

QUALIDADE EM SAÚDE PÚBLICA: ANÁLISE DO ACOLHIMENTO POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM HOSPITAL DE ENSINO DA REDE FEDERAL DE EDUCAÇÃO BRASILEIRA

QUALITY PUBLIC HEALTH: ANALYSIS OF CARE FOR RISK CLASSIFICATION IN A TEACHING HOSPITAL OF BRAZILIAN PUBLIC EDUCATION NETWORK

CALIDAD EN SALUD PÚBLICA: ANÁLISIS DE RECEPCIÓN PARA LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN UN HOSPITAL DE UNA UNIVERSIDAD DE BRASIL

André Andrade Longaray¹, Paulo Roberto da Silva Munhoz²
Katiúscia da Silva Bueno³, Tiago Machado Castelli⁴

RESUMO

O presente trabalho analisa as contribuições proporcionadas com a adoção do Sistema de Acolhimento por Classificação de Risco no serviço de pronto-atendimento de um Hospital de Ensino da Rede Federal de Educação Brasileira, buscando compreender suas rotinas e indicar melhorias junto ao sistema. Para tanto, foi aplicado um questionário a 304 usuários do serviço de pronto-atendimento. A análise estatística dos dados coletados permitiu examinar indicadores como os tempos

de espera entre a chegada do paciente, o acolhimento pela triagem e o tempo de permanência do usuário no serviço para realização de procedimentos/exames complementares. Foi possível constatar que a implementação do Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco melhorou o atendimento, reduzindo as filas de espera e proporcionando aos usuários o atendimento de acordo com a avaliação de gravidade.

Descritores: Qualidade em Saúde; Gestão hospitalar; SUS.

ABSTRACT

This paper analyzes the contributions provided with the adoption of the Host System for Risk Rating in the service of emergency care of a Teaching Hospital of the Brazilian Federal Education Network, trying to understand their routines and display improvements with the system. To this end, a questionnaire was administered to 304 users of the

¹ Doutor em Engenharia de Produção (PPGEP/UFSC). Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Líder do grupo de pesquisa LabSADi (Laboratório de Estudos e Pesquisas em Metodologias de Sistemas de Apoio à Decisão. E-mail: andrelongaray@furg.br

² Pós-Graduado em Tecnologias Educacionais (FURG). Professor do Instituto de Ciências Humanas e da Informação (ICHI). Pesquisador associado do LabSADI. E-mail: pamunhoz@terra.com.br

³ Aluna do MBA em Gestão Estratégica de Negócios (FAT/UFPEL). Bacharel em Administração (FURG). E-mail: katiuscia.bueno@hotmail.com

⁴ Acadêmico do Curso de Bacharelado em Administração (FURG). Bolsista do Programa de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul – FAPERGS. E-mail: tiagorip@gmail.com

emergency care service. Statistical analysis of the data collected allowed examine indicators such as waiting times between the patient's arrival, the reception for the screening and user time spent in the service for procedures / exams. It was found that the implementation of the Home System with Risk Rating improved service by reducing waiting times and providing users with the service according to the assessment of severity.

Keywords: Public health quality; Hospital management; SUS.

RESUMEN

Este trabajo analiza las contribuciones previstas con la adopción del sistema host para la Calificación de Riesgo en el servicio de atención de urgencias de un hospital de enseñanza de la Red Federal de Educación Brasileña, tratando de comprender sus rutinas y mostrar mejoras en el sistema. Con este fin, se administró un cuestionario a 304 usuarios del servicio de atención de emergencia. El análisis estadístico de los datos recogidos permitido examinar indicadores tales como los tiempos de espera entre la llegada del paciente, la recepción para la detección y el usuario el tiempo pasado en el servicio para los procedimientos / exámenes. Se encontró que la implementación del Sistema

mejoró el servicio al reducir los tiempos de espera y proporcionar a los usuarios con el servicio de acuerdo con la evaluación de la gravedad.

Descriptores: Calidad en Salud; La dirección del hospital; SUS.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil é o único país com mais de 200 milhões de habitantes que oferece um sistema de saúde público, universal e gratuito para seus habitantes, o SUS (Sistema Único de Saúde), que está presente em todo o país, ainda que de forma não igualmente distribuída sob o ponto de vista geográfico. Pode-se dizer que o SUS é um sistema jovem, pois foi criado em 1990, com o objetivo de promover a justiça e superar as desigualdades na assistência à saúde da população. Além disso, engloba outras atividades desenvolvidas nas esferas de vigilância, regulamentações, fiscalizações, bem como prevenção, vacinação e controle de doenças.

Diante deste contexto, um sistema que funciona 24 horas por dias, todos os dias do ano, deve apresentar pontos positivos e oportunidades de melhoria. Assim, o governo federal tem criado programas e subprogramas, como forma de atender, ou, pelo menos, amenizar, as necessidades dos cidadãos,

como o Sistema de Acolhimento por Classificação de Risco em Emergências, que busca promover melhorias nos processos cotidianos dos serviços de urgência por meio de protocolos que priorizam os atendimentos conforme a gravidade, assegurando o atendimento responsável e resolutivo a todo o usuário que se dirigir a um Serviço de Pronto-Atendimento. Para realizar a classificação, o profissional enfermeiro utiliza o Protocolo de Atendimento, um instrumento que sistematiza a avaliação. Isoladamente, os protocolos não são suficientes para a avaliação, uma vez que devem ser levados em conta aspectos subjetivos, afetivos, sociais e culturais, mas devem ser adaptados ao serviço e ao contexto de sua inserção na rede de saúde.

No hospital de ensino analisado neste artigo, o Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco no Serviço de Pronto-Atendimento teve sua implantação em agosto de 2012. A adoção deste sistema no Brasil é recente, portanto, ainda há pontos de análise descobertos, sem referência, principalmente no que tange à condução da implementação sob o ponto de vista da gestão.

Este estudo buscou verificar quais as contribuições proporcionadas com a adoção do Sistema de

Acolhimento e Classificação de Risco em um serviço de pronto-atendimento, tendo como propósito compreender as rotinas do mesmo, verificando o processo de entradas e saídas de informações em todas as etapas, desde a chegada do paciente, até sua alta, além de buscar o alcance de melhorias junto ao sistema, por meio de ferramentas implantadas por modelos gerenciais.

Portanto, o presente trabalho pode auxiliar a implementação do sistema e gerar contribuições na identificação de pontos de melhoria e no oferecimento de sugestões para possíveis desvios de tempos de espera e fluxo de atendimento no serviço de pronto-atendimento do hospital de ensino estudado.

O artigo encontra-se dividido em cinco seções. Estabelecida a introdução, a seção dois apresenta uma breve fundamentação teórica sobre a qualidade na saúde e a importância da gestão hospitalar. A seção 3 demonstra a metodologia utilizada na pesquisa, no que tange à sua natureza, objetivo e abordagem. A seção 4 trata da coleta de dados e sua análise, e por fim, a seção cinco tece as considerações finais a respeito da pesquisa realizada.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os avanços da medicina vêm acontecendo em todas as áreas. Inclusive, aliada à evolução da medicina, cabe também considerar as questões referentes à saúde básica, como as políticas de saneamento básico e a busca por soluções e ações preventivas (MELLO; CAMARGO, 1998). As transformações pelas quais a humanidade passou nos últimos séculos foram determinantes para que desenvolvêssemos o pensamento e realizássemos ações voltadas à qualidade. E a medicina, apesar de suas mudanças, foi uma das últimas ciências a adotar a Qualidade, que, relacionada à saúde, é percebida como um somatório de qualidades técnicas, profissionais, funcionais e humanas (MALAGÓN; MOREIRA; LAVERDE, 2010).

Segundo Donabedian (1998) apud Kurcgant et al. (2005), na saúde, a qualidade adquiriu um significado particular e diferenciado das demais atividades envolvidas na produção de bens, compreendendo um conjunto de atributos que inclui o nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de risco para o paciente, um alto grau de satisfação por parte dos usuários, de acordo com os valores sociais existentes.

Deming (1990) destaca que a qualidade no atendimento médico é bastante complexa, e que através de métodos estatísticos que possam analisar indicadores de desempenhos é possível identificar áreas que precisam ser revistas e verificar se as decisões tomadas para atingir a qualidade foram bem-sucedidas. Para Spiller et al. (2009), cinco principais meios podem evidenciar a qualidade em saúde: o ambiente físico; a comunicação; os custos físicos, monetários e psicológicos impostos aos clientes; os participantes do processo de trabalho, incluindo funcionários, acompanhantes e visitantes; e a forma como os serviços são prestados.

Junto a isso, conforme Malagón, Moreira e Laverde (2010), todo hospital deve adotar como modelo de gestão hospitalar a qualidade total da gestão, modelo introduzido em 1960, que tem como princípio o envolvimento de todas as áreas funcionais de uma organização voltadas ao alcance da qualidade. O hospital deve adotá-lo ajustando seus objetivos às práticas da qualidade total como forma de obter sucesso a curto prazo e garantir a saúde atendendo às necessidades de seus usuários. Nos hospitais em todo o Brasil, vêm sendo implementados inúmeros programas de qualidade, tratando-se de atividades

coordenadas para dirigir e controlar uma organização com relação à qualidade, englobando o planejamento, o controle, a garantia e a melhoria da qualidade (CARVALHO; PALADINI, 2012).

Para que se alcance qualquer resultado em programas de qualidade aplicados à saúde, é primordial uma eficiência da gestão hospitalar, sendo imprescindível também, para o bom funcionamento de um hospital, pois ela é responsável por relacionar a estrutura existente e os processos dos serviços oferecidos rotineiramente em um hospital, tendo como foco a primazia do atendimento ao paciente. Por fim, ainda cabe lembrar, como diz Nogueira (1994), que deve haver um constante aperfeiçoamento na qualidade na saúde, em busca de uma maior satisfação de quem utiliza os serviços hospitalares.

3. METODOLOGIA

Quanto à sua natureza, esta pesquisa se refere à pesquisa aplicada, pois foi fundamentalmente motivada pela necessidade de resolver os problemas referentes ao atendimento em um serviço de pronto atendimento, mais especificamente, a demora no atendimento.

No que tange aos seus objetivos, é uma pesquisa descritiva, que tem como objetivo descrever algo e relacioná-lo entre variáveis, por meio de técnicas padronizadas de coletas de dados (GIL, 1999 apud BEUREN, 2003). Procurou-se, então, expor as características da rotina do serviço de pronto atendimento de um hospital universitário e estabelecer correlações entre as variáveis que existem no sistema de atendimento.

Quanto aos procedimentos para a realização deste trabalho, o mesmo foi baseado em um estudo de caso, que “investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes” (YIN, 2010, p. 40). Tais fenômenos podem ser individuais, relativos a processos organizacionais, administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais ou sobre a maturação de alguns setores. A realização de um estudo de permitiria responder ao problema central desta pesquisa, e também, observar as variáveis presentes, relevantes e, também, não pertinentes ao desempenho do trabalho.

4. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Para a realização deste trabalho, foi aplicado um questionário com os usuários do serviço de pronto-atendimento. O questionário elaborado foi composto de 20 questões, e estas, foram agrupadas em quatro clusters, para auxiliar na estrutura da análise.

No primeiro agrupamento, as questões 1 e 2 tinham por objetivo a caracterização da amostra, identificando a idade e o sexo do usuário do serviço. Um segundo agrupamento de questões (3, 4, 5, 9, 10, 13 e 18) mostrou os tempos de espera e a permanência do usuário no serviço de pronto-atendimento. No terceiro agrupamento (questões 6, 7, 8 e 20), procurou-se identificar o motivo pelo qual o usuário recorreu ao serviço, se a procura foi espontânea ou não e qual o destino após a sua saída do pronto-atendimento. Por fim, as questões do quarto agrupamento (11, 12, 14, 15, 16, 17, 19 e 21) procuraram entender a qualidade dos serviços prestados no pronto-atendimento e a percepção do ponto de vista do usuário.

4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS RESPOSTAS

A análise estatística das respostas foi procedida examinando-se quatro recortes do questionário, formados, respectivamente, pelas características da amostra, permanência no serviço, procura pelo sistema e pelos aspectos referentes à avaliação da qualidade de acordo com a percepção do usuário.

4.1.1 CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS RESPONDENTES

A amostra contou com 304 respondentes, entrevistados entre 22 e 28 de agosto de 2013, nos três turnos (manhã, tarde e noite). A questão 1 do questionário referia-se ao sexo dos entrevistados, em que 45% dos usuários eram do sexo masculino, enquanto que 55% dos respondentes, do sexo feminino. A questão 2 buscava saber sobre a faixa etária dos usuários do serviço e observou-se que 25% eram pacientes pediátricos (de zero a 15 anos), 60% adultos (entre 16 e 59 anos) e 15% idosos (maiores de 60 anos).

4.1.2 A PERMANÊNCIA DO USUÁRIO NO SERVIÇO DE PRONTO-ATENDIMENTO

O segundo agrupamento (questões 3, 4, 5, 9, 10, 13 e 18) traduz, na figura 1, como se dá o fluxo de

atendimento e a permanência do usuário do serviço de pronto-atendimento.

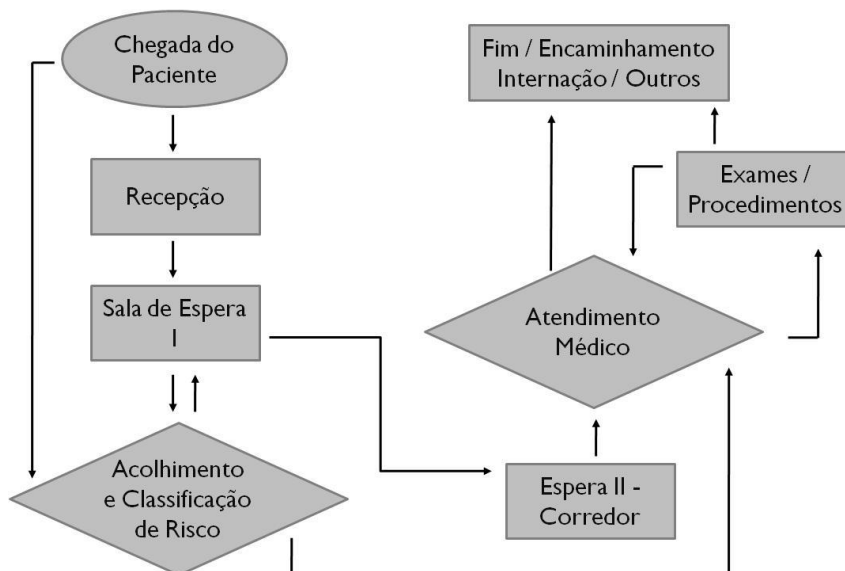


FIGURA 1 – O Fluxo de Atendimento no Serviço de Pronto-Atendimento do HU. Fonte: Autor.

O paciente, ao chegar ao serviço de pronto-atendimento, é encaminhado à recepção para confecção da ficha de atendimento. Depois é classificado pela triagem, que avalia o grau de sofrimento e a vulnerabilidade de risco que corre, sendo conduzido novamente à sala de espera para aguardar pelo atendimento médico. Após o atendimento médico, o paciente é liberado ou encaminhado para a realização de procedimentos ou exames.

Na figura 2, está descrito o método de acolhimento e classificação de risco, adaptação de um protocolo utilizado mundialmente, e que se baseia pela verificação dos sinais vitais e também pelo nível de sofrimento e vulnerabilidade de risco do paciente, o que permite averiguar os tempos de espera e a permanência do usuário no serviço, de acordo com a sua prioridade, durante o atendimento da Recepção e o da Triagem.

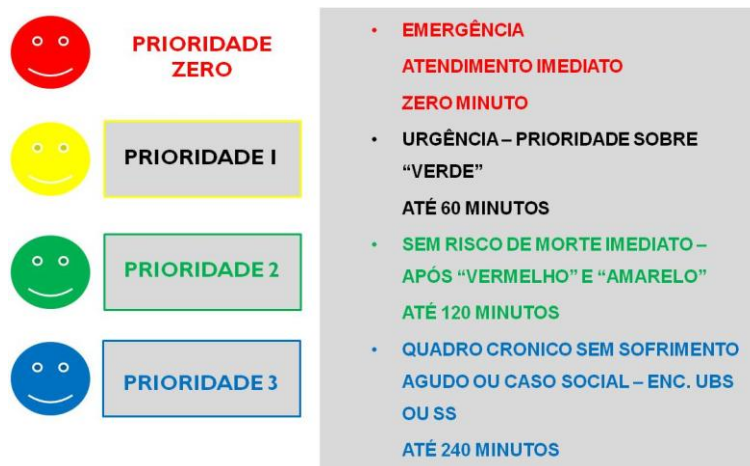


FIGURA 2 – A Classificação de Risco utilizada no Hospital. Fonte: Autor.

Apenas dois pacientes com risco de morte iminente (PRIORIDADE ZERO) participaram da pesquisa, sendo que o atendimento pela equipe de enfermagem deu-se, em um caso, em dois minutos e no outro, em sete minutos. Quanto aos pacientes que necessitam de urgência no atendimento

(PRIORIDADE 1), a maioria dos atendimentos feitos pela triagem ocorreu antes de 30 minutos (83%), sendo que destes, 30% dos usuários foram classificados em até 10 minutos, e em 17% dos casos, a classificação se deu entre 30 e 68 minutos.



Figura 3 – Tempo de Espera I – Prioridade 2. Fonte: Autor.

Do total de pacientes classificados como PRIORIDADE 2, 123 usuários foram atendidos pela equipe de enfermagem em até 60 minutos, 15 pacientes foram

classificados entre 60 e 120 minutos, e 1 paciente necessitou aguardar pela triagem por 2 horas e 24 minutos, conforme podemos observar na figura 3.

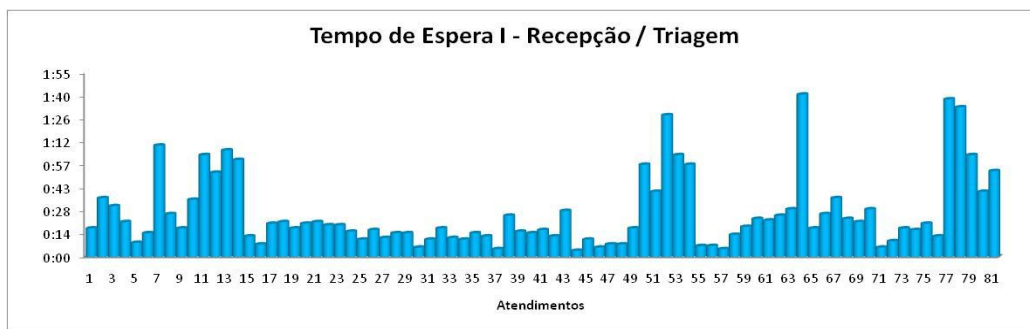


Figura 4 – Tempo de Espera I – Prioridade 3. Fonte: Autor.

A distribuição do tempo de espera dos pacientes classificados como PRIORIDADE 3 também apresentou picos de espera por atendimento, como apresentado na figura 4. Em 12% dos casos, a classificação de risco ocorreu após 60 minutos de espera na recepção. 16% dos pacientes passaram pela triagem antes de 10 minutos de aguardo. Mas na maioria dos casos, 72%, os usuários aguardam entre 10 e 60 minutos para receberem a classificação de risco.

Quanto ao atendimento médico na sala de espera, os pacientes PRIORIDADE ZERO foram recebidos imediatamente pela equipe médica responsável. Já os usuários classificados como PRIORIDADE 1, 31% tiveram atendimento médico antes de 10 minutos de espera após passarem pela triagem. E, em todos os casos analisados, foram atendidos antes de completar 60 minutos.

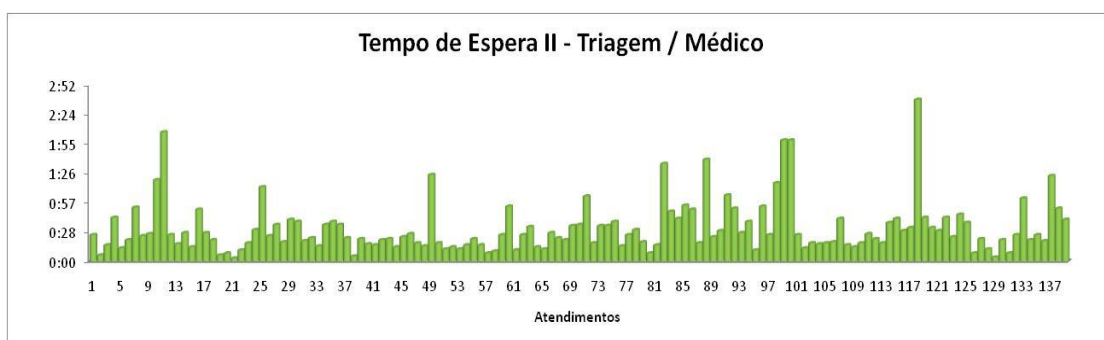


Figura 5 – Tempo de Espera II – Prioridade 2. Fonte: Autor.

Na figura 5, grande parte dos atendimentos médicos para pacientes PRIORIDADE 2 ocorreu em até uma hora de espera após passar pela triagem. Do total de pacientes classificados nessa prioridade, 90% dos pacientes tiveram

atendimento antes de completar 60 minutos de espera, 8% dos usuários aguardaram entre 60 e 120 minutos e, conseqüentemente 2% dos pacientes necessitaram aguardar por mais de duas horas pelo atendimento.

Os pacientes classificados como PRIORIDADE 3 foram atendidos, em 95% dos casos, antes de completar 120 minutos de espera. Em 33% dos casos, o atendimento ocorreu em até 30

minutos após sua passagem pela triagem. Apenas 5% dos casos analisados necessitaram aguardar pelo atendimento médico por mais de 2 horas.



Figura 6 – Permanência – Prioridade Zero. Fonte: Autor.

De posse dessas informações, foi possível entender a permanência do usuário no serviço de pronto-atendimento, conforme figura 6. Um dos pacientes PRIORIDADE ZERO foi

encaminhado ao hospital de referência da cidade após o atendimento médico. No outro caso, o paciente permaneceu por 4 horas e 06 minutos no serviço de pronto-atendimento.



Figura 7 – Permanência – Prioridade 1. Fonte: Autor.

Em 16% dos casos de PRIORIDADE 1, os pacientes permaneceram no serviço por mais de 3 horas, 12% dos usuários ficaram menos

de 30 minutos e 72% dos pacientes ficaram de 30 a 150 minutos no serviço de pronto-atendimento, conforme figura 7.



Figura 8 – Permanência – Prioridade 2. Fonte: Autor.

Nos casos apresentados na figura 8, como PRIORIDADE 2, 74% dos usuários utilizou o serviço por até 120 minutos. 15% dos pacientes permaneceram de 2 a 3 horas no hospital, 7% necessitou de 3 a 4 horas de permanência e 4% dos analisados estiveram por mais de 4 horas no serviço de pronto-atendimento.

O paciente PRIORIDADE 3, conforme evidenciado na figura 14, permaneceu, em 77% dos casos, por até duas horas no serviço de pronto-atendimento. 20 % dos entrevistados

permaneceram de 2 a 4 horas no serviço e 3% ficaram por mais de quatro horas no hospital.

4.1.3 AS MOTIVAÇÕES DOS USUÁRIOS

Diferentes motivos levam as pessoas a procurar o serviço de pronto-atendimento. As motivações dos entrevistadas puderam ser identificadas no terceiro cluster do questionário, com a análise das respostas das questões 6, 7, 8, e 20, e são apresentadas na figura 9:

Motivo	Frequência Absoluta	Prevalência
Dor Abdominal	27	9%
Dor Lombar	24	8%
Cefaleia	45	15%
Náuseas / Vômitos	49	16%
Infecções Respiratórias	83	27%
Problemas Urinários	24	8%
Erupções Cutâneas	22	7%
Outros	30	10%
Total	100	100%

Figura 9 – Frequência e Prevalência de Causas da Procura pelo Atendimento no HU. Fonte: Autor.

É possível também identificar que, dos pacientes que procuraram pelo serviço de pronto-atendimento, apenas 6% foram encaminhados por alguma

Unidade Básica de Saúde, sendo que 94% dos usuários procuraram de forma espontânea o serviço de urgência.

No que tange ao atendimento, 50% dos respondentes necessitou somente da consulta médica, sendo que os outros 152 usuários realizaram procedimentos ou exames complementares no hospital, durante o atendimento no serviço de pronto-atendimento.

Percebe-se que dos pacientes que realizaram apenas a consulta médica, 1 paciente era PRIORIDADE ZERO, 11% foram classificados como PRIORIDADE 1, 50% refletem os usuários PRIORIDADE 2 e 38% PRIORIDADE 3. Dos pacientes que realizaram algum procedimento ou exames complementares no hospital, 1% era PRIORIDADE ZERO, 42% PRIORIDADE 1, 41% PRIORIDADE 2 E 16% PRIORIDADE 3.

A questão 20 do questionário buscou saber qual o destino do paciente após a consulta no serviço de pronto-atendimento. Verificou-se que 75% dos pacientes responderam que iriam para casa, enquanto 3% iriam para o trabalho, 1% procuraria a Unidade Básica de Saúde de seu bairro, 9% dos

usuários dirigir-se-iam a uma farmácia, 7% tinham outros destinos e 5% não responderam.

4.1.4 A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE PRONTO-ATENDIMENTO

As questões 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19 e 21 procuram identificar a percepção de qualidade do serviço de pronto-atendimento, do ponto de vista do usuário. Na questão 11, buscou-se saber se o paciente foi informado sobre o possível tempo de espera para o atendimento médico. Assim, 100% dos entrevistados responderam que não haviam sido informados sobre o tempo de espera. A questão 12 indagava sobre qual a previsão do tempo informado, em 100% dos casos não houve resposta devido à ausência da informação anterior.

Referindo-se à questão 25, pôde-se compreender como se dá a percepção da qualidade dos serviços prestados pelo pronto-atendimento, abordados em uma avaliação geral, como ilustra a figura 10:

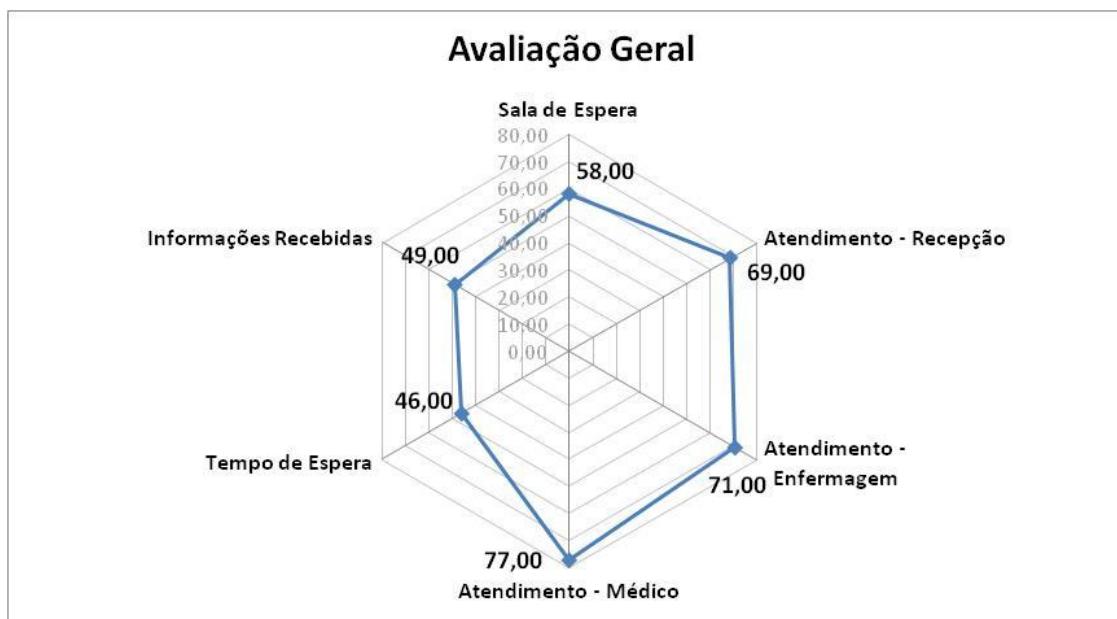


Figura 10 – A Avaliação Geral do SPA. Fonte: Autor.

Para responder esta avaliação, os usuários precisavam escolher, entre uma escala de cinco pontos, a opção mais conveniente de acordo com a sua percepção, sobre os indicadores observados na figura 16: Muito bom (100% a 80%), Bom (79% a 60%), Regular (59% a 40%), Ruim (39% a 20%) e Péssimo (19% a 0).

De acordo com os respondentes, a avaliação geral da Sala de Espera foi de 58%, do Atendimento – Recepção, 69%; do Atendimento – Enfermagem, 71%; do Atendimento – Médico, 77%. O Tempo de Espera foi avaliado em 46% e as Informações Recebidas corresponderam a 49% na satisfação dos usuários.

4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Há a necessidade de se repensar a ambiência do serviço de pronto-atendimento, de modo a atender as premissas do acolhimento e proporcionar espaços para cada uma das prioridades atendidas neste hospital (BRASIL, 2009). Com relação aos tempos de espera, faz-se necessário uma revisão do processo que se dá entre a chegada do paciente e seu acolhimento pela triagem, pois os tempos de espera verificados neste ponto do fluxo são demasiado longos, não atendendo ao objetivo do sistema de Acolhimento e Classificação de Risco, uma vez que, enquanto ele aguarda pela triagem, nenhuma equipe o avaliou. Desse modo, por exemplo, pacientes PRIORIDADE 1, podem sofrer agravamento dos

sintomas de suas queixas, expondo o usuário a vulnerabilidade de risco.

Por outro lado, ao verificarmos o tempo de espera entre a Triagem e o Atendimento Médico, percebeu-se que 99% dos entrevistados foram atendidos pelo profissional médico dentro do período de espera por atendimento preconizado de acordo com o protocolo utilizado pelo hospital, para cada prioridade.

É possível entender a permanência do usuário no serviço, analisando também a realização de procedimentos e exames complementares – metade dos pacientes analisados foi direcionado a outros serviços de apoio do hospital. Como a instituição investigada se trata de um hospital de ensino, no qual profissionais em especialização, como os médicos residentes, solicitam exames complementares para apoiar alguns diagnósticos, justifica-se o volume de procedimentos realizados em pacientes que, de acordo com a orientação do sistema de Acolhimento e Classificação de Risco, não necessitariam, teoricamente, de um atendimento no serviço de pronto-atendimento.

Da mesma forma, é possível identificar que poucos pacientes procuram pelo atendimento no serviço de pronto-atendimento mediante

encaminhamento de uma unidade básica de saúde, assim como um número quase insignificante de usuários é orientado pelas equipes médicas e de enfermagem a procurar pelos postos de saúde. Muitos casos que envolveram procedimentos no hospital poderiam ter sido realizados no posto. Este ponto é de extrema importância, pois além de reduzir o fluxo de atendimento, otimiza o funcionamento do hospital.

No que se refere à percepção de qualidade dos serviços, o principal indicador para o usuário é o tempo de espera. No entanto, durante a classificação de risco, a estimativa de tempo de atendimento não é fornecida ao paciente, nem verbalmente tampouco visualmente. Porém, esse parâmetro é o que demonstra a pior avaliação, pois o usuário não sabe dizer quanto tempo, de acordo com o protocolo utilizado, ele aguardará pelo atendimento. Logo, há um desvio entre os tempos verificados e a percepção do usuário. A maioria dos atendimentos ocorre dentro da estimativa de tempo para cada prioridade.

As informações recebidas também estão aquém do que o usuário percebe como qualidade. Assim como o ambiente, no que diz respeito à Sala de Espera: com a superlotação do serviço de pronto-atendimento, os pacientes e

os internados dividem os corredores do hospital, enquanto os usuários aguardam pelo atendimento médico nos consultórios. Apesar disso tudo, reconhece-se que o Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco melhorou o atendimento, reduzindo as filas de espera e atendendo os usuários de acordo com a avaliação de gravidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais contribuições desse trabalho dizem respeito à análise do Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco sob a perspectiva da gestão do tempo utilizado pelos usuários do sistema, bem como a percepção de qualidade do ponto de vista do paciente.

Como maior limitação do trabalho tem-se a aplicação do instrumento de pesquisa e sua respectiva análise, restrita a apenas um hospital de ensino do serviço público federal. Essa premissa não permite generalizações.

Sugere-se, a título de recomendações, que esta pesquisa seja realizada em outros dos 55 hospitais ensino da Rede Federal de Educação Pública Brasileira. Outra possibilidade diz respeito à análise do Sistema de

Acolhimento com Classificação de Risco sob a ótica dos profissionais de pronto atendimento dos hospitais conveniados junto ao SUS.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à FAPERGS pela concessão de bolsa de iniciação científica que viabilizou a consecução da referida pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. BEUREN, I. M. *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática*. São Paulo: Atlas, 2003.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviço de Urgência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
3. DEMING, W. E. *Qualidade: a revolução da Administração*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.
4. KURCGANT, P. *Gerenciamento em Enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2005.
5. MALAGÓN-LONDOÑO, G.; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. *Administração Hospitalar*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

6. MELLO, J. B.; CAMARGO, M. O. *Qualidade na Saúde*. São Paulo: Best Seller, 1998.

7. NOGUEIRA, R. P. *A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

8. PALADINI, E. P.; CARVALHO, M. M. de. *Gestão da Qualidade. Teoria e Casos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

9. SPILLER, E. S.; SENNA, A. M.; SANTOS, J. F. dos; VILAR, J. M. *Gestão dos Serviços em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

10. YIN, R. K. *Estudo de Caso Planejamento e Métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2015-02-04
Last received: 2015-02-06
Accepted: 2015-02-06
Publishing: 2015-04-31