

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM

LEONARDO CAMPAGNANI DA SILVA FERREIRA
VILHERME MANOEL LEITE
VINICIUS GALAVOTTI MACETE

**CONSIDERAÇÕES SOBRE O TEMPO DE ESPERA DE PACIENTES
CLASSIFICADOS COMO AMARELO E VERDE NO PRONTO SOCORRO
DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA - ES**

VITÓRIA
2010

LEONARDO CAMPAGNANI DA SILVA FERREIRA
VILHERME MANOEL LEITE
VINICIUS GALAVOTTI MACETE

**CONSIDERAÇÕES SOBRE O TEMPO DE ESPERA DE PACIENTES
CLASSIFICADOS COMO AMARELO E VERDE NO PRONTO SOCORRO
DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA - ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentando a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Ms. Maria Carlota de Rezende Coelho.

VITÓRIA
2010

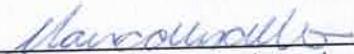
LEONARDO CAMPAGNANI DA SILVA FERREIRA
VILHERME MANOEL LEITE
VINICIUS GALAVOTTI MACETE

**CONSIDERAÇÕES SOBRE O TEMPO DE ESPERA DE PACIENTES
CLASSIFICADOS COMO AMARELO E VERDE NO PRONTO SOCORRO
DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA - ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentando ao curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em ____ de _____ de _____.

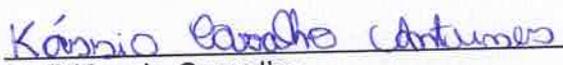
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof.^a Ms. Maria Carlota de Rezende Coelho.
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória - EMESCAM
Orientadora



Prof.^a Esp. Fabiana Rosa Neves
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória - EMESCAM



Enf^o Kassio Carvalho

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, pois sem Ele, nada seria possível e não estaríamos reunidos, desfrutando, juntos, desse momento que nos é tão importante.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus pelas oportunidades que nos foram dadas na vida, mas também por termos vivido fases difíceis, que foram matérias-primas de aprendizado. Assim também como nossas famílias que foram mediadores de tal conquista.

Lembrando ainda de nossa grande orientadora Maria Carlota de Rezende Coelho, que nos credenciou a fazer esta pesquisa.

Não deixando de lembrar dos nossos grandes amigos Fernando Teixeira Reis e Flavio Braz de Oliveira pelo incentivo e apoio constantes.

Você não precisará de sonhos para ser um trabalhador comum, massacrado pela rotina, que faz tudo igual todos os dias e que vive apenas em função do salário no final do mês. Mas precisará de muitos sonhos para ser um profissional que procura a excelência, amplia os horizontes de sua inteligência, fica atento às pequenas mudanças, tem coragem para corrigir rotas, tem capacidade para prevenir erros, tem ousadia para fazer das suas falhas e dos seus desafios um canteiro de oportunidades.

Precisará de sonhos para enxergar soluções que ninguém vê, para apostar naquilo que crê, para encantar seus colegas, para surpreender sua equipe de trabalho.

Augusto Jorge Cury

RESUMO

O objeto do presente estudo se insere na dinâmica da avaliação do tempo de espera dos usuários classificados como verdes e amarelos que passam pelo serviço de Acolhimento – Escuta Ativa com Classificação de Risco do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), no Estado do Espírito Santo.

O pronto-socorro do HSCMV adotou um sistema de Classificação de Risco, com o objetivo de manter um atendimento não apenas pela ordem de chegada, mas acima de tudo, priorizando a gravidade de cada usuário que busca atendimento neste serviço.

Neste sistema de Classificação de Risco, adotado pelo HSCMV, quatro cores definem os níveis de prioridade para atendimento do usuário. Vermelho: emergências; necessitam de atendimento imediato. Amarelo: urgência, atendimento em no máximo 30 minutos. Verde: prioridade não urgente, atendimento em no máximo duas horas. Azul: consultas de baixa complexidade, atendimento de acordo com horário de chegada.

O total da amostra foi de 81 pacientes. Desses, o número de usuários classificados na cor verde e na cor amarela foi de 49 e 32 pacientes, respectivamente. Do total de trinta e dois pacientes classificados como “amarelo”, dez pacientes (31,25%) estavam dentro do tempo preconizado pela instituição e 22 pacientes (68,75%) estavam fora do preconizado. Para os classificados na cor “verde”, dos 49 pacientes, 38 (77,55%) estavam dentro do preconizado pela instituição e 11 (22,45%) encontraram-se fora do preconizado.

A avaliação do tempo de espera dos usuários classificados como verde e amarelo no HSCMV, foi um processo complexo, partindo do entendimento de que qualquer processo avaliativo demanda cruzamento de outras questões que merecem ser avaliadas no contexto de implantação do Projeto de Acolhimento com Classificação de Risco instituído pelo HSCMV. Desse modo, faz-se necessário a ampliação das discussões acerca do tema pela instituição, em especial, com relação ao protocolo utilizado para a classificação de risco. Sendo ainda indispensável à identificação dos fatores que alteram o tempo de espera no HSCMV, pois a partir deste conhecimento a instituição pode tomar medidas para melhorar o atendimento na porta de entrada do seu serviço.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de pacientes atendidos e sua respectiva classificação	26
Tabela 2 – Tempo de espera de cada paciente classificado como amarelo	26
Tabela 3 – Tempo de espera de cada paciente classificado como verde	28
Tabela 4 – Espera dos pacientes classificados segundo o preconizado.....	29
Tabela 5 – Análise estatística	31

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária em Saúde

HSCMV - Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória

PNH - Política Nacional de Humanização

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	14
3. METODOLOGIA	15
3.1. CENÁRIO DE ESTUDO	15
3.2. TIPO DE ESTUDO	16
3.3. TAMANHO DA AMOSTRA	16
3.4. INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	17
3.5. PERÍODO DA COLETA DE DADOS	18
3.6. CRITÉRIOS LEGAIS E ÉTICOS DA PESQUISA	18
4. REVISÃO DA LITERATURA	19
4.1. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	19
4.2. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	20
4.3. ACOLHIMENTO	21
4.4. ESCUTA ATIVA	22
4.5. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	22
5. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	26
5.1. PERCENTUAL DE PACIENTES CLASSIFICADOS COMO VERDE E AMARELO	26
5.2. TEMPO DE ESPERA DOS PACIENTES CLASSIFICADOS COMO VERDE E AMARELO	26
5.3. PERCENTUAL DE PACIENTES QUE SÃO ATENDIDOS DENTRO DO TEMPO PRECONIZADOS E FORA DO TEMPO PRECONIZADO	29
5.4. MÉDIA, DESVIO PADRÃO E COEFICIENTE DE VARIAÇÃO DO TEMPO DE ESPERA	30
6. CONCLUSÃO	35
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
APÊNDICES	41
APÊNDICE A – Termo de Autorização Institucional	42
ANEXOS	43

ANEXO A – Relatório de Atendimento da Classificação de Risco	44
ANEXO B – Ficha de Triagem	45
ANEXO C – Relatório de Prescrição/ Evolução	46
ANEXO D – Declaração de aprovação para a pesquisa	47

1 INTRODUÇÃO

O objeto do presente estudo se insere na dinâmica da avaliação do tempo de espera dos usuários classificados como verdes e amarelos, que passam pelo serviço de Acolhimento – Escuta Ativa com Classificação de Risco do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, no Estado do Espírito Santo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem sofrido mudanças em seu modelo de atenção, gerando modificações na forma como os serviços são estruturados. Para tanto, foi desenvolvido em 2003 uma política denominada “Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde” - Humaniza SUS.

Humanização é a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de promoção da saúde, sendo estes: usuários, trabalhadores e gestores. Isso implica no estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão, identificação de necessidades sociais de saúde, foco na produção de saúde dos cidadãos e compromisso com melhoria de condições de trabalho e atendimento (BRASIL, 2004).

Dentre as diretrizes da PNH estão os programas que se estruturam para melhorar o acesso aos pacientes nos serviços de urgência e emergência. Pesquisa realizada por Oliveira e Scochi em 2002 levanta uma questão importante sobre determinantes da utilização dos serviços de urgência e emergência de um hospital escola do Paraná. Os resultados desta pesquisa apontam para que, praticamente, metade dos atendimentos realizados no pronto-socorro não é pertinente a este serviço, podendo ser solucionados em nível ambulatorial ou em Unidades Básicas de Saúde (OLIVEIRA; SCOCHI, 2002). Esta distorção do fluxo de usuários da rede pública de serviços de saúde tem, em parte, sobrecarregado os serviços de urgência e emergência. Esta sobrecarga tem sido observada na vasta maioria dos serviços de pronto-socorro públicos do país.

O pronto-socorro do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), adotou um sistema de Classificação de Risco com o objetivo de manter um atendimento não apenas pela ordem de chegada, mas, acima de tudo, priorizando a

gravidade de cada usuário que busca atendimento neste serviço. Além disto, esta modalidade de atenção, na porta de entrada da instituição objetiva, também, manter usuários e familiares informados sobre o tempo provável de espera, reduzindo os conflitos entre os profissionais do serviço e os usuários. Portanto, proporciona melhores condições de trabalho aos profissionais, e aumenta a satisfação dos usuários. Outra vertente importante da implantação deste tipo serviço é instigar a pactuação com as redes de serviços de saúde aos níveis municipal e estadual. Assim, o HSCMV ao definir sobre a implantação do Acolhimento – Escuta Ativa com Classificação de Risco, está fazendo a sua parte enquanto serviço de rede complementar do SUS, na construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009a).

Neste sistema de Classificação de Risco adotado pelo HSCMV quatro cores definem os níveis de prioridade para atendimento do usuário, que são classificados de acordo com o protocolo de Toronto.

Vermelho: prioridade zero – emergências. Necessitam de atendimento imediato.

Amarelo: prioridade um – urgência. Atendimento em, no máximo, 30 minutos.

Verde: prioridade dois – prioridade não urgente. Atendimento em, no máximo, duas horas.

Azul: prioridade três – consultas de baixa complexidade. Atendimento de acordo com horário de chegada.

Quando uma unidade de urgência e emergência se apropria das orientações do Ministério da Saúde, e define a Política Nacional de Humanização como diretriz, tem por finalidade acolher, escutar ativamente e classificar o risco dos usuários, priorizando aqueles que têm maiores riscos de falecer, ou de piorar o seu estado de saúde, enquanto aguarda para ser atendido. Ou seja, presta um atendimento com responsabilização e resolutividade. Para aqueles usuários que não se enquadram no perfil da urgência e emergência, os profissionais que atuam na escuta ativa do HSCMV orientam os usuários e famílias sobre o tempo de espera para atendimento de acordo com seu problema de saúde e, também, orientam, através de encaminhamento, a darem continuidade à assistência de sua saúde em outros serviços, adequados ao seu problema de saúde. Assim, o HSCMV está fazendo o

exercício de articulações com outros serviços de saúde para garantir a eficácia desse encaminhamento (BRASIL, 2009a).

Neste sentido, o Acolhimento – Escuta Ativa com Classificação de Risco, deixa de ser um ato isolado para ser um dispositivo de acionamento da rede interna e externa de serviços de saúde, que possibilita o trabalho multidisciplinar e comprometimento com os usuários, na medida em que tenta responder às necessidades dos cidadãos com a saúde (BRASIL, 2009a).

A iniciativa de implantar este serviço ocorreu em função de duas motivações: uma em função de profissionais e direção do hospital buscarem realizar um atendimento humanizado, qualificado quanto ao risco e com uma escuta, de fato, ativa. De outro lado, professores da Escola de Ciência da Saúde da Santa Casa, instituição de ensino vinculada ao HSCMV buscar, além da integração ensino-serviço, ampliar o conhecimento de aluno e contribuir com a iniciativa da instituição. Assim, este serviço foi pensado e estruturado na modalidade de Projeto de Extensão Universitária.

A nossa motivação para a realização deste estudo se deu em função de que, ao participarmos do projeto de Extensão, percebermos a necessidade de levantar dados que demonstrem se o serviço, na prática, está atendendo a proposta inicial do Acolhimento – Escuta Ativa com Classificação.

Assim, o presente estudo pretende demonstrar se o Acolhimento – Escuta ativa com Classificação de Risco tem atendido às necessidades dos usuários classificados como verde e amarelo, garantindo o tempo de espera conforme o seu grau de risco. Para responder a estes questionamentos traçamos os objetivos apresentados a seguir.

2 OBJETIVOS

- Medir o tempo de espera, segundo a estratificação de risco dos pacientes classificados como verde e amarelo, no pronto-socorro de um hospital filantrópico do município de Vitória, no estado de Espírito Santo;
- Analisar se a medida do tempo de espera identificada está adequada ao que é preconizado pelo protocolo utilizado no pronto-socorro de um hospital filantrópico do município de Vitória, no estado do Espírito Santo.

3 METODOLOGIA

3.1 CENÁRIO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no pronto socorro do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Esta instituição recebe, inicialmente, os usuários do serviço através do preenchimento de ficha individual do paciente, contendo: nome completo, RG, filiação e endereço. Após o preenchimento destes dados na recepção os usuários do serviço aguardam para serem atendidos pelo enfermeiro do acolhimento, que fazem a avaliação inicial, seguida da classificação do risco de complicações (Classificação de Risco). De acordo com o nível de gravidade (vermelho, amarelo, verde ou azul), o paciente poderá ser atendido de imediato, permanecer na recepção por um tempo máximo pré-determinado pelo protocolo da instituição, ou ser orientado a buscar atendimento em uma Unidade Básica de Saúde.

O pronto socorro do HSCMV possui um fluxo médio de 25 atendimentos diários. Em sua maior parte, estes pacientes pertencem à classe média baixa, e são provenientes dos municípios de Cariacica e Vitória. E apresentam nível de prioridade um e dois, que são representadas pelas cores amarelo e verde, respectivamente.

Quanto à estrutura física o HSCMV conta com uma recepção; um consultório para acolhimento; dois consultórios médicos; um posto de enfermagem; uma farmácia satélite; dois repousos (uma masculina e uma feminina); uma emergência amarela e uma emergência vermelha.

O pronto socorro do HSCMV conta com um contingente de profissionais, que somam, no plantão diurno, sete enfermeiros, 20 técnicos de enfermagem, quatro atendentes de enfermagem, quatro recepcionistas, uma secretária-clínica e quatro funcionários para higienização. E no plantão noturno seis enfermeiros, 13 técnicos de enfermagem, dois recepcionistas, duas funcionárias da higienização, dois atendentes de enfermagem e dois maqueiros. Estes profissionais são divididos por escala: técnicos, auxiliares, higienização e recepcionista é de 12/36h, e para os enfermeiros que é de 12/60h. Também permanecem no setor dois profissionais médicos, por plantão.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e caráter retrospectivo. Segundo Gil (2006), o estudo descritivo tem por finalidade observar, registrar e analisar, descrever a característica de cada população, ou fenômenos sem entrar no mérito do seu conteúdo. Não há interferência do investigador que apenas procura descobrir a frequência com que o fenômeno acontece.

O método quantitativo fundamenta-se na redução de fenômenos a termos estatísticos, para fácil manipulação, permitindo a comprovação das relações dos fenômenos entre si, podendo generalizar sua natureza, ocorrência ou significado (MARCONI; LAKATOS, 2000). O referido método permitirá, também, descrever as características, propriedades ou relações existentes na amostra pesquisada, favorecendo a formulação clara do problema, porém, sem modificar o observado (CERVO; BERVIAN, 1996).

O referido método é de crucial valor para esse estudo, uma vez que, transformamos em percentuais o tempo de espera dos usuários, classificados como verde ou amarelo, que buscam atendimento na referida instituição. Para efetivar tal ação, os dados coletados foram computados em uma tabela do Microsoft Excel 2003 para, em seguida, verificar se a média, do tempo de espera encontrado, corresponde ao preconizado pelo protocolo utilizado nesta instituição.

3.3 TAMANHO DA AMOSTRA

O tamanho da amostra foi estabelecido a partir da análise da média mensal de classificados nas cores verde e amarela pelo serviço de Acolhimento – Escuta Ativa com Classificação de Risco do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES, durante o segundo trimestre (abril, maio e junho) de 2010.

A média mensal de usuários classificados na cor verde e na cor amarela foi de 445 e 284 pacientes, respectivamente, segundo o Relatório de Atendimento – Classificação de Risco (ANEXO A - Relatório de Atendimento da Classificação de Risco), nos meses referidos acima. Este relatório é confeccionado pela coordenação

de enfermagem, e preenchido pelos enfermeiros da classificação, para controle interno dos atendimentos.

Mantendo uma margem de Erro Amostral de 10%, e Nível de Confiança de 90% na pesquisa, o tamanho da amostra pesquisada foi de 81 prontuários de pacientes classificados nas cores verde e amarelo. Destes, 32 foram classificados como amarelo e 49 como verde.

3.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

A fonte de pesquisa que gerou os dados que foram quantificados foi o sistema MV. Depois, estes dados foram lançados em tabelas e posteriormente transformados em percentuais e números utilizando métodos estatísticos para os cálculos da média de tempo de espera dos pacientes verde e amarelo, o desvio padrão do tempo de espera e o coeficiente de variação do tempo de espera para cada tipo de classificação.

O Sistema MV é o novo dispositivo utilizado pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória para informatizar seu atendimento, além de possibilitar aumento da qualidade dos seus produtos e serviços, controlar com precisão seus custos, eliminar as perdas de faturamento, tornar seus processos mais produtivos e melhorar a rentabilidade dos seus negócios. Conta ainda com a vantagem de todos os computadores estarem ligados em rede, tornando possível assim a agilidade das informações nos mais distantes pontos da instituição.

Este sistema é utilizado pelo Enfermeiro da escuta ativa, para a estratificação de risco (ANEXO B – Ficha de Triagem) e posteriormente é utilizado pelo Médico para gerar a prescrição (ANEXO C – Relatório de Prescrição / Evolução). Estes documentos, gerados pelo Sistema MV, contêm o horário de atendimento do paciente por ambos os profissionais. Após a impressão, estes documentos eles são anexados ao prontuário do paciente. Destes prontuários foram coletados os dados para a pesquisa.

Definem-se fontes de pesquisa como todo e qualquer documento ligado diretamente

ao objeto de estudo. Entende-se como sendo as testemunhas diretas ou “contemporâneas” do fato estudado, um registro ou material bruto não elaborado (CERVO E BERVIAN, 1996).

3.5 PERÍODO DA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados com auxílio sistema MV, utilizado pela instituição, no mês de outubro de 2010. Este sistema registra o horário em que o paciente foi classificado em seu risco, pelo enfermeiro, e o horário que foi atendido pelo médico do pronto socorro, para receber os devidos cuidados.

3.6 CRITÉRIOS LEGAIS E ÉTICOS DA PESQUISA

Este projeto está em conformidade com o preconizado pela Resolução nº. 196 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que os dados foram coletados após a assinatura do Termo de Autorização Institucional (APÊNDICE A - Termo de Autorização Institucional), assim atendendo aos critérios legais para realização de pesquisa. Quanto aos critérios éticos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de ética da EMESCAM (ANEXO D).

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Segundo a portaria GM/MS n.º1.863, de 29 de setembro de 2003 os serviços de urgência devem primariamente estar embasados nos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS, desenvolver estratégias capazes de prevenir agravos à saúde e proteger a vida e conter redes de atenção integral às urgências, formando elos de manutenção da vida (BRASIL, 2003).

A realidade encontrada nos serviços de urgência e emergência do Brasil ainda se mantém afastado do preconizado pela portaria referida acima. Ainda é insuficiente o investimento em estratégias de promoção de saúde e qualidade de vida. Os casos agudos de menor complexidade não têm sido acolhidos integralmente na atenção básica, gerando assim uma lotação dos serviços de urgência e emergência, prejudicando o atendimento de alta complexidade. Aliado a estes fatores, está a insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de UTI e retaguarda para as urgências, onde pacientes que deveriam ser alocados nestes leitos estão permanecendo nas salas de urgência, causando lotação indevida destas (BRASIL, 2006).

Para adequar o panorama atual dos serviços de urgência e emergência no Brasil, o Ministério da Saúde desenvolveu a Política Nacional de Humanização, que no contexto dos serviços de urgência e emergência, objetiva reduzir as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; orientar os usuários sobre quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e referenciar os serviços de forma territorial; garantir as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS; garantir gestão participativa aos usuários e trabalhadores, fornecendo uma educação permanente a estes (BRASIL, 2006).

4.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

O Brasil possui grandes desigualdades socioeconômicas e vários desafios na saúde. Vale ressaltar as dificuldades de acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde, sendo também a ampliação do processo de corresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar, um desafio pertinente. A esses desafios soma-se a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde desses trabalhadores, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários. Ligado a esse aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando os profissionais de saúde de seu próprio processo de trabalho (BRASIL, 2009b).

O cenário indicava então, a necessidade de mudanças. Mudanças no modelo de atenção que não ocorrerão sem mudanças no modelo de gestão. Para isso, o SUS criou em 2003 A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS visando à integralidade, à universalidade e à busca da equidade. Esta política é uma das principais vertentes para a melhora dos níveis de atenção e gestão em saúde na atualidade e tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder (BRASIL, 2009a).

Dessa forma, a implantação da PNH busca a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores, implicados no processo de produção de saúde, reconhecimento da diversidade do povo brasileiro, oferecendo a mesma atenção sem distinções e um trabalho acolhedor, ágil e mais resolutivo. Em suma, esta política almeja um SUS mais humano, acolhedor e comprometido com a qualidade dos serviços e com a saúde integral (BRASIL, 2009b).

A Política Nacional de Humanização estrutura-se a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos. Dentre esses, vale destacar a diretriz que orienta e determina o Acolhimento, tendo por complemento a classificação de risco que é um

Dispositivo que determina a forma de trabalho. Na PNH, foram desenvolvidos esse e outros dispositivos com o intuito alterar as práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão. Com a PNH o Ministério da Saúde trabalha para alcançar resultados na direção de reduzir as filas e o tempo de espera, nos serviços de saúde de urgência e emergência, assim como a ampliação do acesso com um atendimento acolhedor e resolutivo, norteador seu atendimento através de critérios, não mais de ordem de chegada, e sim pelo risco apresentado pelo sujeito. Dessa forma pretende-se otimizar o atendimento aos sujeitos com maiores riscos e garantir o acesso referenciado aos demais níveis de assistência, para os com menores riscos (BRASIL, 2009b).

4.3 ACOLHIMENTO

O acolhimento não é um espaço físico, não pressupõe hora ou profissional específico para realizá-lo. Objetiva a troca de saberes, angústias e intervenções. O profissional atuante no acolhimento deve tomar para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” o usuário em suas demandas, com a resolutividade necessária. Desta forma, diferencia-se de triagem, pois o acolhimento possui ação de inclusão e não se finaliza na etapa de recepção (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009c).

Durante o percurso de construção de um SUS humanizado, os avanços são bem visíveis aos profissionais de saúde e usuários. Entretanto, apesar dos avanços, alguns problemas e desafios permanecem. Um destes desafios tem sido a mudança na forma de acolhimento, prestada pelos profissionais da saúde aos cidadãos-usuários do SUS (BRASIL, 2009a).

Um Acolhimento Humanizado permite ao usuário uma relação de confiança com as equipes e com os serviços prestados. O conceito de acolhimento não deve ser restrito apenas a recepção e demanda. A palavra “acolher” nos remete a “atender, receber; dar crédito, dar ouvidos; admitir, aceitar; tomar em consideração; agasalhar, hospedar; amparar” (BUENO, 2000). Esta atitude de inclusão, expressa pela etimologia da palavra ‘acolher’, deve estar presente a todo o momento, como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção do

vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços. (BRASIL, 2009a).

4.4 ESCUTA ATIVA

Segundo Lopes, Silveira e Ferreira, citado por Souza e Lopes (2003, p.10):

Através da escuta ativa o profissional mostra ao outro que o compreende; através da aceitação do outro aceita o outro de forma compreensiva; através da empatia compreende os sentimentos do outro e não apenas suas idéias; através da confiança possibilita a tomada de consciência das próprias emoções e do manejo adequado; e com a conduta de ausência de julgamento evita o julgamento negativo que desencadeia atitudes inadequadas e, freqüentemente, a não adesão à terapêutica (LOPES; SILVEIRA; FERREIRA, apud SOUZA; LOPES, 2003, p.10)

Assim, a escuta ativa, que se constitui uma forma de atender o problema do paciente tentando promover a resolução do problema ou encaminhamento correto para a sua dificuldade.

4.5 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Devido ao aumento crônico, em serviços de urgência, do número de atendimento de pacientes com "condições sensíveis a cuidados ambulatoriais" ou "Internações Sensíveis à Atenção Básica", ou seja, pacientes que poderiam ser atendidos na atenção primária, de menor complexidade. A política de Humanização do SUS incentiva que prontos-socorros implantem serviços de Acolhimento com Classificação de Risco. Essa ferramenta assistencial permite criar um novo método de organizar a fila de atendimento por critério de risco e não mais por hora de chegada. Essa distinção de riscos possibilita garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco mais elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares; informar o tempo provável de espera; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, integrar e dinamizar o paciente entre redes de atendimento (BRASIL, 2009a).

O Acolhimento com Classificação de Risco configura-se, assim, como uma das

intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação das redes de saúde, pois, extrapola o espaço de gestão local. Além disso, o acolhimento com classificação de risco possibilita reorganizar os modos de acesso aos serviços de urgência devendo, assim, criar mais uma fonte de articulação, vínculo e responsabilização com outros níveis de atenção, ambulatórios de especialidade, serviços de atenção e internação domiciliar. Desta forma, promove mudanças no modo de operar a assistência à saúde, organizando e re-inserindo o usuário com condições de saúde pertinentes as APS. (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009c): Torna-se importante salientar que, segundo o Ministério da Saúde, “o *Acolhimento com Classificação de risco não tem como objetivo reencaminhar ninguém sem atendimento*” (BRASIL, 2009a, P. 44).

Desta forma, surgem dúvidas se tal programa incentiva de fato que os atendimentos eletivos e cuidados pertinentes a atenção básica sejam realmente assistidas pelo seu nível de atenção adequado. Vale aqui, portanto, discutir os princípios e diretrizes do SUS para nortearmos uma orientação para tal problema. (BRASIL, 2009a).

A LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 em seu Art.7º relata os seguintes princípios e diretrizes:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

Assim, vendo por esse modo, não parece errado a inserção do paciente, sem distinção de agravo de saúde, no pronto socorro. Porém, ao analisarmos os outros princípios e diretrizes fica a dúvida se tal encaminhamento foi realmente correto.

A lei 8.080 promove “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e quanto à sua utilização pelo usuário”; “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”; “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”; “organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos”. De forma que essas outras diretrizes orientam para que o cidadão procure o serviço de atenção adequado para a sua condição de saúde no local mais próximo a sua residência. Deve-se, portanto, incentivar que cada paciente tenha como porta de entrada a APS e que essa possa resolver os agravos de saúde, ou que encaminhe o paciente para algum serviço mais especializado. Segundo as promotoras de justiça *Dilma Jane, Josely Pontes e Maria de Lurdes Santa Gema*, citado por Oliveira (2009, p. 46) exige-se que:

Quando um indivíduo busca um atendimento ou que quando surja um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência (SANTOS; PONTES; SANTA GEMA, apud OLIVEIRA, 2009, p. 46).

Adotando o princípio da equidade, os serviços de saúde devem atentar-se no fato que, em cada população, existem grupos que vivem de maneira distinta, com problemas individuais, apresentando distinções no modo de viver, de adoecer e de satisfazer suas necessidades de vida. Desta forma, os serviços de saúde necessitam conhecer as diferenças existentes nos grupos populacionais,

trabalhando individualmente estas necessidades, ofertando maior atenção a quem mais carece, diminuindo assim as desigualdades, tratando “desigualmente os desiguais”. (SUS, apud VARANDA, 2004, p. 68).

Vale lembrar que a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão no seu artigo: Manual de Atuação do Ministério Público Federal em Defesa do Direito à Saúde relata que, ao contrário dos princípios da universalidade e integralidade que “expressamente constam do texto constitucional “direito de todos”, “acesso universal” (art. 196), atendimento integral” (art.198, II), não há no texto previsão expressa do princípio de equidade. “No sentido do texto, pode-se admitir seu acolhimento pela expressão “igualitário” do caput do art. 196”. (BRASIL, 2005).

Na busca de um melhor desempenho dos serviços de urgência e emergência a Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, no ano de 2009, adota um sistema de classificação de risco, conhecido como “Protocolo de Manchester” (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, 2009). Este sistema, assim como os demais, tem por objetivo identificar rapidamente quem está em risco de morte, identificar prioridade clínica, definir tempo alvo para avaliação médica, prever fluxo de encaminhamento dos pacientes, promover a organização dos serviços e caracterizar o usuário que procura os serviços. (GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 2002).

O Protocolo de Manchester difere do protocolo utilizado pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, entre outros critérios, pela estratificação do risco. Segundo o Grupo Português de Triagem, o Protocolo Manchester adota um sistema de 5 níveis (cores), sendo elas:

- Vermelho: emergente. Tempo alvo = 0;
- Laranja: muito urgente. Tempo alvo \leq 10 minutos;
- Amarelo: urgente. Tempo alvo \leq 60 minutos;
- Verde: pouco urgente. Tempo alvo \leq 120 minutos;
- Azul: não urgente. Tempo alvo \leq 240 minutos.

5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os resultados foram apresentados em tabelas com a finalidade de sistematizar a organização dos dados e melhorar a visualização dos resultados.

5.1 PERCENTUAL DE PACIENTES CLASSIFICADOS COMO VERDE E AMARELO

Durante o período de coleta de dados, um total de 266 pacientes foram atendidos no Pronto Socorro da HSCMV. Desses, 98 pacientes foram classificados como "amarelo", e 168 classificados como "verde".

Os dados presentes na Tabela 1 apresentam o número de pacientes (n) atendidos e sua respectiva classificação. A amostra da classificação verde correspondeu a 49 atendimentos (60,5%), enquanto a amostra da classificação amarela correspondeu a 32 atendimentos (39,5%) feitos.

Tabela 1 – Número de pacientes atendidos e sua respectiva classificação

Classificação	n	%
Amarelo	32	39,5
Verde	49	60,5
Total	81	100

Fonte: Dados da Pesquisa de campo, 2010.

5.2 TEMPO DE ESPERA DOS PACIENTES CLASSIFICADOS COMO VERDE E AMARELO.

A tabela 2 demonstra o tempo de espera de cada paciente classificado como amarelo.

Tabela 2 – Tempo de espera

Atendimento de pacientes de classificação amarelo		
Enfermeiro	Médico	Tempo de espera
15:19	15:53	00:34
04:20	05:06	00:46
04:55	05:56	01:01
06:13	06:51	00:38
16:09	17:49	01:40
22:06	22:37	00:31

09:59	10:18	00:19
14:29	15:26	00:57
07:27	07:57	00:30
17:45	18:33	00:48
07:28	07:53	00:25
18:46	19:10	00:24
20:00	21:22	01:22
11:36	12:32	00:56
14:54	15:34	00:40
00:25	00:45	00:20
20:36	21:54	01:18
10:36	11:16	00:40
11:50	12:08	00:18
20:42	21:12	00:30
10:02	10:29	00:27
08:07	09:59	01:52
21:34	22:07	00:33
22:11	23:42	01:31
08:42	09:40	00:58
12:23	12:51	00:28
14:54	16:37	01:43
10:02	10:29	00:27
21:05	21:15	00:10
18:21	19:04	00:43
08:42	09:40	00:58
08:42	09:40	00:58

Fonte: Dados da Pesquisa de campo, 2010.

Como se observa na tabela acima o tempo de espera dos pacientes classificados como amarelo varia de um tempo mínimo de 10 minutos para um tempo máximo de 1 hora e 52 minutos. Vale ressaltar que os destaques na tabela indicam o tempo máximo e mínimo de atendimento.

A tabela 3 indica o tempo de espera de cada paciente classificado como verde.

Tabela 3 – Tempo de espera

Atendimento de pacientes de classificação verde		
Enfermeiro	Médico	Tempo de espera
20:14	21:41	01:27
08:39	09:39	01:00
09:33	10:05	00:32

08:43	09:53	01:10
10:28	11:08	00:40
10:06	11:30	01:24
10:25	11:56	01:31
09:40	12:07	02:27
09:38	11:48	02:10
09:35	10:56	01:21
09:47	10:31	00:44
08:33	10:14	01:41
20:21	22:48	02:27
21:32	23:14	01:42
18:38	19:04	00:26
21:14	00:38	03:24
07:47	08:02	00:15
07:36	08:20	00:44
12:10	14:57	02:47
08:02	11:32	03:30
20:14	21:41	01:27
09:50	11:53	02:03
21:00	22:58	01:58
20:15	22:00	01:45
22:03	22:31	00:28
21:53	22:15	00:22
01:24	02:30	01:06
01:30	02:31	01:01
14:30	16:45	02:15
01:20	02:49	01:29
17:22	19:03	01:41
21:20	22:23	01:03
19:03	22:01	02:58
06:11	07:10	00:59
18:26	20:54	02:28
11:51	14:00	02:09
00:11	01:07	00:56
09:02	09:55	00:53
08:51	10:39	01:48
08:31	09:47	01:16
09:13	10:11	00:58
10:09	11:59	01:50
10:19	11:23	01:04
09:20	10:54	01:34
10:41	10:59	00:18
10:34	11:22	00:48
10:26	11:18	00:52
09:27	10:26	00:59

09:51

11:09

01:18

Fonte: Dados da Pesquisa de campo, 2010.

Da mesma maneira que houve variação no tempo de espera dos pacientes classificados como amarelo, o tempo de espera dos pacientes classificados como verde também variou de um tempo mínimo de 15 minutos a um tempo máximo de 3 horas e 30 minutos. Da mesma forma que na tabela anterior o tempo mínimo e máximo de atendimento, também foi destacado.

5.3 PERCENTUAL DE PACIENTES QUE SÃO ATENDIDOS DENTRO DO TEMPO PRECONIZADOS E FORA DO TEMPO PRECONIZADO.

Neste caso foi necessário construir a tabela 4 que demonstra o tempo de espera dos pacientes classificados como verde e amarelo que obedeceram ou não ao preconizado pelo protocolo.

Tabela 4 – Espera dos pacientes classificados segundo o preconizado

	Verde		Amarelo	
	n	%	n	%
Dentro do preconizado	38	77,55	11	34,35
Fora do preconizado	11	22,45	21	65,65
Total	49	100	32	100

Fonte: Dados da Pesquisa de campo, 2010.

O que esta tabela nos revela é que do total de trinta e dois pacientes classificados como "amarelo", onze pacientes (34,35%) estavam dentro do tempo preconizado pela instituição e 21 pacientes (65,65%) estavam fora do preconizado, ou seja, com tempo de espera acima de trinta minutos.

Para os classificados na cor "verde", dos 49 pacientes, 38 (77,55%) estavam dentro do preconizado pela instituição e 11 (22,45%) encontraram-se fora do preconizado, ou seja, acima de duas horas.

5.4 MÉDIA, DESVIO PADRÃO E COEFICIENTE DE VARIAÇÃO DO TEMPO DE ESPERA

A tabela 5 indica o tempo médio de espera em minutos, dos pacientes classificados pelo enfermeiro como verde e amarelo, o desvio padrão e o coeficiente de variação do tempo de espera. Para os cálculos da média, desvio padrão e coeficiente de variação foram utilizados as fórmulas apresentadas abaixo:

A média de um conjunto de valores é a medida de centro encontrada pela adição dos valores e divisão do total pelo número de valores (TRIOLA, 2005):

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i}{n}$$

Onde

\bar{x} = Média

Σ = Soma de um conjunto de valores

X_i = Valores individuais

n = número de valores amostrais

O desvio padrão de um conjunto de valores amostrais é uma medida da variação dos valores em torno da média, ou seja, é uma espécie de desvio médio dos valores em relação à média, que é calculado pela fórmula (TRIOLA, 2005):

$$\sigma = \sqrt{\frac{(x_i - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

Onde:

σ = Desvio padrão

X_i = Valores individuais

\bar{x} = Média

n = número de valores

O coeficiente de variação (ou CV) para um conjunto de dados amostrais ou populacionais, expresso como um percentual, descreve o desvio padrão relativo médio, e é dado pelo seguinte (TRIOLA, 2005):

$$Cv = 100 \cdot \frac{S}{\bar{X}}$$

Onde:

CV: coeficiente de variação

S: Desvio padrão

\bar{X} = Média

Tabela 5 – Análise estatística

Análise estatística			
	Tempo médio (min)	Desvio padrão	Coef. Variação(%)
Amarelo	41,3	15,9	38,46
Verde	69,96	36,8	52,61

Fonte: Dados da Pesquisa de campo, 2010.

Os pacientes classificados como “amarelo” são aqueles que não correm riscos imediatos de vida, mas necessitam de atendimento com relativa urgência, contudo a espera desses pacientes foi em média 41,30 minutos, com desvio padrão de 15,88 minutos e coeficiente de variação de 38,46 %.

Os pacientes classificados como “verde” são aqueles que não necessitam de atendimento com urgência, mas são prioridades garantidas por Leis no Sistema Único de Saúde tais como: idosos, crianças e outras situações que não são garantidas por Lei, mas merecem atenção como pacientes que necessitam de especialidades médicas e não estão conseguindo acesso na atenção primária. O tempo médio de espera desses pacientes foi de 69,96 minutos, com desvio padrão de 36,81 minutos e coeficiente de variação de 52,61%.

Sendo interessante ressaltar que quando um coeficiente de variação for menor ou igual a 10% tem-se pequena variabilidade, quando for maior que 10% e menor ou

igual a 20%, tem-se média variabilidade e acima de 20% tem-se grande variabilidade (TRIOLA, 2005).

Conforme apresentado o tempo de espera preconizado pelo Pronto Socorro do Hospital Santa casa de Misericórdia Vitória é de 30 minutos para os pacientes classificados como amarelo e 2 horas para os pacientes classificados como verde. Assim, com base nos dados apresentados, podemos afirmar que para os pacientes classificados como amarelo, este tempo está excedendo em 11 minutos e trinta segundos. Em relação aos pacientes classificados como verde o tempo de espera foi 50 minutos abaixo do protocolado, porém o desvio padrão e o coeficiente de variação no tempo de atendimento destes pacientes foram significativos indicando irregularidade no tempo de espera destes pacientes.

Mas, quando analisamos o tempo de espera apresentado para atendimento dos pacientes classificados como amarelo com o tempo estabelecido pelo protocolo de Manchester, observamos que dentre eles, alguns têm grande potencial para agravar o seu estado de saúde e por isso, segundo o protocolo de Manchester, devem ser classificados na cor laranja com tempo de espera de 10 minutos. Assim, o Pronto Socorro do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória deve rever o seu sistema de classificação para adaptar-se ao protocolo de Manchester, uma vez que ele reduz o risco de um paciente classificado como amarelo vir a morrer ou agravar o seu estado de saúde enquanto aguarda por atendimento.

Outra questão que merece ser revista pelo Pronto Socorro do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória são as constantes variações no seu sistema de classificação. Vale ressaltar que durante o desenvolvimento desta pesquisa o Pronto Socorro do Hospital Santa Casa de Misericórdia adaptou o seu sistema de classificação devido à incapacidade de absorção da demanda espontânea. Atualmente os pacientes classificados como risco "amarelo" estão sujeitos a uma espera de até duas horas, para atendimento médico, e os pacientes classificados como "verde" estão sendo encaminhados para atendimento ambulatorial. Isto indica que o Pronto Socorro do Hospital Santa Casa, vem adaptando o seu sistema de classificação aos problemas de demanda ferindo o princípio balizador do que se preconiza a organização de serviços com bases em protocolos.

O protocolo utilizado pela Santa Casa não está de acordo com o novo sistema adotado pela Secretaria da Saúde do Espírito Santo, que pretende padronizar os serviços de urgência e emergência, utilizando o Protocolo de Manchester, seguido de redes integradas que possibilitam a referência e a contra-refêrencia dos pacientes atendidos. Os tempos e os critérios de classificação dos dois protocolos abordados são diferentes e por isso possibilitam uma discussão sobre o método mais eficaz para realizar um atendimento adequado ao risco apresentado por cada paciente até que o mesmo seja atendido pelo médico.

Durante a coleta de dados a restrição do atendimento ao público e as mudanças ocorridas no protocolo de acolhimento resultaram em uma queda no número de pacientes que procuraram os serviços de pronto atendimento do hospital e conseqüentemente a redução do número de atendimentos pelo acolhimento com classificação de risco. A ampliação do tempo de espera dos níveis amarelo e verde, ocorrida na reformulação do protocolo, adequou o tempo de espera dos pacientes ao protocolado, porém não implicou em uma melhora do atendimento já que os pacientes continuam esperando o mesmo tempo por uma consulta médica.

Para ilustrar lembramos que os hospitais da rede estadual do Espírito Santo vêm adotando o sistema de Manchester para classificar a sua demanda. Os profissionais foram contratados com esta finalidade e foram treinados, os hospitais foram equipados e ganharam recursos financeiros. Como o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória não foi contemplado com esta política estadual ele ainda não tem profissionais treinados, apesar de ter contratado enfermeiros específicos para a classificação de risco e ter adaptado a sua área física para a classificação de risco com base em cores. Neste caso, torna-se louvável a iniciativa do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, pois contou apenas com recursos próprios para implantação do seu protocolo, que mesmo com falhas indica o esforço da instituição em humanizar o atendimento.

Durante a realização da pesquisa e de nossa participação no projeto de extensão observamos que alguns enfermeiros não realizaram capacitação específica da enfermagem para a utilização do protocolo de classificação de risco, conforme o

Ministério da Saúde preconiza. Portanto tais profissionais não se apropriam corretamente do protocolo para classificar os pacientes, questão que implica nos resultados desta pesquisa, uma vez que muitos pacientes classificados como verde e amarelo poderiam ter sido ser classificados em outras cores definidas pelo protocolo (BRASIL, 2009a).

6 CONCLUSÃO

A avaliação do tempo de espera dos usuários classificados como verde e amarelo no HSCMV, como proposto no objeto do presente estudo, foi um processo complexo, partindo do entendimento de que qualquer processo avaliativo demanda cruzamento de outras questões que merecem ser avaliadas no contexto de implantação do Projeto de Acolhimento com Classificação de Risco instituído pelo HSCMV.

A revisão da literatura nos mostrou que a implantação de projetos que priorizem o acesso ao usuário do SUS melhora a qualidade do atendimento, principalmente quando este atendimento é em uma unidade de urgência e emergência. Nesse sentido, é louvável que o esforço do HSCMV. Mas os resultados de nosso estudo apontam algumas questões que merecem maior observação por parte dos gestores da instituição.

Dentre estas questões citamos a opção que o HSCMV fez ao adotar um Protocolo embasado em sua formação pelo Protocolo de Toronto para classificação de risco. Como mostramos na revisão da literatura e discussão dos resultados o Protocolo de Manchester, adota outros critérios em relação ao tempo de espera que acreditamos ser bem melhor para os usuários do SUS.

Outra questão que percebemos durante o estudo e, também enquanto alunos do Projeto é que o HSCMV adapta o seu protocolo às flutuações de fluxo de atendimento, principalmente quando suas emergências estão com superlotação, questão que implica em redução no fluxo de entrada de pacientes e conseqüentemente alteração nos critérios de classificação de risco.

Como o HSCMV ainda não foi incluído na política estadual para capacitação de profissionais nos critérios de classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester, percebemos que os profissionais têm dificuldades para classificar, questões que implicou diretamente nos resultados deste estudo.

Dentre os pacientes que são classificados como amarelo que pelo Protocolo

utilizado no HSCMV, devem aguardar até sessenta minutos, alguns destes pacientes, podem ser caracterizados como laranja pelo Protocolo de Manchester. Portanto, estes pacientes têm risco de agravar o seu estado de saúde enquanto aguardam por atendimento, fato que pode comprometer seriamente o serviço de classificação de risco adotado pela instituição.

As variáveis de tempo de espera tanto para pacientes classificados como amarelo, bem como, o tempo de espera dos classificados como verde, foi outra questão que nos chamou a atenção e que também comprometeu os resultados do estudo, pois descumprimento em grande medida o tempo determinado pelo protocolo, como mostra a tabela 4 onde 22,45% dos classificados como verde e 68,75% dos classificados como amarelo estão fora do tempo que se preconiza no protocolo.

O desvio padrão e o coeficiente de variação do tempo de espera, conforme tabela 5 é outro indicador importante que merece ser observado pelos gestores do HSCMV, pois eles indicam também que o protocolo não está sendo cumprido, mesmo que a média do tempo de espera esteja dentro do que determina o protocolo o desvio padrão e o coeficiente de variação indicam que muitos pacientes aguardam mais tempo do que está definido pelo protocolo

Torna-se imprescindível que gestores, profissionais e usuários tenham clareza da necessidade da classificação de risco como instrumento de melhoria da qualidade do serviço a ser prestado na unidade de urgência e emergência do HSCMV. Desse modo, faz-se necessário a ampliação das discussões acerca do tema pela instituição, em especial, com relação ao protocolo utilizado para a classificação de risco. A adoção de um protocolo viável e o treinamento para sua aplicação possibilita os enfermeiros - classificadores a assumirem uma postura mais crítica de seu processo de trabalho, que em conjunto com usuários e gestores, tornam-se protagonistas de uma importante e fundamental forma de reorganização da porta de entrada no serviço de urgência e emergência do HSCMV.

Torna-se necessário a realização de mais pesquisas científicas sobre o tema em discussão, que é recente, e vem sofrendo alterações frequentes com o passar do tempo, pois novos protocolos estão surgindo e com isso à necessidade de novas

pesquisas para a comprovação da eficiência de tal ferramenta, que vem inovando a forma de atendimento, tornando-a mais dinâmica e cada vez mais rápida. Sendo ainda indispensável à identificação dos fatores que alteram o tempo de espera no HSCMV, pois a partir deste conhecimento a instituição pode tomar medidas para melhorar o atendimento na parte de entrada do seu serviço.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em 15 de agosto 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. 1ª ed. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 2ª ed. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. 1ª ed. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. 2. ed. Brasília, 2009c.

_____. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Manual de Atuação do Ministério Público Federal em Defesa do Direito à Saúde**. 2005. Disponível em: <<http://www.prsp.mpf.gov.br/prdc/area-de-atuacao/deconsocult/Manual%20de%20Atuacao%20em%20Saude%20-%20GT.pdf>> Acesso em 15 de agosto de 2010.

_____. Portaria GM Nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/samu/arquivos/portarias/portaria_1863gm.doc>. Acesso em 15 de agosto de 2010.

BUENO, Silveira. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. Edição Revisada e Atual. São Paulo. Ed. FTD S.A., 2000.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 4º ed. São Paulo: Ed. Makron Books Ltda, 1996.

Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde – SESA. Disponível em <<http://www.es.gov.br/site/noticias/show.aspx?noticiald=99703047>>. Acesso em 18 de novembro de 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas S.A., 2006.

GRUPO PORTUGUES DE TRIAGEM. **Triagem no Serviço de Urgência**. Manual do formando. 2. ed. BMJ, 2002.

LOPES, M.J.M. Poder, interdependência e complementaridade no trabalho hospitalar: uma análise a partir da enfermagem. **Saúde: revista do NIPESC**, Porto Alegre (RS), v.1, p. 43-50. jan./dez. 1996.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 3º ed. São Paulo: Atlas S.A, 2000.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de. Responsabilidade municipal pela prestação do serviço de oxigenoterapia domiciliar e seus contornos. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 10, n. 1, jul. 2009. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792009000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 de maio de 2010.

OLIVEIRA, M. L. F.; SCOCHI, M. J. Determinantes da Utilização dos Serviços de Urgência / Emergência (PR). **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, 2002. Disponível em <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5666/3605>> Acesso em 05 de junho de 2010.

SOUZA, A.C.; LOPES, M.J.M. Acolhimento: Responsabilidade de quem? Um relato de experiência. **Rev. Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23507/000396812.pdf?sequence=1>> Acesso em 06 de novembro de 2010

TRIOLA, M. F. **INTRODUÇÃO À ESTATÍSTICA**. 9ª edição. Rio de Janeiro: Ed. LTC, S.A, 2005.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, abr. 2004 . Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/07.pdf>>. acessos em 06 nov. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Autorização Institucional

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA –
EMESCAM

COORDENAÇÃO GERAL DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Prezada Diretora Clínica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES, Sr^a. Regina Tonini. Por meio deste instrumento, vimos dar-lhe ciência de nossa pesquisa, para Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em enfermagem, com o título: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLANTAÇÃO E TEMPO DE ESPERA NO ATENDIMENTO DE PACIENTES CLASSIFICADOS EM RISCO AMARELO E VERDE NO PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA - ES, bem como, solicitar autorização para citar o nome da instituição e ainda divulgação de registro documentais que por ventura venha ser necessário em algum momento da pesquisa.

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, pois vamos transcrever os dados encontrados em forma numérica, tendo como objetivos: descrever sobre a implantação do projeto Acolhimento – Escuta Ativa com Classificação de Risco, adotado pelo pronto-socorro do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória; medir o tempo de espera, segundo a estratificação de risco dos pacientes classificados como verde e amarelo; analisar se a medida do tempo de espera identificada está adequada ao que é preconizado pelo protocolo utilizado na instituição.

Contatos com os pesquisadores (graduandos em Enfermagem):

Leonardo Campagnani da Silva Ferreira

Tel: (27) 99023140

Endereço eletrônico: leonardocampagnani@hotmail.com

Vilherme Manoel Leite

Tel: (27) 97059351

Endereço eletrônico: vilherme@hotmail.com

Vinicius Galavotti Macete

Tel: (27) 98657200

Endereço eletrônico: viniciusgalavottimacete@hotmail.com

Contado com a orientadora:

Maria Carlota de Rezende Coelho

Tel: (27) 3325 7975, cel: 81674433.

Endereço eletrônico: mcarlota3@hotmail.com

Espírito Santo, 2010.

Declaro estar ciente do inteiro teor desta AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL e estou de acordo.

Vitória _____ de _____ 2010

ANEXOS

ANEXO A – Relatório de Atendimento da Classificação de Risco

Mês de Abril 2010				Mês de Maio 2010				Mês de Junho 2010			
vermelho	amarelo	verde	azul	vermelho	amarelo	verde	azul	vermelho	amarelo	verde	azul
				0	10	21	0				
0	3	3	0	0	7	9	1	0	17	10	11
5	9	5	2	1	6	22	7	0	5	12	3
2	9	11	6	1	9	28	1	0	9	7	1
0	0	0	0	1	14	13	5	1	11	4	2
0	0	0	0	0	8	26	10	1	9	15	6
2	13	12	12	0	8	15	3	0	9	9	1
0	15	7	0	0	4	12	0	0	18	19	5
1	11	16	5	0	4	14	1	0	8	20	2
1	9	22	3	0	18	19	1	0	19	19	1
0	7	14	2	1	14	17	4	1	21	14	0
1	12	11	0	1	5	16	1	0	5	11	3
0	9	16	3	0	5	24	1	0	5	17	2
0	8	33	9	0	8	21	3	0	3	9	0
0	19	18	4	0	4	29	1	0	11	20	6
1	17	14	5	0	7	6	0	3	9	12	1
1	11	27	2	0	9	28	2	1	12	24	1
2	15	10	1	2	6	30	1	0	11	15	6
2	4	8	0	0	13	18	2	2	6	12	0
1	8	42	0	0	16	15	3	0	0	0	0
5	14	12	6	0	7	13	6	0	5	11	2
0	4	4	0	0	12	12	0	1	20	14	0
0	6	11	3	2	11	12	0	0	7	18	1
2	14	26	4	0	12	24	5	0	8	20	4
1	5	20	2	0	13	20	1	0	9	6	1
0	7	6	1	1	15	13	5	1	9	11	5
1	24	16	2	0	10	13	5	0	5	16	1
0	7	14	4	4	5	11	1	1	6	4	0
0	9	5	0	1	4	14	2	2	7	5	1
0	17	12	0	0	3	10	1	1	7	19	1
2	11	16	4	0	11	10	6	1	6	19	0
30	297	411	80	15	278	535	79	16	277	392	67

ANEXO B – Ficha de Triage

HOSPITAL S.C. DE MISERICORDIA DE VITÓRIA
 MV2000 - Sistema de Urgência/Emergência
 Ficha de Triage

Página: 0001/0001
 Emitido por:
 Em: 2 /2010 09:43

Dados do Atendimento

Atendimento: _____ Data/Hora: _____ Prioridade: Baixa
 Paciente: _____ Sexo: M Naso: 2/2
 Prestador: _____ Especialidade: _____
 Origem: 12 - PRONTO - SOCORRO Serviço: _____

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim Não Retorno com a mesma queixa? Sim Não
 Queixa principal: _____

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: N

Alergias: _____

Sinais Vitais

P.A.: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____

Oncologia

Questionário

Nascimento: _____ Próteses Dentária? Sim Não
 Menarca: _____ Bebe Álcool? Sim Não
 Últ. Menstruação: _____ Fumante? Sim Não
 Nº de Partos: _____ Dor? Sim Não
 1º Congresso Sexual: _____ Câncer na Família? Sim Não
 Higiene Bucal: _____ Consultou o médico? Sim Não
 Cidade: _____ UF: _____ Hospital: _____

Outros

Tratamento? Sim Não Qual? _____

Medicações: _____

Antecedentes Patológicos: _____

Histórico da Doença: _____

Observações: _____

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITÓRIA

ANEXO D – Declaração de Aprovação para Pesquisa



DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa "Acolhimento com Classificação de Risco - Considerações sobre a Implantação e Tempo de Espera no Atendimento de Pacientes Classificados em Risco Amarelo e Verde no Pronto Socorro de um Hospital Filantrópico de Vitória", cadastrado com o No 155/2010, do pesquisador responsável "Maria Carlota de Rezende Coelho", foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto, após resolvidas as pendências foi **APROVADO**, pelo Coordenador do CEP, restando apenas ser homologada na reunião ordinária do mês de Novembro.

Vitória, 24 de novembro de 2010


Dr. Elicardo C. Vasquez
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
EMESCAM

Av. N. S. da Penha, 2190
Santa Luiza - Vitória
ES - Brasil - CEP 29045-402

EMESCAM
Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória

Tel.: +55 27-3334-3300
info@emescam.br
www.emescam.br