



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO
FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE
MANCHESTER: AVALIAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL DO VALE
DO SÃO FRANCISCO**

DANIELLE COUTINHO DE SOUZA LINS MACHADO

RECIFE

2020

DANIELLE COUTINHO DE SOUZA LINS MACHADO

**SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE
MANCHESTER: AVALIAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL DO VALE
DO SÃO FRANCISCO**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Medicina Integral Prof. Fernando
Figueira como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em
Avaliação em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Santos Dubeux

Coorientadora: Profa. Dra. Vilma Costa de Macêdo

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

RECIFE

2020

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Ficha Catalográfica BAB-037/2020
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

M149s Machado, Danielle Coutinho de Souza Lins

Sistema de classificação de risco de manchester: avaliação de implantação em um hospital universitário federal do Vale do São Francisco / Danielle Coutinho de Souza Lins Machado. Orientadora: Luciana Santos Dubeux. Coorientadora: Vilma Costa de Macêdo – Recife: Do Autor, 2020.

97 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, 2020.

1. Avaliação em Saúde. 2. Planejamento em saúde. 3. Assistência à saúde. I. Dubeux, Luciana Santos: orientadora. II. Macêdo, Vilma Costa de: coorientadora. III. Título.

CDD 610.7361

DANIELLE COUTINHO DE SOUZA LINS MACHADO

**Sistema de classificação de risco de Manchester: avaliação de
implantação em um hospital universitário federal do Vale do São
Francisco**

Dissertação de Mestrado em Avaliação em Saúde do Instituto Materno Infantil Prof.
Fernando Figueira (IMIP), submetida à defesa pública e aprovada pela banca
examinadora em ____ de _____ de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Luciana Santos Dubeux
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

Profa. Dra. Ana Coelho de Albuquerque
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

Profa. Dra. Ana Lúcia Andrade da Silva
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de pesquisa aos meus pais, que são os maiores incentivadores das realizações dos meus sonhos, agradeço, do fundo do meu coração, por todo apoio, carinho e amor que me dedicaram durante toda a minha jornada. Gratidão por serem a força propulsora que mais contei durante a minha vida, principalmente nos momentos mais difíceis, e que me permitiu concluir mais esta etapa. A vocês, toda a minha eterna gratidão, amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

Neste período de muito estudo, esforço e empenho, gostaria de agradecer a algumas pessoas que me acompanharam e foram fundamentais para a realização de mais este sonho. Por isso, expresso aqui, através de palavras sinceras, um pouquinho da importância que elas tiveram, e ainda têm, nesta conquista e a minha sincera gratidão a todas elas.

Agradeço, primeiramente, a Deus e a Nossa Senhora de Fátima, por me abençoarem e permitirem esta conquista, por tudo de bom que tenho e o que sou.

Agradeço aos meus amados pais, Hélio e Maria Luiza; meus filhos, Dandara e Silvio; meus irmãos, Daniel, Danúbia e Ana Carolina; minha cunhada, Amanda; meu cunhado André, meus sobrinhos e estimados afilhados, Maria Clara, Ana Karolina, Ana Alice, Daniel e Ana Letícia, pela compreensão ao serem privados, em muitos momentos, da minha companhia e atenção e pelo profundo apoio, me estimulando nos momentos mais difíceis. Obrigada por desejarem sempre o melhor para mim, pelo esforço que fizeram para que eu pudesse superar cada obstáculo em meu caminho e chegar até aqui e, principalmente, pelo amor imenso que vocês têm por mim. A vocês, aos meus familiares, meus avós, tios e primos, sou eternamente grata por tudo que sou, por tudo que consegui conquistar e pela felicidade que tenho.

Minha gratidão especial às minhas orientadoras, Prof. Dra. Luciana Dubeux e Prof. Dra. Vilma Macedo, por terem acreditado e depositado sua confiança em mim, ao longo desse período de trabalho. Este momento não seria possível sem o apoio de vocês.

Gratidão especial aos meus melhores amigos Cristiane, Susan, Juliane, Danielle, Cíntia, Karla, Guedijany e Rapahel, que considero com todo o meu amor como irmãos e que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando e torcendo por mim, independentemente da distância entre nós.

Quero também agradecer às minhas queridas e estimadas Margarida e Larycia pelo apoio, dedicação e por toda ajuda que me concederam. Vocês são muito importantes para mim, obrigada pela parceria, agradeço por ter trabalhado com pessoas tão competentes e comprometidas.

Gratidão especial ao Dr. Luiz Otávio, chefe e um grande amigo, pelos seus ensinamentos, seu apoio, carinho e compreensão. Seu lugar estará sempre guardado em meu coração.

Gratidão a minha nova família HUPAA, pelo apoio e pela torcida, sei que é de coração, gratidão especial a Kiwisunny chefe e amiga, pelo apoio, compreensão e amizade.

Agradeço especialmente aos profissionais do HU-UNIVASF e a todos que contribuíram para a concretização deste trabalho.

RESUMO

A elevada demanda por serviços de urgência e emergência no Brasil, comumente ultrapassa a capacidade instalada das unidades emergenciais, o que contribui para a desorganização da oferta de atendimentos e ampliação da demanda reprimida, implicando, por consequência, em agravamento do estado de saúde dos usuários. Buscando desenvolver ações institucionais diante desses desafios, o Ministério da Saúde do Brasil concentrou-se em estratégias de reorganização dos processos de trabalho em saúde, de forma a atender os diferentes panoramas de especificidade e resolutividade na assistência prestada aos usuários com agravos agudos. O objetivo desta dissertação foi avaliar a implantação do Sistema de Classificação de Risco de Manchester no Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Trata-se de um estudo avaliativo, do tipo normativo, abordando os componentes de estrutura e processo. Foram elaborados o modelo lógico, matriz de indicadores e julgamento. Os dados foram coletados mediante a aplicação de questionários, observação direta e informações secundárias, captadas através do sistema de monitoramento de indicadores da instituição. Para avaliar o grau de implantação (GI), considerou-se os seguintes parâmetros: implantado (de 80% a 100%), parcialmente implantado (de 50% a 79,9%) e não implantado (<50%). Ao avaliar o conjunto dos resultados alcançados, constatou-se que a melhor performance ocorreu na dimensão “estrutura”, classificada como implantada, havendo uniformidade nas pontuações obtidas nos indicadores expostos nessa dimensão, alcançando 42,5 dos 50 pontos distribuídos entre os seus componentes na matriz de julgamento, obtendo 85% no grau de implantação. Entretanto, a dimensão “processo” atingiu pontuação de 32,89 dos 50 pontos distribuídos entre os seus componentes, totalizando 65,78%. O Sistema de Classificação de Risco de Manchester obteve 75,39%, classificando-se como parcialmente implantado. Considerando que os

resultados deste estudo podem ser utilizados para a melhoria da qualidade do serviço, recomenda-se que sejam implementadas estratégias e ações corretivas nos indicadores que não obtiveram avaliação satisfatória.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Programas e Projetos de Saúde; Acolhimento; Triagem.

ABSTRACT

The high demand for urgent and emergency services in Brazil commonly exceeds the installed capacity of the emergency units, which contributes to the disorganization of the supply of services and expansion of the repressed demand, resulting, consequently, in the worsening of the users' health status. Seeking to develop institutional actions in the face of these challenges, the Brazilian Ministry of Health focused on strategies for reorganizing health work processes, in order to meet the different panoramas of specificity and resolvability in the care provided to users with acute conditions. The objective of this dissertation was to evaluate the implementation of the Manchester Risk Rating System at the University Hospital of the Federal University of the São Francisco Valley. This is an evaluative study of the normative type, addressing the components of structure and process. The logical model, matrix of indicators and judgment were elaborated. Data were collected through the application of questionnaires, direct observation and secondary information captured through the institution's indicator monitoring system. To assess the degree of implantation (GI), the following parameters were considered: implanted (from 80% to 100%), partially implanted (from 50% to 69.9%) and not implanted (<50%). When evaluating the set of results achieved, it was found that the best performance occurred in the dimension classified as implanted, with uniformity in the scores obtained in the indicators exposed in this dimension, reaching 42.5 points, of the 50 points distributed by its components in the judgment matrix. , obtaining 85%. However, the process dimension reached a score of 32.89 out of the 50 points distributed by its components, totaling 65.78%. The Manchester Risk Rating System obtained 75.39%, classifying itself as partially implemented. Considering that the results of this study can be used to improve the quality of the service, it is

recommended that strategies and corrective actions be implemented in the indicators that have not obtained a satisfactory evaluation.

Keywords: Health Evaluation; Health Programs and Plans; User Embrace; Triage.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
AIDS	Síndrome da Doença Autoimune Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CR	Classificação de Risco Serviço
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GBCR	Grupo Brasileiro de Classificação de Risco
GI	Grau de Implantação
GM	Gabinete do Ministro
HU	Hospital Universitário
MS	Ministério da Saúde
MTG	Manchester Triage Group
MTS	Manchester Triage System
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PE	Estado de Pernambuco
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
QUALISUS	Programa de Qualificação da Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências
SAHU	Sistema de apoio ao Hospital Universitário
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUE	Setor de Urgência e Emergência

SUS	Sistema único de Saúde
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo
RAS	Redes de Atenção à Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Modelos internacionais de Classificação de Risco para os serviços de Urgência e Emergência	9
Quadro 2. Representação dos cinco níveis de prioridades clínicas de atendimento estabelecidos pelo Grupo de Triagem de Manchester	11
Quadro 3. Documentação normativa sobre Acolhimento com Classificação de Risco e Sistema Manchester de Classificação de Risco.	22
Figura 1. Modelo Lógico do Sistema Manchester de Classificação de Risco do HU-UNIVASF	23
Quadro 4. Matriz de Julgamento do Sistema Manchester de Classificação de Risco do HU-UNIVASF	25
Quadro 5. Parâmetros de pontos de corte para obtenção do grau de implantação	38

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Grau de Implantação por dimensão do Sistema Manchester de Classificação de Risco no HU-UNIVASF, Pernambuco, 2020 39
- Tabela 2.** Grau de Implantação da dimensão “estrutura”, Sistema de Classificação de Risco de Manchester, Hospital Universitário, Petrolina – PE, Brasil, 2020 41
- Tabela 3.** Grau de Implantação da dimensão “processo”, Sistema de Classificação de Risco de Manchester, Hospital Universitário, Petrolina – PE, Brasil, 2020 47

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	1
1.1 Redes de atenção à saúde.....	1
1.2 Redes de atenção às urgências e emergências	3
1.3 Classificação de risco: da triagem ao acolhimento.....	5
1.4 Sistema de classificação de risco de Manchester.....	10
1.5 A avaliação na área da saúde	13
II. JUSTIFICATIVA.....	17
III. PERGUNTA AVALIATIVA.....	18
IV. OBJETIVOS.....	19
4.1 Objetivo geral	19
4.2 Objetivos específicos	19
V. METODOLOGIA	20
5.1 Tipo de estudo.....	20
5.2 Local de estudo	20
5.3 População e período de estudo	21
5.4 Estratégia de pesquisa.....	21
5.4.1 Construção do modelo lógico.....	21
5.4.2 Construção da matriz de julgamento	24
5.5 Coleta de dados.....	37
5.6 Análise de dados	37
5.7 Aspectos éticos	38
VI. RESULTADOS.....	39
6.1 Dimensão “estrutura”.....	39
6.2 Dimensão “processo”.....	45
VII. DISCUSSÃO	50
VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
IX. REFERÊNCIAS	56
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .	62
APÊNDICE B – INSTRUMENTO I (Questionário para Avaliação do Acolhimento – Gestão).....	65
APÊNDICE C – INSTRUMENTO II (Questionário para Avaliação do Acolhimento – Enfermeiros)	74
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	79
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA	82

I. INTRODUÇÃO

1.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A assistência à saúde dispõe de diferentes formas de organização nos diversos países do mundo, com sistemas assistenciais e de governabilidade próprios, os quais correspondem aos seus perfis populacionais e epidemiológicos. Nas diferentes culturas, a saúde apresenta-se de diversas formas, possuindo várias representações, como redes integradas e regionalizadas, instituições públicas de saúde, cuidado integral, entre outras, podendo haver múltiplas denominações para o mesmo contexto, que é a prestação de serviço em saúde a população.¹⁻³

No Brasil, ao longo do tempo, a assistência à saúde vem se consolidando mediante a criação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), cujo objetivo é a construção de sistemas integrados de saúde.²⁻⁴ As RAS foram instituídas pela Portaria nº 4.279/2010, que dispõe sobre o estabelecimento de diretrizes para sua organização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).³ O processo de construção dessas redes considerou o perfil epidemiológico e seus determinantes sociais, além das diferentes diversidades socioeconômicas das regiões brasileiras. Nesse contexto, evidencia-se a Atenção Primária à Saúde (APS), que é considerada a ordenadora da rede de atenção à saúde no SUS.^{4,5}

A implementação das RAS iniciou-se a partir de 2011 e sua gestão econômica ocorreu através de financiamento federal. A organização administrativa foi planejada considerando as prioridades estabelecidas em diretrizes clínicas ou perfis temáticos, como por exemplo: a saúde materno-infantil, a atenção psicossocial, as doenças crônicas e a rede de serviços de urgência e emergência. Nessa conjuntura, destacam-se as redes regionalizadas de saúde, que se caracterizam pela territorialidade – delimitação

geográfica de uma determinada área, geralmente de municípios circunvizinhos – com pactuações políticas e administrativas de fluxos de serviços e cuidados em saúde.⁶⁻⁸

Vários fatores influenciam o sistema de saúde brasileiro, que ocasionalmente interferem na efetividade das RAS, dentre os quais estão: o perfil demográfico e epidemiológico da população, que está envelhecendo; a elevada carga de doenças crônicas; novas tecnologias que não atendem ao perfil populacional; a judicialização na saúde, privilegiando o individual em detrimento do coletivo; a influência da mídia; e o progressivo aumento dos gastos públicos em saúde.⁹⁻¹¹ Somam-se a essas questões a fragilidade dos instrumentos de gestão, a ausência de um planejamento estratégico eficaz, a insuficiência na regulação do setor privado contratado e o subfinanciamento na saúde.^{12,13}

No contexto da instituição das RAS, a ampliação dos serviços prestados na APS trouxe vários benefícios para os usuários tais como: ações de promoção e prevenção de doenças, com ênfase em programas como a saúde materno-infantil; o planejamento familiar; a imunização; a prevenção e controle de doenças endêmicas; o tratamento de doenças e lesões comuns; o fornecimento de medicamentos essenciais; e o cuidado com os usuários portadores de doenças crônicas. Entretanto, essa expansão ainda se apresenta de forma insuficiente e a falta de coordenação entre os níveis assistenciais reflete na descontinuidade do cuidado, fragilizando o sistema^{9,11}.

As expectativas para que a APS alcance uma configuração integrada e equitativa, no sentido de desenvolver acesso efetivo à rede de atenção à saúde, ainda não se concretizaram. O modelo hospitalocêntrico ainda persiste entre os profissionais de saúde, logo os usuários também valorizam o atendimento recebido em instituições hospitalares e o reconhecem como principal referência relacionada a saúde.^{1,9,11,12}

1.2 REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Situações de urgência e emergência são caracterizadas pela imprevisibilidade de um agravamento à saúde e fatores de risco de vida, conduzindo o indivíduo para a procura de uma assistência à saúde imediata, em serviços de referência às urgências. Os serviços de urgências são considerados uma modalidade de atendimento assistencial que produz respostas rápidas, sendo elementar a sua estruturação física e administrativa. Além disso, necessita de profissionais qualificados para prestar cuidado em saúde de maior complexidade técnica.^{13,14}

Diversos fatores impactam diretamente no aumento da demanda de atendimentos em serviços de emergência, tais como o crescimento no índice de acidentes e violência nas últimas duas décadas, a progressiva incorporação tecnológica, a transição epidemiológica, e o envelhecimento populacional.^{14,15} Além desses, a agudização de situações crônicas em saúde e a baixa resolutividade da APS são fatores considerados obstáculos de implementação e consolidação das políticas de atenção às urgências e emergências, pois o aumento da procura por instituições hospitalares gera superlotação nos serviços e, conseqüentemente, atendimentos desorganizados.¹⁶⁻¹⁸

A partir de 2003, discussões mais acirradas, em fóruns temáticos acerca da situação da atenção hospitalar no âmbito do SUS, se tornaram constantes, sendo agravadas pela crise política e financeira da época. Conseqüentemente, iniciou-se a reformulação do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileiro, refutando a sua insuficiência quanto à complexidade do atendimento, além de demandas locais e regionais.^{14,17} Outros fatores ligados à gestão administrativa, como a insuficiência de recursos humanos, unidades de saúde sucateadas, baixa qualificação dos gestores que atuam na assistência, também são descritos na literatura como importantes na etapa de restauração e que impactam diretamente na assistência à saúde.¹⁸⁻²⁰

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) foi instituída em 2006, com a finalidade de reorganização e regulação dos serviços de urgência e emergência no âmbito do SUS. Passados quatro anos, surgiu a necessidade de reformulação, objetivando incluir a Rede de Atenção às Urgências (RUE), com articulação e integração dos diversos equipamentos de saúde, para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.^{5,18}

Essa rede abrange unidades de APS (promoção, prevenção e vigilância à saúde e assistência a pequenas situações de urgência), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, Força Nacional de Saúde do SUS e Unidade Hospitalar.^{13,16}

A RUE tem o objetivo de reorganizar o acesso dos usuários aos serviços de emergência. Em suas diretrizes, ressalta-se a importância da instituição de unidades pré-hospitalares, que funcionam como estratégias de apoio à rede hospitalar, com o intuito de direcionar para esta rede apenas as situações de maior gravidade, a fim de evitar atendimentos desordenados e melhorar a qualidade da assistência prestada em situações de emergência. Também visa garantir a retaguarda no atendimento de média a alta complexidade, ofertando procedimentos como diagnósticos, leitos clínicos de retaguarda, leitos de cuidados prolongados e os leitos de UTI, reforçando a garantia do cuidado hospitalar nas linhas prioritárias (traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular).^{09,10,21,22}

No entanto, apesar da incorporação de uma rede integrada de componentes e serviços de urgências pré-hospitalares, a RUE ainda enfrenta inúmeros desafios em sua consolidação, em várias regiões do Brasil. Essa política foi implementada de forma fragmentada e, como consequência, resulta na baixa eficiência dos atendimentos pré-

hospitalares, refletindo na sobrecarga das unidades assistenciais e na superlotação da rede hospitalar, o que interfere diretamente na qualidade do cuidado em saúde prestado em situações de urgência e emergência.^{23,24}

1.3 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: DA TRIAGEM AO ACOLHIMENTO

A palavra triagem se origina da palavra francesa *trier*, que significa escolha, seleção, classificação, priorização.^{25,26} Um conceito mais formal desse termo foi introduzido pelo Departamento de Emergência dos Estados Unidos, no final da década de 1950, quando ocorreu um aumento significativo do número de pacientes que procuravam os serviços de urgência.^{26,27} Os profissionais médicos e enfermeiros, que haviam trabalhado com esse modelo de sistemas em situações de guerras, decidiram implantar em hospitais civis a matriz de classificação de risco, com o propósito de organizar a demanda de atendimentos médico pelo grau de necessidade clínica do usuário e não pela sua ordem de chegada ao serviço.²⁸

Na década de 1990, surgem, no cenário internacional, propostas para aprimorar a estruturação de fluxos e protocolos de atendimento com classificação de risco em unidades hospitalares. No Brasil, as instituições públicas e privadas, ao longo dos anos, vêm desenvolvendo e implantando seus próprios protocolos, embora também ocorra a aplicação de modelos internacionais, podendo ser utilizados na íntegra ou em versões adaptadas de acordo com perfil demográfico e epidemiológico populacional da região de saúde.^{29,30}

Os modelos mais utilizados internacionalmente se baseiam no nível de gravidade que o usuário apresenta no momento de sua chegada ao serviço hospitalar. A prioridade de atendimento é definida por meios de parâmetros subjetivos e objetivos, tempos e

fluxos, podendo sofrer alterações a critério da instituição de saúde. Os protocolos implantados no território brasileiro são operacionalizados e utilizados nos serviços que possuem acolhimento com classificação de risco (ACCR) nos serviços de urgência e emergência, que internacionalmente são chamados de serviços de triagem das emergências.^{30,31}

Por sua vez, o ACCR configura-se como uma estratégia de atendimento nos serviços de urgência que, com o auxílio de protocolos preestabelecidos, orienta a consulta dos usuários de acordo com o nível de complexidade e não por ordem de chegada. Exerce uma análise de prioridade gerando uma ordenação mediante a classificação de risco (CR) da situação clínica do usuário. Distancia-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, pois os usuários que procuram o serviço devem ser classificados e os que não possuem perfil de atendimento na instituição são referenciados para os outros níveis de atenção à saúde, pactuados pela rede.³²

A CR foi incorporada como ferramenta de gestão e organização dos serviços de emergência por meio da Portaria GM nº 2.048/2002, que define o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. O documento compreende mudanças estruturais e operacionais, além das intervenções direcionadas ao cuidado em saúde nas situações de urgência e emergência, em todo o território nacional. Norteia as organizações assistenciais, articula os serviços e define fluxos para uma abordagem de acolhimento mais resolutiva ao usuário que necessita de atendimento prioritário.^{5,19,23}

Observa-se, nesse cenário, que outras políticas e programas abordam aspectos relativos à classificação de risco, fortalecendo essa intervenção no âmbito da RUE. Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), que evidenciou, entre outras propostas, a Diretriz do ACCR nos serviços de emergência,

instituindo, em 2006, as boas práticas de atenção à urgência. Destaca-se, ainda, o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no SUS, o QualiSUS, cuja finalidade é a estruturação desses serviços, mediante critérios de acolhimento com a inclusão de dispositivos de classificação de risco, fortalecendo a vinculação usuário, profissional e serviço.³³⁻³⁷ O ACCR compõe a base do processo e dos fluxos assistenciais, sendo norteado pela escuta qualificada, proporcionando um maior vínculo, além de responsabilização e prioridade no atendimento médico, de acordo com a clínica do usuário.³⁶ No processo de qualificação do modelo assistencial, o acolhimento tem se demonstrado como uma das eficientes diretrizes operacionais para materialização dos princípios do SUS. Sua proposta encontra-se articulada com as mudanças no processo de trabalho e gestão dos serviços de saúde de emergência, priorizando a humanização do atendimento. Nesse sentido, é essencial percebê-la como uma ferramenta abrangente, que ultrapassa os mais variados processos de produção em saúde.^{35,36}

A estratégia permite a melhoria das condições de trabalho dos profissionais do serviço de emergência, proporcionando qualificação no atendimento. Trata-se de uma ação inclusiva, que engloba integralmente o cuidado nos serviços de saúde.³⁸ A utilização de protocolos na classificação de risco proporciona uniformização do processo de atendimento, permitindo aos profissionais de saúde operacionalizar e atender de forma normatizada. A subjetividade é evitada, proporcionando um resultado efetivo e de impacto para organização do serviço.^{25,27,38}

A capacitação dos profissionais que atuam na CR direciona o estímulo das habilidades e competências necessárias, para que o profissional classificador desenvolva uma escuta qualificada e efetiva na identificação das prioridades clínicas dos usuários. Além disso, esse processo requer uma estrutura física apropriada, a adequação dos recursos humanos, de logísticas e insumos.^{35,38}

Atualmente não existe um padrão internacional de protocolos de classificação de risco, porém são utilizados cinco modelos: Modelo Australiano (*Australasian Triage Scale – ATS*), Modelo Canadense (*Canadian Triage Acuity Scale – CTAS*), Modelo de Manchester (*Manchester Triage System – MTS*), Modelo Americano (*Emergency Severity Index – ESI*) e o Modelo de Andorra (*Model Andorrà del Triage – MAT*).³⁹ O quadro 1 consolida as principais características desses protocolos, semelhanças e diferenças.

Os protocolos descritos possuem em comum a avaliação do usuário em cinco níveis ou categorias de gravidade. Os casos são classificados como: Nível 1 – não urgente; Nível 2 – pouco urgente; Nível 3 – urgente; Nível 4 – muito urgente; e Nível 5 – emergente, ressaltando que cada protocolo possui denominação própria para os níveis de gravidade e pode ser apresentado por meio de algarismos ou cores. O único que atualmente possui formato eletrônico é o Sistema Manchester de Classificação de Risco, o que facilita o seu uso e, conseqüentemente, é um dos mais utilizados no mundo.^{40,41}

O sistema de classificação de risco é uma atividade complexa, exige habilidades e competências dos profissionais classificadores, assim como a comunicação efetiva com os médicos emergencistas. Para fins operacionais, um modelo efetivo pressupõe um protocolo dinâmico, de fácil entendimento e aplicabilidade, com elevado índice de concordância entre os classificadores, além de ser validado cientificamente, permitindo a maior a confiabilidade, qualidade e resolubilidade no grau de prioridade de atendimento.^{36,42}

Quadro 1. Modelos internacionais de Classificação de Risco para os serviços de Urgência e Emergência

ANO	LOCAL	CATEGORIA/ NÍVEL	DESCRIÇÃO
MODELO CANADENSE			
1955	Canadá	1 a 5	Utiliza a situação pré-definida como mecanismo de entrada ao serviço de saúde, considerando: 1- Ressuscitação: risco iminente de deterioração das funções vitais; 2 - Emergência: condições que ameaçam a vida e requerem intervenção rápida; 3- Urgente: condições potenciais de evolução para sérias complicações; 4- Pouco Urgente: condições potenciais de evolução para complicações ou relacionadas à idade do paciente; e 5- Não Urgente: condições agudas ou crônicas que não apresentam risco para a deterioração das funções vitais.
MODELO AUSTRALIANO			
1970	Austrália	1 a 5	Utiliza tempo de espera de acordo com a gravidade: 1- Risco imediato à vida; 2-Risco iminente à vida ou exigência de tratamento imediato; 3-Potencial ameaça à vida/Urgência; 4-Situação de potencial urgência ou de complicações/gravidade importante; e 5-Menos urgente ou problemas clínico-administrativos.
MODELO MANCHESTER			
1994	Inglaterra	1 a 5	Fornece a prioridade clínica baseada na identificação de problemas, sinalizados através de cores: 1- Vermelho: emergências; 2-Laranja: muito urgente; 3- Amarelo: urgente; 4-Verde: pouco urgente; e 5-Azul: não urgente.
MODELO AMERICANO (<i>Emergency Severity Index – ESI</i>)			
1999	Estados Unidos	1 a 5	Trabalha com um único algoritmo que foca na necessidade de recursos para o atendimento. A prioridade é definida com base em um único fluxograma, com avaliação dos recursos necessários para a adequada assistência. Não há determinação quanto ao tempo para atendimento. Cada instituição determina a sua norma interna.
MODELO DE ANDORRA (<i>Model Andorrà del Trialge – MAT</i>)			
2001	Espanha	1 a 5	Tem como objetivo identificar rapidamente os pacientes que sofrem uma enfermidade e que estão em situação de perigo de vida. Baseia-se em sintomas, discriminantes e algoritmos, exige maior tempo de uso (tempo médio de 8 minutos).

Fonte: Oliveira e colaboradores.²⁷

No entanto, um sistema de classificação de risco é uma ferramenta de intervenção, com o objetivo principal de direcionar o atendimento inicial e avaliar a prioridade clínica de atendimento, porém não demonstra sensibilidade aos aspectos

subjetivos, sociais e culturais dos usuários e, por essa razão, não substitui a interação e o diálogo entre profissional e paciente. Sendo assim, a escuta qualificada é importante para o acolhimento dos usuários e de sua queixa e para a avaliação do potencial agravamento do seu quadro clínico.³⁶

1.4 SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE MANCHESTER

O Grupo Internacional de Classificação de Risco, grupo formado por médicos e enfermeiros de diferentes nacionalidades, mediante a condução de um trabalho de pesquisa e análises de sistemas de triagem, como os do Reino Unido, Australiano e Canadense, produziu um sistema de classificação de risco próprio, que utiliza cores para determinar a prioridade de atendimento clínico. Esse protocolo foi intitulado de *Manchester Triage System (MTS)*^{*}, porque foi aplicado pela primeira vez, em 1997, na cidade britânica de Manchester.^{27,38,39}

O MTS foi construído para permitir ao profissional classificador habilidade para atribuir uma resposta rápida, conforme a prioridade clínica do usuário, em situação aguda. Seu objetivo principal é organizar os serviços de urgência para assegurar que pacientes não esperem mais do que o tempo seguro para o primeiro atendimento médico.^{27,38} Trata-se de um instrumento que garante a uniformidade e consistência de critérios ao longo do tempo e favorece a classificação de risco mediante critérios científicos.^{39,40}

Além de estar de acordo com as boas práticas em urgência e emergência, garante o controle médico do sistema, a segurança do usuário e possibilita o ganho de tempo, pois permite que a classificação de risco seja realizada, em média, de um a três minutos.

^{*} No Brasil, o sistema é conhecido como Sistema de classificação de Risco de Manchester, porém, para este trabalho, optou-se por utilizar a sigla derivada da nomenclatura em inglês.

O atendimento deve ser realizado em ambiente próprio, que permita a privacidade do usuário e propicie acolhimento com escuta qualificada, em que o profissional deve se basear na situação/queixa apresentada pelo paciente para classificá-lo.^{43,44} O quadro 2 demonstra os cinco níveis de prioridade clínica e seus respectivos tempos máximos de espera para atendimento médico, de acordo com o MTS.⁴³

Quadro 2. Representação dos cinco níveis de prioridades clínicas de atendimento estabelecidos pelo Grupo de Triagem de Manchester

NÍVEL	PRIORIDADE	COR	TEMPO-RESPOSTA MÁXIMO EM MINUTOS
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco⁴³

O MTS atualmente está implementado em vários países. Além do Brasil, é utilizado no Reino Unido, Irlanda, Portugal, Espanha, Itália, Alemanha, Suécia, Holanda, em Hong Kong e no Japão. Em Portugal, foi adotado como Política Nacional de Saúde e está em funcionamento em vários hospitais, desde o ano de 2000, por intermédio do Grupo Português de Triagem (GTP), com o apoio do Ministério da Saúde de Portugal, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros. Na Alemanha, foi implantado pelo Grupo de Referência Alemão.^{44,45}

O Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR) é o representante oficial do protocolo no país, autorizado pelo *Manchester Triage Group* (MTG) e *British Medical Journal*, depositários dos direitos autorais. De acordo com as evidências mais recentes e parâmetros internacionais, em 2006, a versão original inglesa foi revisada e lançada na sua 2ª versão. Atualmente, nos países de língua inglesa, é utilizada a 3ª

versão, editada no ano de 2014. No Brasil, o GBCR atualizou em 2016, junto ao MTG, a 2ª versão brasileira, que é a versão utilizada atualmente.⁴³⁻⁴⁵

A segunda versão adaptada pelo GBCR contém 52 fluxogramas para os diferentes problemas apresentados pelos usuários, sendo sete específicos para crianças e dois para momentos de catástrofes. As principais alterações dessa versão são relativas ao redesenho e expansão dos fluxogramas, assim como ampliação dos discriminadores, que passaram de 186 para 195, e a inclusão da régua da dor pediátrica utilizada no Brasil.⁴⁶⁻⁴⁸

Com relação aos fluxogramas, eles contêm discriminadores que orientam a coleta e análise de informações para a definição da prioridade clínica. Para uma classificação de risco efetiva, a tomada de decisão do classificador é uma etapa essencial durante a consulta, que envolve habilidade para a identificação do problema e competência na consolidação dos dados. Essas características devem ser pertinentes ao perfil do profissional e podem subsidiar a análise das queixas dos usuários, além de nortear a escolha da solução mais adequada para cada caso clínico.⁴⁹

No Brasil, ainda são insipientes pesquisas avaliativas que abordem o ACCR, porém, em estudos realizados em hospitais de São Paulo e do Paraná, foi evidenciado que, apesar de haver avaliação positiva de alguns itens importantes para a classificação de risco, como priorização dos casos graves, atendimento aos casos não graves, informação sobre o tempo provável de espera e acolhimento do usuário pelos profissionais que atuam nesse sistema, o cômputo geral do ACCR foi avaliado como precário. Como principais agravantes, detectaram-se a falta de espaço físico adequado para as consultas, problemas no relacionamento da equipe multiprofissional e dificuldade na operacionalização das condutas estabelecidas na classificação de risco,

evidenciando que essa situação se repete em boa parte dos sistemas de urgência e emergência do país.³³

1.5 A AVALIAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

O desenvolvimento das práticas avaliativas no Brasil é um movimento contemporâneo, tendo iniciado na agenda pública na década de 1980, com o objetivo de aperfeiçoar as políticas e os programas sociais.⁴⁹ A avaliação em saúde é uma atividade antiga em outros países e está vinculada ao processo de aprendizagem. São inúmeras as definições e alguns avaliadores constroem o seu próprio conceito. Em essência, consiste em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção ou programa de saúde.⁵⁰

No campo da saúde é uma atividade complexa, pois as relações existentes entre os problemas na prestação da assistência à saúde e as intervenções para resolvê-los são cheias de incertezas, dúvidas e dificuldades, principalmente de gestão, devido ao paradoxo da necessidade de controlar os gastos públicos e ao mesmo tempo garantir serviços de qualidade aos usuários.⁵⁰⁻⁵²

A avaliação deve ser entendida como um instrumento ou uma ferramenta da gestão para enfrentar e solucionar um problema do serviço ou de um programa de saúde. A finalidade é proporcionar um processo de decisão oportuno no tempo, com confiabilidade e abrangência de informações. O modo de avaliar deve ter a finalidade necessária para tornar o processo factível, dentro do tempo e dos recursos disponíveis.⁵³⁻

55

Nesse aspecto e com o intuito de avaliar as intervenções, podem ser utilizadas diversas abordagens e métodos. A avaliação normativa, consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processos) e os resultados

obtidos, com critérios e normas existentes. Normalmente, é realizada por avaliadores internos e tem relação estreita entre as normas e critérios estabelecidos e os efeitos reais da intervenção.⁵¹⁻⁵³

No contexto do cuidado em saúde, a avaliação normativa constitui-se em um processo estruturado e lógico de obtenção de conhecimento, pois confronta os valores de referência com a realidade encontrada, através da análise dos processos das organizações das práticas de saúde, podendo ser utilizada em vários contextos do cuidado assistencial, como a avaliação de implantação de políticas, programas ou intervenções em assistência à saúde. Logo, esse processo torna-se imprescindível para o monitoramento dos cenários da saúde, traduzindo-se em um instrumento de apoio, pois através da adoção de um sistema avaliativo e de indicadores adequados é possível estabelecer ferramentas capazes de subsidiar a tomada de decisão dos gestores, contribuindo para o aumento da eficiência e efetividade do serviço prestado.⁵⁶⁻⁵⁸

A avaliação normativa é uma modalidade estreitamente aplicada aos serviços de saúde, tendo a qualidade de incentivar os gestores a fortalecer suas rotinas, normas, fluxos e monitoramento de processos de trabalho, reforçando a concepção de avaliação como instrumento gerencial. Por outro lado, pode ser conduzido como uma prática de controle das atividades, o que poderá atribuir ao processo avaliativo um caráter punitivo ou de alicerce para planos de cargos e carreiras institucional, tendo como consequência a baixa adesão dos atores envolvidos.⁵⁹

A despeito de possíveis limitações, no âmbito dos serviços e programas da saúde, a avaliação tem um compromisso com a melhoria dos níveis de saúde dos usuários e requer processos avaliativos participativos, que evidenciem os propósitos dos serviços de saúde e as necessidades de saúde da população, cabendo destacar que também visa a melhoria da qualidade dos serviços prestados em saúde. Logo, esses

esforços se traduzem em um modo de cooperar para a aquisição de resultados reais na saúde dos usuários, dos serviços e nos programas de intervenção em saúde.⁶⁰⁻⁶²

Alguns estudos evidenciam o crescimento de publicações nas áreas do planejamento e da avaliação em saúde no Brasil nos últimos anos, principalmente a partir da década de 2000. Esse crescimento demonstra uma elevação no interesse pela avaliação em saúde no país. Ressalta-se, ainda, a aproximação de países, como os Estados Unidos, que possuem tradição em relação às práticas de avaliação de políticas e serviços de saúde.⁶³

Os estudos revelam as relações entre a produção de conhecimento e as políticas de saúde e, nesse cenário, tem sido sugerido dois tipos de estratégia para a institucionalização da avaliação: uma pautada na privatização ou terceirização da gestão, no intuito de trazer para o serviço público a cultura do empreendedorismo e da produtividade; e uma outra que defende um sistema de avaliação atrelado a benefícios e punições, de acordo com desempenho das instituições ou dos profissionais. Essas avaliações permitiriam aos gestores, através de indicadores estabelecidos, reorganizarem seus processos de trabalho, oferecendo serviços de saúde mais eficientes e de maior qualidade.⁶³⁻⁶⁵

No que se refere à avaliação nos serviços de urgência e emergência com classificação de risco no país, destaca-se que, nesse campo, os conteúdos ainda são incipientes. Os indicadores mais enfatizados nesses estudos ressaltam a insatisfação dos usuários, a superlotação dos serviços e, principalmente, a defasagem na estrutura física das instituições. Logo, pode-se constatar a necessidade de práticas avaliativas voltadas também aos processos de trabalho para a identificação das fragilidades que possam subsidiar os gestores na reformulação e no redirecionamento das atividades, com o

objetivo de melhorar a qualidade das ações de rotina realizadas e contribuir para um serviço de urgência mais eficaz, aumentando a satisfação dos usuários.^{32,35,38,66}

Porém, os desafios e obstáculo para a aplicação da avaliação nos serviços de saúde do país são constantes na rotina da gestão e dos profissionais envolvidos nos serviços. Partem desde crenças culturais, como a exposição aos erros e, conseqüentemente, punições, a conflitos de interesses e relações políticas. Soma-se a esses fatores, o desconhecimento dos benefícios das práticas avaliativas.⁶⁰

II. JUSTIFICATIVA

Considerando que:

- a) existem diversos perfis de instituições de saúde, incluindo as particularidades regionais, que demandam a adequada organização dos serviços de urgência e emergência;
- b) os protocolos de classificação de risco são instrumentos potenciais para garantia do acolhimento e atendimento humanizado;
- c) os protocolos podem proporcionar melhorias dos serviços de emergência;
- d) existem poucos estudos avaliativos sobre sistemas de classificação de risco no Brasil.

Este estudo torna-se pertinente, por:

- e) possibilitar o conhecimento sobre a implantação do Sistema de Classificação de Risco, em consonância com a normatização vigente;
- f) contribuir para identificar as fragilidades e potencialidades na sua operacionalização;
- g) subsidiar possíveis medidas corretivas que garantam a implantação adequada para o alcance dos efeitos esperados;
- h) contribuir para o aprimoramento dos Sistemas de Classificação de Risco.

III. PERGUNTA AVALIATIVA:

Qual o grau de implantação do Sistema de Classificação de Risco de Manchester no Acolhimento do Setor de Urgência e Emergência do Hospital Universitário do Vale do São Francisco?

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a implantação do Sistema Manchester de Classificação de Risco no Acolhimento do setor de Urgência e Emergência do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-UNIVASF).

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar os aspectos estruturais do Sistema Manchester de Classificação de Risco no Acolhimento do setor de Urgência e Emergência do HU-UNIVASF;
- b) Verificar as atividades relativas ao processo de trabalho do Sistema Manchester de Classificação de Risco no Acolhimento do setor de Urgência e Emergência;
- c) Aferir o grau de implantação do Sistema Manchester de Classificação de Risco no Acolhimento do setor de Urgência e Emergência.

V. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma avaliação normativa, com abordagem dos componentes “estrutura” e “processo”. Nessa perspectiva, a avaliação normativa é definida como uma atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização, que corresponde a “estrutura”, e os serviços ou os bens produzidos, que representa o “processo”, além dos resultados obtidos, com critérios e normas.^{52,61}

5.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado na unidade assistencial de acolhimento, do setor de Urgência e Emergência do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-UNIVASF), situado na cidade de Petrolina, sertão do estado de Pernambuco, região Nordeste do Brasil. O hospital foi inaugurado em 2008 e classificado para atendimento de urgência e traumas. Até julho de 2013, foi administrado pela gestão municipal, sendo posteriormente vinculado à UNIVASF. Atualmente, encontra-se sob a administração da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e está vinculado à rede do SUS através da prestação de serviços de saúde à população do Vale do Médio do São Francisco. Configura-se em um hospital de médio porte, com 139 leitos habilitados para atendimento de média e alta complexidade e atenção às urgências e emergências, para os casos de politraumatismo, neurologia e neurocirurgia, traumatologia ortopedia, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia bucomaxilofacial e clínica médica, com atendimento multidisciplinar das equipes de saúde. Classificada como unidade de referência a Rede Interestadual de Atenção à

Saúde, que é constituída por 52 municípios dos estados de Pernambuco e da Bahia, abrangendo uma população de, aproximadamente, 2,068 milhões de habitantes⁶⁷.

5.3 POPULAÇÃO E PERÍODO DE ESTUDO

A população do estudo foi composta pelo universo dos profissionais de saúde que atuam no serviço de acolhimento do setor de Urgência e Emergência, sendo: seis enfermeiros e três profissionais vinculados à governança gestora (a gerência de atenção à saúde, a chefia da divisão médica e do setor de Urgência e Emergência, além do responsável pela operacionalização do Protocolo de Manchester no HU-UNIVASF). Assim, o tamanho da amostra final foi de nove profissionais. O estudo foi realizado no período de 2018-2020.

5.4 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

5.4.1 CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO

Elaborou-se um modelo lógico, através de consultas a documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco e ao Manual do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (Quadro 3). Os componentes elencados na composição foram: Gestão, Regulação Assistencial, Comunicação, Assistência à Saúde, Educação Permanente, Auditoria Interna e Monitoramento. Além desses, foram incluídos a descrição dos recursos (insumos, recursos materiais e humanos), as atividades preconizadas para implantação, os produtos, os resultados intermediários e o resultado final, conforme apresentado na figura 1.

Quadro 3. Documentação normativa sobre Acolhimento com Classificação de Risco e Sistema Manchester de Classificação de Risco.

Documentos	Descrição
Legislação/Manual – 2004	Manual do Ministério da Saúde: HumanizaSUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Que dispõe sobre as diretrizes de implantação de acolhimento com classificação de risco, com uma escuta qualificada aos usuários e aos seus problemas de saúde, visando melhorar a qualidade dos serviços de urgência e emergência do SUS. ³⁶
Legislação QualiSUS – 2006	Portaria nº 3.125 de 7 de dezembro de 2006. Que dispõe sobre o programa de qualidade nos serviços de saúde do SUS e seu financiamento. ³⁷
Legislação RUE- 2011	Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. ⁵
Manual GBCR- 2015	Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco no Brasil. ⁴³

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Figura 1. Modelo Lógico do Sistema Manchester de Classificação de Risco do HU-UNIVASF

Insumos/Recursos	Componentes	Atividades	Produtos	Resultados intermediários	Resultado Final
<p>1- Recursos humanos: 1.1-Governança 1.2- Equipe de Enfermagem 1.3-Equipe Médica do Acolhimento e Sala de emergência 1.4- Equipe Administrativa 2- Recursos Físicos: 2.1-Recepção de paciente; 2.2- Consultório de Classificação de Risco. 3- Insumos 4- Mídias: TV para a Sala de espera, Painel eletrônico de senhas. 5- Tecnologia da Informação: ficha de atendimento online 6- Aquisição de equipamentos, materiais e insumos necessários; 7- Sala de espera segura e confortável 8- Equipamentos de mídia, para a visualização de senhas e ordem de atendimento.</p>	Gestão	<ul style="list-style-type: none"> •Apresentar o MTS •Definir a equipe de Enfermeiros •Capacitar os classificadores e auditores internos •Capacitar a equipe administrativa •Reformar o espaço físico •Definir os fluxos de atendimento das especialidades médicas 	<ul style="list-style-type: none"> •MTS apresentado •Enfermeiros selecionados •Capacitação dos classificadores e equipe administrativa realizada •Espaço físico reformado •Fluxos definidos 	Melhoria na qualidade do atendimento ao usuário em situação de emergência	<p>Organizar os atendimentos de urgência e emergência por prioridade clínica no ACCR do HU-UNIVASF em 100%. Reduzir em 100% óbitos evitáveis na espera para atendimento médico. Promover atendimento acolhedor e humanizado aos usuários em 100%. Diminuir a superlotação da unidade de Urgência e emergência em 80%</p>
	Regulação Assistencial	<ul style="list-style-type: none"> •Garantir encaminhamento baixa complexidade •Articular regulação dos casos de média complexidade •Definir fluxo de prioridade de atendimento das equipes pré-hospitalares •Articular leitos de retaguarda para usuários não residentes em Petrolina-PE 	<ul style="list-style-type: none"> •Encaminhamento garantido •Regulação dos casos articulada •Fluxo de prioridade definido •Leitos de retaguarda articulados 	Melhoria nos fluxos de atendimento e regulação de leitos	
	Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> •Estabelecer fluxo de comunicação efetiva com unidades de apoio assistenciais •Divulgar a implantação do MTS e novos fluxos de atendimento para os funcionários, Rede de Atenção à Saúde, usuários e sociedade em geral 	<ul style="list-style-type: none"> •Fluxo de comunicação estabelecido •Implantação do MTS e novos fluxos divulgados 	Profissionais, usuário e sociedade em geral comunicados	
	Assistência à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> •Informar sobre tempo de espera e ordem de atendimento •Prover privacidade nas consultas •Realizar a classificação de risco em até 3 minutos •Realizar atendimento médico de acordo com o nível de prioridade •Classificar todos os casos, inclusive os não graves •Reavaliar pacientes em espera de atendimento •Garantir a não ocorrência de óbitos evitáveis •Atender de acordo com o tempo máximo de espera, conforme nível de prioridade 	<ul style="list-style-type: none"> •Privacidade garantida •Classificação em 3 min realizada •Atendimento por prioridade realizado •Todos os casos classificados •Pacientes reavaliados •Não ocorrência de óbitos garantida •Tempo máximo de espera garantido 	Melhoria na organização do atendimento médico, avaliação de risco e eliminação de óbitos evitáveis	
	Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none"> •Treinar, periodicamente, os classificadores •Capacitar equipes multiprofissionais que atuam na emergência •Atualizar fluxo de atendimento junto às equipes médicas 	<ul style="list-style-type: none"> •Classificadores treinados •Capacitação realizada •Fluxo de atendimento atualizado 		
	Auditoria Interna	<ul style="list-style-type: none"> •Compor comissão de auditoria interna do MTS •Realizar auditoria interna mensalmente •Auditar os classificadores que atuam na classificação de risco •Enviar relatório trimestral ao GBCR •Discutir ao dados gerados na auditoria com as equipes assistenciais 	<ul style="list-style-type: none"> •Comissão de auditoria composta •Auditoria interna realizada •Classificadores auditados •Relatórios enviados •Discussões realizadas 	Processos de auditorias aprimorados	
	Monitoramento	<ul style="list-style-type: none"> •Criar indicadores de monitoramento •Realizar monitoramento dos indicadores de atendimento •Realizar pesquisa de satisfação com profissionais e usuários 	<ul style="list-style-type: none"> •Indicadores criados •Monitoramento realizado •Pesquisa de satisfação realizada 	Processo de melhoria contínua aprimorado	

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

5.4.2 CONSTRUÇÃO DA MATRIZ DE JULGAMENTO

A construção da matriz de julgamento foi realizada a partir o delineamento do modelo lógico. Utilizou-se as dimensões do modelo sistêmico de Donabedian: “estrutura” e “processo”.⁶⁸ A matriz foi estruturada, com os seguintes elementos: componente, indicador, parâmetro, fonte de verificação, descrição do valor ou ponto de corte e pontuação máxima esperada (Quadro 4).

Quadro 4. Matriz de Julgamento do Sistema Manchester de Classificação de Risco do HU-UNIVASF

(continua)

Componentes	Dimensão	Indicador	Padrão/Parâmetro	Fonte de Verificação	Descrição do valor ou ponto de corte	Pontuação máxima esperada
Gestão	Estrutura	Existência de equipe de enfermeiros 24h no ACCR	Sim, para escala publicada	Escala de Serviço publicada no Setor, Questionário,	Sim = 2,0; Não = 0,0	2,0
		Existência de Equipe Médica 24h no acolhimento	Sim, para escala publicada	Escala de Serviço publicada no setor, Questionário,	Sim = 2,0; Não = 0,0	2,0
		Existência de computadores no setor de acolhimento	04 Computadores	Observação direta, Questionário	Quatro=1,0 Três=0,75 Dois=0,5 Um=0,25 Não=0,0	1,0
		Existência de impressora no setor de acolhimento	Sim, para 01 impressora	Observação direta, Questionário	Sim = 0,5 Não =0,0	0,5
		Existência de recepção para pacientes e acompanhantes, segura, organizada, limpa e acolhedora	Sim, para recepção segura e organizada	Observação direta, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Existência de cadeiras na sala de espera para pacientes e acompanhantes	Sim, para a quantidade cadeiras suficientes	Observação direta, Questionário	Sim = 1,0 Não = 0,0	1,0
		Existência de televisão na sala de espera	Sim, para TV instalada	Observação direta, Questionário	Sim = 0,5 Não = 0,0	0,5
		Existência de painel eletrônico de senhas para a chamada de pacientes	Sim, para painel instalado	Observação direta, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Existência de cadeira de rodas exclusiva para transporte de pacientes	Sim, para uma cadeira	Observação direta, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0

Quadro 4. Matriz de Julgamento do Sistema Manchester de Classificação de Risco do HU-UNIVASF

(continuação)

Componentes	Dimensão	Indicador	Padrão/Parâmetro	Fonte de Verificação	Descrição do valor ou ponto de corte	Pontuação máxima esperada
Gestão	Estrutura	Existência de maca exclusiva para transporte de pacientes	Sim, para uma maca	Observação direta, entrevista	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Existência, no consultório da CR, do manual de normas técnicas, do GBCR para classificação de risco	Sim, para manual disponível no consultório da classificação de risco	Observação direta, Questionário	Sim = 2,0; Não = 0,0	2,0
		Existência de Consultório no acolhimento, exclusivo para as consultas de Classificação de Risco	Sim, para consultório instalado	Observação direta, Questionário	Sim = 2,0 ; Não = 0,0	2,0
		Existência da ficha padronizada de Classificação de risco em programa de atendimento eletrônico	Sim, para ficha instalada no sistema	Observação direta, Questionário	Sim = 2,0 ; Não = 0,0	2,0
		Existência de pulseiras coloridas padronizadas para a classificação de risco	Sim, pulseiras na CR	Observação direta, Questionário	Sim = 2,0 Não =0,0	2,0
		Existência de sinalização no ambiente para direcionamento do usuário para os atendimentos	Sim, para sinalização	Observação direta, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
Gestão	Processo	Apresentação do MTS para a governança gestora do HU-UNIVASF, pelo GBCR	Sim, para a apresentação do MTS	Documentos oficiais, Questionário; Chefia do serviço	Sim = 2,0 Não = 0,0	2,0
		Concurso/Seleção de enfermeiros para atuar no ACCR do HU-UNIVASF	Sim, para enfermeiros selecionados	Documentos oficiais, Questionário; Chefia do serviço	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Concurso/Seleção de médicos para atuar no ACCR do HU-UNIVASF	Sim, para médicos selecionados	Documentos oficiais, Questionário; Chefia do serviço	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0

Quadro 4. Matriz de Julgamento do Sistema Manchester de Classificação de Risco do HU-UNIVASF

(continuação)

Componentes	Dimensão	Indicador	Padrão/Parâmetro	Fonte de Verificação	Descrição do valor ou ponto de corte	Pontuação máxima esperada
Gestão	Processo	Capacitação da equipe de classificadores pelo GBCR	Sim, para capacitação dos classificadores realizada	Documentos oficiais, Questionário; Chefia do serviço	Sim = 2,0 Não = 0,0	2,0
		Capacitação da equipe de auditores internos pelo GBCR	Sim, para capacitação realizada de auditores internos	Documentos oficiais, Questionário; Chefia do serviço	Sim = 2,0 Não = 0,0	2,0
		Capacitação da equipe administrativa pela chefia da Unidade de Emergência	Sim, para capacitação realizada da equipe administrativa	Documentos oficiais, Questionário; Chefia do serviço	Sim = 1,0 Não = 0,0	1,0
		Realização de reforma do espaço físico do Acolhimento, contemplando: Recepção de Acompanhantes e pacientes, Recepção de espera para atendimento médico, Consultório de Acolhimento, Consultório médico	04 sítios assistenciais contemplados	Documentos oficiais, Questionário; Chefia do serviço	Quatro ambientes= 2,0 Três ambientes= 1,5 Dois ambientes= 1,0 Um ambiente= 0,5	2,0
		Definição dos fluxos de atendimento das especialidades médicas do acolhimento	Sim, para especialidades médicas definidas	Documento, Questionário; Chefia do Serviço	Sim = 1,0 Não = 0,0	1,0
Total do componente Gestão = 32 pontos						

Quadro 4. Matriz de Julgamento do Sistema Manchester de Classificação de Risco do HU-UNIVASF

(continuação)

Componentes	Dimensão	Indicador	Padrão/Parâmetro	Fonte de Verificação	Descrição do valor ou ponto de corte	Pontuação máxima esperada
Regulação Assistencial	Estrutura	Reforma do espaço físico do Setor de Regulação Assistencial interno, anexo à Unidade de Urgência e Emergência	Sim, para a reforma do espaço físico do setor de Regulação Assistencial, anexo a Unidade de Urgência e Emergência concluída	Observação direta, Questionário, chefia do serviço	Sim = 1,0 Não = 0,0	1,0
		Existência de funcionário administrativo responsável de regular os casos de média complexidade para a Central Interestadual de Regulação Assistencial	Sim, para a existência do funcionário responsável de regular os casos	Observação direta, Questionário, chefia do Serviço	Sim = 1,0 Não = 0,0	1,0
		Existência de funcionário administrativo responsável de regular os leitos de retaguarda para a Central Interestadual de Regulação Assistencial	Sim, para a existência do funcionário responsável de regular os leitos	Observação direta, Questionário, chefia do Setor do serviço	Sim = 1,0 Não = 0,0	1,0
		Existência de 01 Computador com impressora para o contato com Rede Básica de Atenção à saúde e a Central Interestadual de Regulação Assistencial	Sim, para 01 computador com impressora	Observação direta, Questionário, chefia do serviço	Sim = 0,5 Não = 0,0	0,5
		Existência de 01 linha telefônica para o contato com Rede Básica de Atenção à saúde e a Central Interestadual de Regulação Assistencial	Sim, para 01 linha telefônica para o contato com Rede Básica de Atenção à saúde e a Central Interestadual de Regulação	Observação direta, Questionário, chefia do serviço	Sim = 0,5 Não = 0,0	0,5

Quadro 4. Matriz de Julgamento do Sistema Manchester de Classificação de Risco do HU-UNIVASF

(continuação)

Componentes	Dimensão	Indicador	Padrão/Parâmetro	Fonte de Verificação	Descrição do valor ou ponto de corte	Pontuação máxima esperada
Regulação Assistencial	Processo	Garantia dos encaminhamentos dos casos de baixa complexidade para a rede básica de atenção à saúde	Sim, para a existência do encaminhamento responsável para a rede básica de saúde	Documentos oficiais, Questionário, chefia do serviço	Sim = 1,0 Não = 0,0	1,0
		Regulação dos casos de média complexidade para os demais componentes da rede de saúde	Sim, para a regulação dos casos de baixa e média complexidade para os demais componentes da rede	Documentos oficiais, Questionário, chefia do serviço	Sim = 1,0 Não = 0,0	1,0
		Existência de fluxo de prioridade de atendimento das equipes pré-hospitalares	Sim, para a definição do fluxo de prioridade das equipes pré-hospitalares	Documentos oficiais, Questionário, chefia do serviço	Sim = 1,0 Não = 0,0	1,0
		Utilização do fluxo de prioridade de atendimento das equipes pré-hospitalares	Sim, para a utilização do fluxo de prioridade de atendimento das equipes pré-hospitalares	Questionário/Documentos oficiais	Sim = 1,0 Não = 0,0	1,0
		Existência de fluxo, com a Central Interestadual de Regulação, de leitos de retaguarda para pacientes que não residem em Petrolina-PE	Sim, para fluxo definido com a Central Interestadual de Regulação	Documentos oficiais, Questionário, chefia do serviço	Sim = 1,0 Não = 0,0	1,0
Total do componente Regulação Assistencial = 9 pontos						
Comunicação	Estrutura	Existência de 01 profissional de jornalismo no setor da Assessoria de Comunicação (ASCOM), para a divulgação das informações sobre a implantação do MTS na Unidade de Urgência e Emergência	Sim, para a existência de 01 profissional de jornalismo no setor da ASCOM	Documentos oficiais, Questionário, chefia do serviço	Sim = 1,0 Não = 0,0	1,0

Quadro 4. Matriz de Julgamento do Sistema Manchester de Classificação de Risco do HU-UNIVASF

(continuação)

Componentes	Dimensão	Indicador	Padrão/Parâmetro	Fonte de Verificação	Descrição do valor ou ponto de corte	Pontuação máxima esperada
Comunicação	Estrutura	Existência de 01 profissional de Relações Públicas no setor da Assessoria de Comunicação (ASCOM), para a articulação com os principais veículos de comunicação (rádio, TV e mídias digitais)	Sim, para a existência de 01 profissional de relações públicas no setor da ASCOM	Documentos oficiais, Questionário, chefia do serviço	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Existência de veículos de comunicação interna e computadores com acesso à internet em todos os setores assistenciais e administrativos, para o funcionário consultar as informações no e-mail institucional	Sim, para a existência de computadores com acesso à internet, em todos os setores assistenciais e administrativos	Documentos oficiais, Questionário, chefia do serviço	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Existência de materiais gráficos, impressos, de divulgação de informações para os funcionários, sobre a implantação do MTS, no acolhimento da Unidade de Urgência e Emergência	Sim, para a existência de materiais gráficos, impressos, de divulgação de informações para os funcionários	Documentos oficiais, Questionário, chefia do serviço	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Existência de materiais gráficos, impressos, de divulgação de informações sobre o atendimento do MTS, para os usuários e acompanhantes, na recepção de pacientes da Unidade de Urgência e Emergência	Sim, para a existência de materiais gráficos, impressos, de divulgação de informações, na recepção de pacientes da Unidade de Urgência e Emergência	Documentos oficiais, Questionário, chefia do serviço	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0

Quadro 4. Matriz de Julgamento do Sistema Manchester de Classificação de Risco do HU-UNIVASF

(continuação)

Componentes	Dimensão	Indicador	Padrão/Parâmetro	Fonte de Verificação	Descrição do valor ou ponto de corte	Pontuação máxima esperada
Comunicação	Processo	Existência de fluxo de comunicação efetiva com as unidades assistenciais de apoio internas, para o encaminhamento do atendimento do paciente classificado	Sim, para fluxo de comunicação efetiva com Unidades Assistenciais de apoio construído	Documentos oficiais, Questionário, chefia do serviço	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Envio de e-mail institucional para os funcionários, com a finalidade de divulgar as informações sobre a implantação do MTS e as alterações no fluxo de atendimento aos pacientes, no Acolhimento da Unidade de Urgência e Emergência	Sim, para e-mail institucional enviado para os funcionários	Questionário; Gerente de Atenção à Saúde	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Divulgação, para a Rede de Atenção à Saúde e demais serviços assistenciais complementares, sobre a implantação do MTS e das alterações no fluxo de atendimento aos pacientes, no Acolhimento da Unidade de Urgência e Emergência	Sim, para divulgação para a Rede de Atenção à Saúde e demais serviços assistenciais	Documentos oficiais, Questionário, chefia do serviço	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Articulação com os principais veículos de comunicação (rádio, TV e mídias digitais) para divulgação das informações para os usuários e sociedade em geral	Sim, para a divulgação realizada nos principais veículos de comunicação	Documentos oficiais, Questionário, chefia do serviço	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Existência de material gráfico de divulgação das informações sobre o atendimento do MTS, para os usuários e acompanhantes, na recepção de pacientes da Unidade de Urgência e Emergência	Sim, para material de divulgação das informações na Unidade de Urgência e Emergência	Documentos oficiais, Questionário, chefia do serviço	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
Total do Componente Comunicação = 10 pontos						

Quadro 4. Matriz de Julgamento do Sistema Manchester de Classificação de Risco do HU-UNIVASF

(continuação)

Componentes	Dimensão	Indicador	Padrão/Parâmetro	Fonte de Verificação	Descrição do valor ou ponto de corte	Pontuação máxima esperada
Assistência à Saúde	Estrutura	Existência de Consultório de acolhimento, que garanta a privacidade dos pacientes durante as consultas de Classificação de Risco	Sim, para consultório instalado	Observação direta, Questionário	Sim = 2,0 Não = 0,0	2,0
		Existência de oxímetro de pulso no consultório do Acolhimento	Sim, para 01 oxímetro	Observação direta, Questionário	Sim = 2,0 Não = 0,0	2,0
		Existência de esfignomanômetro no consultório do Acolhimento	Sim, para 01 esfignomanômetro	Observação direta, Questionário	Sim = 2,0 Não = 0,0	2,0
		Existência de estetoscópio no consultório do Acolhimento	Sim, para 01 estetoscópio	Observação direta, Questionário	Sim = 2,0 Não = 0,0	2,0
		Existência de glicosímetro no consultório de Acolhimento	Sim, para 01 glicosímetro	Observação direta, Questionário	Sim = 2,0 Não = 0,0	2,0
		Existência de termômetro timpânico no consultório do Acolhimento	Sim, para 01 termômetro timpânico	Observação direta, Questionário	Sim = 2,0 Não = 0,0	2,0
	Processo	Garantia de informações do tempo de espera e a ordem de atendimento, aos usuários e acompanhantes	Sim, para tempo e ordem de espera informado aos usuários e acompanhantes	Observação direta, Questionário, documentos oficiais	Sim = 3,0 Não = 0,0	3,0
		Garantia do atendimento de Classificação de Risco, realizado em até 03 minutos, conforme o manual do MTS	Sim, para a classificação de risco realizada em até 03 minutos	Observação direta, Questionário, documentos oficiais	Sim = 3,0 Não = 0,0	3,0

Quadro 4. Matriz de Julgamento do Sistema Manchester de Classificação de Risco do HU-UNIVASF

(continuação)

Componentes	Dimensão	Indicador	Padrão/Parâmetro	Fonte de Verificação	Descrição do valor ou ponto de corte	Pontuação máxima esperada
Assistência à Saúde	Processo	Garantia de que todos os casos que cheguem ao Acolhimento sejam classificados, inclusive os casos não graves	Sim, para o atendimento médico realizado pela ordem das cores das pulseiras de identificação	Observação direta, questionário, documentos oficiais	Sim = 3,0 Não = 0,0	3,0
		Garantir a priorização da ordem de atendimento médico, de acordo com a Classificação de Risco	Sim, para o atendimento médico realizado pela ordem das cores das pulseiras de identificação	Observação direta, questionário, documentos oficiais	Sim = 3,0 Não = 0,0	3,0
		Garantir a reavaliação de todos os pacientes, dos casos graves e não graves, que aguardam atendimento médico	Sim, para a reavaliação de todos os pacientes que aguardam atendimento médico	Observação direta, questionário, documentos oficiais	Sim = 3,0 Não = 0,0	3,0
		Garantia de que o atendimento médico ocorra de acordo com tempo máximo de espera, preconizado pelo nível de prioridade clínica do MTS	As cinco prioridades clínicas atendidas no tempo previsto	Observação direta, questionário, documentos oficiais	Sim = 3,0 Não = 0,0	3,0
Total do Componente Assistência à Saúde = 30 pontos						
Educação Permanente	Estrutura	Existência de espaço físico para treinamento das equipes assistenciais e administrativas	Sim, para espaço físico definido	Observação direta, questionário, documentos oficiais	Sim = 1,0 Não = 0,0	1,0
		Existência de recursos audiovisuais disponíveis para treinamentos das equipes assistenciais e administrativas	Sim, para recursos audiovisuais disponíveis	Documentos oficiais, Questionário,	Sim = 1,0 Não = 0,0	1,0
		Existência de fluxos, protocolos e manuais físicos de treinamento de equipes assistenciais e administrativas	Sim, para fluxos, protocolos e manuais físicos disponíveis	Documentos oficiais, Questionário	Sim = 1,0 Não = 0,0	1,0

Quadro 4. Matriz de Julgamento do Sistema Manchester de Classificação de Risco do HU-UNIVASF

(continuação)

Componentes	Dimensão	Indicador	Padrão/Parâmetro	Fonte de Verificação	Descrição do valor ou ponto de corte	Pontuação máxima esperada
Educação Permanente	Processo	Existência de treinamentos periódicos com os Classificadores	Sim, para 01 reunião periódica	Documentos oficiais, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Existência de reuniões periódicas para discussões entre gestão e equipes assistenciais sobre a operacionalização do MTS	Sim, para 01 reunião periódica	Documento, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Capacitação periódica com as equipes multiprofissionais que atuam no setor de urgência e emergência	Sim, para 01 reunião periódica	Documento, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
Total do Componente Educação Permanente = 6 pontos						
Auditoria Interna	Estrutura	Existência de fichas de auditoria interna, no modelo preconizado pelo GBCR	Sim, para a existência das fichas	Documentos oficiais, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Existência de fluxo definido com o setor de prontuário para liberação da amostragem de fichas por classificador	Sim, para a existência de fluxo definido	Documentos oficiais, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Existência de espaço físico que garanta a privacidade da realização da auditoria interna	Sim, sim para o fluxo definido	Documentos oficiais, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0

Quadro 4. Matriz de Julgamento do Sistema Manchester de Classificação de Risco do HU-UNIVASF

(conclusão)						
Componentes	Dimensão	Indicador	Padrão/Parâmetro	Fonte de Verificação	Descrição do valor ou ponto de corte	Pontuação máxima esperada
Auditoria Interna	Processo	Emitir portaria, em boletim oficial da instituição, para a constituição da comissão de auditoria interna do MTS, em número de 6 profissionais	Sim, para a portaria publicada	Documentos oficiais, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Realização mensal de auditoria interna, de acordo com as normas e instruções do GBCR	Sim, para 01 auditoria mensal	Documentos oficiais, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Relatório de auditoria interna enviado trimestralmente ao GBCR	Sim, para auditoria enviada trimestralmente	Documentos oficiais, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Apresentação mensal dos dados gerados na auditoria interna para os classificadores	Sim, para uma reunião mensal	Documentos oficiais, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
Total do Componente Auditoria Interna = 7 pontos						
Monitoramento	Estrutura	Elaboração de indicadores de atendimentos da Classificação de risco por prioridade clínica	Sim, para indicadores elaborados	Documentos oficiais, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Elaboração de formulário para pesquisa de satisfação dos usuários	Sim, para formulário elaborado	Documentos oficiais, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Elaboração de formulário para pesquisa de satisfação dos profissionais do serviço	Sim, para formulário elaborado	Documentos oficiais, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0

Quadro 4. Matriz de Julgamento do Sistema Manchester de Classificação de Risco do HU-UNIVASF

(conclusão)

Componentes	Dimensão	Indicador	Padrão/Parâmetro	Fonte de Verificação	Descrição do valor ou ponto de corte	Pontuação máxima esperada
Monitoramento	Processo	Resultado dos indicadores de atendimento publicados mensalmente	Sim, para publicação mensal	Documentos oficiais, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Resultado dos indicadores da pesquisa de satisfação dos usuários publicados mensalmente	Sim, para publicação mensal	Documentos oficiais, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
		Resultado dos indicadores da pesquisa com os funcionários publicados mensalmente	Sim, para publicação mensal	Documentos oficiais, Questionário	Sim = 1,0 Não =0,0	1,0
Total do Componente Monitoramento = 6 pontos						
TOTAL = 100						

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Legenda: MTS - Manchester Triage System; GBCR - Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; ACCR - Acolhimento com Classificação de Riso; CR - Classificação de Risco.

5.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2020, mediante a triangulação de fontes de verificação, ampliando a confiabilidade da informação e do estudo. Com base na matriz de julgamento, foram elaborados dois instrumentos estruturados: um direcionado aos gestores e outro a ser utilizado com os enfermeiros (APÊNDICE B e C), os quais foram aplicados por técnicos da área da saúde, previamente treinados pela pesquisadora.

5.6 ANÁLISE DE DADOS

Para a estimativa do grau de implantação do Sistema Manchester de Classificação de Risco, foram estabelecidas pontuações máximas para cada indicador, considerando o grau de importância, conforme protocolos e evidências científicas alicerçadas na coerência entre objetivos, metas e estratégias de implementação. A pontuação foi atribuída ao indicador.

Para obtenção do grau de implantação final, utilizou-se o seguinte cálculo:

$$\text{Escore final} = \frac{\sum \text{Pontuação obtida} \times 100}{\sum \text{Pontuação máxima}}$$

Pontuação obtida: somatório das médias das pontuações obtidas em cada indicador, por componente.

Pontuação máxima: é o resultado da pontuação máxima esperada para cada indicador, por componente.

Para obtenção final do grau de implantação, de acordo com a avaliação da normativa de cada etapa do processo de implantação do Sistema Manchester de Classificação de Risco, foram estabelecidos como pontos de corte os seguintes parâmetros:

Quadro 5. Parâmetros de pontos de corte para obtenção do grau de implantação

Implantado	80% a 100%
Parcialmente implantado	50% a 79,9%
Não implantado	< 50%

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi desenvolvido em consonância com os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Foi solicitada a anuência ao Hospital Universitário da Universidade do Vale do São Francisco, localizado no município de Petrolina-PE, para o desenvolvimento dos procedimentos de coleta e permissão de captação de dados. Aos participantes convidados que aceitaram participar do estudo, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível no apêndice A. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação e deliberação do comitê, ocorrida em 11 de setembro de 2019, sob parecer do CAEE nº 20271519.7.0000.5201 (ANEXO A).

VI. RESULTADOS

Ao avaliar o conjunto dos resultados alcançados, observou-se que a dimensão “estrutura” apresentou uniformidade nas pontuações obtidas, alcançando 42,5 pontos dos 50 pontos possíveis, distribuídos pelos seus indicadores na matriz de julgamento, obtendo GI de 85%. Por sua vez, a dimensão “processo” atingiu pontuação de 32,89 pontos dos 50 pontos possíveis, totalizando GI de 65,78%. O Sistema de Classificação de Risco de Manchester no HU-UNIVASF obteve GI de 75,39%, sendo, portanto, avaliado como parcialmente implantado (Tabela 1).

Tabela 1. Grau de Implantação por dimensão do Sistema Manchester de Classificação de Risco no HU-UNIVASF, Pernambuco, 2020

Dimensão	Pontuação Alcançada	Grau de implantação (%)	Classificação
Estrutura	42,5	85,00	Implantado
Processo	32,89	67,78	Parcialmente implantado
Total (Estrutura + Processo)	75,39	75,39	Parcialmente implantado

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa, 2020.

6.1 DIMENSÃO “ESTRUTURA”

Na tabela 1, observa-se que a dimensão “estrutura” atingiu grau de implantação (GI) de 85 %, sendo considerada implantada. O componente “Gestão” destacou-se apresentando 92,5% da pontuação máxima e, dos 15 indicadores expostos, apenas três não obtiveram pontuação máxima: o indicador “existência de televisão da sala de espera” não foi pontuado; e os indicadores “existência de cadeira de rodas exclusiva para transporte de pacientes” e “existência de maca exclusiva para transporte de pacientes” obtiveram pontuação parcial, pois o uso dos equipamentos é compartilhado com outras unidades assistenciais da instituição. Dentre os indicadores que obtiveram pontuação máxima, destacaram-se “existência de equipe de enfermeiros 24h no ACCR”,

“existência de Equipe Médica 24h no acolhimento”, “existência de consultório no acolhimento, exclusivo para as consultas de Classificação de Risco”, “existência de pulseiras coloridas padronizadas para a classificação de risco” e “existência de sinalização no ambiente para direcionamento do usuário para os atendimentos”.

Os componentes “Regulação Assistencial” e “Comunicação” classificaram-se como implantados, apresentando todos os indicadores com a pontuação máxima. Quanto ao componente “Assistência à Saúde” apenas o indicador “existência de termômetro timpânico no consultório do Acolhimento” não foi pontuado, tendo esse componente atingindo pontuação de 83,3%, sendo considerado implantado.

Já os componentes “Educação Permanente” e “Monitoramento” apresentaram-se parcialmente implantado (66,6%), ressaltando-se as respostas negativas para os indicadores “existência de fluxos, protocolos e manuais físicos de treinamento de equipes assistenciais e administrativas” e “elaboração de formulário de pesquisa de satisfação dos profissionais do serviço”. O componente “Auditoria Interna” foi considerado não implantado, pontuando apenas o indicador “existência de espaço físico que garanta a privacidade da realização da auditoria interna”.

Tabela 2. Grau de Implantação da dimensão “estrutura”, Sistema de Classificação de Risco de Manchester, Hospital Universitário, Petrolina – PE, Brasil, 2020

(continua)

COMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBTIDA	Componente		Avaliação
				Soma	GI (%)	
GESTÃO	Existência de equipe de enfermeiros 24h no ACCR	2	2			
	Existência de Equipe Médica 24h no acolhimento	2	2			
	Existência de computadores no setor de acolhimento	1	1			
	Existência de impressora no setor de acolhimento	0,5	0,5			
	Existência de recepção para pacientes e acompanhantes	1	1			
	Existência de cadeiras na sala de espera para pacientes e acompanhantes	1	1			
	Existência de televisão na sala de espera	0,5	0			
	Existência de painel eletrônico de senhas para a chamada de pacientes	1	1			
	Existência de cadeira de rodas exclusiva para transporte de pacientes	1	0,5	18,5	92,5	Implantado
	Existência de maca exclusiva para transporte de pacientes	1	0,5			
	Existência, no consultório da CR, do manual de normas técnicas, do GBCR para classificação de risco	2	2			
	Existência de Consultório no acolhimento, exclusivo para as consultas de Classificação de Risco	2	2			
	Existência da ficha padronizada de Classificação de risco em programa de atendimento eletrônico	2	2			
	Existência de pulseiras coloridas padronizadas para a classificação de risco	2	2			
	Existência de sinalização no ambiente para direcionamento do usuário para os atendimentos	1	1			

Tabela 2. Grau de Implantação da dimensão “estrutura”, Sistema de Classificação de Risco de Manchester, Hospital Universitário, Petrolina – PE, Brasil, 2020

(continuação)

COMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBTIDA	Componente		Avaliação
				Soma	GI (%)	
REGULAÇÃO ASSISTENCIAL	Reforma do espaço físico do Setor de Regulação Assistencial interno, anexo à Unidade de Urgência e Emergência	1	1			
	Existência de funcionário administrativo responsável de regular os casos de média complexidade para a Central Interestadual de Regulação Assistencial	1	1			
	Existência de funcionário administrativo responsável de regular os leitos de retaguarda para a Central Interestadual de Regulação Assistencial	1	1	4,0	100	Implantado
	Existência de 01 Computador com impressora para o contato com Rede Básica de Atenção à saúde e a Central Interestadual de Regulação Assistencial	0,5	0,5			
	Existência de 01 linha telefônica para o contato com Rede Básica de Atenção à saúde e a Central Interestadual de Regulação Assistencial	0,5	0,5			
COMUNICAÇÃO	Existência de 01 profissional de jornalismo no setor da Assessoria de Comunicação (ASCOM), para a divulgação das informações sobre a implantação do MTS na Unidade de Urgência e Emergência	1	1			
	Existência de 01 profissional de Relações Públicas no setor da Assessoria de Comunicação (ASCOM), para a articulação com os principais veículos de comunicação (rádio, TV e mídias digitais)	1	1			
	Existência de veículos de comunicação interna e computadores com acesso à internet em todos os setores assistenciais e administrativos, para o funcionário consultar as informações no e-mail institucional	1	1	5,0	100	Implantado
	Existência de materiais gráficos, impressos, de divulgação de informações para os funcionários, sobre a implantação do MTS, no acolhimento da Unidade de Urgência e Emergência	1	1			
	Existência de materiais gráficos, impressos, de divulgação de informações sobre o atendimento do MTS, para os usuários e acompanhantes, na recepção de pacientes da Unidade de Urgência e Emergência	1	1			

Tabela 2. Grau de Implantação da dimensão “estrutura”, Sistema de Classificação de Risco de Manchester, Hospital Universitário, Petrolina – PE, Brasil, 2020

(continuação)

COMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBTIDA	Componente		Avaliação
				Soma	GI (%)	
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	Existência de Consultório de acolhimento, que garanta a privacidade dos pacientes durante as consultas de Classificação de Risco	2	2	10,0	83,33	Implantado
	Existência de oxímetro de pulso no consultório do Acolhimento	2	2			
	Existência de esfigmomanômetro no consultório do Acolhimento	2	2			
	Existência de estetoscópio no consultório do Acolhimento	2	2			
	Existência de glicosímetro no consultório do Acolhimento	2	2			
	Existência de termômetro timpânico no consultório do Acolhimento	2	0			
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Existência de espaço físico para treinamento das equipes assistenciais e administrativas	1	1	2,0	66,67	Parcialmente Implantado
	Existência de recursos audiovisuais disponíveis para treinamentos das equipes assistenciais e administrativas	1	1			
	Existência de fluxos, protocolos e manuais físicos de treinamento de equipes assistenciais e administrativas	1	0			
AUDITORIA INTERNA	Existência de fichas de auditoria interna, no modelo preconizado pelo GBCR	1	0	1,0	33,33	Não Implantado
	Existência de fluxo definido com o setor de prontuário para liberação da amostragem de fichas por classificador	1	0			
	Existência de espaço físico que garanta a privacidade da realização da auditoria interna	1	1			

Tabela 2. Grau de Implantação da dimensão “estrutura”, Sistema de Classificação de Risco de Manchester, Hospital Universitário, Petrolina – PE, Brasil, 2020

COMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBTIDA	Componente		Avaliação
				Soma	GI (%)	
MONITORAMENTO	Elaboração de indicadores de atendimentos da Classificação de risco por prioridade clínica	1	1			Parcialmente Implantado
	Elaboração de formulário para pesquisa de satisfação dos usuários	1	1	2,0	66,67	
	Elaboração de formulário para pesquisa de satisfação dos profissionais do serviço	1	0			
TOTAL DIMENSÃO “ESTRUTURA”				42,5	85	Implantado

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa, 2020.

6.2 DIMENSÃO “PROCESSO”

Na tabela 2 observa-se que a dimensão “processo” se apresentou como parcialmente implantado e nenhum dos sete componentes foram considerados implantados. Para o componente “Gestão”, constatou-se parcialmente implantado, destacando-se os indicadores “realização de reforma do espaço físico do Acolhimento, contemplando: recepção de acompanhantes e pacientes, recepção de espera para atendimento médico, consultório de acolhimento, consultório médico”, “capacitação da equipe de classificadores pelo GBCR” e “capacitação da equipe de auditores internos pelo GBCR”, que obtiveram as pontuações máximas. Por outro lado, não foram observadas iniciativas para realização de concurso e/ou seleção de médicos e enfermeiros para a atuação no ACCR.

Em relação ao componente “Regulação Assistencial” os indicadores “regulação dos casos de média complexidade para os demais componentes da rede de saúde” e “existência de fluxo, com a Central Interestadual de Regulação, de leitos de retaguarda para pacientes que não residem em Petrolina-PE” não obtiveram pontuação e o componente foi classificado como parcialmente implantado (60%).

Após a análise do componente “Comunicação”, observou-se como destaque o indicador “existência de fluxo de comunicação efetiva com as unidades assistenciais de apoio internas, para o encaminhamento do atendimento do paciente classificado”, que obteve pontuação máxima. Em contrapartida, o indicador “Divulgação, para a Rede de Atenção à Saúde e demais serviços assistenciais complementares, sobre a implantação do MTS e das alterações no fluxo de atendimento aos pacientes, no Acolhimento da Unidade de Urgência e Emergência” obteve pontuação abaixo do esperado, caracterizando o componente como parcialmente implantado.

Por sua vez, o componente “Assistência à Saúde” alcançou 70,8% da pontuação esperada e apenas dois, dos seis indicadores elencados, atingiram a pontuação esperada, sendo eles: “garantia do atendimento de Classificação de Risco, realizado em até 03 minutos, conforme o manual do MTS” e “garantia de que todos os casos que cheguem ao acolhimento sejam classificados, inclusive os casos não graves”. Por outro lado, o indicador “garantir a reavaliação de todos os pacientes, dos casos graves e não graves, que aguardam atendimento médico” foi o que apresentou menor pontuação. Já o componente “Educação Permanente” foi classificado como parcialmente implantado e o indicador “existência de treinamentos periódicos com os classificadores” foi o que apresentou a maior pontuação.

Os componentes “Auditoria Interna” e “Monitoramento” foram avaliados como não implantados, apresentando pontuações de 25% e 33%, respectivamente. Observou-se que, dos quatro indicadores que compõem a “Auditoria Interna”, apenas o indicador “emitir portaria, em boletim oficial da instituição, para a constituição da comissão de auditoria interna do MTS, em número de 6 profissionais” foi pontuado. Assim como, do componente “Monitoramento”, apenas o indicador “resultado dos indicadores de atendimento publicados mensalmente” obteve pontuação.

Tabela 3. Grau de Implantação da dimensão “processo”, Sistema de Classificação de Risco de Manchester, Hospital Universitário, Petrolina – PE, Brasil, 2020

(continua)

COMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO MAXIMA	PONTUAÇÃO OBTIDA	Componente		Avaliação
				Soma	GI (%)	
GESTÃO	Apresentação do MTS para a governança gestora do HU-UNIVASF, pelo GBCR	2	2	9,5	79,16	Parcialmente Implantado
	Concurso/Seleção de enfermeiros para atuar ACCR do HU-UNIVASF	1	0			
	Concurso/Seleção de médicos para atuar no ACCR do HU-UNIVASF	1	0			
	Capacitação da equipe de classificadores pelo GBCR	2	2			
	Capacitação da equipe de auditores internos pelo GBCR	2	2			
	Capacitação da equipe administrativa pela chefia da Unidade de Emergência	1	1			
	Realização de reforma do espaço físico do Acolhimento, contemplando: Recepção de Acompanhantes e pacientes, Recepção de espera para atendimento médico, Consultório de Acolhimento, Consultório médico	2	2			
	Definição dos fluxos de atendimento das especialidades médicas do acolhimento	1	0,5			
REGULAÇÃO ASSISTENCIAL	Garantia dos encaminhamentos dos casos de baixa complexidade para a rede básica de atenção à saúde	1	1	3	60	Parcialmente Implantado
	Regulação dos casos de média complexidade para os demais componentes da rede de saúde	1	0			
	Existência de fluxo de prioridade de atendimento das equipes pré-hospitalares	1	1			
	Utilização do fluxo de prioridade de atendimento das equipes pré-hospitalares	1	1			
	Existência de fluxo, com a Central Interestadual de Regulação, de leitos de retaguarda para pacientes que não residem em Petrolina-PE	1	0			

Tabela 3. Grau de Implantação da dimensão “processo”, Sistema de Classificação de Risco de Manchester, Hospital Universitário, Petrolina – PE, Brasil, 2020

(continuação)

COMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBTIDA	Componente		Avaliação
				Soma	GI (%)	
COMUNICAÇÃO	Existência de fluxo de comunicação efetiva com as unidades assistenciais de apoio internas, para o encaminhamento do atendimento do paciente classificado	1	1			
	Envio de e-mail institucional para os funcionários, com a finalidade de divulgar as informações sobre a implantação do MTS e as alterações no fluxo de atendimento aos pacientes, no Acolhimento da Unidade de Urgência e Emergência	1	1			
	Divulgação, para a Rede de Atenção à Saúde e demais serviços assistenciais complementares, sobre a implantação do MTS e das alterações no fluxo de atendimento aos pacientes, no Acolhimento da Unidade de Urgência e Emergência	1	0,33	3,66	73,2	Parcialmente Implantado
	Articulação com os principais veículos de comunicação (rádio, TV e mídias digitais) para divulgação das informações para os usuários e sociedade em geral	1	0,33			
	Existência de material gráfico de divulgação das informações sobre o atendimento do MTS, para os usuários e acompanhantes, na recepção de pacientes da Unidade de Urgência e Emergência	1	1			
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	Garantia das informações do tempo de espera e ordem de atendimento, aos usuários e acompanhantes	3	1,66			
	Garantia do atendimento de Classificação de Risco, realizado em até 03 minutos, conforme o manual do MTS	3	3			
	Garantia de que todos os casos que cheguem ao Acolhimento sejam classificados, inclusive os casos não graves	3	3			
	Garantir a priorização da ordem de atendimento médico, de acordo com a Classificação de Risco	3	1,88	12,75	70,83	Parcialmente Implantado
	Garantir a reavaliação de todos os pacientes, dos casos graves e não graves, que aguardam atendimento médico	3	1,55			
	Garantia de que o atendimento médico ocorra de acordo com tempo máximo de espera, preconizado pelo nível de prioridade clínica do	3	1,66			

MTS

Tabela 3. Grau de Implantação da dimensão “processo”, Sistema de Classificação de Risco de Manchester, Hospital Universitário, Petrolina – PE, Brasil, 2020

COMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBTIDA	Componente		Avaliação
				Soma	GI (%)	
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Realização de treinamentos periódicos com os classificadores	1	0,88	1,98	66	Parcialmente Implantado
	Existência de reuniões periódicas para discussões entre gestão e equipes assistenciais sobre a operacionalização do MTS	1	0,66			
	Capacitação periódica com as equipes multiprofissionais que atuam no setor de urgência e emergência	1	0,44			
AUDITORIA INTERNA	Emitir portaria, em boletim oficial da instituição, para a constituição da comissão de auditoria interna do MTS, em número de 6 profissionais	1	1	1	25	Não Implantado
	Realização mensal de auditoria interna, de acordo com as normas e instruções do GBCR	1	0			
	Relatório de auditoria interna enviado trimestralmente ao GBCR	1	0			
	Apresentação mensal dos dados gerados na auditoria interna para os classificadores	1	0			
MONITORAMENTO	Resultado dos indicadores de atendimento publicados mensalmente	1	1	1	33,33	Não Implantado
	Resultado dos indicadores da pesquisa de satisfação dos usuários publicados mensalmente	1	0			
	Resultado dos indicadores da pesquisa com os funcionários publicados mensalmente	1	0			
TOTAL DIMENSÃO “PROCESSO”				32,89	65,78	Parcialmente Implantado

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa, 2020.

VII. DISCUSSÃO

As dimensões avaliadas neste estudo obtiveram classificações distintas: enquanto a estrutura foi considerada implantada, o processo obteve implantação parcial. Compreende-se que a qualidade do cuidado em saúde depende da articulação entre o processo de trabalho da equipe assistencial e as condições de infraestrutura, dos serviços e do sistema de saúde, tendo no gestor uma figura essencial nessa articulação.^{69,70}

Ressalta-se que o ACCR é um dispositivo que auxilia o atendimento em situações de agravos à saúde, evitando a iniquidade para aqueles usuários com maior risco clínico, além de prevenir a ocorrência de eventos adversos e a deterioração das condições de trabalho^{35,71-73,74}. É de fundamental importância o comprometimento da gestão na construção de programas de capacitações, treinamentos e fóruns de discussões para os classificadores, visando garantir o aumento do poder de resolubilidade desses profissionais e proporcionar mais qualidade aos processos assistenciais.

Na avaliação do componente “Gestão”, a dimensão “estrutura” obteve GI implantado, enquanto a dimensão “processo” resultou com GI parcialmente implantado, sendo avaliados, nessas dimensões, a estrutura organizacional do serviço, os recursos humanos e materiais. Sobre tais aspectos, destacou-se a garantia da adequação do ambiente às normas instituídas pela Política de Humanização, vigentes no período do estudo. Essas adequações proporcionam um ambiente acolhedor, com as etapas de assistência sinalizadas, em especial nos consultórios, considerando que a ambiência é um fator que influencia na prestação dos cuidados em saúde.

Alguns estudos sobre classificação de risco ressaltam que a privacidade das consultas garantida e um ambiente de espera mais acolhedor proporcionam a construção de ações de saúde mais efetivas e humanizadas – o que permite uma maior interação

entre classificador e paciente – e geram uma classificação de risco mais assertiva, segura e equânime^{71,75,76}

A análise dos indicadores que compõem a regulação assistencial, revelou que a dimensão “estrutura” está adequada à demanda do serviço, com espaço físico anexo ao serviço de acolhimento, recursos humanos e materiais suficientes. Porém, na dimensão “processo”, é percebida a fragilidade na articulação intersetorial, que expõe a falta de pactuação na regulação dos casos de média complexidade e a inexistência de fluxos com as centrais de regulação de leitos para os pacientes que não residem em Petrolina-PE, município onde está localizado o HU-UNIVASF. Diante desse cenário, é evidenciada a necessidade da aproximação entre os gestores da rede e do serviço, visando estabelecer pactuações e fluxos de contrarreferência mais efetivos para os demais componentes da rede de saúde.

Essas limitações contribuem para o aumento do tempo de permanência do paciente na instituição e, conseqüentemente, uma menor rotatividade dos leitos, refletindo na integralidade do cuidado e afetando diretamente os atendimentos da classificação de risco. Além disso, há um maior tempo de espera, superlotação da porta de entrada, com possíveis agravamentos dos quadros clínicos iniciais, aumentando a insatisfação dos usuários e, conseqüentemente, a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência.^{71,77,78}

No cenário da assistência à saúde, os resultados evidenciados na dimensão “processo” alcançaram pontuação máxima, sobretudo no que se refere a celeridade e inclusão de todos os usuários nos atendimentos de classificação de risco. Entretanto, para garantir a continuidade dessas atividades assistenciais, é necessário mais envolvimento entre os gestores e os profissionais do serviço, a fim de detectar possíveis fragilidades que possam interferir nas atividades para identificar as necessidades de

investimento, por parte da gestão, nos componentes relacionados à educação permanente dos profissionais e, sobretudo, a auditoria interna. Essas ações são essenciais para a manutenção das boas práticas de classificação de risco, pois a auditoria interna contribui na detecção de falhas e dificuldades dos classificadores, ao passo que a educação permanente impulsiona a aquisição de conhecimentos e aprimoramento dos profissionais.^{71,76-78}

Os indicadores relacionados com a reavaliação dos pacientes e o tempo de espera para atendimento obtiveram as menores pontuações. Esses resultados são semelhantes a outras análises avaliativas sobre a classificação de risco no país, sendo atribuído à baixa performance os fatores referentes a recursos humanos insuficientes para a demanda. Os indicadores avaliados influenciam diretamente na insatisfação dos usuários, em decorrência da longa espera para atendimento médico sem a reavaliação do estado de saúde, comprometendo a qualidade do processo assistencial e refletindo negativamente na confiança do usuário em relação ao serviço. Os estudos revelam que a confiança se traduz na capacidade que um serviço desempenha para proporcionar ações benéficas ao usuário e que a satisfação está diretamente associada à procura pelo serviço de saúde e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento.^{38,43,71}

No que diz respeito a avaliação da educação permanente, observou-se, na dimensão estrutura, que o espaço físico e os recursos audiovisuais estão disponíveis para capacitação e treinamento da equipe, contudo o serviço não possui fluxos, protocolos e manuais físicos de treinamento. É necessário aprimorar continuamente as habilidades e competências, para que os fluxos de atendimentos de classificação sejam eficientes e eficazes, pois a organização do processo de trabalho da equipe multiprofissional é um elemento que influencia na qualidade da assistência prestada, refletindo nos resultados assistenciais⁷⁷⁻⁷⁹.

Ao avaliar os componentes da auditoria interna e monitoramento, constatou-se que, em relação à dimensão “estrutura”, a ambiência física está adequada para o funcionamento, porém, na dimensão “processo”, ainda existem indicadores divergentes ao preconizado pelas normas do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. No serviço, ocorre o monitoramento dos indicadores de atendimento e a pesquisa de satisfação dos usuários, porém os resultados não são compartilhados com a equipe assistencial. Já a auditoria interna é uma das etapas para a implantação do Sistema Manchester de Classificação de Risco. Os classificadores também não são informados sobre o consolidado de suas atividades, o que evidencia a necessidade do comprometimento da gestão na supervisão das atividades assistenciais. A auditoria interna é uma ferramenta norteadora para o classificador e permite a identificação e correção de falhas evitáveis. A falta dessa devolutiva pode interferir na tomada de decisão do classificador e comprometer a classificação de risco, deixando os classificadores mais vulneráveis a erros que possam agravar o estado de saúde dos usuários.^{34,43}

VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontaram que o Sistema Manchester de Classificação de Risco no Acolhimento do HU-UNIVASF está parcialmente implantado, com destaque para a dimensão estrutura, que foi avaliada como implantada. No que se refere ao emprego dos recursos materiais, a reforma do espaço físico proporcionou um ambiente mais seguro, acolhedor e humanizado para usuários e acompanhantes. Os resultados indicaram um progresso na qualidade dos atendimentos através das avaliações positivas dos tempos de atendimento e da classificação dos casos graves e não graves, melhorando a organização e a resolutividade para os usuários que procuram o serviço.

Ainda existem muitos desafios a serem superados para que o Sistema Manchester de Triagem seja considerado implantado no serviço, principalmente no âmbito da dimensão processo, tendo sido evidenciada baixa adesão por parte dos classificadores na reavaliação das classificações, pois este Sistema é reconhecido como um valioso dispositivo na priorização dos casos considerados graves, podendo proporcionar cuidados emergenciais com maior agilidade e eficácia.

Considerando que os resultados deste estudo podem ser utilizados para instituição de ações para melhorias e implantação adequada do MTS, recomenda-se que sejam implementadas estratégias e ações corretivas nos indicadores que não obtiveram avaliação satisfatória, a exemplo da regulação assistencial, que demonstrou a necessidade de fluxos e pactuações de contra referência com a rede para evitar a superlotação do serviço, o que direciona para a necessidade de esclarecimento da população sobre a hierarquização e a atribuição dos componentes de saúde que compõe a rede assistencial de urgência e emergência. Esta ação pode contribuir para aumentar a efetividade dos serviços de urgência de maior complexidade.

Assim como a assistência à saúde que revelou fragilidades em sua rotina assistencial, ressalta-se ainda a necessidade de implementação de melhorias nos processos de trabalho da educação permanente, do monitoramento e da auditoria interna, a qual possibilita a detecção de falhas nas atividades dos classificadores, e pode ser utilizada como instrumento norteador nos avanços da qualidade dos atendimentos de classificação de risco.

Este estudo reflete a necessidade de avaliações contínuas nas unidades de acolhimento com classificação de risco, considerando que são serviços dinâmicos, porta de entrada para atendimentos de urgência e emergência e com elevado fluxo de atendimento. Os resultados observados neste estudo devem mobilizar a superação de obstáculos, buscando o aperfeiçoamento e o desenvolvimento do serviço com o intuito de qualificar a assistência prestada e conseqüentemente a satisfação do usuário.^{35,71,72}

Entre as limitações deste estudo, pontua-se a alta rotatividade dos profissionais de enfermagem, em especial o enfermeiro, devido a permutas e novos processos seletivos ocorridos no último ano nos hospitais universitários. Isso resultou na lotação de enfermeiros no setor de acolhimento sem experiências e qualificação para atuar como classificadores, conseqüentemente, maior insegurança ao responder itens do questionário norteador, principalmente, os relacionados aos componentes de regulação assistencial e auditoria interna.

IX. REFERÊNCIAS

1. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(6):1791-8.
2. Malta DC, Reis AAC, Jaime PC, Moraes Neto OL, Silva MMA, Akerman M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(6):1799-809.
3. Uchimura LYT, Viana ALD, Silva HD, Ibañez N. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. *Saúde debate*. 2015; 39(107):972:83.
4. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Dispõe sobre a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União [DOU]*. Brasília, 8 jul. 2011; Seção 1, v.148, n.130, p. 69.
6. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JÁ, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19(2):343-52.
7. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, Pinto LF, Silva CMFP. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(6):1777-89.
8. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(6):1903-13.
9. Santos L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? *Ciênc. Saúde coletiva*. 2018; 23(6):2043-50.
10. Casanova AO, Cruz MM, Giovanella L, Alves GR, Cardoso GCP. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(4):1209-24.
11. Cecilio LCO, Andrezza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(11):2893-902..
12. Torres SFS, Belisário SA, Melo EM. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. *Saúde soc*. 2015; 24(1):361-73.
13. Viana ALD, Bousquat A, Ferreira MP, Cutrim MAB, Uchimura LYT, Fusaro ER, et. al. Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. *Rev. bras. saúde mater. infant*. 2017; 17(Supl. 1):S7-S16.

14. Silva DS, Bernardes A, Gabriel CS, Rocha FLR, Caldana G. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Rev. Eletr. Enf.* 2014; 16(1):211-9.
15. Ros CD, Peres AM, Bernardino E, Lowen IMV, Neto PP, Moura MEB. Atenção primária à saúde: ordenadora da integração assistencial na Rede de urgência e emergência. *Rev Min Enferm.* 2018; 22:e-1137.
16. Shiroma LMB, Pires DEP. Classificação de risco em emergências – um desafio para as/os enfermeiras/os. *Enfermagem em foco.* 2011; 2(1):14-7.
17. Organización Panamericana de La Salud. Estrategia para El acceso universal a La salud y la cobertura universal de salud. Washington, DC: Paho; 2014. [acesso em 17 set. 2017]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7652/CD53-R14-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção as Urgências. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Dispõe sobre a aprovação do regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. *Diário Oficial da União [DOU]*. Brasília, 12 nov. 2002; Seção 1, v.139, n.219, p. 32.
20. Henderson AC. Patient assessment in emergency medical services: complexity and uncertainty in street-level patient processing. *J Health Hum Serv Adm.* 2013; 35(4):505-38.
21. Sousa FDT, Sousa ALPM. Uma revisão sobre as redes de atenção à saúde no Brasil. *Rev. Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.* 2018; 1(11):57-75.
22. Konder MT, O'dwyer G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis.* 2015; 25(2):525- 45.
23. Cavalcante RB, Rates HF, Silva LTC, Mello RA, Dayrrel KMB. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos Serviços de urgência. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2012; 2(3):428-37.
24. Soares EP, Scherer MDA, O'dwyer G. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste. *Saúde debate.* 2015; 39(106):616-26.
25. Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR. Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005.
26. Galati AG, Santos NSGM. Protocolo de classificação de risco em setor de emergência em um hospital filantrópico do noroeste paulista. *Rev. Científica UNILAGO.* 2014; 1(1):1-18.
27. Oliveira KKD, Amorim KKPS, Fernandes APNL, Monteiro AI.. Impacto da Implementação do Acolhimento com Classificação de Risco para o trabalho dos

- profissionais de uma Unidade de Pronto Atendimento. *Rev Min Enferm.* 2013; 17(1):148-56.
28. Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2013; 21(2):500-6.
 29. Silva MFN, Oliveira GN, Pergola-Marconato RS, Bargas EB, Araujo IEM. Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2014; 22(2):218-25.
 30. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Scientific literature on the reliability and validity of the Manchester triage system (MTS) Protocol: a integrative literature review. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2015; 49(1):144-51.
 31. Guerrero P, Mello ALSF, Andrade SR, Erdmann AL. O acolhimento como boa prática na atenção básica à Saúde. *Texto Contexto – Enferm.* 2013; 22(1):132-40.
 32. Inoue KC, Bellucci Júnior JA, Papa MAF, Vidor RC, Matsuda LM. Evaluation of quality of risk classification in emergency services. *Acta paul. enferm.* 2015; 28(5):420-5.
 33. Mendes TJM, Silveira LM, Silva LP, Stabile AM. Associação entre o acolhimento com classificação de risco, desfecho clínico e o escore MEWS. *Rev Min Enferm.* 2018; 22:e-1077.
 34. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde.* 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
 35. Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarría-Guanilo ME, Brüggemann OM, Malfussi LBH. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. *Rev. esc. enferm. USP.* 2018; 52:e03318.
 36. Brasil. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS - Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências. *Diário Oficial da União [DOU].* Brasília, 8 dez. 2016; Seção 1, v.143, n.235, p. 113.
 38. Moreno ECSG, Santos FM, Marinho DDT, Santos JMJ, Cunha JO. Acolhimento com classificação de risco em um hospital da rede pública: percepção dos usuários. *Saúde e pesqui.* 2018; 11(1):89-97.
 39. Jimenez JG. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergências. *Emergencias.* 2003; 15:165-74.
 40. Cordeiro Júnior W, Torres BLB, Rausch MCP. *Sistema Manchester de Classificação de Risco: comparando modelos.* Belo Horizonte: GBCR; 2014.

41. Oliveira F. Adaptação cultural e validação de conteúdo do Sistema de Triagem de Manchester versão inglesa para o português do Brasil. [tese]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2017.
42. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de classificação de risco. 2 ed. Belo Horizonte: GBCR; 2010.
43. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR). Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências: como implementar o Sistema Manchester de classificação de risco. Belo Horizonte: GBCR; 2015.
44. Franco B, Busin L, Chianca TCM, Moraes VM, Pires AAUB, Lucena AF. Associações entre discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester e diagnósticos de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2018; 39:e2017- 0131.
45. Roncalli AA, Oliveira DN, Silva ICM, Brito RF, Viegas SMF. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. *Rev. baiana enferm.* 2017; 31(2):e16949.
46. Stanfield LM. Clinical decision making in triage: an integrative review. *J Emerg Nurs.* 2015; 41(5):396-403.
47. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2003; 19(1):27-34.
48. Pagliotto LF, Souza PB, Thomazini JO, Ortega ABA, Vavra SMF. Classificação de risco em uma unidade de urgência e emergência do interior paulista. *Cuidarte Enfermagem.* 2016; 10(2):148-55.
49. Canesqui AM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Vieira-da-Silva LM. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. 110p. ISBN: 978-85-754-1443-9. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31(3):654-5.
50. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciênc. saúde coletiva.* 1999; 4(2):341-53.
51. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cienc. saúde coletiva.* 2006; 10(3):705-11.
52. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 41-60.
53. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
54. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol.* 1999; 28(1):10-8.

55. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. In: Rocha AM, Cesar CLM, Ribeiro H, editores. Saúde pública: bases conceituais. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 133-46.
56. Oliveira VC, Gallardo MS, Arcêncio RA, Gontijo TL, Pinto IC. Avaliação da qualidade de conservação de vacinas na atenção Primária à saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2014; 19(9):3889-98.
57. Amaral AS, Tamaki EM, Sales CM, Renovato RD. Avaliação da descentralização do programa de controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS. Saude soc. 2010; 19(4):794-802.
58. Siqueira LG, Martins AM, Versiani CM, Almeida LA, Oliveira CS, Nascimento JE, et al. Avaliação da organização e funcionamento das salas de vacina na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais, 2015. Epidemiol. Serv. Saúde. 2017; 26(3):557-68.
59. Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. Saúde debate. 2018; 42(spe1):289-301.
60. Tanaka OY, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 121-36.
61. Denis JL, Champagne F. Análise de implantação. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-88.
62. Donabedian, A. Formulating criteria and standards. In: An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2003.
63. Crumpton CD, Medeiros JJ, Ferreira VRS, Sousa MM, Najberg E. Avaliação de políticas públicas no Brasil e nos Estados Unidos. Rev. Adm. Pública. 2016; 50(6):981-1001.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de gestão da vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
65. Furtado JP, Campos GWS, Oda WY, Onocko-Campos R. Planejamento e Avaliação em saúde: antagonismo e colaboração.: Cad. Saúde Pública. 2018; 34(7): e00087917.
66. Inoue KC, Murassaki ACY, Bellucci Júnior JÁ, Rossi RM, Martinez YDE, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado. Rev. Min. enferm. 2015; 19(1):13-20.
67. Hospital Universitário da Universidade do Vale do São Francisco. Manual da Qualidade do HU-Univasf para o biênio 2018- 2019. Petrolina: HU-UNIVASF; 2018.
68. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988; 260(12): 1743-8.

69. Magluta C, Noronha MF, Gomes MA, Aquino LA, Alves CA, Silva RS. Estrutura de maternidades do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: desafio à qualidade do cuidado à saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2009; 9(3):319-29.
70. Araújo JH, Chaves GM, Barbosa JV, Nunes CM. Compreensão dos usuários do SUS sobre a classificação de risco na rede de urgência e emergência por meio de um programa de educação tutorial. *Rev. Med. Minas Gerais.* 2017; 26:e1823.
71. Paula CFB, Ribeiro RCHM, Werneck AL. Humanização da assistência: acolhimento e triagem na classificação de risco. *Rev. enferm. UFPE online.* 2019; 13(4):997-1005.
72. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. *Rev. bras. enferm.* 2012; 65(5):751-7.
73. Diniz AS, Silva AP, Souza CC, Chianca TCM. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. *Rev. Eletr. Enf.* 2014; 16(2):312-20.
74. Sacoman TM, Beltrammi DG, Andrezza R, Cecílio LC, Reis AA. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. *Saúde debate.* 2019; 43(121): 354-67.
75. Coutinho AAP, Cecílio LCO, Mota JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Rev Med. Minas Gerais* 2012; 22(2): 188-98.
76. Oliveira JLC, Gatti AP, Barreto MS, Bellucci Junior JA, Góes HLF, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento. *Texto contexto – enferm.* 2017; 26(1):e0960014.
77. Silva LP, Paiva L, Faria VB, Ohl RIB, Chavaglia SRR. Acolhimento com classificação de risco do serviço de pronto-socorro adulto: satisfação do usuário. *Rev. esc. enferm. USP.* 2016; 50(3):427-33.
78. Bonh LSM, Lima MADS, Duro CLM, Abreu KP. Percepção de Enfermeiros Sobre Utilização do Protocolo do Sistema de Classificação de Risco Manchester. *Cienc. Cuid. Saúde.* 2015; 14(2):1004-10.
79. Guedes HM, Almeida AGP, Ferreira FO, Vieira Júnior G, Chianca TCM. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. *Rev. Enf. Ref.* 2014; série IV(1):37-44.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: Avaliação da Implantação do Sistema Manchester de Classificação de Risco em um Hospital Universitário do Vale do São Francisco

Instituição: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos por meio deste que estamos realizando uma pesquisa avaliativa, cujo objetivo é: Avaliar a implantação do Sistema de Classificação de Risco de Manchester no ACCR do Setor de Urgência e Emergência do HU-UNIVASF, situado em Petrolina, sertão do estado de Pernambuco, 2019.

Para as atividades de desenvolvimento dessa pesquisa, serão realizadas análises de documentos específicos, aplicação de questionário semiestruturado sobre o Sistema de Classificação de Risco de Manchester na perspectiva da estrutura, processo e resultados no Setor de Urgência e emergência do HU-UNIVASF.

Procedimentos: Com a aceitação em fazer parte desta pesquisa, sua participação será no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas.

Benefícios: Possibilitar o conhecimento e análise das características específicas que interferem na implantação Sistema de Classificação de Risco do HU-UNIVASF no objetivo de permitir a reflexão a organização do ACCR, a priorização dos atendimentos de Urgência e emergência, a qualidade do atendimento na perspectiva do cuidado humanizado em saúde.

Riscos: O preenchimento deste questionário poderá representar risco de constrangimento, que será minimizado pelo esclarecimento das dúvidas sobre a participação do entrevistado na pesquisa, e que possam vir a surgir durante a aplicação do questionário, assim como durante todas as fases da pesquisa; o pesquisador aplicará o questionário em um ambiente que mantenha a privacidade do entrevistado, além de assegurar o anonimato e a utilização das informações exclusivamente para o estudo. A sua contribuição será muito importante para o desenvolvimento da pesquisa e o senhor(a) tem garantido:

1. O direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa.
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo à sua pessoa, nem custo algum ao participante.
3. A segurança de que não será identificado (a) em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação prestada. Caso tenha necessidade de tirar dúvidas acerca do assunto da pesquisa, pode entrar em contato com as pesquisadoras ou com o Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP através dos contatos citados ao final deste documento.

Esclarecemos ainda que os resultados obtidos por esta pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros técnicos e científicos, tais como: artigos em revista científica, congressos, reuniões técnicas e científicas. O questionário material com as suas informações ficará guardado em local seguro sob a responsabilidade do pesquisador por um período de cinco anos.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento em duas vias. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá permanecer com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Eu, _____ entendi o conteúdo deste termo de consentimento e aceito participar da pesquisa acima referida como entrevistado.

Data:

Assinatura do entrevistado: _____

Telefones e e-mails para contato com o comitê de ética e os pesquisadores:

Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do IMIP: Rua dos Coelhos, 300
Boa Vista - Recife - PE - Brasil. CEP 50070-550. Tel. (81)
comitedeetica@imip.org.br Horário de funcionamento: 2ª a 5ª feira – 8:00 às 17:00h.
6ª feira - 8:00 às 16:00h

Pesquisadora: Danielle Coutinho de Souza Lins Machado, enfermeira
Local de trabalho: Hospital Universitário da Universidade do Vale do São Francisco
Telefone: (82) 98135-8458 E-mail: dannyzinacoutinho@hotmail.com

Orientadora: Luciana Santos Dubeux
Função: docente e pesquisadora
Local de trabalho: Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde - GEAS/IMIP
Telefone: (81) 99969-2400 E-mail: lucianadubeux@gmail.com

Coorientadora: Vilma Macedo
Função: docente e pesquisadora
Local de trabalho: Departamento de Enfermagem da UFPE
Telefone: (81) 99933-3441 E-mail: vilmacmacedo@hotmail.com

APÊNDICE B – INSTRUMENTO I (Questionário para Avaliação do

Acolhimento – Gestão)



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**Avaliação da implantação do Sistema Manchester de Classificação de Risco –
HU/UNIVASF, Petrolina/PE**

INSTRUMENTO I Parte 1– Questionário para Avaliação da Estrutura do Acolhimento Gestão do HU-UNIVASF

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL	
Dados Pessoais	
1- Nome Completo:	
2- Data de nascimento:	Idade:
3- Telefone:	
4- E-mail:	
Dados Acadêmicos e Profissionais	
5- Qual a sua formação profissional?	
6- Possui cargo na gestão do HU-UNIVASF () Não () Sim	
Se sim, qual?	Há quanto tempo?
7- Há quanto tempo trabalha no HU-UNIVASF?	
8- Qual a carga horária no serviço?	
9- Possui alguma pós graduação? () Não () Sim	
9.1- Especialização: () Não () Sim / Se sim, qual:	
9.2- Residência: () Não () Sim / Se sim, qual:	
9.3- Mestrado: () Não () Sim / Se sim, qual:	
9.4- Doutorado: () Não () Sim / Se sim, qual:	
10- Possui Curso de Classificador do Sistema Manchester de Triagem pelo GBCR*? () Não () Sim	
11- Possui capacitação realizada pelo HU-UNIVASF em Classificação de Risco baseada no Sistema Manchester de Triagem? () Não () Sim	
12- Possui Curso de Auditor do Sistema Manchester de Triagem pelo GBCR*?() Não () Sim	

1- GESTÃO		
1.1- Características Estruturais e de Ambiente do Setor de Acolhimento		
1.1.2- Recursos Humanos		
01.	A instituição possui gestor de Atenção à Saúde?	Sim (1) Não (2)
02.	O Setor de Urgência e Emergência possui chefia imediata?	Sim (1) Não (2)
03.	O setor de Urgência e Emergência possui profissionais administrativos?	Sim (1) Não (2) Nº de profissionais ()
04.	Possui equipe de Enfermeiros 24 horas no consultório de Acolhimento?	Sim (1) Não (2) Nº de profissionais ()
05.	Possui equipe de Médicos 24 horas no consultório de Acolhimento?	Sim (1) Não (2) Nº de profissionais ()
06.	Quais as categorias profissionais são habilitadas para realizar a classificação de risco pelo MTS ^{**} ?	_____ _____
07.	Qual a categoria profissional que foi designada pelo HU-UNIVASF para compor a equipe de classificadores?	_____ _____
1.1.3- Recursos Físicos: Equipamentos e Insumos		
01.	Existe computadores em boas condições de uso no serviço?	Sim (1) Não (2) Quantidade: ()
02.	Existe impressora que atenda o setor de Acolhimento exclusivamente?	(1) Sim (2) Não
03.	Possui recepção para pacientes e acompanhantes?	(1) Sim (2) Não
04.	Existe cadeiras suficiente na sala de espera para pacientes e acompanhantes?	(1) Sim (2) Não
05.	Existe televisão funcionando na sala de espera?	(1) Sim (2) Não
06.	Possui painel eletrônico de senhas para a chamada de pacientes?	(1) Sim (2) Não
07.	Possui cadeira de rodas para transporte de pacientes, exclusiva do Acolhimento?	(1) Sim (2) Não
08.	Existe de maca para transporte de pacientes, exclusiva do Acolhimento?	(1) Sim (2) Não
09.	Possui no consultório de Acolhimento, o manual de normas técnicas, do GBCR [*] , para CR?	(1) Sim (2) Não
10.	Existe Consultório de Acolhimento, específico para as consultas de Classificação de Risco?	(1) Sim (2) Não
11.	Possui ficha padronizada de Classificação de Risco em sistema de atendimento online?	(1) Sim (2) Não
12.	Possui pulseiras coloridas padronizadas para a Classificação de Risco?	(1) Sim (2) Não
13.	Possui sinalização no ambiente para direcionamento do usuário para os atendimentos?	(1) Sim (2) Não

2- Regulação Assistencial		
2.1- Características Estruturais		
01.	Foi realizada reforma do espaço físico do Setor de Regulação Assistencial?	(1) Sim (2) Não
02.	A localização do espaço físico do Setor de Regulação Assistencial Interno, favorece a rápida comunicação com o Setor de Urgência e Emergência?	(1) Sim (2) Não
03.	Existe funcionário administrativo responsável por regular os casos de média complexidade para a Central Interestadual de Regulação Assistencial?	(1) Sim (2) Não
04.	Existe funcionário administrativo, responsável por regular os leitos de retaguarda para a Central Interestadual de Regulação Assistencial?	(1) Sim (2) Não
05.	Possui computador com impressora para o contato com a Rede Básica de Atenção à saúde e a Central Interestadual de Regulação Assistencial?	(1) Sim (2) Não Quantidade? ()
06.	Possui linha telefônica para o contato com a Rede a Básica de Atenção à saúde e a Central Interestadual de Regulação Assistencial?	(1) Sim (2) Não Quantidade? ()
3- Comunicação		
3.1- Características Estruturais		
01.	A Assessoria de Comunicação (ASCOM) possui profissional Jornalista?	(1) Sim (2) Não Quantidade? ()
02.	A Assessoria de Comunicação (ASCOM) possui profissional Relações Públicas?	(1) Sim (2) Não Quantidade? ()
03.	A instituição possui computadores com acesso à internet, nos setores assistenciais e administrativos, para o funcionário consultar as informações e comunicados no e-mail institucional?	(1) Sim (2) Não
04.	No Acolhimento há disponível materiais gráficos com informações sobre a operacionalização do Sistema Manchester de Triagem para os funcionários?	(1) Sim (2) Não
05.	Na recepção do Setor de Urgência e Emergência há disponível materiais gráficos com informações para pacientes e acompanhantes, sobre os atendimentos pelo Sistema Manchester de Triagem?	(1) Sim (2) Não
4- Assistência à Saúde		
4.1- Características Estruturais		
01.	Possui consultório de acolhimento exclusivo para acolhimento dos pacientes durante as consultas de Classificação de Risco?	(1) Sim (2) Não
02.	Possui oxímetro de pulso exclusivo para uso no consultório do Acolhimento?	(1) Sim (2) Não
03.	Possui esfigmomanômetro exclusivo para uso no	(1) Sim

	consultório do Acolhimento?	(2) Não
04.	Possui estetoscópio exclusivo para uso no consultório do Acolhimento?	(1) Sim (2) Não
05.	Possui termômetro timpânico para uso exclusivo no consultório do Acolhimento?	(1) Sim (2) Não
5- Educação Permanente		
5.1- Características Estruturais		
01.	Na instituição existe espaço físico para treinamento das equipes assistenciais e administrativas?	(1) Sim (2) Não
02.	Existe recursos audiovisuais disponíveis para treinamentos das equipes assistenciais e administrativas?	(1) Sim (2) Não
03.	O serviço possui fluxogramas, protocolos e manuais físicos para treinamento das equipes assistenciais e administrativas?	(1) Sim (2) Não Existe documento que comprove? ()
6- Auditoria		
6.1- Características Estruturais		
01.	Para a realização da auditoria interna, são utilizadas as fichas no modelo preconizado pelo GBCR*?	(1) Sim (2) Não Existe documento que comprove? ()
02.	Possui fluxograma definido com o setor de prontuário, para liberação da amostragem de fichas de classificação de risco por classificador?	(1) Sim (2) Não Existe documento que comprove? ()
03.	Possui espaço físico exclusivo para a realização da auditoria interna?	(1) Sim (2) Não
7- Monitoramento		
7.1- Características Estruturais		
01.	O serviço possui indicadores de atendimentos da Classificação de risco, por prioridade clínica?	(1) Sim (2) Não Existe documento que comprove? ()
02.	O serviço possui formulário de pesquisa para mensurar a satisfação dos usuários?	(1) Sim (2) Não Existe documento que comprove? ()
03.	O serviço possui formulário de pesquisa para mensurar a satisfação dos profissionais?	(1) Sim (2) Não Existe documento que comprove? ()

Legenda: * GBCR- Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

** MTS- Sistema Manchester de Triagem

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
Avaliação da implantação do Sistema Manchester de Classificação de Risco – HU/UNIVASF, Petrolina/PE

INSTRUMENTO I Parte 2 – Questionário para Avaliação do Processo Assistencial do Acolhimento
Gestão do HU-UNIVASE

1- Gestão		
1.1- Processo de Trabalho		
01.	Houve a apresentação do MTS** para a governança do HU-UNIVASF pelo GBCR*?	(1) Sim (2) Não
01.1	Se, sim: Você participou?	(1) Sim (2) Não
02.	Houve Concurso ou Seleção de Enfermeiros para compor a equipe do Acolhimento?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
03.	Houve Seleção para médicos para compor a equipe médica que atua no Acolhimento?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
04.	Foi realizado a capacitação dos Classificadores pelo GBCR*?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
05.	Foi realizada a capacitação da equipe de auditores internos pelo GBCR*?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
06.	Houve a capacitação da equipe Administrativa, pela chefia da Setor de Urgência e Emergência	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
07.	Houve a realização de reforma do espaço físico do Acolhimento? contemplando:	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
07.1	Se, sim quais sítios assistenciais foram contemplados? Recepção de Acompanhantes e pacientes;	(1) Sim (2) Não (1) Sim (2) Não
07.2	Recepção de espera para atendimento médico;	(1) Sim (2) Não

07.3	Consultório de Acolhimento;	(1) Sim(2) Não
07.4	Consultório médico;	
08.	Após o paciente ser classificado o direcionamento para consulta é realizado de acordo com o fluxograma de atendimento por especialidade médica?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
2- Regulação assistencial		
2.1- Processo de Trabalho		
01.	Os casos de baixa complexidade são regulados para a rede básica de atenção à saúde?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
02.	Os casos de média complexidade são regulados para os demais componentes da rede de saúde?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
03.	Os atendimentos dos pacientes transportados pelas equipes pré-hospitalares são realizados conforme Fluxograma de Prioridades das Equipes Pré-Hospitalares?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
04.	Os pacientes com quadro clínico estabilizado, que não residem em Petrolina-PE, são regulados para leitos de retaguarda em outros municípios?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?

3- Comunicação		
3.1- Processo de Trabalho		
01.	A continuidade do atendimento ao paciente classificado respeita o fluxo de comunicação estabelecido entre o setor de acolhimento e as unidades assistenciais de apoio (consultórios médicos, laboratório, setor de imagem, internamento, UTI, Bloco Cirúrgico)?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
02.	Houve comunicação formal para os funcionários, sobre a implantação do MTS** e as alterações no fluxo de atendimento aos pacientes, no Acolhimento do Setor de Urgência e Emergência?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
03.	Houve divulgação para a Rede de Atenção à Saúde e demais serviços assistenciais complementares, sobre a implantação do MTS** e as alterações no fluxo de atendimento aos pacientes no Acolhimento do Setor de Urgência e Emergência?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
04.	A ASCOM se articulou com os principais veículos de	(1) Sim

	comunicação (rádio, TV e mídias digitais) para divulgação das informações referentes à implantação do MTS** no HU-UNIVASF para a população em geral?	(2) Não Possui documentos que comprove?
05.	Os usuários e acompanhantes são informados, sobre o atendimento do MTS**, quando chegam na recepção de pacientes do Setor de Urgência e Emergência do HU-UNIVASF?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
4- Assistência à Saúde		
4.1- Processo de Trabalho		
01.	Os usuários e acompanhantes são informados sobre o tempo de espera e a ordem de atendimento?	(1) Sim (2) Não
02.	A Classificação de Risco é realizada em até 03 minutos, conforme o manual do MTS**?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
03.	Todos os casos que chegam ao Acolhimento, são classificados, inclusive os casos não graves?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
04.	A priorização da ordem de atendimento médico de acordo com a Classificação de Risco é respeitada?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
05.	Todos os pacientes são reavaliados, os casos graves e não graves que aguardam atendimento médico?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
06.	Após o início das atividades do MTS** ocorreram óbitos evitáveis na espera para o atendimento médico?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
07.	Após a classificação, o tempo máximo de espera, preconizado pelo MTS**, para o atendimento médico do paciente é obedecido?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
5- Educação Permanente		
5.1- Processo de Trabalho		
01.	É realizado treinamento periódico para os classificadores?	(1) Sim (2) Não
01.2	Se, sim: Possui cronograma de treinamento?	(1) Sim

	Com que frequência? _____	(2) Não Possui documentos que comprove?
02.	São realizadas reuniões para discussões entre gestão e equipes assistenciais sobre a operacionalização do MTS** na rotina do Acolhimento?	(1) Sim (2) Não
02.1	Se sim: Possui Cronograma de reuniões? Com que frequência? _____	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
03.	A gestão promove capacitações periódicas com as equipes multiprofissionais que atuam no setor de Urgência e Emergência?	(1) Sim (2) Não
03.1	Se, sim: Possui cronograma de capacitação? Com que frequência? _____	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
6- Auditoria		
6.1- Processo de Trabalho		
01.	Há atividade auditoria interna dos classificadores do MTS** no HU-UNIVASF?	(1) Sim (2) Não
01.1	Se, sim: Qual a periodicidade das Auditorias? ()	(1) Sim
01.2	Os relatórios das Auditorias são divulgados para os classificadores? Se, sim: Com qual frequência? ()	(2) Não Possui documentos que comprove?
01.3	Os relatórios das Auditorias interna são enviados ao GBCR*? Se, sim: Com qual frequência? ()	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
02.	A liberação das amostragens de fichas por classificador a serem auditadas pela comissão, acontece de acordo com o fluxograma estabelecido?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
02.1	Possui cronograma de retiradas das fichas do setor de prontuário?	(1) Sim (2) Não

		Possui documentos que comprove?
03.	A auditoria interna é realizada em espaço físico apropriado?	(1) Sim (2) Não
7- Monitoramento		
7.1- Processo de Trabalho		
01.	Os relatórios dos indicadores de atendimentos, são publicados para conhecimento dos funcionários e usuários da instituição?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
01.1	Se, sim qual a frequência de publicação? ()	
02.	Os relatórios sobre o grau de satisfação dos usuários, que são atendidos na classificação de risco são publicados?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
02.1	Se, sim: As publicações são disponibilizadas para conhecimento dos funcionários?	(1) Sim (2) Não
02.2	As publicações são disponibilizadas para conhecimento dos usuários?	(1) Sim (2) Não
02.3	Qual a periodicidade de publicação dos indicadores? ()	
03.	Os relatórios sobre o grau de satisfação dos profissionais, que atuam na classificação de risco são publicados?	(1) Sim (2) Não Possui documentos que comprove?
03.1	Se, sim: As publicações são disponibilizadas para conhecimento dos funcionários?	(1) Sim (2) Não
03.2	As publicações são disponibilizadas para conhecimento dos usuários?	
03.3	Qual a periodicidade de publicação? ()	

Legenda: * GBCR- Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

** MTS- Sistema Manchester de Triagem

**APÊNDICE C – INSTRUMENTO II (Questionário para Avaliação do
Acolhimento – Enfermeiros)**



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**Avaliação da implantação do Sistema Manchester de Classificação de Risco –
HU/UNIVASF, Petrolina/PE**

**INSTRUMENTO II – Questionário para Avaliação do Processo Assistencial do
Acolhimento
Enfermeiros do Acolhimento do HU-UNIVASF**

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL	
Dados Pessoais	
1- Nome Completo:	
2- Data de nascimento:	Idade:
3- Telefone:	
4- E-mail:	
Dados Acadêmicos e Profissionais	
5- Qual a sua formação profissional?	
6- Desenvolve suas atividades laborais no Acolhimento () Não () Sim	
Há quanto tempo?	
7- Há quanto tempo trabalha no HU-UNIVASF?	
8- Qual a carga horária no serviço?	
9- Possui alguma pós graduação? () Não () Sim	
9.1- Especialização: () Não () Sim / Se sim, qual:	
9.2- Residência: () Não () Sim / Se sim, qual:	
9.3- Mestrado: () Não () Sim / Se sim, qual:	
9.4- Doutorado: () Não () Sim / Se sim, qual:	
10- Possui Curso de Classificador do Sistema Manchester de Triagem pelo GBCR*? () Não () Sim	
11- Possui capacitação realizada pelo HU-UNIVASF em Classificação de Risco baseada no Sistema Manchester de Triagem? () Não () Sim	
12- Possui Curso de Auditor do Sistema Manchester de Triagem pelo GBCR*?() Não () Sim	

2- Regulação Assistencial		
2.1- Características Estruturais		
01.	Existe funcionário administrativo responsável de regular os casos de média complexidade para a Central Interestadual de Regulação Assistencial?	(1) Sim (2) Não
02.	Existe funcionário administrativo, responsável de regular os leitos de retaguarda para a Central Interestadual de Regulação Assistencial?	(1) Sim (2) Não
2.2- Características de Trabalho		
01.	Após a classificação de risco os casos de baixa complexidade são encaminhados para a rede básica de saúde, conforme indicado no fluxograma estabelecido pela instituição?	(1) Sim (2) Não
02.	Os casos de média complexidade são regulados para os demais componentes de rede, conforme as orientações do fluxograma estabelecido pela instituição?	(1) Sim (2) Não
03.	Os pacientes transportados pelos serviços pré-hospitalares, são atendidos pela ordem de priorização, de acordo com o Fluxograma de Prioridades estabelecido pela Instituição?	(1) Sim (2) Não
03.1	Utiliza o fluxograma nos atendimentos da classificação de risco?	(1) Sim (2) Não
04.	Tem conhecimento sobre o fluxo com a Central Interestadual de Regulação, de leitos de retaguarda para pacientes que não residem em Petrolina-PE?	(1) Sim (2) Não
3- Comunicação		
3.1- Processo de Trabalho		
01.	O Acolhimento possui fluxo definido de comunicação com as unidades assistenciais internas de apoio (consultórios médicos, laboratório, setor de imagem, internamento, UTI, Bloco Cirúrgico) para atendimento do paciente classificado?	(1) Sim (2) Não
02.	Você foi comunicado formalmente sobre a implantação do MTS** e as alterações no fluxo de atendimento aos pacientes, no Acolhimento do Setor de Urgência e Emergência?	(1) Sim (2) Não
03.	Tem conhecimento sobre a divulgação para a Rede de Atenção à Saúde e demais serviços assistenciais complementares, sobre a implantação do MTS** e as alterações no fluxo de atendimento aos pacientes no Acolhimento do Setor de Urgência e Emergência?	(1) Sim (2) Não
04.	Houve divulgação das informações referentes à implantação do MTS** no HU-UNIVASF para a população em geral por meio dos os principais veículos de comunicação (rádio, TV e mídias digitais)?	(1) Sim (2) Não
05.	Os usuários e acompanhantes que aguardam na recepção de pacientes do Setor de Urgência e Emergência do HU-UNIVASF, são informados sobre os atendimentos pelo MTS**?	(1) Sim (2) Não
4- Assistência à Saúde		
4.1- Características Estruturais		
01.	O Acolhimento possui consultório exclusivo para a realização das consultas de Classificação de Risco?	(1) Sim (2) Não
02.	Possui oxímetro de pulso exclusivo para uso no consultório do Acolhimento?	(1) Sim (2) Não

03	Possui esfignomanoômetro exclusivo para uso no consultório do Acolhimento?	(1) Sim (2) Não
04.	Possui estetoscópio exclusivo para uso no consultório do Acolhimento?	(1) Sim (2) Não
05.	Possui termômetro timpânico para uso exclusivo no consultório do Acolhimento?	(1) Sim (2) Não
4.2- Processo de Trabalho		
01.	Os usuários e acompanhantes são informados sobre o tempo de espera e a ordem de atendimento?	(1) Sim (2) Não
01.2	Você realiza esta atividade?	(1) Sim (2) Não
02.	Você realiza a Classificação de Risco conforme o tempo preconizado pelo manual do MTS**?	(1) Sim (2) Não
02.1	Qual o tempo preconizado pelo manual do MTS** para realização da Classificação de risco?	_____ minutos
03.	Você classifica todos os casos que chegam ao Acolhimento, inclusive os casos não graves?	(1) Sim (2) Não
04.	A priorização da ordem de atendimento médico de acordo com a Classificação de Risco é respeitada?	(1) Sim (2) Não
05.	Você reavalia todos os pacientes, os casos graves e não graves que aguardam atendimento médico?	(1) Sim (2) Não
06.	Durante seu atendimento no Acolhimento ocorreram óbitos evitáveis na espera para o atendimento médico?	(1) Sim (2) Não
07.	Você sabe informar qual é o tempo máximo de espera para cada prioridade clínica, preconizado pelo MTS**? Vermelho: _____ Laranja: _____ Amarelo: _____ Verde: _____ Azul: _____	
07.1	Após a classificação, quando você encaminha o paciente para atendimento médico, o tempo máximo de espera, preconizado pelo MTS** é obedecido?	(1) Sim (2) Não
08.	Após o paciente ser classificado o direcionamento para consulta é realizado de acordo com o fluxograma de atendimento por especialidade médica?	(1) Sim (2) Não
5- Educação Permanente		
5.1- Características Estruturais		
01.	Na instituição existe espaço físico para treinamento das equipes assistenciais e administrativas?	(1) Sim (2) Não
02.	Existe recursos audiovisuais disponíveis para treinamentos das equipes assistenciais e administrativas?	(1) Sim (2) Não
03.	O serviço possui fluxogramas, protocolos e manuais físicos para treinamento das equipes assistenciais e administrativas?	(1) Sim (2) Não
5.2- Processo de Trabalho		

01.	Você participa dos treinamentos periódicos para os classificadores?	(1) Sim (2) Não
01.2	Sabe informar com qual frequência a instituição oferta os treinamentos? _____	
02.	Você participa das reuniões de discussão entre gestão e as equipes assistenciais que atuam no Acolhimento sobre a operacionalização do MTS** na rotina de atendimentos na Classificação de Risco.	(1) Sim (2) Não
02.1	Sabe informar com qual frequência a instituição oferta os treinamentos? _____	
03.	Você participa das capacitações sobre o MTS**, promovidas pela gestão com as equipes multiprofissionais que atuam no setor de Urgência e Emergência?	(1) Sim (2) Não
03.1	Sabe informar com qual frequência a instituição oferta as capacitações? _____	
6- Auditoria		
6.1- Processo de Trabalho		
01.	Você tem conhecimento sobre comissão de auditoria interna do MTS** no HU-UNIVASF?	(1) Sim (2) Não
01.1	Se, sim: Participa desta comissão?	(1) Sim (2) Não
02.	Você recebe, ou já recebeu, algum relatório emitido pela comissão de Auditoria sobre o seu desempenho como classificador?	(1) Sim (2) Não
02.1	Se, sim com que frequência recebe o relatório? _____	
03.	Tem conhecimento se o relatório de auditoria interna é enviado ao GBCR*?	(1) Sim (2) Não
03.1	Se, sim sabe informar qual a periodicidade de envio? _____	
7- Monitoramento		
7.1- Processo de Trabalho		
01.	Tem conhecimento sobre os indicadores de qualidade dos atendimentos da classificação de risco?	(1) Sim (2) Não
01.1	Tem acesso a publicação dos indicadores?	(1) Sim (2) Não
01.2	Sabe informar qual a frequência de publicação?	(1) Sim (2) Não
02.	Tem conhecimento sobre o grau de satisfação dos usuários, que são atendidos na classificação de risco?	(1) Sim (2) Não
02.1	Tem acesso a publicação dos indicadores?	(1) Sim

		(2) Não
02.2	Sabe informar a frequência de publicação?	(1) Sim (2) Não
03.	Tem conhecimento sobre o grau de satisfação dos profissionais que atuam na Classificação de Risco?	(1) Sim (2) Não
03.1	Já preencheu algum formulário de pesquisa de satisfação do profissional que atua na Classificação de Risco da instituição?	(1) Sim (2) Não
03.2	Tem acesso a publicação dos indicadores?	(1) Sim (2) Não
03.2	Sabe informar a frequência de publicação?	(1) Sim (2) Não

Legenda: * GBCR- Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

** MTS- Sistema Manchester de Triagem

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -
IMIP/PE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE MANCHESTER e
AVALIAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

Pesquisador: Luciana Santos Dubeux

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20271519.7.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.568.387

Apresentação do Projeto:

Projeto do Programa de pós-graduação em Avaliação em Saúde Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde do IMIP. Será realizada uma avaliação normativa, para aferir o grau de implantação da intervenção, considerando os componentes de estrutura e processo. Foram construídos o modelo lógico e a matriz de análise e julgamento preliminares da intervenção, com vistas à futura apreciação por especialistas relacionados à Temática em questão.

A população composta pelos profissionais de saúde que atuam no setor de classificação de risco: 28 enfermeiros, a equipe administrativa (5 funcionários do setor de Regulação e 5 atendentes recepcionistas), a governança gestora (o Gerente de Atenção à saúde, o chefe da divisão médica e o chefe do setor de Urgência e Emergência, responsável pela operacionalização do Protocolo de Manchester no HU-univasf). Uma amostra de 41 profissionais atuantes na assistência e na gestão do protocolo. Para a análise do grau de implantação serão utilizados indicadores de estrutura e processo. Os dados serão coletados mediante a aplicação de questionários, observação direta e dados secundários do Sistema de Informação do Hospital Universitário, que é um sistema de monitoramento de indicadores de resultados das ações do serviço.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua dos Coelhos, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-902

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4756

Fax: (81)2122-4782

E-mail: comitedeetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -
IMIP/PE



Continuação do Parecer: 3.568.387

Avaliar a implantação do Sistema de Classificação de Risco de Manchester no setor de Urgência e Emergência do HU-UNIVASF.

Objetivo Secundário:

1. Identificar o componente de estrutura do protocolo de Manchester na Unidade de Urgência e Emergência do HU-UNIVASF;
2. Verificar os componentes relativos ao processo de trabalho do protocolo de Manchester na Unidade de Urgência e Emergência do HU-UNIVASF.
3. Aferir o grau de Implantação do protocolo de Manchester na Unidade de Urgência e Emergência do HU-UNIVASF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios: bem delineados e descritos no TCLE.

Porém constam de forma incompleta no projeto e no documento de informações básicas do projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo factível, relevante para a comunidade científica e para a saúde da população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequadamente apresentados.

Recomendações:

Completar as informações de riscos e benefícios no projeto e no documento de informações básicas do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

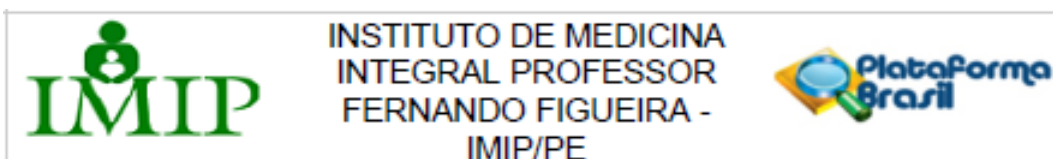
Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocorrigidoLuciana.pdf	06/09/2019 08:34:23	MONICA MARIA DE SOUZA MEDEIROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	tlecorrigidoLuciana.pdf	06/09/2019 08:21:14	MONICA MARIA DE SOUZA MEDEIROS	Aceito

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-902
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 3.568.387

Ausência	telecorrigidoLuciana.pdf	06/09/2019 08:21:14	MONICA MARIA DE SOUZA MEDEIROS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1356511.pdf	23/08/2019 19:19:26		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	20/08/2019 22:27:43	Luciana Santos Dubeux	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tole.pdf	20/08/2019 22:24:51	Luciana Santos Dubeux	Aceito
Outros	danielle.pdf	31/07/2019 18:53:57	Luciana Santos Dubeux	Aceito
Outros	vilma.pdf	31/07/2019 18:52:32	Luciana Santos Dubeux	Aceito
Outros	luciana.pdf	31/07/2019 18:51:40	Luciana Santos Dubeux	Aceito
Declaração de Pesquisadores	resposta.pdf	31/07/2019 18:42:53	Luciana Santos Dubeux	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	10/07/2019 10:00:13	Luciana Santos Dubeux	Aceito
Outros	Carta.pdf	09/07/2019 14:22:31	Luciana Santos Dubeux	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 11 de Setembro de 2019

Assinado por:
Lygia Carmen de Moraes Vanderlei
(Coordenador(a))

Endereço: Rua dos Coelho, 300
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-902
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeetica@imip.org.br

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA



Hospital Universitário Doutor Washington Antônio de Barros – HU-UNIVASF
Gerência de Ensino e Pesquisa
Avenida José da Sá Maniçoba, s/n – Centro – Petrolina-PE – (87) 2101-6555 / 6506

CARTA DE ANUÊNCIA

De acordo com leitura analítica do projeto de pesquisa intitulado “SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE MANCHESTER - AVALIAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO” da autora DANIELLE COUTINHO DE SOUZA LINS MACHADO, sob orientação da Profa. Dra. Luciana Santos Dobeux e coorientação da Profa. Dra. Vilma Costa de Macêdo, foram analisados os seguintes aspectos:

- Relação custos, riscos e benefícios para o hospital, profissionais de saúde, pacientes e usuários desta instituição.
- Relevância social da pesquisa e impacto na melhoria da assistência em saúde desta instituição.
- Desenvolvimento preferencialmente em indivíduos com autonomia plena, assegurando confidencialidade, respeito, privacidade e proteção contra possíveis agravos oriundos da pesquisa.
- Ausência de despesas de qualquer natureza para esta instituição de saúde.
- Concisão e clareza dos aspectos metodológicos da pesquisa, situação *SINE QUA NON* para permitir a entrada dos pesquisadores na instituição.
- Respeito às normas de biossegurança, boas práticas em saúde e regulamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e outros órgãos de regulação em saúde.
- Respeito e cumprimento das determinações éticas da Resolução MS/CNS nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012;
- Respeito às normas internas de conduta profissional e ética, assim como ao bom nome deste hospital.
- O HU-UNIVASF pode dispor de material para fornecer ao grupo no momento da coleta, desde que esteja disponível em estoque e seja solicitado com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias úteis.
- Viabilidade da autorização para que a coleta por procedimento invasivos seja realizada exclusivamente pela equipe de saúde da instituição, de acordo com os protocolos da unidade, conforme auxílio requerido pelo pesquisador aos profissionais.

A realização da pesquisa será aceita no prazo determinado no cronograma do projeto de pesquisa, de maio a setembro de 2019, após aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) cadastrado na Plataforma Brasil, sem restrições a sua realização. Porém, os pesquisadores devem ter ciência de que:

- Após submissão e aprovação pelo comitê de ética e antes da coleta de dados nas dependências deste hospital, os autores devem encaminhar para a Gerência de Ensino e Pesquisa deste hospital, via e-mail para pit.huunivasf@gmail.com, a folha de rosto da Plataforma Brasil, bem como a APROVAÇÃO do CEP onde o trabalho foi avaliado.
- É obrigatório, sempre que for solicitado, que os autores esclareçam quaisquer dúvidas ou inconsistências no processo de coleta de dados.
- Qualquer alteração na metodologia e/ou cronograma do projeto de pesquisa deve ser prontamente informado à Gerência de Ensino e Pesquisa deste hospital.
- Ao término da coleta e análise dos dados, enviar à Gerência de Ensino e Pesquisa do HU-UNIVASF o relatório final da pesquisa contendo os resultados, discussão e conclusão. Caso isso não ocorra, o pesquisador responsável pelo projeto ficará em débito com o HU-UNIVASF.
- O HU-UNIVASF reserva-se ao direito da publicação não científica dos resultados contidos no relatório final.

No caso do não cumprimento dos itens acima, ficam as partes cientes da liberdade de retirar a anuência à pesquisa a qualquer momento sem penalização ou ônus de nenhuma natureza.

Petrolina, 11 de abril de 2019.

Fabrizio Souza Silva
Chefe do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica
Hospital Universitário Doutor Washington Antônio de Barros – HU-UNIVASF
Mat. SIAPE: 1567637

DOCUMENTO GERADO
VIRTUALMENTE, NÃO
PODE SER ALTERADO

HU-UNIVASF, preserve-o, ele também é seu.
Este documento possui um número único, que poderá ter sua autenticidade confirmada pelo site
www.sistemas.univasf.edu.br/sge2/autenticacao

Autenticação
sge20121ry29-369