

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

**THALLITA KAROLLAINÉ DE QUEIROZ PEREIRA**

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM HOSPITAL MUNICIPAL DE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO MARANHÃO**

Porto Alegre  
2016

THALLITA KAROLLAINÉ DE QUEIROZ PEREIRA

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM HOSPITAL MUNICIPAL DE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO MARANHÃO**

Projeto de Dissertação de Mestrado a ser apresentado ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem – Mestrado Profissional em Enfermagem – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karin Viégas

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Simone Chaves

Porto Alegre

2016



Pereira, Thallita Karollaine de Queiroz.

Proposta de implantação de um protocolo de classificação de risco em um hospital municipal de urgência e emergência no Maranhão. / Thallita Karollaine de Queiroz Pereira. – Porto Alegre, 2016.

66f.

Dissertação (Pós Graduação) Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2016.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karin Viégas.

1. Medição de risco. 2. Protocolos. 3. Emergência. 4. Serviços. I. Título.

CDU: 35:614(812.1)

FOLHA DE APROVAÇÃO

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM HOSPITAL MUNICIPAL DE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO MARANHÃO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Aprovada em: 21/07/2016.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Karin Viegas (Orientadora) – UNISINOS

---

Profª Drª Simone Edi Chaves (Co-orientadora) – UNISINOS

---

Profª Drª Rosália Figueiró Borges – UNISINOS

---

Profª Drª Andréia Pereira Regner - ULBRA

## DEDICATÓRIA

*A Deus, que se mostrou criador, que foi criativo. Seu fôlego de vida em mim me foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.*

Aos meus pais e irmãos.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus, Autor da minha história, por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar todas as dificuldades, sem a presença dele em minha vida eu não chegaria a lugar nenhum.

A minha família, minha base, minha referência o meu alicerce, obrigado pelo apoio e contribuição, em especial minha avó, minha mãe e minha filha Luisa que sempre acreditaram e me apoiaram em todos os momentos.

Meus sinceros agradecimentos a minha orientadora Dr<sup>a</sup> Karin Viégas, pela ajuda essencial, pelas contribuições e oportunidade de crescimento profissional e pessoal.

Quero agradecer uma pessoa muito especial em minha vida, fez parte do meu passado, faz parte do meu presente e se Deus permitir fará parte do meu futuro, meu amigo, namorado, companheiro e confidente. Rômulo obrigada pelo incentivo, dedicação e apoio.

À Universidade Estadual do Maranhão, minha querida UEMA, a PPG por me ter proporcionado a oportunidade de cursar o mestrado profissional em enfermagem.

Agradeço a UNISINOS e todo o corpo docente do programa de Pós-Graduação.

Aos membros da banca examinadora pela participação e leitura deste trabalho.

Aos meus amigos que sempre demonstraram apoio durante a trajetória deste trabalho.

Aos meus amigos do mestrado Marcelo e Ana maria, companheiros de trabalhos que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

## RESUMO

Atualmente os serviços de urgência e emergência se caracterizam como uma das principais portas de entrada do usuário aos serviços de saúde. Estes convivem diariamente com a superlotação que é agravada por problemas organizacionais, como o atendimento por ordem de chegada, sem estabelecimento de critérios clínicos ou padronizados. Diante desse cenário o Ministério da Saúde implantou a classificação de risco como uma medida para organização da demanda e humanização do atendimento, no intuito de minimizar o risco para os pacientes que esperam por atendimento médico. O enfermeiro tem sido apontado como o profissional mais capacitado para realizar a classificação de risco, sendo legalmente amparado por um protocolo para subsidiar a tomada de decisão. O objetivo deste estudo foi definir qual o melhor protocolo de classificação de risco, empregado no Brasil, para implantação no serviço de emergência do Hospital Thomas Martins. É um estudo do tipo intervenção, desenvolvido na emergência do Hospital Thomas Martins, localizado no município de Santa Inês, Maranhão. A coleta de informações deu-se com a elaboração do diagnóstico situacional, avaliação e reorganização dos fluxos internos e externos, realizado por um grupo de trabalho constituído por oito profissionais do serviço, redesenho e mapeamento do fluxo de atendimento, análise documental de 170 boletins de atendimento e definição do protocolo de classificação de risco que melhor se adapte a necessidade local. Após a análise pelo grupo e coordenação foi escolhido o protocolo de classificação de risco do Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB). Também foi sugerido uma proposta para avaliação da gravidade dos pacientes na emergência, através do Escore de Alerta Precoce, bem como um treinamento para os enfermeiros do protocolo escolhido.

**Palavras-chave:** Medição de Risco. Protocolos. Acolhimento. Serviço Hospitalar de Emergência. Avaliação.

## ABSTRACT

Nowadays the urgency and emergency services are characterized as one of the main user input ports to health services. They living with a overcrowding that is getting worse by organizational problems, such as first come first serviced service without establish clinical or standardized criteria. Based on this scenario, The Ministry of Public Health has implement the risk rating as a measure for the demand organization and humanization of service, in order to minimize the risk for the patients. The nurses have been pinpointed as the better workers to carry out checks the risk classification supported by laws, at the moment of their decisions. The goal of this dissertation is define the better protocol of the risk classification validated in Brazil in order to implement in the Thomas Martins Hospital. It is a study of the intervention type, developed in the emergence of Thomas Martins Hospital, located in Santa Ines Town, Maranhão. The collect information took place with the preparation of the situational diagnosis, evaluation and reorganization of internal and external flows, carried out by a working group made up of eight service professionals, redesign and flow mapping service, document analysis of 170 bulletins service and setting risk classification protocol that best suits local needs. After analysis by the group and coordination was chosen the risk classification protocol of Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB). In addition, a proposal to evaluate the severity of patients in the emergency was suggested by the Score of Early Warning and training for nurses on the chosen protocol.

**Keywords:** Risk Assessment. Protocols. User Embrace. Emergency Service, Hospital. Evaluation.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Algoritmo de classificação de risco do protocolo <i>Emergency Severity Index</i> , versão 4.....	24
Figura 2 – Níveis de classificação do Protocolo <i>Canadian Triage Acuity Scale</i> .....	25
Figura 3 – Sistema de Classificação de Manchester conforme cores e tempo de espera .....	26
Figura 4 – Escala de classificação de risco do protocolo Hospital Odilon Behrens...	27
Figura 5 – Localização geográfica da cidade de Santa Inês – MA.....	33
Figura 6 – Vista frontal do Hospital Tomaz Martins.....	34
Figura 7 – Fluxo de atendimento atual da Emergência Thomaz Martins, 2016.....	41
Figura 8 - Diagrama de causa e efeito da análise do fluxo de atendimento da emergência do Hospital Tomaz Martins, 2016.....	42
Figura 9 - Novo fluxograma de atendimento no Serviço de Emergência do Hospital Thomas Martins.....	45

## LISTA DE SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
ACHS	<i>Australian Council on Health Care Standards</i>
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ATS	<i>Australasian Triage Scale</i>
BE	Boletim de Emergência
CAPs	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Centro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CTAS	<i>Canadian Triage Acuity Scale</i>
DeCS	Descritos em Ciências da Saúde
ENA	<i>Emergency Nurses Association</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESI	<i>Emergency Severity Index</i>
HOB	Hospital Municipal Odilon Behrens
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
km	kilômetros
MA	Maranhão
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MEWS	<i>Modified Early Warning Score</i>
MS	Ministério da Saúde
MTS	<i>Manchester Triage System</i>
PaedCTAS	<i>Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines</i>
PDSA	Planejar, Executar, Verificar, Agir
PNH	Programa Nacional Humanização
QualiSUS	Programa de Qualificação da Gestão no SUS

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEH	Serviço de Emergência Hospitalar
SHE	Serviços Hospitalares de Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidades de Cuidados Intermediários
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1 Marco histórico do Sistema Único de Saúde</b> .....	<b>16</b>
<b>1.2 Política nacional de atenção às urgências e emergências</b> .....	<b>18</b>
<b>1.3 Acolhimento e triagem com classificação de risco</b> .....	<b>20</b>
<b>1.3.1 Protocolos de Classificação de Risco em Unidades de Urgência</b> .....	<b>21</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>31</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>32</b>
<b>3.1 Meta</b> .....	<b>32</b>
<b>4 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	<b>33</b>
<b>5 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA E RESULTADOS</b> .....	<b>34</b>
<b>5.1 Delineamento</b> .....	<b>34</b>
<b>5.2 Campo da intervenção</b> .....	<b>34</b>
<b>5.3 Etapas de procedimento de coleta dos dados</b> .....	<b>36</b>
<b>5.3.1 Diagnóstico situacional</b> .....	<b>36</b>
<b>5.3.2 Características do diagnóstico situacional</b> .....	<b>37</b>
<b>5.3.2 Avaliação e reorganização dos fluxos internos e externos</b> .....	<b>40</b>
<b>5.3.4 Análise documental dos boletins/prontuários dos pacientes atendidos</b> .....	<b>45</b>
<b>5.3.4 Definição do protocolo de classificação de risco</b> .....	<b>45</b>
<b>5.4 Proposta para avaliação da gravidade dos pacientes na emergência</b> .....	<b>48</b>
<b>5.5 Proposta de treinamento para os enfermeiros do protocolo municipal hospital Odilon Behrens</b> .....	<b>49</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>52</b>
<b>ANEXO A – PARECER APROVADO PELO CEP UNISINOS</b> .....	<b>62</b>
<b>ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSITUIÇÃO</b> .....	<b>65</b>
<b>ANEXO C – CICLO DE DEMING OU PDCA</b> .....	<b>66</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>67</b>
<b>APÊNDICE B - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL</b> .....	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos grandes problemas enfrentados pelos os usuários é a garantia de acesso aos serviços de saúde, por meios das várias portas de entrada ao sistema, para atender sua demanda de forma satisfatória. Uma das portas de entrada para o sistema são os serviços de emergência, que, infelizmente tornaram-se uma das grandes portas de entrada para o sistema. Estes serviços se encontram em hospitais de médio ou grande porte, nos quais são recebidos, principalmente, pacientes em situações de urgência e emergência, graves, potencialmente graves, que necessitam de recursos tecnológicos e humanos especializados e preparados para o seu atendimento e a sua recuperação. (CALIL; PARANHOS, 2010).

O atendimento às urgências e emergências no Brasil vem passando por grandes transformações, com avanços considerados essenciais para a melhoria e qualidade nos serviços prestados a esse fim. Segundo Santos (2010), esse setor tem apresentado grandes avanços em nível técnico, investimentos, infraestrutura e humanização, estando em alguns aspectos à frente de alguns países desenvolvidos.

O serviço de emergência exerce grande poder de atração pelo fato de atender casos graves, influenciando a população sobre a ideia de que presta um atendimento seguro, rápido e eficaz. As falhas no atendimento da Atenção Básica geram a insatisfação dos usuários e promovem a sobrecarga nos serviços de emergência, devido ao grande número de pacientes com casos de complexidade menor e que poderiam ser atendidos nos serviços das unidades básicas. Fato observado por Sanches e Carvalho (2015), em estudo realizado Hospital Geral Prado Valadares, no município de Jequié, situado na região sudoeste da Bahia, onde 32,83% dos atendimentos foram classificados com ordem de prioridade dois (verde), ou seja, prioridade não urgente.

Esses serviços apresentam, por característica, uma alta rotatividade de pessoas, e tem sido reconhecido, por boa parte dos usuários, como a melhor forma de buscar atendimento imediato. Essa demanda por atendimentos de urgência e emergência surgiu em virtude, principalmente, do aumento do número de doenças crônicas e da violência urbana. Os serviços foram criados para prestar em atendimento imediato a pacientes com agravos à saúde, a fim de oferecer

atendimento de alta complexidade e diversidade e garantir todas as manobras de sustentação à vida. (CALIL; PARANHOS, 2010).

A falta de critério de avaliação no atendimento na classificação de risco, e a demanda dos usuários pelo serviço, colabora para a superlotação, que por sua vez, é agravada por problemas organizacionais das instituições, tais como o atendimento por ordem de chegada sem estabelecimento de critérios clínicos. Em consequência deste resultado, ocorre a insatisfação da população em atender suas necessidades, além da dificuldade de eleger as prioridades de atendimento em um sistema centrado no atendimento médico e ordenado na maioria das vezes em filas por ordem de chegada. O aumento, acrescentado à insuficiente estruturação da rede assistencial, tem colaborado de forma substancial para a sobrecarga dos serviços de atendimento de urgência e emergência acessível à população. (BRASIL, 2006a).

Entretanto, acompanham-se diariamente, através da mídia, problemas nos atendimentos em prontos socorros em todo o Brasil. São muitas as reclamações por parte dos usuários que enfrentam filas de espera e muitas vezes não resolvem seus problemas. Outro aspecto relevante é o modelo que impera no funcionamento dos serviços de urgência e emergência, em que os clientes, na maioria das vezes, não são atendidos de forma humanizada, resolutiva e acolhedora, justamente pela alta demanda dos serviços, da falta de profissionais qualificados, tanto para atendimento humanizado, como especializado, e da falta de organização no ambiente de trabalho. A falta de identificação do grau de sofrimento e do risco faz com que haja casos graves em filas de espera, que podem resultar em grandes problemas, ocorrendo até a morte do paciente, pelo não atendimento necessário ou no tempo adequado. (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012).

Algumas medidas para a organização do fluxo têm sido utilizadas com a finalidade de minimizar o risco para os pacientes que esperam por atendimento médico, estabelecendo um acolhimento com classificação de risco como uma forma de estruturar, otimizar o tempo de espera do paciente nas filas, priorizando o atendimento aos pacientes mais graves. (OLIVEIRA, 2014; SANTOS, 2014).

Contudo, apesar dos esforços para a organização e estruturação das redes de urgência e emergência, a superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) ainda é um fenômeno mundial. Caracterizado por todos os leitos do SEH ocupados; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; alto stress da equipe assistencial; grande pressão para novos

atendimentos, esta situação implica em baixo desempenho do sistema de saúde, e induz à baixa qualidade na assistência prestada. (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde (MS) passou a desenvolver políticas voltadas para a qualificação e melhoria dos processos de trabalho no atendimento às urgências e emergências. Em 2002, a Portaria GM 2.048 cria a Política Nacional de Atenção às Urgências como uma maneira de capacitar os profissionais, descrevendo a atuação e formação dos profissionais dos serviços de atendimento às emergências e principalmente encaminhar e estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências de qualquer complexidade ou gravidade, descongestionando a atenção efetuada exclusivamente pelos prontos-socorros. Esta política passa a vigorar em 2003. (BRASIL, 2002a; 2006b).

Em 2004, dá-se início o Programa Nacional de Humanização (PNH), o Humaniza SUS, que entre suas diretrizes e dispositivos define uma estratégia de modificação do processo de trabalho em saúde utilizando as ferramentas do acolhimento e da avaliação com classificação de risco. (BRASIL, 2004a; 2004b).

Com o lançamento da PNH, tornou-se necessária a reorganização dos serviços de saúde com o propósito de garantir o usuário um atendimento acolhedor, resolutivo e humanizado. Para esse fim, a diretriz de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), veio sistematizar de forma eficiente a identificação de pacientes e a organização no atendimento nas emergências, em conformidade a gravidade e a complexidade de cada caso. (COSTA et al., 2015).

O acolhimento é um processo de trabalho de maneira a atender todos que procuram os serviços de saúde e sua rede social, através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. (BRASIL, 2006b). Os princípios do SUS de universalidade, equidade, acessibilidade e integralidade, apresentam relação com as formas de acesso e acolhimento. Para os autores, toda unidade de emergência tem o compromisso de acolher o usuário, mesmo que a situação não seja de risco eminente. A palavra acolher não significa atender a todos, mas garantir um melhor acesso ao cidadão que procura os serviços de urgência/emergência, e recolocá-lo no local mais adequado, conforme a sua necessidade. (MARQUES; LIMA, 2007).

A técnica de avaliação e classificação de risco prevê a determinação de agilidade no atendimento, do ponto de vista do grau de necessidade do paciente, proporcionando atenção adequada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. (BRASIL, 2004b).

O modelo anterior, que prioriza a atuação do médico, ainda é operante em boa parte dos serviços de emergência. O acolhimento com classificação de risco é um processo que se desenvolve de forma multiprofissional, aprimorando o atendimento ao cliente e proporcionando uma escuta qualificada dos problemas enfrentados pelos usuários. (ARAÚJO et al., 2014; DESCOVI, 2009). É necessária a participação ativa de toda a equipe multiprofissional para o êxito do ACCR, em destaque o profissional de enfermagem que têm relevância nesse processo. (COSTA et al., 2015; DURO; LIMA, 2010).

O enfermeiro, pelas peculiaridades da profissão, é um dos profissionais de saúde que está mais próximo dos usuários, e que vem atuando sobre as reais necessidades do paciente, seja na saúde comunitária e no hospital. Neste cenário o enfermeiro tem o papel central no processo de acolhimento, avaliação e classificação de risco. (MARQUES; LIMA, 2007).

### **1.1 Marco histórico do Sistema Único de Saúde**

Na história da saúde brasileira, antes da implantação do SUS, a assistência era destinada exclusivamente aos trabalhadores. Essa trajetória teve início com as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), regulamentadas em 1923 pela Lei Eloy Chaves e posteriormente “passou por progressivas mudanças, atendendo não apenas os trabalhadores, mas toda população que precisasse de serviços de saúde”. (FORTES et al., 2010, p. 19).

No período que antecedeu a 1930, o modelo de assistência à saúde caracterizou-se pela predominância do modelo liberal privado tradicional, ou seja, assistência médica individual oferecida pelas Santas Casas e instituições de caridade a quem não podia pagar ou por médicos tipicamente liberais, mediante remuneração direta. (BRASIL, 2011a).

As CAPs cresceram e, em 1932, foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Estes IAPs atendiam trabalhadores de uma determinada categoria profissional e já existia alguma participação do Estado. Nesse

momento a contribuição era tripartite, sendo realizada pelos empregados, pela empresa e pelo Estado, que atuava mediante a base contributiva previdenciária (TAYRINY, 2010). A partir de 1966, o Decreto-Lei nº 72 unificou os IAPs e criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). (FORTES et al., 2010).

O Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) foi criado em 1977 pelo regime militar e pelo desmembramento do INPS, sendo hoje denominado de Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). O INAMPS era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social com cobertura para todos os trabalhadores urbanos formalmente inseridos no mercado de trabalho e parte dos trabalhadores rurais, com o objetivo de prestar atendimento médico somente aos que contribuía com a previdência social. Contava com uma rede própria de serviços, que foi incorporada por decreto ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060), em 1990. Em 1993, com a lei nº 8.689 ocorre a extinção do INAMPS e as atividades prestadas pelo órgão passam a ser incorporadas pelo Ministério da Saúde. (FORTES et.al., 2010).

Após várias mudanças no modelo de assistência à saúde, ocorridas nesse período, observa-se que começa a se construir no Brasil um sistema de saúde descentralizado e com tendência à cobertura universal, mesmo antes da aprovação da Lei 8.080, que instituiu o SUS. (PIERANTONI; VIANNA, 2003).

A história de criação do SUS traz marcas da participação popular em busca de melhorias no sistema de saúde. Com grandes avanços desde sua criação até os dias atuais, esse sistema ainda precisa ser modelado, visando sua melhoria. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças objetivando acesso a uma saúde de qualidade a todos os cidadãos, proporcionando, dessa forma, melhor qualidade de vida. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A legislação do SUS prevê o acesso universal aos serviços de saúde, reconhecendo-a como direito do cidadão e dever do Estado. Foi criado pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) e regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990, e, mesmo com todas as dificuldades inerentes a um país em desenvolvimento, o Brasil é hoje referência internacional na área de saúde pública e um exemplo para outros países que buscam sistemas de saúde com maior equidade. (LINDELOW; GRAGNOLATI; COUTTOLENC, 2013). Isto foi motivado pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e também à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e

de setores organizados da sociedade, que constituíam o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária”, que teve o seu auge na VIII Conferência Nacional de Saúde, no contexto da redemocratização do país. (SOUZA, 2002).

Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Participaram dessa conferência mais de 4 mil delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação. (FORTES et al., 2010, p. 20).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi sem dúvida um grande marco na história da saúde brasileira, pois a partir dela surgiram várias discussões a cerca do sistema de saúde que imperava na época e buscaram-se soluções que contemplavam a saúde de maneira mais ampla, sem esquecer que a população teve papel primordial nestas discussões, que modificou o sistema de saúde brasileiro. (FORTES et al., 2010).

O SUS corresponde a uma requalificação do direito à saúde, que deixa de ser privilégio dos contribuintes da Previdência Social e passa a ser de todos os cidadãos, e a uma requalificação da responsabilidade do Estado, que deixa de ser uma mera agência do seguro social em saúde e passa a ser o responsável pela sua garantia a todos os cidadãos. (CARVALHO; BARBOSA, 2010, p. 34).

Seguindo a trajetória do SUS, pode-se perceber que muito se tem avançado em busca de ampliação e melhorias na área da saúde, e atualmente esse mesmo sistema atende todas as classes sociais sem distinção. O SUS é o único sistema no mundo que garante assistência integral e completamente gratuita para toda a população brasileira, sendo considerado um dos maiores sistemas de saúde pública mundial. (SOUZA, 2002).

## **1.2 Política nacional de atenção às urgências e emergências**

A área de urgência e emergência constitui-se um importante componente da assistência à saúde. A demanda por serviços nesta área nos últimos anos, por conta do crescimento no número de acidentes, da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede, são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga nestes serviços, transformando esta área numa das mais problemáticas

do Sistema de Saúde. (BRASIL, 2010).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) (1995, artigo 1º) em sua Resolução nº 1.451, de 10 de março de 1995 afirma que “urgência significa a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. Define ainda, a “emergência como sendo constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”. Note-se que esses conceitos estão relacionados ao fator tempo como determinante do prognóstico vital.

Diante de grandes problemas existentes nessa área, o MS em parceria com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios, tem buscado elaborar medidas que contribuam para a reversão deste quadro, amplamente desfavorável à assistência da população. Assim, em 2003, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências, onde está pautada, sobretudo na necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos prontos-socorros. (BRASIL, 2003).

As urgências têm sido objeto de grandes iniciativas do Governo Federal, fato este que pode ser comprovado em junho de 1998, onde foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.923, que determinou investimentos nas áreas de assistência pré-hospitalar móvel, assistência hospitalar, centrais de regulação de urgências e capacitação de recursos humanos, com o objetivo de organizar e hierarquizar os serviços de assistência às urgências e emergências. (BRASIL, 2002b).

Em 2003, foi lançada a Política Nacional de Urgências e Emergências com o objetivo de estruturar, organizar e integrar a rede de urgência e emergência no país. Hoje a atenção primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família (ESF), enquanto a atenção secundária fica sobre responsabilidade do Serviço de Atendimento Móvel a Urgência (SAMU), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o atendimento de média e alta complexidade é realizado nos hospitais. (BRASIL, 2010).

A Atenção às Urgências e Emergências visa promover a integração de todos os níveis de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde com agilidade e eficácia. Essa rede é oferecida de forma integrada e coloca à disposição da

população serviços mais próximos de sua residência, facilitando o acesso do cliente aos serviços oferecidos. (BRASIL, 2010).

### 1.3 Acolhimento e triagem com classificação de risco

O sistema de triagem foi utilizado, primeiramente, no início do século XIX por militares americanos para identificar os soldados feridos nas guerras, no intuito de determinar as prioridades de tratamento, sendo classificados por gravidade de lesões. (GILBOY et al., 2005). O termo “triagem” implica em uma técnica de escolha de quem será ou não atendido primeiramente deverá ser realizada por meio de protocolos pré-estabelecidos, por profissionais de saúde de nível superior, com treinamento específico; (BRASIL, 2004b). O termo “triagem” ou “*triage*” é atribuído à prioridade e a exclusão de pessoas é considerada inadequada pela PNH, que sugere a utilização dos termos “avaliação” e “classificação de risco”. Subentende-se que tais termos venham se adequar à realidade proposta pela PNH com o propósito de humanizar o atendimento mediante escuta qualificada, avaliando e classificando o paciente conforme a sua necessidade e atendimento de acordo com a potencialidade para agravamento ou sofrimento físico ou mental. (GILBOY; TRAVERS; WERZ, 1999).

Embora haja a recomendação da proposta da PNH, ainda existe dificuldade na localização para a utilização dos termos “avaliação” e “classificação de risco”, os mesmos não são encontrados no vocabulário padronizado na busca de artigos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), aparecendo apenas o termo “triagem”, necessitando de uma padronização do termo. (TOLEDO, 2009).

Os serviços de triagem originaram-se nos hospitais norte-americanos, por experiências da guerra, devido ao aumento da demanda dos pacientes pelo atendimento hospitalar de pronto socorro. Isto ocorreu pelo fato da quase extinção dos médicos de família nos Estados Unidos na década de 50. (KELLY, 1994; LOWE et al., 1994). A partir de então vários sistemas de triagem surgiram no sentido de unificar e padronizar a linguagem utilizada na triagem dos pacientes.

No Brasil, a utilização do acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência surgiu quando da ampliação do acesso e humanização das relações começou a ser discutida de forma mais concreta a partir da publicação

da Portaria nº 2.048/02. A reorganização do processo de trabalho nos serviços de urgência e emergência visa à adequação da assistência conforme as necessidades do usuário e os graus de especificidade e resolutividade. (BRASIL, 2002a). Em 2004, o MS lança a cartilha da PNH, inserindo o acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança nos serviços de urgência. (BRASIL, 2004a). E, o Programa de Qualificação da Gestão no SUS (QualiSUS) trouxe os investimentos necessários para que fosse implantado todo este processo tecnológico e de ambiência. (BRASIL, 2006c).

O acolhimento manifesta uma ação de aproximação, do usuário que procura os serviços de saúde, no qual não se resume apenas ao ato de receber o paciente, mas também constitui uma continuidade de ações e técnicas que compõem as metodologias dos processos de trabalho em saúde em qualquer nível de atenção. (PROCHNOW et al., 2009).

### **1.3.1 Protocolos de Classificação de Risco em Unidades de Urgência**

O MS buscou a padronização do processo de acolhimento com a classificação de risco no intuito de qualificar o atendimento nos serviços hospitalares de emergência (SHE), já que a abordagem dos pacientes, nas emergências, era de acordo com a ordem de chegada e não segundo o potencial de agravamento e risco de morte do paciente. (SOUZA et al., 2011). O sistema proposto de ACCR adota medidas de uniformização do processo de triagem em todo o território nacional. (BRASIL, 2004a).

O Hospital Municipal de Paulínia foi o primeiro hospital brasileiro a implantar a classificação de risco do modelo canadense. (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2009). Assim como Paulínia, vários outros municípios implantaram o protocolo para acolhimento com avaliação e classificação de risco, com melhora no fluxo de atendimento, resolutividade, tempo de espera e diminuição da taxa de mortalidade. (BARBOSA et al., 2007; TOULSON; JONES; McCONNELL, 2005). O acolhimento com estratificação do risco, implantada em alguns hospitais brasileiros, não difere das iniciativas de outros países, desde que se adequem a nossa realidade. Para tanto, o uso de protocolo institucionalizado para a classificação de risco é o mais adequado em qualquer ambiente, garantindo critérios padronizados de atendimento, agilidade e determinação do risco potencial à

saúde ou sofrimento, já que devem ser baseados nas melhores recomendações científicas. (GÖRANSSON et al., 2006; MISOCZKY; BORDIN, 2004).

Os protocolos mais utilizados em serviços de classificação de risco das unidades de urgência e emergência, em nível mundial, são basicamente quatro: o *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS©) (PIRES, 2003), o *Australian Triage Scale* (ATS©), o *Emergency Severity Index* (ESI©) (TRAVERS et al., 2009) e o *Manchester Triage System* (MTS©). (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2009).

O quadro 1 apresenta um comparativo dos sistemas de classificação de risco empregados no Brasil.

Quadro 1 – Quadro comparativo dos sistemas de classificação de risco empregados no Brasil

SISTEMA	PAÍS	TEMPO	CARACTERÍSTICAS
ATS	Austrália	Imediata ou até 120 min	Trabalha com categorias de 1 a 5.
ESI	Estados Unidos	-----	Os recursos que a instituição oferece de acordo com a gravidade do paciente.
CTAS	Canadá	Imediata ou até 120 min	Pacientes são classificados em cinco níveis que priorizam a sua necessidade, sendo atribuídas cores para auxiliar na visualização.
MTS	Inglaterra	0 a 240 min	Escalas que trabalha com a priorização de cinco cores e discriminadores gerais que se aplicam a todos os pacientes, independente da condição e da queixa apresentada.
Classificação HOB	Brasil Belo horizonte	Avaliação médica imediata ou avaliação no mesmo dia ou no dia seguinte	Trabalha com cinco prioridades associadas às cores vermelho, amarelo, verde e azul. Para as cores e níveis, são definidos os critérios clínicos que servirão de guia para a avaliação do enfermeiro.

Fonte: elaborado pela autora (2016).

### 1.3.1.1 Escala de Triagem Australiana - *Australian Triage Scale*

No final dos anos 60, na Austrália, os pacientes que procuravam assistência médica não urgente não eram sempre classificados. Ao contrário daqueles que chegavam de ambulância adquiriam seu atendimento priorizado e os que deambulavam eram avaliados por ordem de chegada. Na década de 70 foi criada uma escala de cinco prioridades baseada em tempo no hospital, em Melbourne, para atender adequadamente e em tempo condizente com a gravidade do paciente que busca os serviços de emergência. (CONSIDINE; LeVASSEUR; VILLANUEVA, 2004). Atualmente é conhecida como ATS (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2013) e tem sido adotada pelas autoridades de saúde e pelo *Australian Council on Health Care Standards* (ACHS) como base de avaliação do desempenho das Unidades de Emergência. (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2009).

Esta escala classifica os pacientes em cinco níveis de prioridade, levando em consideração a gravidade e o tempo de espera, conforme o quadro 2:

Quadro 2 – Classificação da Escala de Triagem Australiana

<b>Categoria</b>	<b>Descrição da categoria</b>	<b>Avaliação</b>
Categoria 1	Risco imediato à vida. Ex.: parada cardiorrespiratória	Imediata
Categoria 2	Risco iminente à vida ou exigência de tratamento imediato. Ex.: insuficiência respiratória, dor torácica (isquemia), perda sanguínea importante.	< 10 minutos
Categoria 3	Potencial ameaça à vida/Urgência. Ex.: hipertensão severa, desidratação, convulsão.	30 minutos
Categoria 4	Situação de potencial urgência ou complicação/gravidade importante. Ex.: aspiração de corpo estranho (sem obstrução de vias aéreas), dor moderada, dor abdominal não específica, trauma craniano sem perda de consciência.	60 minutos
Categoria 5	Menos urgente ou problemas clínico-administrativos. Ex.: condições, necessidade de receita médica.	120 minutos

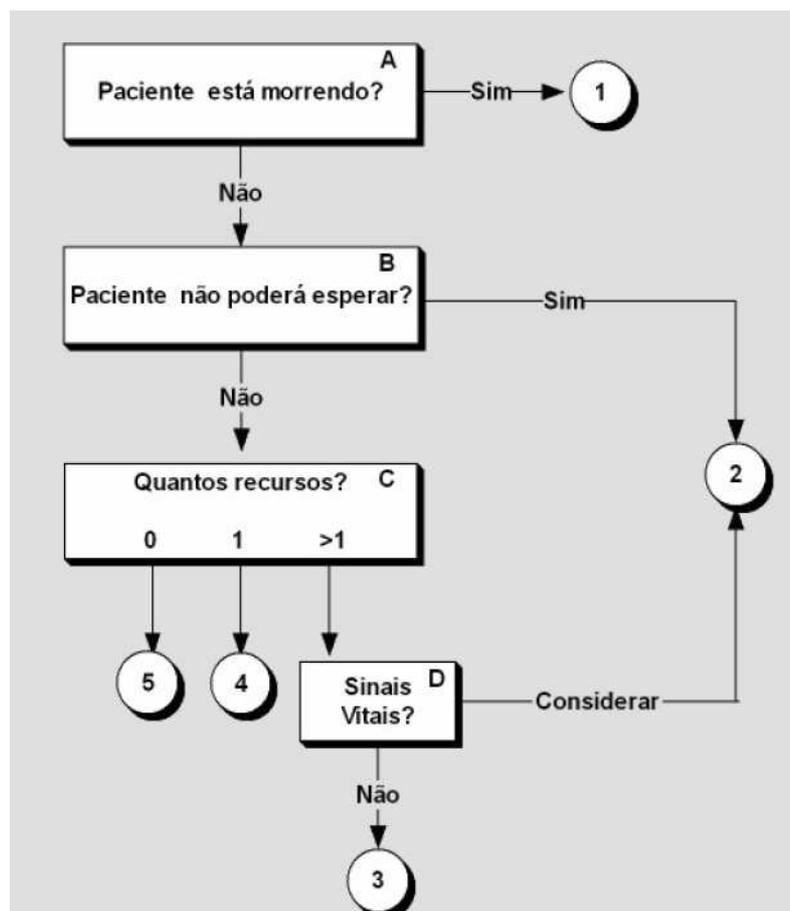
Fonte: *Australasian College for Emergency Medicine* (2013).

### 1.3.1.2 Escala de Triagem Americana - *Emergency Severity Index*

A ESI é uma escala desenvolvida nos Estados Unidos, em 1998, e tem como objetivo produzir a estratificação do risco dos pacientes atendidos na emergência. A primeira versão da ESI foi implantada em 1999 nos hospitais de ensino americanos, contemplando apenas pacientes adultos. Em 2000 foi implantada em mais cinco hospitais, onde foram inclusos alguns sinais pediátricos. Entretanto, a escala exclusiva para crianças ainda não foi validada para o Brasil. (LÄHDET et.al., 2009; TRAVERES et al., 2009). O sistema americano de triagem não se encontra totalmente estruturado e continua a evoluir, apoiado pela *Emergency Nurses Association* (ENA), que propõe a padronização da triagem levando em consideração que a mesma deva ser efetuada por um enfermeiro com experiência comprovada em urgência.

Antes da ESI, os protocolos americanos utilizados nos serviços de emergência eram somente classificados em três níveis (emergência, urgência e não urgência). Segundo os estudos de Wuerz; Fernandes e Alarcon (1998) as escalas com três níveis de classificação apresentam baixo entendimento entre os profissionais que a utilizam. Desta maneira, Gilboy et al. (2005) comprovou a importância da utilização de uma escala que pudesse estratificar o usuário em cinco níveis.

A ESI (Figura 1) é uma escala que se baseia, principalmente, na condição física, necessidade comportamental e psicossocial do paciente, sendo estes os fatores que influenciam em sua admissão nos serviços de saúde. A escala contempla um algoritmo com cinco níveis de emergência onde o primeiro é o mais grave e o quinto o menos grave. Cada algoritmo é condizente com informações necessárias as quais auxiliam os enfermeiros a realização da triagem dos usuários. (GILBOY et al., 2005).



Fonte: Gilboy et al. (2005).

Figura 1 – Algoritmo de classificação de risco do protocolo ESI, versão 4.

Tanto a ESI, como a CTAS, a ATS e o MTS estratificam cinco prioridades de classificação que variam de um a cinco. Entretanto existem alguns pontos que a diferencia das demais escalas. A diferença entre a ESI e as demais escalas é que elas consideram um tempo alvo máximo para o atendimento médico. Além disso, a ESI considera como imprescindíveis os recursos que a instituição oferece de acordo com a gravidade do paciente, e é uma escala que contempla a antecipação de exames e procedimentos necessários. Para tanto, requer treinamento e conhecimento do enfermeiro para a classificação ser executada.

### 1.3.1.3 Canadian Triage Acuity Scale

Em 1997, foi implantada no Canadá a escala canadense baseada no modelo da escala australiana, com o objetivo de uniformizar os dados. A escala possui cinco níveis de classificação e assegura o acesso dos usuários aos serviços de saúde (BEREVIDGE, 1998; CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS,

2002; GÖRANSSON et al., 2005).

A escala foi publicada pela primeira vez em 1999 e desde então vem sofrendo modificações e sendo aperfeiçoada e divulgada. Porém, a mesma escala não se apresentava como uma ferramenta de classificação de risco pediátrico em 2001 e houve uma modificação, sendo desenvolvido uma escala específica para pacientes pediátricos, a “*Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines*” (PaedCTAS).

Com o passar dos anos as duas escalas foram unidas, priorizando o atendimento para ambos. (BULLARD et al., 2014). A CTAS estabelece um tempo de espera limite para o atendimento, onde os pacientes são classificados em cinco níveis que priorizam a sua necessidade, sendo atribuídas cores para auxiliar na visualização (Figura 2).

Níveis	Cor	Prioridade	Avaliação médica e tratamento	Frequência de reavaliação
Nível I	Azul	Ressuscitação	Imediatamente	Frequentemente
Nível II	Vermelho	Emergência	Em 15 minutos	A cada 15 minutos
Nível III	Amarelo	Urgente	Em 30 minutos	A cada 30 minutos
Nível IV	Verde	Pouco urgente	Em 60 minutos	A cada 60 minutos
Nível V	Branco	Não urgente	Em 120 minutos	A cada 120 minutos

Fonte: Adaptado de Anziliero (2011).

Figura 2 – Níveis de classificação do Protocolo *Canadian Triage Acuity Scale*.

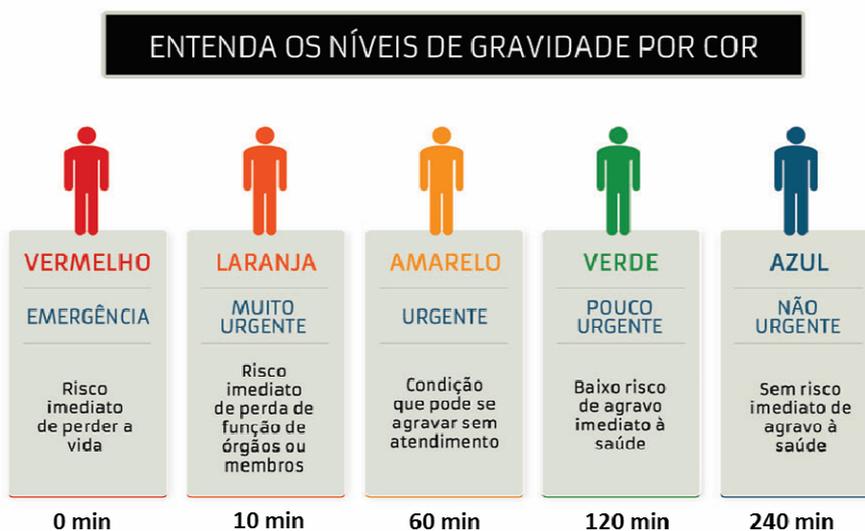
#### 1.3.1.4 Escala de *Manchester Triage System*

O sistema MTS, como é chamado no Brasil, foi criado na cidade de Manchester - Inglaterra, em 1994, por um grupo integrado por médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência e é fundamentado nas necessidades do paciente na priorização do atendimento. (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2006). Em 2002 foi traduzida para o português sua segunda versão pelo Grupo Português de Triagem, e passou a ser utilizado naquele país e em outros países do mundo. (FREITAS, 2002).

O MTS permite ao profissional, médico e enfermeiro, habilidades para a atribuição rápida de uma prioridade clínica do doente em situação aguda. Assim como as outras escalas, trabalha com a priorização de cinco cores: vermelho (atendimento emergente), laranja (atendimento muito urgente), amarelo

(atendimento urgente), verde (atendimento pouco urgente) e azul (atendimento não urgente). Na escala existem os discriminadores gerais que se aplicam a todos os pacientes, independente da condição e da queixa apresentada. (FREITAS, 2002).

Seguindo esse protocolo, o enfermeiro ou médico baseia-se na identificação da queixa principal do paciente. A partir dessas queixas, são direcionados fluxogramas orientados por discriminadores resumidos em forma de perguntas para facilitar a triagem. O sistema fornece no final das respostas a classificação de risco do usuário. A escala possui cinco categorias de gravidade e atribuídas a cada uma delas uma cor, e um nome, bem como é estabelecido um limite de tempo de espera do usuário (Figura 3). (FREITAS, 2002).



Fonte: Azevedo (2014).

Figura 3 – Sistema de Classificação de Manchester conforme cores e tempo de espera.

### 1.3.1.5 Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do Hospital Municipal Odilon Behrens

Em 2005, foi implantado, através do modelo de gestão participativa institucional, o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB). Esse protocolo resultou da criação de colegiados de gestores hospitalares, que discutiam a necessidade de mudança na organização

da porta de entrada, que se fazia pela triagem realizada pelos porteiros, funcionários da recepção e coordenadores médicos de plantão. (RIBEIRO, 2008).

Este modelo não foi só executado no hospital, como também foi difundido por toda a rede de atenção às urgências do município de Belo Horizonte, mostrando a fragilidade e a falta de comprometimento com os usuários. (RIBEIRO, 2008). Durante o período de experiência do protocolo, surgiu algumas preocupações dos funcionários e a indefinição de papéis dos profissionais, bem como a inconformidade dos médicos que realizavam a tarefa, considerada constrangedora, vista que os recursos eram indisponíveis para uma avaliação adequada. Deste modo, resultou aos dirigentes dos hospitais buscarem outros conhecimentos baseados em um modelo de organizacional. Diante desse cenário optou-se pela implantação do dispositivo da Política Nacional de Humanização: Acolhimento com Classificação de Risco. Deste mesmo processo segue uma sequência abaixo das atividades propostas. (RIBEIRO, 2008).

O protocolo HOB trabalha com cinco prioridades associadas às cores vermelho, amarelo, verde e azul. Para todas as cores e níveis, são definidos os critérios clínicos que servirão de guia para a avaliação do enfermeiro (Figura 4).

Prioridade	Cor	Classificação	Intervenção Médica	Reavaliação de Enfermagem
I	Vermelho	Ressuscitação	Intervenção médica imediata com acionamento de sinal sonoro	Cuidados contínuos
II	Vermelho	Emergência	Avaliação médica <15 minutos, sem acionamento sonoro	A cada 15 minutos
III	Amarelo	Urgência	Avaliação médica <30 minutos	A cada 30 minutos
IV	Verde	Menor Urgência	Avaliação médica <1 hora	A cada 1 hora
V	Azul	Não urgente	Avaliação médica no mesmo dia ou no dia seguinte	-

Fonte: Hospital Odilon Behrens (2006).

Figura 4 – Escala de classificação de risco do protocolo Hospital Odilon Behrens.

Com a implantação do Protocolo de Classificação de Risco do HOB, obteve-se indicadores que apontem a melhoria na qualidade do atendimento e alguns resultados esperados, dentre eles destaca-se: a redução do risco de mortes

evitáveis; a abolição da triagem efetuada por funcionário não qualificado e a redução do tempo de espera, entre outros. (HOSPITAL ODILON BEHRENS, 2006).

O processo de implantação do protocolo HOB se deu em setembro de 2005. Até setembro de 2008 foram classificados cerca de 162 mil pacientes, com uma média de 4.500 pacientes/mês, em média de 150 pacientes/dia. Esse processo resultou na melhoria do acesso ao serviço, onde também foram incluídos psicólogos e assistentes sociais no setor, rendendo resultados positivos e melhorando o relacionamento dos profissionais e usuários. (RIBEIRO, 2008).

#### **1.4 O papel do enfermeiro na urgência e emergência como gestor de fluxo**

A enfermagem é uma profissão que exige cuidado exclusivo ao paciente, uma vez que o cuidar do outro em sua integralidade significa não apenas resolver seus problemas físicos, mas também reconhecer todas as necessidades do paciente. O papel da enfermagem, inserida no serviço de urgência/emergência, tem como o principal objetivo oferecer à preservação das funções físicas, fisiológicas e vitais do paciente, otimizando o foco do cuidado a preservação da vida, evitando a degradação, antes que o tratamento definitivo possa ser fornecido. (SMELTZER; BARE, 2015).

O enfermeiro que atua na unidade de urgência e emergência tem como atribuição obter a história do paciente, executar o exame físico, realizar tratamento específicos, trabalhar com agilidade para estabelecer a manutenção da saúde do paciente, além disso, é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem, devendo exercer a capacidade de liderança no trabalho, discernimento, e a estabilidade emocional. (WEHBE; GALVÃO, 2001).

Nos hospitais, principalmente no serviço de urgência e emergência, é um setor onde situações críticas frequentemente ocorrem, pois, os pacientes que procurem estes serviços se encontram em situações graves ou potencialmente graves. Diante do perfil do usuário que procura a unidade de Urgência e emergência oferece uma equipe multidisciplinar de especialistas com competência para tratar pacientes em estado grave. É uma das áreas mais críticas e congestionadas de um hospital, onde situações inesperadas acontecem. (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012).

A emergência consiste em uma estrutura padrão, onde o serviço é realizado por uma equipe multiprofissional bem preparada e capacitada para o atendimento com eficácia. É necessário que tenha locais adequados com ambiente amplo, pequenas salas individuais, fácil acesso e planta física adequada; manual de normas, rotinas de procedimentos, recursos específicos e equipe especializada. (LIMA; ERDMANN, 2006). Nessa concepção, a atribuição do enfermeiro no serviço de urgência e emergência é desafiador, pois sua atuação é fundamental devido à multiplicidade de condições e situações. Diante disso, se reconhece porque o enfermeiro protagoniza ações fundamentais no cuidado e no gerenciamento da equipe, além de ser intermediador entre a família e os demais profissionais da equipe de atendimento. (ALVES; RAMOS; PENNA, 2005). Ao assumir a gerencia no serviço, o enfermeiro participa das mudanças na sociedade, atua na organização dos serviços e organiza os fluxos, modificando a sua atuação focada no cuidar. (LOURENÇO; SHINYASHIKI; TREVIZAN, 2005).

## 2 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo desenvolvimento deste estudo surgiu pela falta de um protocolo apropriado na emergência do Hospital Municipal de Santa Inês, no interior do Maranhão, que iniciou durante a minha trajetória como docente de um curso de graduação em enfermagem, em uma instituição de ensino público estadual, ao acompanhar os discentes nos estágios. Neste local, cada enfermeiro aplica a sua própria forma de classificação de risco, conforme seus conhecimentos e tentativas de bom senso, não existindo um padrão que organize o fluxo e o processo de trabalho, acarretando em uma circulação desordenada dos usuários dentro do estabelecimento. Percebi que tal problemática (organização dos fluxos, fila de espera, demora no atendimento) ainda incomodam os usuários que procuram este serviço.

Acredito que este estudo possa permitir a melhoria do serviço, reconhecendo o serviço prestado e avaliando qual o melhor protocolo de classificação de risco para a realidade local. A proposta de implantação para melhorias na qualidade dos serviços será encaminhada para os respectivos gestores, sendo de responsabilidade dos mesmos a sua implantação.

Este estudo poderá servir de referência para estudos futuros envolvendo a temática em questão na localidade e arredores. Atualmente, um bom atendimento, baseado na escuta do usuário e o bom desempenho profissional, favorece o binômio usuário – serviços de saúde. Além disso, considera-se que é preciso criar novas formas de agir em saúde, que levam a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora.

### **3 OBJETIVOS**

- a) definir um protocolo de classificação de risco, empregado no Brasil, para implantação no Hospital Thomas Martins;
- b) realizar um diagnóstico situacional da unidade de emergência do Hospital Thomas Martins;
- c) avaliar os fluxos internos e externos do serviço de emergência do Hospital Thomas Martins;
- d) identificar o protocolo de classificação de risco adequado à realidade do Hospital Thomas Martins.

#### **3.1 Meta**

Implantar o protocolo de classificação de risco no Hospital Thomas Martins, após a apreciação do gestor local responsável.

#### 4 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos deste estudo estão baseados na resolução nº 466/2012. (BRASIL, 2013). A proposta de estudo foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNISINOS e aprovado sob o número 1.347.030. (ANEXO A).

Foi solicitado autorização para a Secretaria de Saúde do Município de Santa Inês – Maranhão (ANEXO B), para a realização da mesma no Hospital Thomaz Martins.

Todos os participantes foram convidados a fazer parte do estudo e esclarecidos acerca dos objetivos e da metodologia. Aos que aceitarem participar, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), redigido em duas vias, sendo uma via assinada e entregue ao pesquisador. Todas as dúvidas que surgiram foram sanadas, bem como as questões relacionadas ao sigilo dos dados e à desistência ao longo da pesquisa, sem prejuízo ou constrangimento. O risco desta pesquisa é mínimo, podendo ocorrer constrangimento dos participantes por responderem questões sobre o processo do trabalho realizado na emergência, ao qual os mesmos se encontram alocados.

Os resultados da pesquisa serão utilizados internamente na instituição para a implantação do sistema de classificação de risco e será apresentado para os responsáveis do hospital e para Secretaria Municipal de Saúde, após a defesa da dissertação.

Os dados serão utilizados para defesa da dissertação de mestrado e na publicação de artigo e em eventos científicos. Também foi elaborado um documento com a proposta de implantação da classificação de risco para a direção do hospital e a Secretaria da Saúde do Município.

Os dados da pesquisa serão armazenados por um período de 5 anos e após o encerramento do estudo, serão descartados por meio de picotagem.

## 5 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA E RESULTADOS

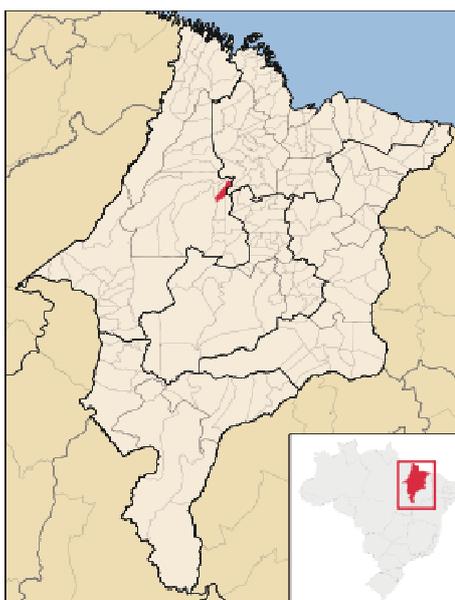
Optou-se pela descrição metodológica e apresentação dos resultados no mesmo capítulo, por entendermos que esta apresentação facilitará na compreensão da proposta do estudo.

### 5.1 Delineamento

É um estudo do tipo intervenção. Segundo Polit e Beck (2011), o estudo de intervenção envolve o entendimento profundo da situação e dos indivíduos para os quais a pesquisa está sendo desenvolvida, onde uma equipe multiprofissional realizará um planejamento minucioso e cooperativo no desenvolvimento de uma investigação, diagnóstico e intervenção para o problema identificado.

### 5.2 Campo da intervenção

A presente pesquisa foi desenvolvida no Hospital Thomas Martins, localizado no município de Santa Inês, Maranhão, situado na Avenida Marechal Castelo Branco, nº 2818, bairro laranjeiras. A cidade fica a 243 km da capital São Luís (Figura 5).



Fonte: Santa Inês (2015).

Figura 5 – Localização geográfica da cidade de Santa Inês – MA.

Santa Inês é a principal cidade da Microrregião Vale do Pindaré. Possui uma área de 381,157 Km<sup>2</sup>. Ao Norte faz limite com Pindaré-Mirim e Igarapé do Meio, ao Sul - Santa Luzia e Brejo de Areia, ao Leste - Vitorino Freire e Bela Vista, a Oeste – Pindaré-Mirim e Tufilândia. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002; 2008). Sua população é de 82.680 habitantes, com uma densidade de 202,76 habitantes/km<sup>2</sup>. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014). Sua economia gira em torno do comércio, prestação de serviço, agricultura e setor imobiliário, e a cidade é sede comercial para vários municípios ao redor.

O hospital possui 125 leitos (Figura 6), dentre eles várias especialidades cirúrgicas como, obstetrícia, pediatria e ortopedia atende diariamente cerca de 300 pacientes por dia, sendo que o hospital é considerado um hospital regional, pois o mesmo atende várias regiões próximas e localidades vizinhas. Os leitos são distribuídos nas enfermarias adulto e infantil e cinco leitos na unidade de cuidados intermediários (UCI), que apresenta características de uma unidade de terapia intensiva, com várias especialidades clínicas e cirúrgicas dentre elas: ortopédica, cardíaca, ginecológica, obstétrica, cirurgias do aparelho digestivo, entre outras, sendo caracterizado como um hospital de Porte I (número de leitos, leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), tipo de UTI, complexidade (média), serviço de urgência/emergência, quantidade de salas cirúrgicas (4 salas)).

O hospital Thomas Martins dispõe de seis enfermeiros no setor de urgência e emergência, sendo que um enfermeiro fica responsável por cada dia da semana de segunda a sábado e intercalando no domingo. O serviço funciona 24 horas e dispõem de equipamentos como Raio-X, laboratório e serviço de banco de sangue e derivados (HEMOMAR).



Fonte: Costa (2013).

Figura 6 – Vista frontal do Hospital Tomaz Martins

### 5.3 Etapas de procedimento de coleta dos dados

A coleta de informações dar-se-á com a elaboração do diagnóstico situacional, a avaliação e reorganização dos fluxos internos e externos, bem como a escolha do protocolo de classificação de risco da unidade de emergência do Hospital Tomaz Martins.

#### 5.3.1 Diagnóstico situacional

Segundo a Portaria Nº 354, proposta do MS, sobre "Boas Práticas para organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência" (PORTARIA Nº 354, DE 10 DE MARÇO DE 2014), os serviços de emergência e urgência devem estar organizados conforme as necessidades locais. Assim, todos os recursos devem ser providos e previstos para o bom funcionamento do serviço.

O diagnóstico situacional da emergência do hospital foi realizado seguindo a metodologia de avaliação da Acreditação Hospitalar. (BRASIL, 2001; ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2001). Apesar de ser um instrumento específico para analisa os processos e recursos (físico, humanos, equipamentos/materiais) da qualidade da assistência prestada, alguns ajustes metodológicos forma necessários para sua análise em função da dinâmica de trabalho da unidade avaliada.

### 5.3.2 Características do diagnóstico situacional

Para planejar e direcionar as ações e conhecer a realidade do hospital realizou-se um diagnóstico situacional na emergência do hospital, baseado na portaria nº 354, proposta pelo Ministério da Saúde (APÊNDICE B). O diagnóstico situacional é uma ferramenta que auxilia conhecer os problemas e as necessidades do local e dos serviços de saúde e foi organizado seguindo a metodologia de avaliação da Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2001) e adaptado para este estudo.

#### 5.3.2.1 - Prestação de atendimento imediato /situação de risco de morte

A emergência do Thomaz Martins possui uma equipe multiprofissional habilitada, com treinamento para o atendimento de urgência e emergência, escala de plantão de médicos e equipe de enfermagem nas 24 horas.

Pela análise situacional, o paciente não tem acesso garantido ao centro cirúrgico nas primeiras 24 horas, ocorrendo uma longa espera e insatisfação do mesmo. O cirurgião locado na emergência só atende a este setor, sendo que se o paciente necessita de alguma cirurgia de urgência/emergência, o mesmo é transferido para a capital São Luís, a 243 km. Pela análise, o paciente é estabilizado no local, antes da transferência. Entretanto, mesmo se tratando de paciente com risco de morte, o mesmo é transferido somente com os cuidados do enfermeiro ou técnico de enfermagem.

O hospital possui equipamentos e medicamentos e materiais compatíveis para atender as necessidades do usuário e possui um local exclusivo para o atendimento de emergência. Neste local há espaço para consulta, para realização de pequenos procedimentos como salas de curativos, sala de sutura, sala de gesso, Todas as salas dispõem de ar comprimido a vácuo e oxigênio e existe rotina de precauções para isolamento quando necessário. Há protocolo de controle para germes multirresistentes quando do atendimento do paciente transferido de outras instituições.

### 5.3.2.2 Manual de normas, rotinas e procedimentos atualizados e disponíveis

A emergência do Hospital Thomaz Martins possui local de atendimento com condições de lavagem simples e antissepsia das mãos (pias e dispositivos com álcool gel nos corredores). Existe ventilação adequada (janelas externas) na sala de observação e consultórios, bem como iluminação por fluorescente em todas as salas. Na sala vermelha e amarela não existe janelas, sendo o ambiente ventilado com ar condicionado.

Os responsáveis ou acompanhantes são informados sobre a situação e estado geral de saúde do paciente pelos funcionários do hospital (do vigia até o médico), não existindo uma rotina padronizada de quem deve fornecer esta orientação.

A unidade dispõe de duas salas para descanso dos plantonistas noturnos (médicos, enfermeiros e técnicos), uma masculina e uma feminina, próxima à unidade de emergência.

O hospital não dispõe de sistema de comunicação de autoridade judiciária para casos específicos. Se necessário, é chamado à autoridade policial ou judiciária do município, sendo que o município dispõe de Conselho Tutelar, Polícia Civil e Polícia Militar.

O hospital dispõe de manuais de normas e rotinas e procedimento, por exemplo, manual de lavagem das mãos, manual e condutas de medidas de precauções, etc. O mesmo fica disponível para toda a equipe na sala do enfermeiro que faz a classificação, não havendo cópias do mesmo em todas as salas.

Existe um programa de educação e treinamento continuado para a equipe de enfermagem, que ocorre mensalmente. Este treinamento é realizado por um dos enfermeiros da equipe, sendo abordados temas específicos da unidade, como também atualizações de procedimentos para segurança do paciente e equipe, tais como lavagem de mão, medidas de precauções e bloqueios. Os médicos do serviço são convidados a participar de todos os treinamentos. Infelizmente, não existe a adesão dos mesmos.

### 5.3.2.3 Sistema de aferição da satisfação dos clientes (Internos e externos): dados e indicadores assistenciais e de qualidade

A instituição não possui sistema de informação baseado em taxas e indicadores específicos do atendimento de emergência, bem como não há um sistema de aferição da satisfação dos clientes.

### 5.3.2.4 Sistema de referência e contra referência

O hospital dispõe de uma lista de serviços para referência e contrarreferência. Existem duas ambulâncias de suporte básico, próprias do serviço para a realização das transferências. As transferências são realizadas, geralmente acompanhadas pelos técnicos de enfermagem e o motorista, para outros serviços ou hospital.

O hospital possui sistema de comunicação que assegura e agiliza a transferência do paciente através da central de regulação e marcação de leitos. A direção do hospital, juntamente com o serviço social, dispõe de uma relação de serviços ou centros especializados para quais devem transferir o paciente, conforme a necessidade de atendimento. A reserva de leitos em outros hospitais é realizada pelo serviço social, através da central de leitos. Em alguns casos são “negociadas” autorizações de internação hospitalar (AIH) pela direção dos hospitais. Para as transferências de pacientes críticos, é realizado contato prévio entre os médicos dos serviços. Caso haja liberação médica do outro hospital autorizando a transferência, a direção do Hospital Thomaz Martins autoriza o termo de liberação do paciente.

O serviço possui dois registros, a ficha de atendimento e o boletim médico. A ficha de atendimento é realizada na entrada do paciente, pela recepção da emergência. O boletim médico é realizado *online* pelo próprio médico, onde é registrado dados clínicos (sinais e sintomas) e tratamento indicado. Este boletim é impresso no local em duas vias, sendo uma para o paciente e outra para o serviço.

O hospital possui contratos com empresas especializadas para manutenção de meios de transportes e equipamentos. Quando existe quebra de contrato, os serviços não são prestados, sendo a manutenção prejudicada para serviços essenciais, como por exemplo, tomografia e Radiografia.

5.3.2.5 - Manuais de normas e rotinas e procedimentos documentos, atualizados e disponíveis, bem como protocolos clínicos e critérios para a transferência e admissão de clientes/pacientes encaminhados por outros serviços

O hospital não possui manual de normas e rotinas e procedimento de referência e contrarreferência documentada. Também não possui um sistema de análise crítica dos critérios clínicos relativos às transferências e as admissões do paciente.

Todos os pacientes e acompanhantes são informados sobre o motivo da transferência. Existe um documento de transferência (autorização da direção) da instituição de origem que é encaminhado juntamente com o boletim de atendimento médico.

Existe protocolo clínico institucionalizado, do MS, para atendimento ao paciente de acidente vascular cerebral e dor torácica.

### 5.3.3 Avaliação e reorganização dos fluxos internos e externos

Para a avaliação e reorganização dos fluxos, um grupo de trabalho foi constituído por oito profissionais do setor de emergência do hospital Thomas Martins entre eles, cinco enfermeiros e três técnicos de enfermagem.

Os critérios de inclusão e exclusão dos participantes do grupo são:

#### 5.3.3.1 Critérios de inclusão

- a) pertencer ao quadro funcional da instituição;
- b) ter idade maior ou igual a 18 anos.

#### 5.3.3.2 Critérios de exclusão

- a) estar em afastamento da instituição, por qualquer natureza, no período da coleta.

Este grupo foi convidado pela coordenação do hospital, o qual fez a explanação dos objetivos do trabalho. E, a explanação da metodologia a ser seguida foi orientada pela própria pesquisadora.

A reunião ocorreu dentro do hospital, em local específico para reuniões, durante três dias, no turno da tarde, com duas horas de duração, contemplando os funcionários que aceitaram participar desta etapa da pesquisa. A pesquisa foi realizada com equipe de enfermagem do hospital Thomas Martins Este grupo de trabalho realizou a avaliação e reorganização do fluxo de atendimento, bem como a identificação dos atendimentos mensais.

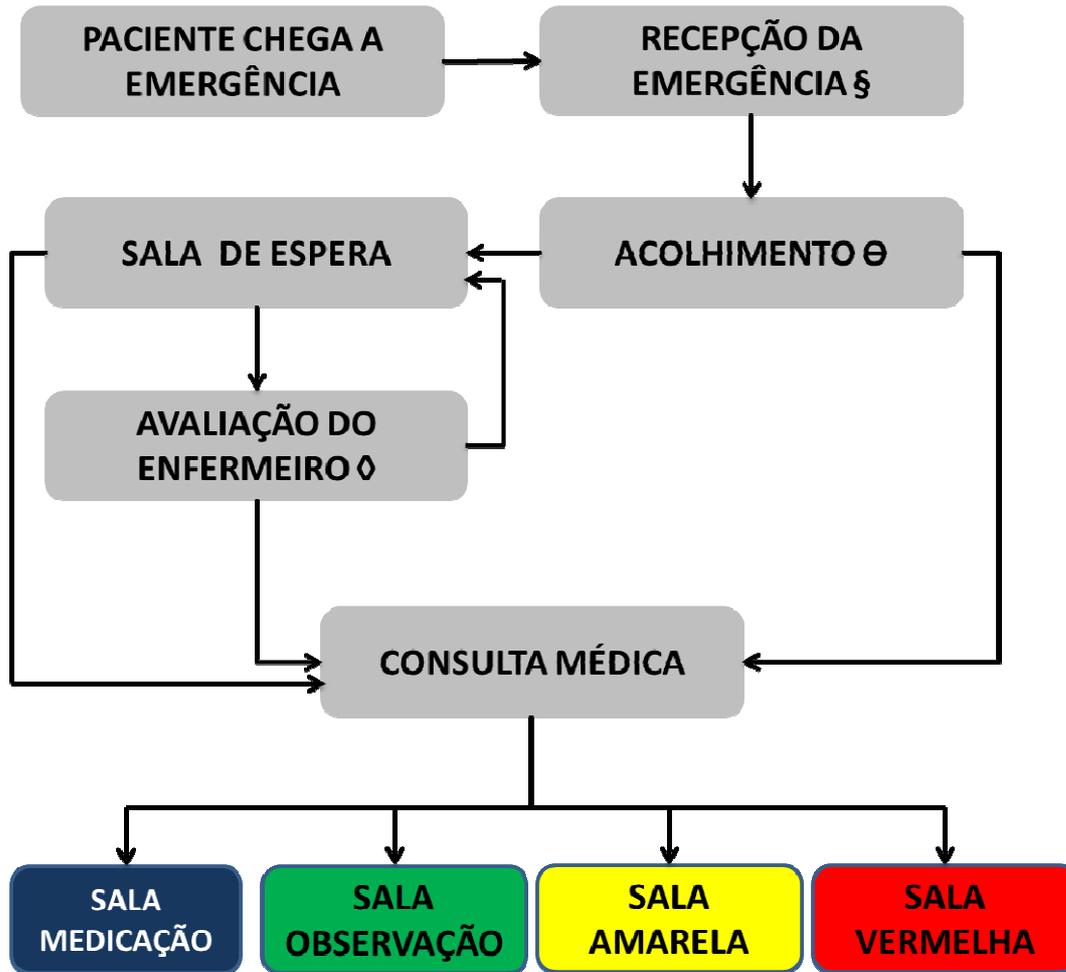
O mapeamento do fluxo atual (APÊNDICE A) serviu como base para a proposta de organização do serviço de emergência para a implantação de uma classificação de risco que melhor se adaptou ao local. A reorganização do fluxo de atendimento com classificação de risco, utilizado para representar graficamente as etapas de um processo para auxiliar na sua análise (ARAÚJO, 2007), auxiliará na priorização das urgências e a melhor qualidade na assistência. Desta maneira, a proposta da classificação de risco está alinhada ao fluxo de atendimento.

O redesenho do fluxo de atendimentos e processo de trabalho ocorreu a partir da análise dos fluxos e processos existentes, por técnica de observação. O redesenho do processo seguiu o modelo de Melhorias de Langley et al. (2009) que é composto de três questões fundamentais e do ciclo de aprendizagem e melhoria (Ciclo de Deming ou Ciclo PDSA – Planejar, Executar, Verificar, Agir) (ANEXO C) (LANGLEY et al., 2009). Entretanto, devido ao tempo necessário para que todos os participantes envolvidos neste contexto participassem de todas as fases do ciclo, a proposta foi realizar apenas a primeira etapa do mesmo, isto é, planejar (P). As demais etapas (Executar, Verificar e Agir) serão elaboradas posteriormente, após a apresentação da proposta para a direção da instituição estudada.

O processo de trabalho atual (Figura 7) foi verificado com a coordenação da emergência para a procura de falhas, utilizando-se a ferramenta do Diagrama de causa e efeito, que auxiliou na identificação das causas de um determinado problema no processo de atendimento da emergência. (ISHIKAWA, 1990). Com ele, foi possível explorar as causas possíveis de uma condição ou problema, permitindo identificar a causa original e a raiz do problema. Este sistema permitiu estruturar hierarquicamente as causas dos problemas que foram enumeradas durante as discussões do grupo, sendo também discutido o problema e a não conformidade

(*brainstorming*) sobre as causas e alocadas nas principais categorias, para cada causa, foi perguntado ao grupo por que isto acontece (Figura 8).

As informações coletadas foram organizadas em categorias e verificadas as causas potenciais dos problemas. Inicialmente o redesenho do processo foi realizado sem pensar no “como” implementar, já que nesta fase não foi tolhida nenhuma ideia inovadora. (LIMA, 2006). Entretanto, depois dessa primeira etapa, o processo foi reavaliado para o que pode ser feito, dentro da realidade institucional e de mercado local.

**LEGENDA:**

§ Recepcionista faz Boletim de Atendimento

Θ Técnico de Enfermagem verifica PA e T°, Criança verifica peso.

ϖ Enfermeiro classifica prioridade de atendimento (Classificação do MS)

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

Figura 7 – Fluxo de atendimento atual da Emergência Thomaz Martins, 2016.



Fonte : Resultado da pesquisa 2016

Figura 8 - Diagrama de causa e efeito da análise do fluxo de atendimento da emergência do Hospital Tomaz Martins, 2016.

#### 5.3.4 Análise documental dos boletins/prontuários dos pacientes atendidos

Para a análise da documentação optou-se pela avaliação dos boletins/prontuários, buscando as seguintes informações: queixa principal, sinais vitais, idade, história pregressa e conduta. Como, diariamente, em média são atendidos 300 pacientes no serviço, a amostra foi de 170 boletins/prontuários (IC 95%; erro 5%; distribuição 50%), escolhidos aleatoriamente em um dia de atendimento.

Esta avaliação auxiliou na identificação do perfil de atendimento dos pacientes que utilizam o serviço de emergência, bem como auxiliou na elaboração de casos para o treinamento dos enfermeiros quando da implantação do protocolo de acolhimento com classificação de risco no Hospital Thomaz Martins.

#### 5.3.5 Caracterização do grupo de trabalho

Foram convidados a participar da reunião cinco enfermeiros do setor da urgência e emergência e dois técnicos de enfermagem. Todos os encontros foram realizados na sala de reuniões do Hospital Thomas Martins, durante três dias consecutivos, com duração de duas horas, para apresentação da proposta e discussão entre os membros do grupo.

#### 5.3.6 Definição do protocolo de classificação de risco

Todos os protocolos empregados no Brasil foram apresentados detalhadamente para a equipe de trabalho. Para cada protocolo foram discutidos os pontos positivos e negativos e custo-benefício para a realidade local (Quadro 3). Após esta explanação, o grupo de trabalho decidiu que o protocolo de acolhimento com classificação de risco do Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB) é o que melhor se adapta as condições locais como instrumento de reorganização dos processos de trabalho, na tentativa de estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário que procura o serviço.

Quadro 3 – Comparação dos pontos positivos, negativos e custo-benefício dos protocolos de classificação de risco empregados no Brasil

PROTOCOLO	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS	CUSTO-BENEFÍCIO
<b>ATS</b>	Trabalha com 5 categorias, estabelece padrões mínimos para que sejam atendidos como exemplo: data/horário, queixa/problema, achados clínicos.	Não utiliza fluxograma ou lista de queixas.	Nenhum custo para a instituição.
<b>ESI</b>	Utiliza um fluxograma com notas explicativas.	Não prevê tempo limite para a avaliação dos pacientes, apenas recursos necessários para o atendimento conforme as condições clínicas.	Nenhum custo para a instituição.
<b>CTAS</b>	Classificação de acordo com sinais e sintomas, gravidade, foca na queixa principal, baseado em dados subjetivos e objetivos.	Lista de queixas pré-definidas e modificadas. Ainda não faz consideração sobre atendimento pediátrico.	Nenhum custo para a instituição.
<b>MTS</b>	Possui 5 categorias de gravidade clínica, baseada em cores, números e nomes, Possui 52 fluxogramas de apresentação com discriminadores gerais, e específicos	O Manchester é centrado na doença e tira o foco do paciente. Ausência de individualização na avaliação de cada caso, visto que os sintomas já vêm listados. O paciente com prioridade azul espera em torno de 240 min p/ atendimento.	A escala tem um custo para treinamento da equipe que em média custa 1.200,00 para cada enfermeiro que participa do curso. Poderá ocorrer mudanças na área do hospital como infraestrutura para implantação do protocolo
<b>HOB</b>	Possui cinco prioridades associadas a cores e níveis, que são definidos como critérios clínicos Possui fluxograma de apresentação e lista de queixas.	Não encontrados.	Nenhum custo para a instituição.

Fonte: dados da pesquisa (2016).

A partir do levantamento e análise dos dados pesquisados e fornecidos pelo grupo de trabalho, um novo processo de atendimento foi sugerido (Figura 9).

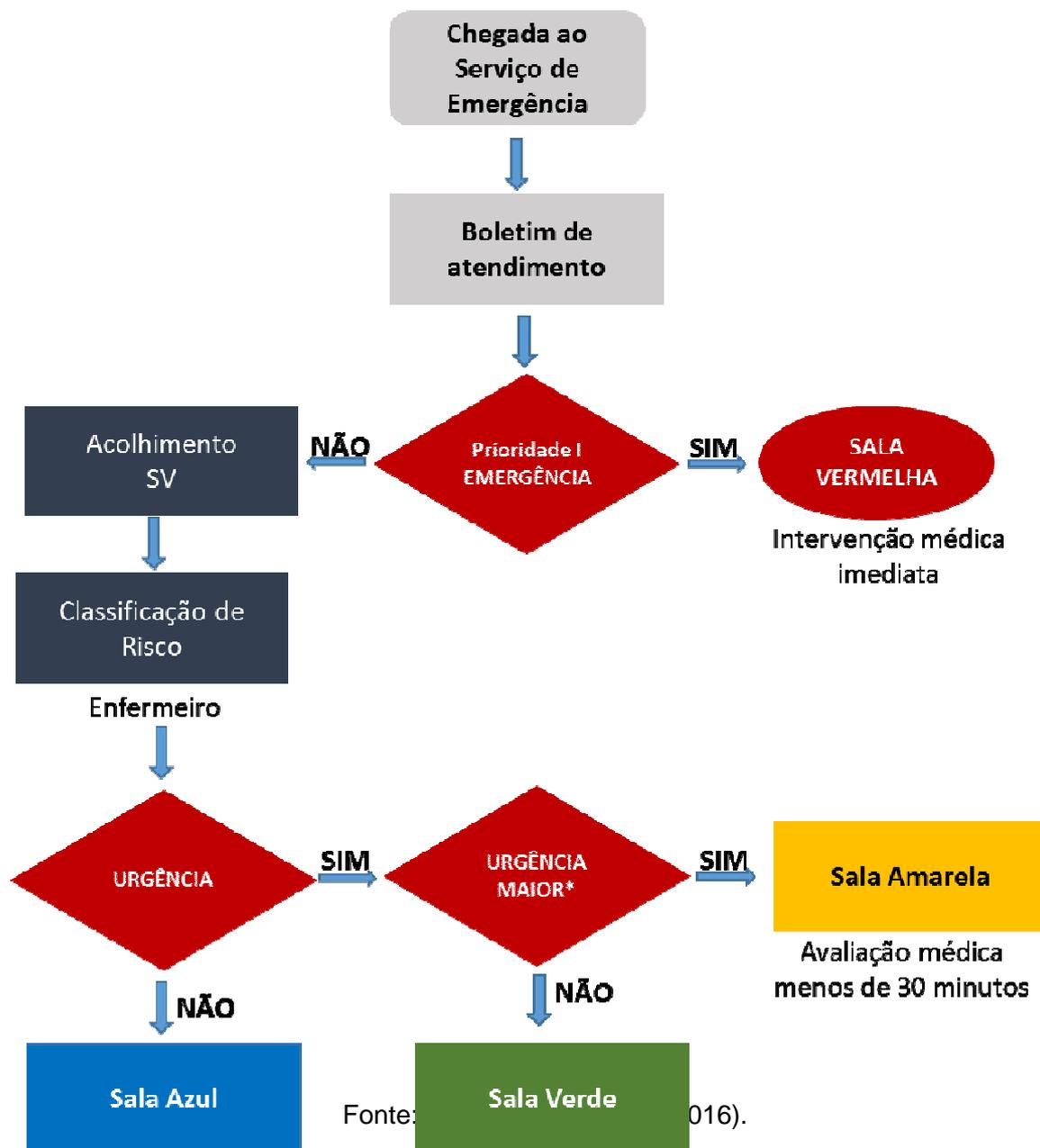


Figura 9 - Novo fluxoograma de atendimento no Serviço de Emergência do Hospital Thomas Martins.

\*Situação que requer assistência médica imediata, com ou sem risco potencial de morte

#### 5.4 Proposta para avaliação da gravidade dos pacientes na emergência

O enfermeiro desempenha um papel primordial na vigilância do doente internado nas dependências do Hospital Thomaz Martins em minimizar complicações que possam vir a comprometer a sua saúde e prolongar a sua recuperação. Apesar disso, durante a monitorização verificam-se falhas no planeamento dos cuidados e da comunicação entre os profissionais envolvidos na terapêutica do cuidado.

Para minimizar estas complicações, propõe-se utilizar uma escala, validada no Brasil (TAVARES et al., 2008), e que outros serviços já a adotam (COOPER, 2005; RIBAS, 2006), para medir o grau de risco de deterioração fisiológica do paciente internados, que se chama Escore de Alerta Precoce ou MEWS (*Modified Early Warning Score*).

A MEWS é baseada na avaliação dos sinais vitais e na respectiva atribuição de pontos (escores) conforme as alterações verificadas em relação aos parâmetros considerados normais. (Quadro 4).

Quadro 4 – Escala de alerta precoce adaptada (MEWS)

Escore de Alerta Precoce Modificado – <i>Modified Early Warning Score</i>							
Escore	3	2	1	0	1	2	3
Frequência respiratória (min)		≤ 8		9 – 14	15 – 20	21 – 29	> 29
Frequência cardíaca (min)		≤ 40	41 – 50	51 – 100	101 – 110	111 – 129	> 129
PAS (mmHg)	≤ 70	71 – 80	81 – 100	101 – 199		≥ 200	
Temperatura (°C)		≤ 35	35,1 - 36	36,1 – 38	38,1 – 38,5	≥ 38,6	
Nível de consciência				Alerta	Reagindo ao chamado	Reagindo a dor	Irresponsivo
Os pontos para cada parâmetro são registrados no momento em que as observações são feitas. Se o total for de 4 ou mais, o médico da unidade é informado.							

Fonte: Traduzido de Gardner-Thorpe et al. (2006).

Baseada nas alterações fisiológicas, esta escala interpreta o agravamento clínico, que pode denunciar, antecipadamente, a situação clínica do paciente que necessita de cuidados especiais. (GOLDHILL et al., 2005). A falha e a demora na identificação desses sinais comprometem o atraso do tratamento adequado, levando

o aumento da mortalidade hospitalar. (GOLDHILL et al., 2004). Outros estudos comprovam que os escores de alerta precoce, utilizados à beira do leito, consistem em uma ferramenta simples na identificação de pacientes com risco iminente de morte, favorecendo a sua admissão na unidade de tratamento intensivo. (GOLDHILL et al., 2005; SUBBE, 2001).

### 5.5 Proposta de treinamento para os enfermeiros do protocolo municipal hospital Odilon Behrens

As informações coletadas nos boletins de atendimento foram descritas na forma de caso clínico (Quadro 5), o qual será realizado a classificação de risco pelos enfermeiros, no momento da capacitação. O estudo de caso é um método de ensino utilizado para despertar o interesse do aluno, bem como organizar o trabalho, através da análise das ações estabelecidas para atendimento, baseados em situações reais do cotidiano. (GALDEANO; ROSSI; AZAGO, 2003).

Quadro 5 – Construção dos casos clínicos, a partir dos boletins de atendimento da emergência do Hospital Thomaz Martins (2016)

(continuação)

<b>Paciente típico da prioridade II – Emergência</b>	
<b>Caso clinico 1</b>	<b>Histórico:</b> Homem, 45 anos, deu entrada na emergência queixando-se de cefaleia intensa de início súbito e progressivo há 3 horas. Apresentando-se agitado, escala de dor = 10/10. Fez o uso de medicação analgésica, sem sucesso. Apresenta pequena dificuldade motora iniciada hoje. É hipertenso e faz o uso irregular da medicação. Sinais vitais: FC = 100bpm; FR = 23 irpm; PA = 190/100mmHg; Tax = 36,8°C.
	<b>Queixa principal:</b> cefaleia.
	<b>Avaliação de enfermagem:</b> dor Intensa, súbita ou rapidamente progressiva rigidez de nuca, paciente apresenta náusea-vômito com alteração do estado mental e alterações nos sinais neurológicos focais (paresia, afasia).
	<b>Conduta:</b> encaminhar o paciente para avaliação médica menos de 15 minutos, sem acionamento de sinal sonoro

(conclusão)

<b>Paciente típico de prioridade III – urgência</b>	
<b>Caso clínico 2</b>	<b>Histórico:</b> Paciente de 65 anos, feminino, queixando-se de dor abdominal há três dias. Escala de dor = 5/10. Fez uso de medicação para dor, sem sucesso. Apresenta distensão abdominal e relata que há dois dias não consegue urinar direito. História pregressa de câncer de bexiga, tendo sido feito tratamento cirúrgico há dois meses. Sinais vitais: FC = 86 bpm; FR = 18 irpm; PA = 120x80 mmHg; Tax = 38,5°C.
	<b>Queixa principal:</b> dor abdominal.
	<b>Avaliação de enfermagem:</b> sinais vitais (FC; FR e PA) normais, dor aguda moderada (5/10), distensão abdominal, paciente apresenta retenção urinária, prostração e febre.
	<b>Conduta:</b> Urgência, avaliação médica menos de 30 minutos.
<b>Paciente típico de prioridade IV - menor urgência</b>	
<b>Caso clínico 3</b>	<b>Histórico:</b> Paciente de 25 anos, feminino, queixando de dor torácica que não irradia, há uma semana. Escala de dor: 4/10. Não fez uso de medicação para dor. Relata estar ansiosa devido a problemas familiares e nunca teve problemas do coração, bem como não haver casos de cardiopatia na família. Sinais vitais: FC = 75 bpm; FR = 18 irpm; PA = 110x70 mmHg; Tax = 36,5°C.
	<b>Queixa principal:</b> dor torácica.
	<b>Avaliação de enfermagem:</b> Sinais vitais normais; dor moderada não aguda, paciente sem dispneia, sem cardiopatia prévia.
	<b>Conduta:</b> menor urgência, aguardará atendimento médico em cadeira, será informado que o tempo para avaliação médica será menos de uma hora.
<b>Paciente típico de prioridade V - não urgente</b>	
<b>Caso Clínico 4</b>	<b>Histórico:</b> paciente de 35 anos, masculino, queixando de dor abdominal que vai e volta há vários anos. Escala de dor: 2/10. Apresenta leve distensão abdominal com sons timpânicos à percussão. Relata ter problemas intestinais (dificuldade de evacuação) há vários anos. Sinais vitais: FC = 76 bpm; FR = 14 irpm; PA = 120x80 mmHg; Tax = 36,5°C.
	<b>Queixa principal:</b> dor abdominal.
	<b>Avaliação de enfermagem:</b> sinais vitais normais, dor leve (< 4/10). Paciente apresenta constipação intestinal.
	<b>Conduta:</b> prioridade não urgente, o paciente será avaliado no mesmo dia ou no dia seguinte, ou encaminhado para a unidade básica de saúde.

Fonte: dados da pesquisa (2016).

Todos os estudos de casos construídos serão de aplicação para a classificação do risco, conforme o protocolo proposto. Esta forma de educação proporcionará subsídios para enfermeira identificar a melhor estratégia para

classificar o paciente. Para tanto, a enfermeira deverá possuir conhecimento, não só de técnicas de enfermagem, mas de fisiopatologia das doenças e sinais e sintomas. (GALDEANO; ROSSI; AZAGO, 2003).

É um método de investigação onde o enfermeiro participa de todas as etapas, desde a coleta de informações até a análise dos dados e conduta, bem como um processo de julgamento ou avaliação. (GALDEANO; ROSSI; AZAGO, 2003).

## 6 CONCLUSÃO

O presente trabalho demonstrou que os atendimentos realizados no Hospital Thomas Martins não adotam nenhum critério de classificação de risco. O modelo de atendimento que impera atualmente no hospital é um atendimento desordenado, com reclamações rotineiras, por parte daqueles que necessitam de atendimentos, onde a superlotação e a grande demora ainda são a principal causa da insatisfação por parte dos usuários.

A técnica de avaliação e classificação de risco prevê a determinação e agilidade no atendimento, diminuindo assim longas filas de espera e o risco de agravamentos e óbitos. A avaliação de protocolos de atendimento e classificação de risco, empregados em âmbito nacional e a avaliação das causas e efeitos do fluxo de atendimento atual do serviço, bem como o diagnóstico situacional da emergência do Hospital Thomaz Martins, possibilitou a construção de uma proposta de atendimento, baseado na realidade local.

O protocolo de escolha foi o do Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB), no qual a equipe identificou como o melhor instrumento de reorganização do processo de trabalho, na tentativa de estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário que procura o serviço.

Este trabalho contribuiu para a equipe averiguar e reconhecer as falhas no processo de atendimento. Espera-se que os resultados possam instigar nos colegas deste serviço o empoderamento necessário para a transformação de sua prática.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Marília; RAMOS, Flávia Regina Souza; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 323-331, set. 2005. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072005000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 mai. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000300002>.

ANZILIERO, Franciele. **Emprego do sistema de triagem de Manchester na estratificação de risco**. 2011. 47 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) – Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

ARAÚJO, Yasmim Basílio et al. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: limites e possibilidades uma questão para os enfermeiros. **Persp. Online: biol. & saúde**, Campos dos Goyatacazes, v. 15, n. 4, p. 25-49, 2014.

AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. **Guidelines for implementation of the Australasian triage scale in Emergency departments**. 2013. Disponível em: <<http://www.acem.org.au>>. Acesso em: 20 set. 2015.

AZEVEDO, Leoni Belini de. **Entendendo o Protocolo de Manchester – Acolhimento com classificação de Risco – (Resolução 2048/2002, Ministério da Saúde)**. Fundação Hospitalar de Paraguaçu. Hospital e Maternidade São Francisco de Assis. 2014. Disponível em: <<http://www.fhop.com.br/noticias-e-informativos/protocolo-de-manchester/>>. Acesso em: 30 mai. 2016.

BARBOSA, Luiz Carlos Viana et al. **Implantação de acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro de hospital do estado tipo OSS (organização de serviços de saúde) hospital das clínicas Luzia de Pinho Melo**. São Paulo: UNIFESP, 2007. Disponível em: <[www.portal.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/trabalho\\_accr\\_hospital\\_luzia\\_de\\_pinho\\_melo.doc](http://www.portal.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/trabalho_accr_hospital_luzia_de_pinho_melo.doc)>. Acesso em: 25 jul. 2008.

BELLUCCI JUNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Implantação do sistema acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 217-225, mar. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000100025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 jun. 2015.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100025>.

BEREVIDGE, Roy. The canadian triage acuity scale: a new and critical element in health care reform. **J Emerg Med.**, Amsterdam, v. 16, n. 3, p. 507-511, mai./jun. 1998.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão

sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 mai. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700002>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Acreditação**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048**, de 5 de Novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico das urgências e emergências e sobre os serviços de atendimento móvel de urgências e seus diversos veículos de intervenção. Brasília, 2002a.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 2.923**, de 5 de novembro de 2002b. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde– CENES. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>> Acesso em: 01 de jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção as Urgências**. 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Secretaria Executiva /Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional das Urgências e Emergências**, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 20 mai. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 354**, DE 10 DE MARÇO DE 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354\\_10\\_03\\_2014.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.htm)>. Acesso em: 20 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BULLARD, Michael J. et al. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines. **CJEM**, Cambridge; v. 0, n. 0, p. 1-5, 2014. Disponível em: <[http://caep.ca/sites/caep.ca/files/caep/CTAS/ctas\\_guidelines\\_-\\_2014.pdf](http://caep.ca/sites/caep.ca/files/caep/CTAS/ctas_guidelines_-_2014.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2015.

CALIL, Ana Maria Calil; PARANHOS, Wana Yeda (Org). **O enfermeiro e as situações de emergência**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS. **The Canadian triage and acuity scale (CTAS) for emergency departments**, 2002. Disponível em: <<http://www.caep.ca/default.asp>>. Acesso em: 14 mai. 2016.

CARVALHO, Antônio Ivo de, BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS**. Florianópolis: CAPS: UAB, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1451**, de 10 de Março de 1995. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos Pronto Socorros Públicos e Privados, 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 mai. 2016.

CONSIDINE, Julie; LeVASSEUR, Sandra A.; VILLANUEVA, Elmer. The Australian Triage Scale: Examining Emergency Department Nurse's Performance Using Computer and Paper Scenarios. **Ann Emerg Med.**, Irving, v. 44, n. 5, p. 516-523, 2004. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064404004159>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

COOPER, Nicola. Early warning scores for emergency admissions. **Quality in Primary Care**, Wilmington, v. 13, n. 9–11, 2005. Disponível em: <<http://primarycare.imedpub.com/early-warning-scores-for-emergency-admissions.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

COSTA, Maria Antonia Ramos et al. Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação de Serviços Hospitalares de Emergência. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 491-497, set. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000300491&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300491&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150065>.

COSTA, Abimael. **Prefeitura de Santa Inês anuncia reforma de hospital, inaugura seis creches e divulga números da saúde no município.** 2013. Disponível em: <[http://www.abimaelcosta.com.br/2013\\_06\\_01\\_archive.html](http://www.abimaelcosta.com.br/2013_06_01_archive.html)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

DESCOVI, Carlos Augusto. **A prática do acolhimento com avaliação e classificação de risco em serviços de urgência e emergência.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) – Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. 34p.

DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura. **Online Braz J Nurs.** [on line], Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3132/718>. Acesso em: 30 mai. 2016.

FORTES, Júlia Ikeda et al. **Curso de Especialização Profissional De Nível Técnico em Enfermagem.** Livro do aluno: urgência emergência. São Paulo: FUNDAP, 2010.

FREITAS, Paulo. **Triagem no serviço de urgência.** 2. ed. Manchester: Grupo de triagem de Manchester, 2002.

GALDEANO, Luzia Elaine; ROSSI, Lídia Aparecida; ZAGO, Márcia Maria Fontão. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 371-375, jun. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>.

GARDNER-THORPE, James et al. The value of Modified Early Warning Score (MEWS) in Surgical In-Patients: A Prospective Observational Study. **Ann R Coll Surg Engl.**, Helsinki, v. 88, n. 6, p. 571–575, out. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1963767/>>. Acesso em: 26 mai. 2016. <http://dx.doi.org/10.1308/003588406X130615>

GILBOY, Nicki; TRAVERS, Debbie; WERZ, Rrichard. Re-evaluating triage in the new millennium: a comprehensive look at the need for standardization and quality. **J Emerg Nurs**, New York; v. 25, n. 6, p. 468-473, dez. 1999.

GILBOY, Nicki et al. **Emergency Severity Index**, Version 4: Implementation Handbook. AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2005.

GOLDHILL, David R. et al. A physiologically-based early warning score for ward patients: the association between score and outcome. **Anaesthesia**, Cambridge, v. 60, n. 6, p. 547-553, 2005.

GOLDHILL, David R. et al. The longer patients are in hospital before Intensive Care admission the higher their mortality. **Intensive Care Med**, Switzerland, v. 30, n. 10, p. 1908-1913, 2004.

GÖRANSSON, Katarina et al. Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. **Scan J Caring Sci**, Malden, v. 19, n. 4, p. 432-438, 2005.

GÖRANSSON, Katarina et al. Emergency department triage: is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions? **Accid Emerg Nurs**. Canadá, v. 14, n. 2, p. 83-88, mar. 2006.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Histórico da Classificação de Risco**. 2009. Disponível em: <[http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=74&Itemid=107](http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=107)>. Acesso em: 12 jan. 2015.

HOSPITAL ODILON BEHRENS. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco**. 2006. Belo Horizonte (MG): Hospital Odilon Behrens; Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/revista\\_hob\\_mai06\\_verso\\_5.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/revista_hob_mai06_verso_5.pdf)>. Acesso em: 30 mai. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativa populacional 2014**. (1 de julho de 2014). Acesso em: 20 jun. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) (10 out. 2002). **Área territorial oficial**. Resolução da Presidência do IBGE de nº 5 (R.PR-5/02).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1 de julho de 2008).

ISHIKAWA, Kaoru. **Introduction to quality control**. Tradutor J. H. Loftus. 448 p; 1990.

KELLY, Krystyna. Referring patients from triage out of emergency department to primary care settings: one successful emergency department experience. **J Emerg Nurs**, New York, v. 20, n. 6, p. 458-563, dez. 1994.

LÄHDET, Eric Fortes et al. Analysis of triage worldwide. **Emerg Nurse**, Londres, v. 17, n. 4, p. 16-19, 2009. Disponível em: <[http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/en2009.07.17.4.16.c7122?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/en2009.07.17.4.16.c7122?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)>. Acesso em: 18 mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.7748/en2009.07.17.4.16.c7122>.

LANGLEY, Gerald J. et al. **Improvement Guide – A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance**. 2. Ed. San Francisco, California, USA: Josey-Bass Publishers, 2009.

LIMA, Maria Bernadete Barros Piazzon Barbosa. **A gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em hospitais públicos universitários: o caso do Hospital de Clínicas da UINICAMP**. 2006. 193fl. Dissertação (Mestrado Profissional em Engenharia Mecânica) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia Mecânica, Universidade de Campinas (UNICAMP), Campinas, 2006.

LIMA, Suzinara Beatriz Soares de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. 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, set. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002006000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 mai. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000300003>.

LINDELOW, Magnus; GRAGNOLATI, Michele; COUTTOLENC, Bernard. **20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: Uma análise do Sistema Único de Saúde**. 2013a, International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank 1818 H Street NW, Washington DC 20433.

LOURENÇO, Maria Regina; SHINYASHIKI, Gilberto Tadeu; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Gerenciamento e liderança: análise do conhecimento dos enfermeiros gerentes. **Rev Latino-Amer Enferm**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2106>>. Acesso em: 20 mai. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000400002>.

LOWE, Robert A. et al. Refusing care to emergency department patients: evaluation of published triage guidelines. **Ann Emerg Med**, Amsterdam, v. 23, n. 2, p. 286-93, 1994. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196064494002908>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

MACKWAY-JONES, Kevin; MARSDEN, Janet; WINDLE, Jill. **Emergency Triage: Manchester Triage Group**. 2. ed. [S.l.]: Paperback, 2006.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, fev. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000100003>.

MISOCZKY, Maria Ceci; BORDIN, Ronaldo (Org). **Gestão local em saúde**. Práticas e reflexões. Porto Alegre: Da casa, 2004.

OLIVEIRA, Antonio Claudio de. **Modelos de organização de serviços de urgências: uma revisão da literatura**. Projeto Apoio ao Desenvolvimento de Sistemas Regionais de Atenção Integrada à Saúde / Regiões de Saúde. São Paulo, 2014.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. 3a ed. Pelotas: Educat, 2001.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-35, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

PIERANTONI, Célia Regina; VIANNA, Cid Manso M. (org.). **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003.

PIRES, Patrícia Silva. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviços de emergência**: “Canadian Triage Acuity Scale” (CTAS). 2003. 206f. Tese (Programa de Pós-Graduação) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROCHNOW, Adelina Giacomell et al. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 1, p. 11-18, mar. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5347/6555>>. Acesso em: 26 fev. 2016.

RIBAS, Elenara Oliveira. **Avaliação do processo de implantação de um novo modelo de abordagem assistencial nas unidades de internação do Hospital Mãe de Deus**. Trabalho conclusão especialização em Administração. UFRGS. Programa de Pós-Graduação em Administração. 2006.

RIBEIRO Yara Cristina Neves Marques Barbosa. **Acolhimento com Classificação de Risco: experiência de um hospital público como expressão da Gestão Participativa**. In: RATES, Susana Maria Moreira; ARAÚJO, Gilvan Ferreira de (Org.). Co-gestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte: Sigma, 2008. p. 269-287.

SANCHES, Gislene de Jesus Cruz; CARVALHO, Cristiane Alves Paz de. Perfil de atendimento no serviço de emergência de um hospital regional do nordeste brasileiro. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v. 22, n. 2, p. 33-37, 2015.

SANTA INÊS. **Wikipédia**. Enciclopédia livre online. Disponível em: <<http://www.lwikipedio.org>>. 2016. Acesso em: 10 mai. 2016.

SANTOS, Marisa Alves dos. **Avaliação da Implantação do Protocolo de Acolhimento em Emergência e Urgência com Classificação de Risco no Hospital Regional de São José em Santa Catarina, Dr. Homero de Miranda Gomes**. Florianópolis: 2010. Disponível em [www.biblioshop.com.br/ses/servlet/ArquivoServlet?id=976](http://www.biblioshop.com.br/ses/servlet/ArquivoServlet?id=976)>. Acesso em: 20 mai. 2015.

SANTOS, Marta Abreu dos. Acolhimento com classificação de risco: um fio guia da administração em emergência. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 6, n. 3, jul./dez. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/kvieg/Downloads/323-1209-1-PB.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SANCHES, Gislene de Jesus Cruz; CARVALHO, Cristiane Alvez Paz de. Atendimento no serviço de emergência de um hospital regional do nordeste brasileiro. **ACS Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 22, n. 2, 2015. Disponível em:

<<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/139>>. Acesso em: 16 mai. 2016.

SILVA, Larissa Gutierrez da; MATSUDA, Laura Misue; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. The structure of a public emergency care service, from the workers' view: perspectives on quality. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 320-328, jun. 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 mai. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200009>.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Manual de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 13ª. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

SOUZA, Renilson Rehem de. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2002. 102 p.

SOUZA, Cristiane Chaves de et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 26-33, fev. 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 jun. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100005>.

SUBBE, Christian P. et al. Validation of a modified early warning score in medical admission. **QJM**, Oxford, v. 94, n. 10, p. 521-526, 2001. Disponível em:  
<<http://qjmed.oxfordjournals.org/content/94/10/521.long>>. Acesso em: 16 jun. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/94.10.521>

TAVARES, Rita Chelly Felix et al. Validação de um escore de alerta precoce pré-admissão na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 124-127, jun. 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2008000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 jun. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2008000200002>.

TAYRINY, Thamires. **A Reforma Sanitária no Brasil e a Constituição do SUS**. 2010. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/.../a-reforma-sanitaria-no-brasil-a-constituicao-sus>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

TOULSON, Karen; JONES, Linda Laskowski; McCONNELL, Lynn-Ann. Implementation of the Five-Level Emergency Severity Index in a Level I Trauma Center Emergency Department with a Three-Tiered Triage Scheme. **J Emerg Nurs.**, Amsterdam, v. 31, n. 3, p. 259-264, 2005.

TOLEDO, Alexandre Duarte. **Acuária de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal em Belo Horizonte**. 2009. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-

Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2009.

TRIVERS, Debbie A. et.al. Reliability and Validity of the Emergency Severity Index for Pediatric Triage. **Acad Emerg Med**, Maden, v. 16, n; 9, p. 843-849, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2009.00494.x/abstract>>. Acesso em: 05 mai. 2016. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00494.x>.

WEHBE, Grasiela; GALVÃO, Cristina Maria. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 86-90, abr. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 mai. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000200012>.

WUERZ, Roland C.; FERNANDES, Cassandro Moreira; ALARCON, Juan. Inconsistency of emergency department triage. Emergency department operations research working group. **Ann Emerg Med**, Irwing, v. 32, n. 4, p. 431-435, 1998.

## ANEXO A – PARECER APROVADO PELO CEP UNISINOS

UNIVERSIDADE DO VALE DO  
RIO DOS SINOS - UNISINOS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM HOSPITAL MUNICIPAL

Pesquisador: Thallita Karollaine de Queiroz Pereira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 49395315.4.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.347.030

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Mestrado Profissional em Enfermagem da discente Thallita Karollaine de Queiroz Pereira, orientada pela Professora Dr<sup>a</sup> Karin Viagas e co-orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Simone Chaves. Pesquisa intitulada "Proposta de implantação de um protocolo de classificação de risco em um hospital municipal". O objetivo deste estudo é elaborar um plano de implantação de um protocolo de classificação de risco no hospital municipal no interior do Maranhão. Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa. Esta pesquisa caracteriza-se por ter um caráter exploratório, descritivo e qualitativo. A coleta de informações darse-á com a elaboração do diagnóstico situacional, a avaliação e reorganização dos fluxos internos e externos, bem como a escolha do protocolo de classificação de risco da unidade de emergência do Hospital Tomaz Martins.

#### Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos são claros e exequíveis.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A discente descreve como risco mínimo possível constrangimento, explicita os cuidados éticos de

Endereço: Av. Unisinos, 950  
 Bairro: Cristo Rei CEP: 93.022-000  
 UF: RS Município: SÃO LEOPOLDO  
 Telefone: (51)3591-1198 Fax: (51)3590-8118 E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO  
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 1.347.030

sigilo e anonimato, contudo além desses poderia propor uma parceria com o setor psicossocial do lócus da pesquisa como uma alternativa de contornar possível estresse. Os benefícios evidenciam a melhoria no atendimento aos pacientes pela adoção da classificação de risco no lócus da pesquisa

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Na projeto de pesquisa consta 'profissionais de saúde do Hospital' distinguindo da população '10 enfermeiros que trabalham no Hospital' constante no Site da Plataforma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE, Anuência, Folha de rosto devidamente apresentados

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_571239.pdf	01/12/2015 16:49:10		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	recurso.doc	01/12/2015 16:48:15	Karin Viegas	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto1.pdf	16/11/2015 14:53:07	Thallita Karollaine de Queiroz Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoenviopb.docx	16/11/2015 12:48:36	Thallita Karollaine de Queiroz Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclep.docx	16/11/2015 12:42:56	Thallita Karollaine de Queiroz Pereira	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	18/09/2015 17:00:43	Karin Viegas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Unisinos, 950  
 Bairro: Cristo Rei CEP: 93.022-000  
 UF: RS Município: SAO LEOPOLDO  
 Telefone: (51)3591-1198 Fax: (51)3590-8118 E-mail: oep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO  
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 1.347.030

Necessita Apreciação da CONEP:  
Não

SAO LEOPOLDO, 02 de Dezembro de 2015

---

Assinado por:  
José Roque Junges  
(Coordenador)

Endereço: Av. Unisinos, 950  
Bairro: Cristo Rei CEP: 93.022-000  
UF: RS Município: SAO LEOPOLDO  
Telefone: (51)3591-1198 Fax: (51)3590-8118 E-mail: ocp@unisinos.br

## ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSITUIÇÃO

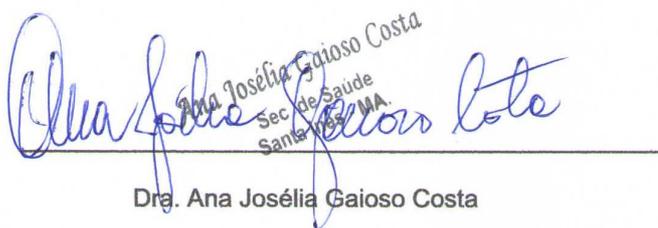
### TERMO DE ANUÊNCIA

TEMA: Proposta de implantação de um protocolo de atendimento com classificação de risco no hospital de urgência e emergência na cidade de Santa-Inês, Ma

Eu, Ana Josélia Gaioso Costa, secretária municipal de saúde do município de Santa –Inês ,Ma, tenho conhecimento do projeto de pesquisa citado acima,Vinculado ao PPG do Mestrado Profissional da Unisinos, Desenvolvido pela mestranda Thallita Karollaine De Queiroz Pereira,sob orientações da Profª Dra Karin Viegas.

Declaro que fui informada sobre os objetivos da pesquisa e metodologia a ser utilizada e de que serão observadas e cumpridas todas as prerrogativas éticas necessárias ,onde concordarmos com a realização da pesquisa neste local.

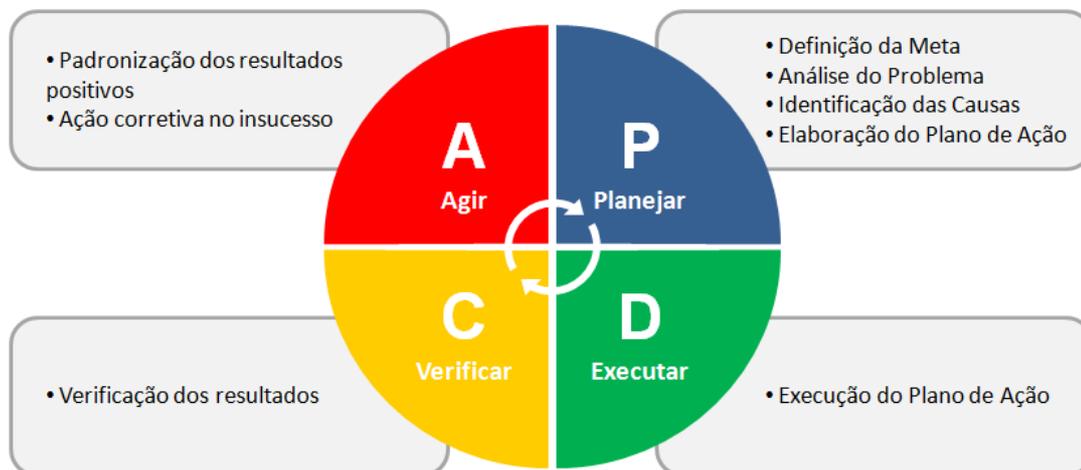
Santa – Inês ,27 de Abril de 2015



Ana Josélia Gaioso Costa  
Sec. de Saúde  
Santa Inês/MA.

Dra. Ana Josélia Gaioso Costa

Secretária Municipal de Saúde – Santa Inês/MA

**ANEXO C – CICLO DE DEMING OU PDCA**

Fonte: Langley et al. (2009)

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a) está sendo convidado(a), a participar voluntariamente na pesquisa intitulada “**Proposta de implantação de um protocolo de classificação de risco em um hospital municipal de urgência e emergência no maranhão**”. Esta pesquisa tem como objetivo elaborar um plano de implantação de um protocolo de classificação de risco para o hospital municipal Tomaz Martins, trazendo melhorias para o serviço, bem como agilidade na prestação do serviço à comunidade. O trabalho está sendo realizado pela mestrandia Thallita Karollaine de Queiroz Pereira, do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karin Viegas.

Para alcançar os objetivos desta pesquisa será necessário realizar uma reunião com um grupo de trabalho que é composto por profissionais do próprio serviço. Este grupo se reunirá pelo menos uma vez por semana, com duração de uma a duas horas, para discutir os fluxos de atendimento da emergência do hospital, bem como verificar e elaborar um plano para implantar uma proposta de classificação de risco para os pacientes que são atendidos no serviço. As reuniões serão gravadas, com o propósito de melhor aproveitamento das sugestões dos participantes.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo e serão apresentados aos profissionais de saúde do Hospital Municipal, bem como ao gestor da instituição. O serviço se beneficiará com a organização do fluxo e processo de trabalho, bem como a padronização do atendimento, conforme proposta do HUMANIZASUS.

Durante todo o processo de coleta de dados será garantido o seu anonimato e em nenhum momento será divulgado seu nome. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo e não receberá qualquer vantagem financeira. Como sua participação é voluntária, terá a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que haja prejuízo pessoal ou profissional. Qualquer dúvida em relação ao projeto e a forma como está sendo conduzido, poderá entrar em contato com a pesquisadora Thallita Karollaine de Queiroz Pereira pelo número (98) 81696911 ou pelo e-mail thallitakarollayne@hotmail.com. Os dados serão armazenados pela pesquisadora durante 5 (cinco) anos e após esse período serão descartados.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

São Luiz, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura de Entrevistado  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do Pesquisador  
Thallita Karollaine de Queiroz Pereira

## APÊNDICE B - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

(continua)

<b>Características da instituição</b>								
<b>PONTOS</b>	<b>ITENS DE AVALIAÇÃO</b>							<b>PONTOS TOTAIS</b>
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	
	N. ° DE LEITOS	LEITOS DE UTI	TIPO DE UTI	ALTA COMPLEXIDADE	URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	SALAS CIRÚRGICAS	
<b>1 Ponto</b>	20 a 49	01 a 04	-----	1	Pronto Atendimento	-----	Até 02	Mínimo 1  Máximo 27
<b>2 Pontos</b>	50 a 149	05 a 09	Tipo II	2	Serviço de Urgência/Emergência	Nível I	Entre 03 e 04	
<b>3 Pontos</b>	150 a 299	10 a 29	-----	3	Referência Nível I ou II	Nível II	Entre 05 e 06	
<b>4 Pontos</b>	300 ou mais	≥ 30	Tipo III	4 ou mais	Referência Nível III	-----	Acima de 08	
Porte da instituição.			<input checked="" type="checkbox"/> Porte I - de 01 a 05 pontos <input type="checkbox"/> Porte II - de 06 a 12 pontos <input type="checkbox"/> Porte III - de 13 a 19 pontos <input type="checkbox"/> Porte IV - de 20 a 27 pontos					
<b>Prestação de atendimento imediato a clientes/pacientes externos em situação de risco de morte.</b>								
<b>Padrão</b>				<b>Conformidade</b>			<b>Observações</b>	
1. Possui equipe multiprofissional habilitada?				[ ] sim [ ] não				
2. A equipe é treinada para atendimento em urgência/emergência?				[ ] sim [ ] não				
3. Há escala de plantão de médicos e equipe de enfermagem destinada ao atendimento de emergência e sua distribuição nas 24 horas?				[ ] sim [ ] não				
4. Há escala dos profissionais especialistas, com cobertura para toda semana?				[ ] sim [ ] não				
5. Os pacientes têm acesso garantido ao centro cirúrgico, nas primeiras 24 horas?				[ ] sim [ ] não				
6. Há registro das ações assistenciais dos pacientes em observação?				[ ] sim [ ] não				
7. Há equipamentos, medicamentos e materiais compatíveis com a estrutura do serviço de emergência?				[ ] sim [ ] não				
8. Há local exclusivo, com acesso independente a sala de atendimento de emergência?				[ ] sim [ ] não				

(continuação)

<b>Prestação de atendimento imediato a clientes/pacientes externos em situação de risco de morte.</b>		
<b>Padrão</b>	<b>Conformidade</b>	<b>Observações</b>
9. Há espaços para consultas?	[ ] sim [ ] não	
10. Há espaço para pequenos procedimentos?	[ ] sim [ ] não	
11. Há área de observação individualizada, com fonte de oxigênio, ar comprimido e vácuo?	[ ] sim [ ] não	
12. Há precauções padronizadas e rotina para isolamento do cliente/paciente?	[ ] sim [ ] não	
<b>Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is)</b>		
<b>Padrão</b>	<b>Conformidade</b>	<b>Observações</b>
13. Os locais de atendimento têm com condições de lavagem simples e antissepsia das mãos, ventilação e iluminação adequadas?	[ ] sim [ ] não	
14. Os acompanhantes ou responsáveis são informados sobre a situação e estados geral do cliente/paciente?	[ ] sim [ ] não	
15. Há local para descanso noturno dos plantonistas perto da unidade?	[ ] sim [ ] não	
16. Há sistema de comunicação e articulação com a autoridade judiciária para casos específicos?	[ ] sim [ ] não	
17. Há programa de manutenção preventiva dos equipamentos?	[ ] sim [ ] não	
18. Há manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizados e disponível(is) em todas as salas?	[ ] sim [ ] não	
19. Há programa de educação e treinamento continuado?	[ ] sim [ ] não	
20. Há procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao cliente/paciente e seguimento de casos?	[ ] sim [ ] não	
<b>Sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos). Disposição de dados e indicadores assistenciais e de qualidade.</b>		
<b>Padrão</b>	<b>Conformidade</b>	<b>Observações</b>
21. Há sistema de informação baseado em taxas e indicadores específicos do atendimento de emergência?	[ ] sim [ ] não	
22. Há sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos)?	[ ] sim [ ] não	

(continuação)

<b>Sistema de referência e Contrarreferência</b>		
<b>Padrão</b>	<b>Conformidade</b>	<b>Observações</b>
23. O hospital dispõe de uma lista de serviços para os quais pode transferir os casos que superam sua capacidade resolutive?	[ ] sim [ ] não	
24. A equipe é habilitada para acompanhar o cliente/paciente, quando necessário?	[ ] sim [ ] não	
<b>Sistema de referência e Contrarreferência</b>		
<b>Padrão</b>	<b>Conformidade</b>	<b>Observações</b>
25. O hospital possui meios de transporte (próprio ou contratado) para a realização de transferências?	[ ] sim [ ] não	
26. Esses transportes são equipados adequadamente para a realização das transferências?	[ ] sim [ ] não	
27. Há relação de serviços e/ou centros de referência em especialidades, para os quais devem ser transferidos os casos em que o hospital não tenha capacidade resolutive?	[ ] sim [ ] não	
28. Há sistema de comunicação que assegure as transferências e agilidade dos mecanismos utilizados nos contatos entre os médicos e serviços?	[ ] sim [ ] não	
29. Há informações sobre os clientes/pacientes na ficha de atendimento médico que oriente a continuidade do tratamento, tais como: resumo clínico, diagnóstico, resultado dos exames realizados, condutas executadas e o motivo da transferência?	[ ] sim [ ] não	
30. Há programa de manutenção preventiva para os meios de transporte e equipamentos?	[ ] sim [ ] não	
<b>Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizados(s) e disponível(is), bem como protocolos clínicos e critérios para a transferência e admissão de clientes/pacientes encaminhados por outros serviços.</b>		
<b>Padrão</b>	<b>Conformidade</b>	<b>Observações</b>
31. Há manual(is) de normas, rotinas e procedimentos de referência e contrarreferência documentado(s), atualizado(s) e disponível(is) para o transporte do cliente/paciente?	[ ] sim [ ] não	
32. Há protocolos clínicos para atendimento ao cliente/paciente, na fase inicial e durante as transferências?	[ ] sim [ ] não	

(conclusão)

<b>Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizados(s) e disponível(is), bem como protocolos clínicos e critérios para a transferência e admissão de clientes/pacientes encaminhados por outros serviços.</b>		
<b>Padrão</b>	<b>Conformidade</b>	<b>Observações</b>
33. Há sistema de análise crítica dos critérios clínicos relativos às transferências e as admissões de clientes/pacientes?	[ ] sim [ ] não	
34. Os pacientes e/ou acompanhantes são informados sobre o motivo da transferência?	[ ] sim [ ] não	

Fonte: Instrumentos adaptado do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. (BRASIL, 2002).