



*Experiência:*

**COMO UM PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PODE QUALIFICAR O ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES NA EMERGÊNCIA**

**Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Ministério da Educação**

**Responsável:** Sérgio Carlos Eduardo Pinto Machado

**Equipe:** Ana Valeria Furkim Gonçalves, Carisi Anne Polanczyk, Carlos Alberto Ribeiro, Carmelinda Adriana Albuquerque Moraes, Cesar Jaci Nied, Cristiane Silvino de Barros Fraga, Fred Fink, Jeferson Luis Veiga, Jose Ricardo Guimarães, Lani Brito Fagundes, Lucia Caye, Luis Carlos Amon, Luiz Antonio Nasi, Lurdes Busin, Marcos Augusto Antunes de Ávila, Maria da Graça Oliveira Crossetti, Marilene Hoerlle Nozari, Marlene Serra Delavechia, Monica Vinhas De Souza, Rosane Gaspar Petter, Rose Maria da Silva Teixeira, Sérgio Carlos Eduardo Pinto Machado, Sergio Felipe Zirbes, Sheila Cristina Ouriques Martins, Simone Maria Schenatto, Tanira Andreatta Torelly Pinto, Valmir Machado de Almeida, Vera Lucia Mendes Dias

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos, 2350  
90035-903 Porto Alegre-RS  
telefone: (51) 2101-8449  
fax: (51) 2101-8001  
e-mail: hcpa@hcpa.ufrgs.br

**Data de início da implantação da experiência:** Agosto de 2005.

## **RESUMO DA EXPERIÊNCIA**

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, HCPA, hospital universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, comprometido com a prestação de assistência de qualidade, possui um serviço de emergência que é referência no estado para o atendimento a pacientes de alta complexidade. O presente trabalho é o relato das melhorias obtidas no processo de atendimento deste serviço, por meio de ações como implantação do protocolo assistencial de classificação de risco e alterações de área física (criação do setor de acolhimento, da área para triagem e da unidade vascular), que resultaram em indicadores de melhoria da qualidade assistencial. O objetivo buscado e alcançado nessa experiência foi a criação de condições para a priorização do atendimento a pacientes graves, ofertando a estes uma assistência de maior segurança, conforto e qualidade, desde a sua chegada ao setor até as diferentes etapas do processo.

## **CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO ANTERIOR**

O HCPA possui uma estrutura de 749 leitos e 67 especialidades médicas e presta assistência, ensino e pesquisa em saúde. O serviço de emergência, aberto ao público desde 1976, tem capacidade para acomodar 64 pacientes, oferecendo atendimento exclusivo pelo Sistema

Único de Saúde, SUS, nas áreas de clínica médica, pediatria, ginecologia e cirurgia-geral, prestando serviço a cerca de 5.000 pacientes por mês, provenientes de diversas localidades do Rio Grande do Sul e de outros estados.

Os serviços de emergência públicos, sempre superlotados, freqüentemente, são foco de problemas, por não conseguirem oferecer uma qualidade ideal no atendimento aos usuários, atraindo a atenção e a preocupação da comunidade. Podem ser citadas várias causas: esses serviços passaram a ser o principal acesso dos pacientes à assistência; o crescimento, nos últimos anos, da gravidade dos pacientes; o surgimento de novas patologias, obrigando à abertura de mais frentes de atuação; e a impossibilidade de a estrutura hospitalar absorver a totalidade da demanda das emergências, ocasionando a longa permanência dos pacientes, em uma inversão da finalidade de tais serviços, que deveriam ser uma etapa de transição para outro tipo de atendimento.

Os serviços de emergência foram criados para avaliar e manejar pacientes doentes e com mal-estar nas primeiras etapas da crise e sua maior ênfase deve ser na identificação e tratamento de manifestações de doenças que precedam ações de tratamento intensivo. Neste contexto de multiplicidade de funções, manter e ampliar a qualidade dos serviços é uma preocupação permanente. Para os gestores da emergência do HCPA, os principais problemas enfrentados estão descritos a seguir:

#### *Recepção dos pacientes de forma inadequada*

Todo paciente que procurava o serviço era recebido por um funcionário administrativo que, em uma recepção fechada, ouvia o relato do paciente e o encaminhava para que a enfermeira realizasse a triagem. Essa escuta administrativa não possuía nenhum caráter técnico e acolhedor, além de não haver a orientação adequada quanto ao recurso necessário na situação. Não raro, em dias de muita demanda, até mesmo o vigilante do serviço realizava essa escuta.

#### *Falta de padrão para a realização da triagem*

Os pacientes eram triados pela enfermagem em local sem as acomodações adequadas, a fim de agendar e priorizar as consultas, com base nos critérios individuais do profissional de plantão. Um número elevado de pacientes era encaminhado indevidamente à emergência, com o objetivo de conseguir algum recurso não obtido eletivamente. Por não existir um padrão de triagem e classificação de risco, esses pacientes, mesmo sem estarem em situação de urgência, eram admitidos.

#### *Falta de diferenciação de local para atendimento de pacientes muito graves*

Os pacientes muito graves, após o atendimento, eram colocados na sala de observação do serviço, juntamente com todos os outros casos, não havendo identificação, nem estrutura física para atendimento daquele paciente com necessidade de um cuidado intensivo.

#### *Desconhecimento sobre o perfil da gravidade dos pacientes atendidos*

A dificuldade na alocação de recursos baseada em uma informação não fidedigna sobre o perfil da gravidade dos pacientes atendidos gerava insegurança na gestão do serviço.

## **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA**

### **Objetivos propostos e resultados visados**

O principal objetivo da implantação do protocolo de classificação de risco no serviço de emergência foi garantir a qualidade da assistência pela padronização do atendimento e da priorização do paciente mais grave. As mudanças na área física, aliadas à implantação do protocolo, garantem espaços mais confortáveis e equipados para a espera e o atendimento de acordo com o grau de risco, além de, por meio da informatização da classificação de risco, conhecer a gravidade dos pacientes que procuram o serviço, o que não ocorria até um ano atrás.

Em dezembro de 2004, o colegiado gestor do serviço de emergência, composto por chefias médicas, de enfermagem e administrativa, iniciou o trabalho do redesenho do processo

assistencial de atendimento ao paciente. As premissas básicas deste trabalho eram a garantia da qualidade da assistência prestada e da segurança, por meio da priorização dos pacientes pelo seu risco e a humanização do atendimento. Para dar suporte às mudanças do processo assistencial, foram realizadas reformas de estrutura física, criando espaços mais adequados e confortáveis para os usuários e garantindo um atendimento mais qualificado e humanizado. A partir de agosto de 2005, foram implantadas as ações descritas a seguir.

### **Ações realizadas**

#### *Criação do setor de acolhimento em substituição à triagem administrativa*

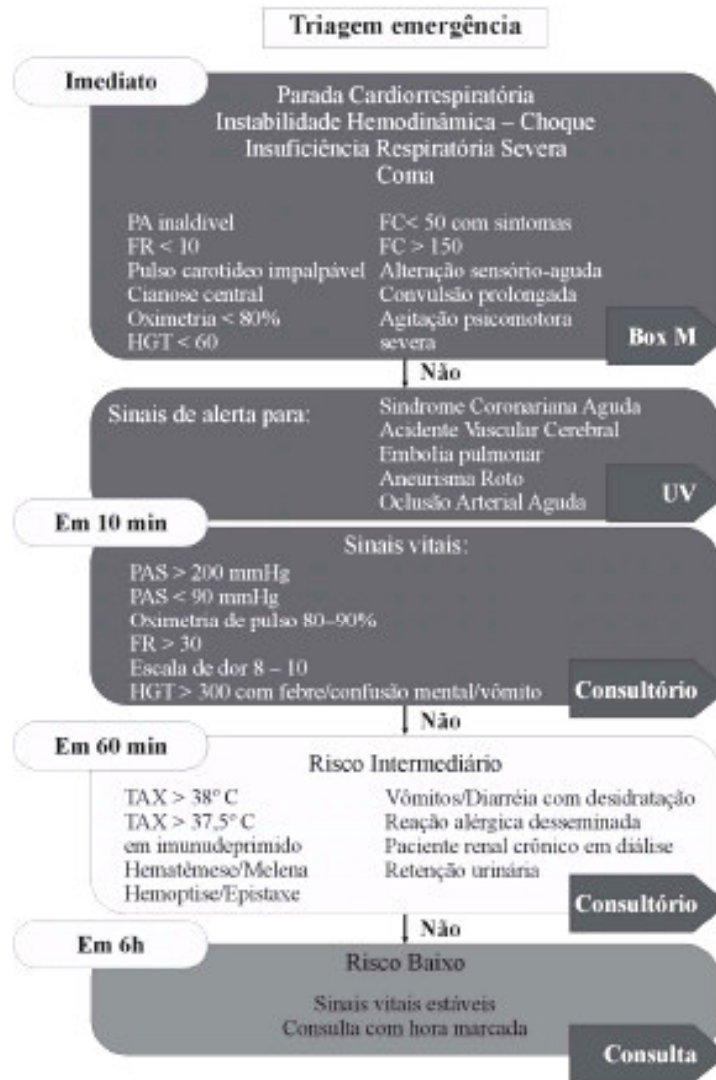
Neste primeiro atendimento, o profissional técnico realiza uma escuta qualificada e humanizada para todos os pacientes, orientando-os na busca das possibilidades de solução do problema. Nesse setor, os pacientes, além de estarem em local adequado para o atendimento, são orientados sobre onde buscar o recurso procurado se sua situação não for caso para a emergência. Essa orientação ocorre por meio de folhetos em que constam informações, como o nome de outros estabelecimentos, seus endereços e a linha de ônibus utilizada para se deslocar até cada um. Em se tratando de atendimento na rede básica de saúde, os pacientes são informados sobre qual unidade básica devem procurar, e um funcionário administrativo pesquisa no *site* da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre o endereço mais próximo ao usuário.

#### *Criação do setor de triagem e do protocolo assistencial de classificação de risco*

A estrutura física, os materiais e os equipamentos, aliados a pessoas qualificadas, garantem a avaliação e a priorização do paciente grave. Para tornar esse processo ainda mais efetivo, foi criado o protocolo assistencial de classificação de risco. Todo paciente encaminhado do setor de acolhimento à área de classificação de risco é classificado conforme a queixa principal, sinais vitais, saturação de oxigênio e escala de dor. A triagem consiste em avaliar os pacientes e classificá-los por meio de uma das quatro cores selecionadas para identificar os perfis de gravidade. Esse instrumento proporcionou a garantia da padronização do atendimento, não mais baseado em critérios individuais do profissional, mas sim no índice de gravidade detectado. Classificação das cores: roxo – paciente que chega já em estado muito grave e é encaminhado diretamente ao box de atendimento de urgência. Vermelho – pacientes de alto risco que devem ser atendidos em, no máximo, dez minutos. Amarelo – pacientes de risco intermediário que devem ser atendidos em até 1 hora. Verde – pacientes de risco baixo que possuem sinais vitais estáveis e podem aguardar uma consulta agendada.

O protocolo define, além do risco, o tempo que o paciente pode esperar e a qual área do serviço de emergência deve ser encaminhado. Para apoio aos profissionais que realizam a avaliação, foi desenvolvida uma funcionalidade no sistema informatizado que recebe dados da triagem relativos aos sinais do paciente, gerando pelo próprio sistema a cor em que cada um se enquadra, ficando a critério do profissional a mudança da mesma em função dos critérios não-parametrizados (dor, aparência, estado geral).

**Figura 1: Protocolo assistencial de classificação de risco**



### *Criação da unidade vascular*

Considerando o impacto socioeconômico que a doença vascular representa como causa crescente de morte súbita e incapacidade permanente, sentiu-se a necessidade da organização do atendimento às principais doenças vasculares no serviço de emergência. Nesse sentido, foi criada a unidade vascular, uma área de monitorização intensiva com 5 leitos para pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda, acidente vascular cerebral, síndromes aórticas agudas e tromboembolismo pulmonar. O atendimento nessa unidade é realizado em parceria com diversos serviços do HCPA. Os pacientes são triados pelos enfermeiros e, se apresentarem suspeita de doença vascular, são classificados como de alto risco. Identificados pela cor vermelha, recebem atendimento priorizado, dentro de 10 minutos realizam eletrocardiograma e são encaminhados à unidade vascular, cuja especificidade é diretamente refletida na recuperação do paciente grave.

### **Etapas de implementação**

Para a implementação dessas mudanças, foram necessárias as seguintes etapas: avaliação do diagnóstico da situação atual; reuniões do colegiado gestor do serviço para definições das políticas a serem desenvolvidas; visitas a outros hospitais que já trabalhavam com o processo

de acolhimento e classificação de risco; reuniões com a equipe assistencial da emergência para nivelamento de conceitos sobre o novo processo de atendimento; reuniões com todos os serviços médicos do HCPA para definição dos critérios de risco de cada especialidade; construção de um plano de ação contendo atividades, responsáveis e cronograma para viabilizar a iniciativa. Um plano de ação foi executado, por meio da atuação do Colegiado Gestor da Emergência, composto por médicos, enfermeiros e administradores, obtendo-se para cada atividade os seguintes produtos:

<b>Atividades</b>	<b>Produtos</b>
1. Elaboração do novo fluxo dos pacientes para atendimento na emergência.	Fluxograma do processo assistencial de atendimento na emergência.
2. <i>Benchmarking</i> em outros hospitais com o modelo assistencial implantado.	Relatórios das visitas.
3. Definição da nova planta física, contendo as alterações de estrutura previstas.	Planta da nova estrutura, contemplando as alterações propostas.
4. Definição dos critérios de risco para criação do protocolo.	Protocolo assistencial de classificação de risco.
5. Definição e solicitação dos equipamentos necessários para as novas instalações.	Aquisição de monitores, oxímetros e respiradores.
6. Definição dos requisitos do sistema informatizado para a classificação de risco.	Protótipo do sistema informatizado com telas e navegabilidade representando a seqüência de eventos ocorridos no atendimento da triagem.
7. Desenvolvimento do <i>software</i> .	Sistema informatizado de triagem e classificação de risco.
8. Capacitação de toda equipe médica, de enfermagem e administrativa nos novos conceitos do processo e no protocolo de classificação de risco.	100% da equipe multiprofissional capacitada para o novo processo.
9. Definição dos indicadores de acompanhamento.	Gravidade dos pacientes atendidos por classificação de risco; tempo de espera para triagem; tempo de espera para consulta; patologias atendidas na unidade vascular.
10. Gestão dos resultados com a equipe da emergência.	Definição de metas.
11. Validação da implantação do protocolo.	Relatórios dos contatos com os pacientes triados e encaminhados a outros serviços da rede, após o dia em que foram atendidos na emergência.

## Recursos Utilizados

Recursos	Investimento em 7 meses do projeto
<b>1. Recursos Humanos</b>	
• Membros do colegiado gestor do serviço de emergência.	• 50 % do tempo de atuação do conselho.
• Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e administrativos do serviço de emergência.	• Horário de trabalho.
• Profissionais de outras especialidades com atuação, por demanda, na construção dos critérios de risco.	• Horário de trabalho.
<b>2. Equipamentos</b>	
Respiradores, monitores cardíacos e de pressão não-invasivos e oxímetros.	R\$ 290.100,00.
<b>3. Tecnologia da Informação</b>	
• <i>Software</i> .	• Horário de trabalho de 2 analistas.
• 4 microcomputadores.	• R\$ 6.000,00.
<b>4. Obra</b>	
• Projeto de reforma e recursos humanos	• Horário de trabalho.
• Materiais	• R\$ 186.644,00.

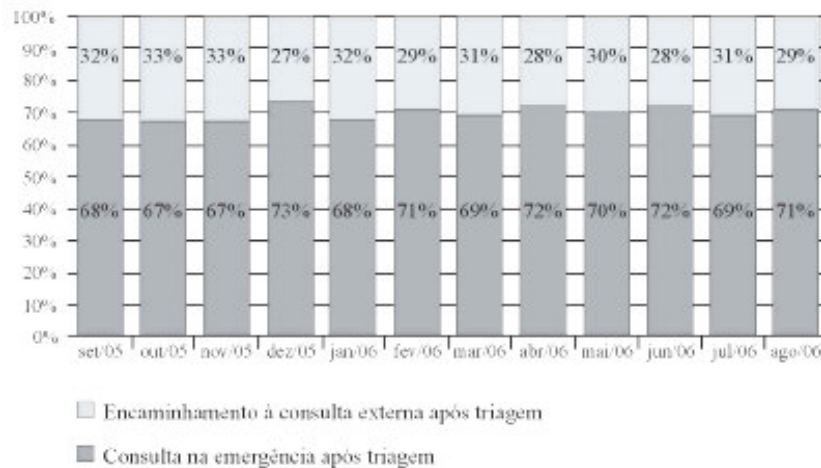
## CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL

### Resultados quantitativos e qualitativos concretamente mensurados

Além de resultados não-mensuráveis, intrínsecos ao caráter de humanização do novo processo, destacamos os seguintes resultados:

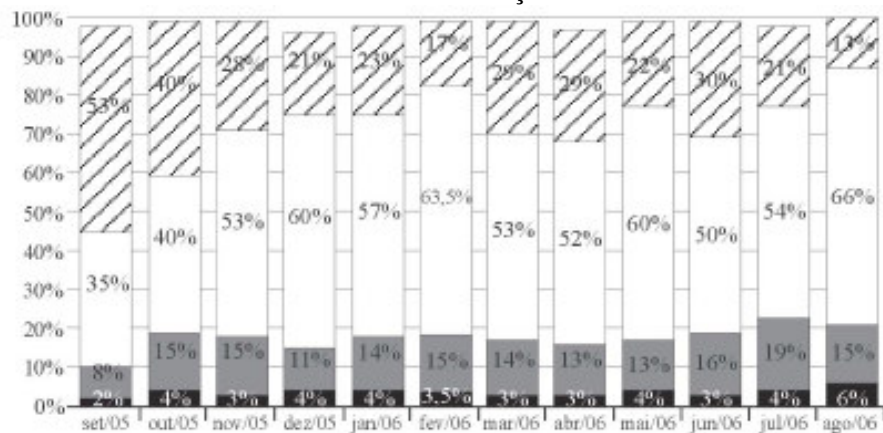
#### *Desempenho da triagem baseada na classificação de risco*

O que era sentimento até agosto de 2005, atualmente, é de conhecimento do serviço de emergência. Dos pacientes que procuram o serviço, em média 30%, conforme gráfico abaixo, recebem um encaminhamento com o registro dos sinais avaliados e orientação para atendimento em outro estabelecimento da rede saúde pública.



### *Perfil dos pacientes atendidos no serviço de emergência por gravidade*

O que se ouve, na grande maioria dos serviços de emergência, são comentários de que o atendimento dá-se somente a pacientes ambulatoriais sem gravidade, ou a muitos pacientes graves. O serviço de emergência do HCPA, desde setembro de 2005, conhece a gravidade dos pacientes atendidos. A aquisição de equipamentos, as novas estruturas de apoio, ou físicas, e o aumento de recursos humanos são definidos em função deste indicador.



\* Para melhor visualização da tabela, toma-se como padrão as cores indicadas entre parêntesis. Roxo (Preto) – pacientes em estado muito grave; Vermelho (Cinza) – pacientes de alto risco; Amarelo (Branco) – pacientes de risco intermediário; Verde (Riscado) – pacientes de risco baixo.

### *Sistema informatizado da triagem e da classificação de risco*

O desenvolvimento de *software* para triagem e classificação de risco trouxe a agilidade necessária para o processo. Além de sugerir a cor da classificação do paciente, já disponibiliza os horários de consulta e, hoje, é a própria enfermeira triadora que define o horário do atendimento do paciente, garantindo o atendimento pela gravidade. Além disso, esse *software* armazena todos os registros dos sinais vitais coletados na triagem, no prontuário eletrônico do paciente, possibilitando a continuidade do tratamento, por meio do acesso desses dados pelos profissionais de saúde.

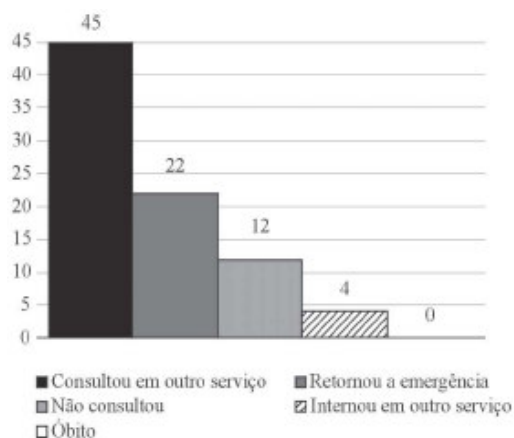
### *Pacientes tratados na unidade vascular por patologia*

A criação dessa unidade é validada pela quantidade de pacientes que tiveram acesso a um atendimento ágil, possibilitado pelo protocolo de classificação de risco, e de recursos humanos e tecnológicos de tratamento investidos pelo HCPA. Essa experiência tem facilitado o atendimento das principais patologias vasculares agudas e contribuído para a formação acadêmica. Uma série de intervenções custo-benefício estão sendo oferecidas a um grande número de pacientes do sistema público de saúde. De janeiro a junho de 2006, foram atendidos nesta unidade 340 pacientes que representam 10% dos pacientes que foram admitidos no serviço de emergência após a consulta médica. As patologias mais atendidas são: angina, 40%; acidente vascular cerebral, 40%; embolia pulmonar, 6%; acidente isquêmico, 5%; aneurisma de aorta, 5%; e infarto agudo do miocárdio, 4%.

### **Mecanismos de avaliação de resultados e indicadores utilizados**

O maior desafio do serviço de emergência é o de validar seus critérios de classificação de risco. O Protocolo implantado está em constante revisão, a fim de evitar que ocorram falhas de encaminhamento. Para validar os primeiros seis meses de implantação, em março de 2006 foi realizado um trabalho de contato com pacientes que foram avaliados pelo protocolo e que receberam encaminhamentos externos, ou seja, não tinham critérios para serem atendidos no serviço. Foram contatados 100 pacientes com o objetivo de saber o destino nas primeiras 48h

após o encaminhamento recebido. Dos 83 contatos, obteve-se as informações, conforme figura abaixo.



## LIÇÕES APRENDIDAS

### **Soluções adotadas para a superação dos principais obstáculos encontrados durante a implementação**

O serviço de emergência do HCPA quebrou vários paradigmas de forma de atendimento em emergências. Um deles foi a retirada dos vidros e proteções dos guichês. A substituição das proteções por balcões com local para o paciente sentar e recepções sem vidros encontrou, inicialmente, resistência por parte dos profissionais, por medo da exposição. Mas o treinamento e o acompanhamento dos funcionários durante o atendimento demonstrou que essa sistemática, além de não oferecer riscos, torna o atendimento mais humanizado e tranquilo. As dificuldades associadas à utilização de novas tecnologias de informática foram minimizadas por meio dos treinamentos para uso do sistema. A construção do protocolo demandou extensa revisão bibliográfica e foi realizada com diversas especialidades médicas. A implantação do protocolo de classificação de risco também necessitou de capacitação sobre os critérios de avaliação, para sua aplicação. A garantia de que os pacientes estavam sendo triados com base em critérios técnicos definidos foi o facilitador para a adesão dos profissionais de saúde, que se sentiram respaldados com definições prévias. Para o atendimento na unidade vascular, também foram necessárias diversas capacitações nos protocolos assistenciais das patologias atendidas, visando à real implantação do protocolo de risco.

### **Por que a experiência pode ser considerada uma boa prática de gestão?**

Quando se ouve falar em serviços de emergência públicos, normalmente, o foco está na superlotação, nas filas de espera por atendimento e na falta de qualidade. Dessa forma, o serviço de emergência do HCPA prova que é possível a uma emergência pública oferecer atendimento humanizado e de qualidade, baseado em protocolos assistenciais e com diferenciação, conforme a gravidade do paciente. A implantação do protocolo de risco garante a ação e a prioridade adequada dos atendimentos, além de assegurar que recursos sejam alocados de forma devida. A organização da assistência permitiu conhecer indicadores que direcionam a gestão do serviço e a necessidade de investimentos de recursos. A criação da unidade vascular, referência em atendimento de patologias vasculares, tornou-se possível graças à implantação do novo modelo. O HCPA considera que, acima de tudo, a qualidade assistencial, conferida ao processo de atendimento aos pacientes no seu serviço de emergência, torna essa uma experiência de sucesso, podendo ser reproduzida por outros hospitais, sejam eles públicos ou privados, para a gestão de resultados de sucesso que conduz a um alto grau de segurança no atendimento ao paciente.