendendo de acordo com a vulnerabilidade e o risco do usuário;

b) a redução do tempo de espera dos usuários para atendimento na Emergência. Em 2011, o tempo máximo de espera para consulta no hospital chegou a ser de até 22 horas. Ao final de 2012, o maior tempo de espera foi de 6 horas, tendo em vista que a média de espera para atendimento passou a ser de 19 minutos (BRASIL, 2013a);

c) o tempo de espera para atendimento das cores laranja, vermelha e amarela, que são as que costumam ser atendidas na Emergência, está, de modo geral, de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS);

d) a redução do percentual de pacientes classificados com a cor verde, que passou de 74,3% em 2011 para 47,8% em 2013 (BRASIL, 2013a). Isto aponta que os usuários estão se dirigindo a outras instâncias (como a UPA do hospital ou as próprias Unidades Básicas de Saúde) de acordo com a sua gravidade de risco e não mais procurando como primeira instância a Emergência;

e) a Emergência se encontra com um número menor de pacientes, o que melhora o fluxo de atendimento/acolhimento;

f) a identificação de gravidade dos casos por meio da aplicação do Protocolo de Manchester trouxe maior segurança ao profissional que faz a triagem, através dos discriminadores e dos fluxogramas do protocolo; e

g) a sistematização de dados dos usuários, oportunizada a partir da implantação do AACR, permitiu o controle e a gestão dos indicadores de desempenho.

Paralelamente aos melhoramentos foi possível identificar algumas limitações do próprio processo de acolhimento implantado, que será chamado de “gargalos”. Os gargalos identificados foram os seguintes: a) ausência de um acolhimento “completo”; b) escuta realizada com a porta aberta; e c) falta de informação sobre o tempo médio de espera do paciente após a triagem e classificação de risco.



Trabalhando melhor cada um dos gargalos, tem-se que:

a) a ausência de um acolhimento “completo”, pois o usuário sozinho precisa observar e saber para onde deve se dirigir, ou conduzir-se ao guichê de informações para questionar, além de o acolhimento ser encerrado após a triagem, antes do atendimento médico, o qual deveria se dar em todas as etapas de atendimento ao usuário, isto é, desde sua chegada ao serviço até a sua saída;

b) a escuta (atendimento pelas enfermeiras nos consultórios) é realizada com a porta aberta, de frente ao saguão, no qual os usuários aguardam para a chamada para os consultórios ou para o atendimento médico, o que provoca a falta de privacidade do paciente; e

c) falta de informação sobre o tempo médio de espera do paciente após a triagem e classificação de risco, o que provoca uma situação de angústia e ansiedade pelos pacientes enquanto aguardam atendimento.

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

## 6 Considerações Finais

Tendo em vista os aspectos observados no trabalho, o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) é um dispositivo que opera concretamente os princípios da Política de Humanização, que tem como meta implantar um modelo de atenção com responsabilização e vínculo, ampliando o acesso do usuário ao SUS, implantando um acolhimento responsável e resolutivo, baseado em critérios de risco. Desta forma, foi possível organizar melhor o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado a todos os usuários do SUS. No momento em que o hospital estudado optou por utilizar uma metodologia que prioriza os casos de maior urgência ou de maior gravidade do quadro clínico, ele tornou o atendimento da Emergência mais humanizado, garantindo o atendimento aos usuários que necessitam de conduta imediata.

Quanto ao problema de pesquisa, que indagou se a implantação do AACR contribuiu para a organização do fluxo de atendimento/acolhimentos dos usuários, qualificando os processos de gestão da Emergência do Hospital (EH), pode-se dizer que o AACR, a partir da sua implantação no setor de EH, trouxe melhorias consideráveis. Deste modo, pode-se inferir que o AACR – se implantado de maneira adequada – possivelmente proporcionará aos serviços de emergência hospitalar um aperfeiçoamento/melhoramento nos resultados das atividades operacionais e resultados gerais. Isto, conseqüentemente, aumentaria a qualidade percebida do hospital estudado e propiciaria um ambiente de trabalho favorável à humanização. Portanto, a busca constante em atender as condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde em relação ao AACR deve ser tratada com um elevado grau de importância, uma vez que essas condutas são fatores determinantes para a melhoria contínua do serviço prestado. Os aspectos legais são condições necessárias, mas não suficientes para caracterizar a humanização. O AACR não só respeita o marco legal, como oportuniza um “incremento” da humanização do atendimento.

A partir da análise realizada no setor de Emergência do Hospital (EH), que foi objeto de estudo neste trabalho, apresenta-se a seguir uma lista de sugestões/recomendações, tendo em vista que humanizar o Sistema Único de Saúde (SUS) requer estratégias que são construídas entre os trabalhadores, os usuários e os gestores dos serviços de saúde (BRASIL, 2003). São elas:

a) a inclusão dos usuários, através de rodas de conversa com o grupo responsável pela Política de Humanização dentro do Hospital. É uma tarefa importante para reavaliar as estratégias e os processos adotados pelo serviço e por seus respectivos setores. Além disso, as rodas de conversa costumam ser um convite à comunidade para participar da construção de um SUS melhor, de modo a buscar as demandas e necessidades dos usuários e tentar atendê-las da melhor forma possível. Isso sim pode ser chamado de um ato de acolhimento e humanização. Estas rodas de conversa poderiam ser institucionalizadas como forma de alavancar a transparência e a participação da comunidade na construção de melhorias;

b) a inclusão dos trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no cotidiano, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde (BRASIL, 2003). Através dessa inclusão/imersão dos trabalhadores, os gestores responsáveis pelo serviço de saúde conseguiriam identificar melhor o que pode e deve ser melhorado e ajustado e o que deve ser mantido, qualificando cada vez mais o atendimento prestado pelo serviço;

c) a elaboração e análise do fluxograma de atendimento da Emergência por uma comissão ou grupo de trabalho representativo de funcionários das diversas categorias, identificando os pontos em que se concentram os problemas/gargalos no fluxo de atendimento/acolhimento, de modo a promover uma reflexão profunda sobre o processo de trabalho e o que pode ser melhorado;

d) a reavaliação do risco dos usuários que ainda não foram atendidos ou daqueles cujos tempos de espera após a triagem for maior do que o estabelecido pelo Ministério da Saúde para o AACR, tendo em vista que a classificação de risco é dinâmica (BRASIL, 2009);

e) a divulgação clara para os usuários da Emergência sobre a organização do atendimento por meio do AACR, tornando público, inclusive, o tempo médio de espera para atendimento, de acordo com a classificação da cor dada ao paciente; e

f) o monitoramento, o acompanhamento e as avaliações sistemáticas das ações para melhorias e ajustes futuros.

Acredita-se que, com a adesão às recomendações propostas, o desempenho do setor estudado poderia sofrer uma melhora significativa, o que acabaria por refletir na qualidade ainda maior dos serviços prestados pela instituição. A partir dos resultados da pesquisa, pode-se constatar que o protocolo de classificação de risco não é uma ferramenta de exclusão, isto é, não possui o objetivo de reencaminhar os pacientes para outros serviços sem lhes oferecer o atendimento adequado, mas organizar e garantir o atendimento de todos os usuários (BRASIL, 2009). Tendo em vista que cerca de 80% dos atendimentos diários na Emergência são casos de baixa complexidade (BRASIL, 2011b) e que isto acaba interferindo no fluxo de atendimento aos usuários que realmente necessitam de cuidados urgentes e emergentes, o AACR é uma ferramenta de gestão importante, pois organiza a porta de entrada e a fila de espera de atendimento dos usuários. No entanto, é insuficiente para a resolução dos problemas típicos de um serviço de urgência, em função da sua grande complexidade.

O AACR, teoricamente, apresenta vantagens quando corretamente utilizado, então comparando o desempenho anterior e posterior pôde-se evidenciar se a ferramenta está sendo realmente utilizada de forma adequada. Entretanto, o que não se pode afirmar ainda é se essa ferramenta já atingiu o seu potencial máximo de resultado. Apenas com a avaliação continuada se poderá avaliar se o sistema já esgotou sua capacidade de melhoria.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conceitos e Definições em Saúde**. Brasília: DF, 1977. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.
- BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF, 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 21 jan. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: DF, 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 21 jan. 2019.
- BRASIL. **Resolução CFM nº 1451/95**. Brasília: DOU, 1995. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451\\_1995.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm)>. Acesso em: 15 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2048, de 05 de novembro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília: DOU, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)>. Acesso em: 15 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Social 2005**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2005. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/files/arq.ptg.6.1.9527.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Social 2006**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2006b. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/files/arq.ptg.6.1.9528.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Social 2007**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2007. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/files/arq.ptg.6.1.9529.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Social 2011: a saúde que estamos construindo**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2011b. Disponível em: <[http://www.ghc.com.br/files/gcb022036\\_relatorio%20para%20visualizacao.pdf](http://www.ghc.com.br/files/gcb022036_relatorio%20para%20visualizacao.pdf)>. Acesso em: 30 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DOU, 2011c. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 24 de jul. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Social 2012: compromisso com a vida**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2012. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/files/arq.ptg.6.1.9533.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Social 2013: o desafio de crescer**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2013a. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/files/arq.ptg.6.1.9534.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília: DF, 2013b. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2016.
- CECILIO, L. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2019.
- COUTINHO, A. P.; CECÍLIO, L. O.; MOTA, J. A. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester, **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 22, n. 2, p. 188-198, 2012. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/101>>. Acesso em: 20 abr. 2016.
- COREN. 30 obras: enfermagem unida por um único objetivo. **Enfermagem Revista**. Publicação oficial do COREN-SP. n. 2. Novembro de 2012. Disponível em: <<http://corensp.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2017/08/enfermagem-revista-nov-2012.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2016.
- ELIAS, P. E. **Sistemas de Saúde**. Disciplina de Atenção Primária à Saúde. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www2.fm.usp.br/cedem/did/atencao/Texto01.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.
- GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM (GPT). **Triagem no Serviço de Urgência**: Grupo de Triagem de Manchester. 3. ed. Portugal: Grupo Português de Triagem – BMJ – *Publishing Group*, 2008.
- GUIMARÃES, N. **Hotelaria Hospitalar**: uma visão interdisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2007.
- LAVERDE, P.; MORERA, G.; LONDOÑO; M. **Administração Hospitalar**. 2. ed. Editorial Médica Internacional: Argentina, 2003.
- MAFRA, A.; *et al.* **Acolhimento com Classificação de Risco**. Belo Horizonte: Hospital Odilon Behrens, 2006.
- MELLO, I. M. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil**: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008. Disponível em: <[http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro\\_dra\\_inaia\\_Humanizacao\\_nos\\_Hospitais\\_do\\_Brasil.pdf](http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf)>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v. 14, n. 5, p. 1881-1890, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000500030](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500030)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

---

ROMANI, H. M.; *et al.* Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1, p. 41-53, 2009. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/78/82](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/78/82)>. Acesso em: 24 jul. 2017.

ROSSANEIS, M. A.; *et al.* Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Rev. Eletr. Enf.** [online]. v. 13, n. 4, p. 648-656, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/10182>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

ULHÔA, M. L.; *et al.* A implantação de nova tecnologia: implicação na eficiência do trabalho na unidade de pronto atendimento de um hospital público de urgência e emergência. **Revista Gestão Organizacional**, v. 3, n. 1, p. 99-118, 2010. Disponível em: <<http://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/651/415>>. Acesso em: 24 jul. 2017.