

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Danilo Borges Matias

**IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE ATENDIMENTO EM UMA UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO DE BELO HORIZONTE BASEADA NOS PRINCÍPIOS
DO *LEAN THINKING* E DO *FAST TRACK***

Belo Horizonte
2021

Danilo Borges Matias

IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE ATENDIMENTO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE BELO HORIZONTE BASEADA NOS PRINCÍPIOS DO *LEAN THINKING* E DO *FAST TRACK*

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha.

Coorientadora: Prof.^a. Dr.^a. Mirela Castro Santos Camargos.

Belo Horizonte
2021

FICHA CATALOGRÁFICA

M433i Matias, Danilo Borges.
Implementação de estratégia de atendimento em uma unidade de pronto atendimento de Belo Horizonte baseada nos princípios do Lean Thinking e do Fast Track [manuscrito]. / Danilo Borges Matias. - - Belo Horizonte: 2021.
174f.: il.
Orientador (a): Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha.
Coorientador (a): Mirela Castro Santos Camargos.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Serviços Médicos de Emergência. 2. Serviços de Saúde. 3. Gestão em Saúde. 4. Dissertação Acadêmica. I. Noronha, Kenya Valeria Micaela de Souza. II. Camargos, Mirela Castro Santos. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WX 215

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 33 (TRINTA E TRÊS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELO CANDIDATO DANILO BORGES MATIAS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de abril de dois mil e vinte e um, às 16:00 horas, realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE ATENDIMENTO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE BELO HORIZONTE BASEADA NOS PRINCÍPIOS DO LEAN THINKING E DO FAST TRACK", do aluno *Daniilo Borges Matias*, candidato ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Política, Planejamento e Avaliação em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha, Mirela Castro Santos Camargos, Mônica Viegas Andrade e Alzira de Oliveira Jorge, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADO;

APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

REPROVADO.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 28 de abril de 2021.

Profª. Drª. Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha

Orientadora (UFMG)

Profª. Drª. Mirela Castro Santos Camargos

Coorientadora (UFMG)

Profª. Drª. Mônica Viegas Andrade

Membro Titular (UFMG)

Profª. Drª. Alzira de Oliveira Jorge

Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes

Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha, Professora do Magistério Superior**, em 29/04/2021, às 14:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mirela Castro Santos Camargos, Professora do Magistério Superior**, em 03/05/2021, às 10:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Monica Viegas Andrade, Professora do Magistério Superior**, em 18/05/2021, às 12:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alzira de Oliveira Jorge, Professora do Magistério Superior**, em 19/05/2021, às 21:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Davidson Luis Braga Lopes, Secretário(a)**, em 19/05/2021, às 21:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0699900** e o código CRC **683D8B4A**.

AGRADECIMENTOS

A Deus por todas as coisas, pois, sem Ele, a própria vida careceria de sentido.

À minha esposa Sabrina e minha filha Sarah pelo amor e companheirismo.

Às minhas orientadoras Prof. Kenya e Prof. Mirela que se desdobraram em generosidade e compreensão.

Ao secretário de saúde Dr. Jackson Machado por ter confiado a mim a honrosa missão de poder estar à frente da gestão de um notável hospital escola à serviço do SUS.

Aos amigos da diretoria e aos trabalhadores do hospital que me incentivaram e auxiliaram na construção deste trabalho.

A meus pais e irmãos que me servem de inspiração diariamente.

Às amigas Cristine, Denise, Cyrana e Stefany pelo suporte na obtenção de dados para essa pesquisa.

RESUMO

MATIAS, D. B. Implementação de estratégia de atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento de Belo Horizonte baseada nos princípios do *Lean Thinking* e do *Fast Track*. 2021.167 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2021.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) representam um importante ponto de cuidado pré-hospitalar e porta de acesso ao sistema, atuando como unidades intermediárias entre a atenção primária e as emergências hospitalares. Elas frequentemente apresentam episódios de superlotação, deixando tanto usuários quanto a equipe assistencial insatisfeita e desgastam a imagem dos serviços de saúde. Os desafios para superar esta situação são muitos e algumas ferramentas de gestão têm sido empregadas para melhoria desse quadro. “*Lean Thinking*” é um conjunto de conceitos, métodos e ferramentas derivados do Sistema de Produção Toyota (TPS) e o *Fast Track* é uma ferramenta que reflete o “pensamento *Lean*” e consiste em um fluxo de atendimento mais ágil para pacientes considerados como de baixo risco. O objetivo desta pesquisa é analisar o processo de implantação de uma nova estratégia de atendimento, baseada nas ferramentas de gestão do *Lean* e do *Fast Track* em uma Unidade de Pronto Atendimento do município de Belo Horizonte (MG). A pesquisa também avalia as repercussões sobre a organização do trabalho e a produção do cuidado decorrentes dessa intervenção. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e finalidade descritiva do tipo estudo de caso, complementado pela abordagem quantitativa. A análise dos dados qualitativos foi feita por meio da análise de conteúdo e a técnica utilizada para a coleta de dados foi o Grupo Focal. A análise quantitativa, de caráter retrospectivo e descritivo, envolveu um levantamento dos dados de produção e perfil de atendimento disponíveis no banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada. Foram coletadas informações atinentes aos anos de 2016, 2017, 2018 e 2019. Com base nessas informações foram construídos indicadores que permitiram quantificar e caracterizar o perfil de atendimento na UPA antes (2016 e 2017) e após (2018 e 2019) a implantação da nova estratégia de atendimento. Os resultados obtidos mostram uma melhora importante na organização do fluxo de pacientes na UPA com redução no tempo de espera para a realização do atendimento.

Palavras-chave: Unidades de Pronto Atendimento. Superlotação. *Lean Thinking*. *Fast Track*.

ABSTRACT

MATIAS, D. B. Implementation of a service strategy in an Emergency Care Unit in Belo Horizonte based on the principles of Lean Thinking and Fast Track. 2021. 167 f. Dissertation (Professional Master in Health Services Management) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais. Belo Horizonte, 2021.

The Emergency Care Units (ECU) represent an important point of pre-hospital care and access to the system, acting as intermediate units between primary care and hospital emergencies. They often experience episodes of overcrowding, leaving both users and the health care team dissatisfied and eroding the image of health services. The challenges to overcome this situation are many and some management tools have been used to improve this situation. "Lean Thinking" is a set of concepts, methods and tools derived from the Toyota Production System (TPS) and Fast Track is a tool that reflects "Lean Thinking" and consists of a more streamlined service flow for patients considered to be low risk. The objective of this research is to analyze the process of implementing a new service strategy, based on the management tools of Lean and Fast Track in an Emergency Unit in the municipality of Belo Horizonte (MG). The research also assesses the repercussions on the organization of work and the production of care resulting from this intervention. It is a study with a qualitative approach and descriptive purpose of the case study type, complemented by the quantitative approach. The analysis of qualitative data was done through content analysis and the technique used for data collection was the Focus Group. The quantitative analysis, of retrospective and descriptive character, involved a survey of the production data and attendance profile available in the database extracted from the electronic medical record system used in the studied ECU. Information related to the years 2016, 2017, 2018 and 2019 was collected. Based on this information, indicators were constructed that allowed to quantify and characterize the profile of care at the ECU before (2016 and 2017) and after (2018 and 2019) the implementation of the new service strategy. The results obtained show an important improvement in the organization of the flow of patients in the ECU with a reduction in the waiting time for the delivery of care.

Keywords: Emergency Care Units. Over crowded. Lean Thinking. Fast Track.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização para Internação Hospitalar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BH	Belo Horizonte
CINT	Central de Internações
CTI	Centro de Terapia Intensiva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS	<i>Length of Stay</i>
NEDOCS	<i>National Emergency Department Overcrowding Score</i>
NIR	Núcleo Interno de Regulação
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PRODABEL	Empresa de Informática de Informação de Belo Horizonte
PSF	Programa de Saúde da Família
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	Serviço de Emergência
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livremente Esclarecido
TPS	Sistema de Produção Toyota
UBS	Unidade Básicas de Saúde
UDC	Unidade de Decisão Clínica
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: As quatro áreas que compõem a estrutura física da UPA em estudo	26
Figura 2: “Linha do Tempo” de implantação do <i>Fast Track</i> na UPA estudada	33
Figura 3: Exemplo de Diagrama de Ishikawa feito pelas equipes	37
Figura 4: Telão com os tempos estimados para atendimento	41
Figura 5: Corredor destinado ao <i>Fast Track</i>	42
Figura 6: Planta da UPA em estudo antes da intervenção	43
Figura 7: As alterações estruturais para o <i>Fast Track</i> na UPA com definição de fluxo de entrada e saída	43
Figura 8: Cartão de Ação para Nível 1 de demanda para usuários classificados como “Verdes”, segundo o Protocolo de Manchester	49
Figura 9: Cartão de Ação para Nível 2 de demanda para usuários classificados como “Verdes”, segundo o Protocolo de Manchester	49
Figura 10: Cartão de Ação para Nível 1 de demanda para usuários classificados como “Amarelos”, segundo o Protocolo de Manchester	50
Figura 11: Cartão de Ação para Nível 2 de demanda para usuários classificados como “Amarelos”, segundo o Protocolo de Manchester	50
Figura 12: Cartão de Ação para Nível 1 de demanda para usuários classificados como “Laranja”, segundo o Protocolo de Manchester	51
Figura 13: Total de atendimentos por especialidades na UPA – Anos de 2016, 2017, 2018 e 2019	65
Figura 14: Percentual de atendimentos por prioridade clínica (cor) na Classificação de Risco na UPA de 2016 a 2019	66
Figura 15: Número de atendimentos realizados por mês na UPA nos anos de 2016, 2017, 2018 e 2019	67
Figura 16: Número de atendimentos por dia da semana na UPA em 2016, 2017, 2018 e 2019	68
Figura 17: Percentual de atendimentos a cada turno do dia na UPA nos anos de 2016 a 2019	69
Figura 18: Proporção de atendimentos não realizados por abandono/não respondeu à chamada entre 2016 e 2019, total e entre pacientes da clínica médica em geral e aqueles com classificação de risco verde	70

Figura 19: Tempo médio (em minutos) entre a admissão e a triagem do paciente na UPA entre 2016 e 2019, total e por classificação de risco	71
Figura 20: Tempos médios entre a admissão e a triagem do paciente na UPA entre 2016 e 2019, segundo dias da semana (A) e turno de atendimento (B)	72
Figura 21: Tempo médio (em minutos) entre a triagem do paciente e o atendimento médico na UPA entre 2016 e 2019, total e por classificação de risco	74
Figura 22: Tempo médio (em minutos) entre a triagem do paciente e o atendimento médico na UPA entre 2016 e 2019, total e por especialidade médica.....	74
Figura 23: Tempo médio (em minutos) entre triagem e atendimento do paciente na UPA entre 2016 e 2019, por dia da semana e turno de atendimento	75
Quadro 1: Indicadores utilizados na análise quantitativa nos anos de 2016 a 2019.....	58
Tabela 1: Número e percentual de atendimentos realizados entre 2016 e 2019, total e segundo atributos individuais.....	64

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 O CONTEXTO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	17
2.2 SUPERLOTAÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA	20
2.3 <i>LEAN THINKING</i> E O <i>FAST TRACK</i>	21
3 CENÁRIO	24
3.1 A UPA EM ESTUDO	24
3.1.1 Estrutura física	25
3.1.2 Processo de atendimento antes da intervenção.....	28
3.1.3 Da preparação à intervenção	32
3.1.4 Estrutura e processo de atendimento da UPA depois da intervenção	40
3.2 O HOSPITAL QUE É A RETAGUARDA DA UPA EM ESTUDO	53
4 DADOS E METODOLOGIA	56
4.1 ABORDAGEM	56
4.2 ANÁLISE QUANTITATIVA (FONTE DE DADOS, VARIÁVEIS E METODOLOGIA)	56
4.3 ANÁLISE QUALITATIVA.....	59
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	62
5 RESULTADOS	64
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DA UPA.....	64
5.2 INDICADORES DE DESEMPENHO OPERACIONAL	69
5.3 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À INTERVENÇÃO	76
5.3.1 Período anterior à implantação do <i>Fast Track</i> e a fase preparatória.....	76
5.3.2 Implantação do <i>Fast Track</i>	79
5.3.3 Principais desafios para implantar o <i>Fast Track</i>	81
5.3.4 Período posterior à implantação do <i>Fast Track</i> e seus aspectos positivos	83
5.3.5 Influência do <i>Fast Track</i> sobre os trabalhadores.....	89
5.3.6 Melhorias que o <i>Fast Track</i> trouxe para os usuários.....	92
5.3.7 Avaliação do <i>Fast Track</i> segundo o profissional da UPA	94
5.3.8 Gestão da UPA	96
5.3.9 Perfil do profissional necessário para trabalhar na lógica do <i>Fast Track</i>	98

5.3.10 Alta rotatividade dos profissionais como um obstáculo adicional para a implantação	101
5.3.11 Reflexos gerados pela Pandemia de COVID-19 no fluxo de atendimento implantado na UPA	104
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS.....	111
APÊNDICES	118
APÊNDICE A: Análise dos zeros e <i>missings</i> no banco de dados do prontuário de atendimentos da UPA em estudo	118
APÊNDICE B: Estatística descritiva do tempo porta-triagem e triagem-atendimento	119
APÊNDICE C: Roteiro Semi-estruturado para o Grupo Focal	128
APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	130
APÊNDICE E: Número de atendimentos das especialidades na UPA – Anos de 2016, 2017, 2018 e 2019	132
APÊNDICE F – Produto Técnico	133
ANEXOS	166
ANEXO A – Carta de Anuência.....	166
ANEXO B - Parecer do COEP	167

1 INTRODUÇÃO

A superlotação das unidades de urgência e emergência representa um enorme desafio para os gestores em vários lugares do mundo (LITVAK, 2018). Segundo o *American College of Emergency Physicians* (2008), define-se como superlotação uma situação em que todas as salas do Serviço de Emergência (SE) e corredores de uma determinada unidade estão cheios e todas as macas e cadeiras existentes ocupadas.

No Brasil, tanto fatores associados à demanda como à oferta contribuem para a superlotação dos estabelecimentos de saúde. Do ponto de vista da demanda, a pressão sobre os serviços de saúde está associada, em particular, ao perfil epidemiológico atualmente observado no país, que é caracterizado pela chamada tripla carga de doenças. Esse perfil envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e da desnutrição, características de países em desenvolvimento, a alta prevalência de morbidades devido às causas externas decorrentes da violência e acidentes de trânsito e o aumento da prevalência de doenças crônicas em consequência do processo de transição epidemiológica, verificando-se pacientes com várias comorbidades em descompensação aguda (BRASIL, 2010).

Do ponto de vista da oferta, contribuem para a superlotação, o descumprimento das pactuações sanitárias locais e regionais que precarizam o atendimento em rede, a atual situação de crise econômica em todos os níveis da Federação e uma crescente escassez de recursos destinados ao cuidado em saúde. Como resultado, observa-se um número de leitos de internação insuficientes, escassez de exames especializados e demora na realização dos exames mais simples, e redução do quadro de funcionários. Essa situação é agravada com a elevação contínua dos custos com serviços de saúde (comum no setor de urgência) e por questões relacionadas ao perfil profissional da equipe médica (que apresenta grande variação nos níveis de performance no atendimento, por diversas razões), baixa resolubilidade da atenção primária e a procura por serviços de urgência para atendimento de questões não-urgentes (LITVAK, 2018).

Em 2008, o Ministério da Saúde instituiu as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a missão de oferecer atendimento resolutivo a casos agudos ou crônicos agudizados dando retaguarda às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ao Programa

de Saúde da Família (PSF). O objetivo era descentralizar o atendimento a pacientes com quadros agudos de pequena e média complexidade, constituindo-se como unidade para estabilização de pacientes críticos para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) até sua transferência para um hospital (BRASIL, 2011). Portanto, as UPAs representam um importante ponto de cuidado pré-hospitalar e porta de acesso ao sistema, atuando como unidades intermediárias entre a atenção primária e as emergências hospitalares (BRASIL, 2009). Elas frequentemente apresentam episódios de superlotação, deixando tanto usuários quanto a equipe assistencial insatisfeita e desgastando a imagem dos serviços de saúde perante a sociedade. Sabidamente, a maior demanda por atendimentos de urgência nas UPAs brasileiras é dos casos classificados como “pouco urgentes”, os “verdes”, segundo a Classificação de Risco do Sistema de Triagem de Manchester (STM) (Oliveira et al., 2011).

Importante mencionar o expressivo aumento do número de atendimentos de urgência em UPAs de Belo Horizonte nos últimos anos. Segundo o Relatório Anual de Gestão da SMSA (2018a), nos últimos 5 anos, o número de atendimentos nas UPAs do município teve um aumento de 153,8%, partindo de 570.181 atendimentos em 2014 para 876.847 atendimentos em 2018. Segundo o Plano Municipal Saúde de BH (2018b), este crescimento foi bem mais acentuado para os atendimentos em Clínica Médica, saindo de 300.000 em 2012 para aproximadamente 450.000 em 2018.

Uma parcela importante da demanda pelos serviços de urgência poderia ser resolvida pela atenção primária. Esse o caso por exemplo dos pacientes de Clínica Médica classificados como “verdes” segundo o Sistema de Triagem de Manchester (STM). Conforme Oliveira, Mattos e Souza (2009), apesar de demonstrar conhecer as normas do sistema de saúde pautadas na lógica territorial, na hierarquização e no conceito de porta de entrada pela atenção primária, o usuário, em sua busca por assistência, demanda outros aspectos da realidade que lhe proporcionem melhor possibilidade de acesso.

Os desafios para superar esta situação são muitos e algumas ferramentas de gestão com potencial para aumentar a eficiência e melhorar o desempenho têm sido empregadas para melhoria desse cenário. O “*Lean Thinking*” se apresenta como um conjunto de conceitos, métodos e ferramentas derivados do Sistema de Produção Toyota (TPS) que, quando aplicados em processos de produção do cuidado, podem

contribuir com a sua eficácia. O *Fast Track* é uma ferramenta que reflete o “pensamento *Lean*” e consiste em um fluxo de atendimento mais ágil para pacientes considerados como de baixo risco (NG et al., 2010). Utilizando-se algumas ferramentas do *Lean Thinking*, foi feito o planejamento das ações para mudanças no modelo de atendimento em uma UPA de Belo Horizonte. O novo fluxo de atendimento implementado na unidade, chamado então *Fast Track* (ou “Via Rápida”), foi iniciado em janeiro de 2018, com acompanhamento por um colegiado composto por uma equipe multidisciplinar de profissionais envolvidos diretamente com a assistência e de gestores do hospital.

A utilização do *Lean Thinking* nos serviços de urgência e emergência não é recente. Estudos desde 2006 descrevem resultados como redução dos tempos de espera para o atendimento, do tempo de permanência do paciente na unidade e do número de pacientes não-avaliados nos serviços de emergência que adotaram o *Lean Thinking* como forma de reorganização de seus fluxos de atendimento (HOLDEN, 2011).

Apesar da incipiente experiência com o uso desta metodologia no Brasil, diversos estudos mostram as intervenções baseadas no modelo criado pela empresa japonesa Toyota em serviços de saúde pelo mundo. Mazzocato et al. (2010) revisaram 33 artigos e encontrou uma ampla gama de aplicações do *Lean Thinking* em serviços de saúde com resultados positivos. A revista *Annals of Emergency Medicine* publicou uma revisão contendo 18 artigos descrevendo a implementação do *Lean* em 15 serviços de urgência nos Estados Unidos, Austrália e no Canadá (HOLDEN, 2011; CHAN et al., 2014).

Autores como Bittencourt e Hortale (2009) e Litvak (2018) já abordaram o tema da superlotação nos serviços de urgência e possíveis soluções para os problemas identificados nesses serviços. Porém é ainda escassa a produção científica que estude a adoção de dispositivos que tratem da superlotação no âmbito interno das UPAs brasileiras. Menor número ainda é o de estudos que tenham examinado a influência da adoção de ferramentas de gestão como o *Lean Thinking* e o *Fast Track* na redução do tempo de espera para atendimento dos pacientes de baixa complexidade e na reordenação dos processos internos de trabalho nas UPAs, bem como as impressões dos trabalhadores sobre as mudanças implementadas e os efeitos sobre seu processo de trabalho.

Entender a cultura de uma organização é importante para que se possa compreender sua realidade e como esta realidade pode ser alterada pelas pessoas que fazem parte desta organização. Para Deal e Kennedy (1982), a mudança é necessária quando ocorrem grandes perturbações ambientais, onde mudar torna-se uma questão de sobrevivência. Os autores citam como fatores necessários à mudança o consenso sobre a necessidade de mudança, a comunicação clara quanto aos objetivos e as alterações a serem implementadas e o encorajamento à ideia de mudança como fator de adequação ao meio.

Além disso, ao se estudar a introdução ou a execução de qualquer novo projeto de atendimento em uma instituição de saúde complexa como uma UPA, temos que levar em consideração todas as dimensões micropolíticas presentes na vida organizacional e que são transversais em todos os processos assistenciais. A micropolítica nas organizações de saúde é um conjunto de relações que estabelecem entre si os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada “realidade organizacional” (CECILIO, 2007). É um campo constituído por relações de poder e marcado por disputas, acordos e composições, coalizões e afetos.

Coutinho (2010) apresenta as várias dimensões presentes na vida da organização hospitalar, que acreditamos também serem aplicáveis aos demais serviços de saúde, e em particular às Unidades de Pronto Atendimento. Estas dimensões se referem à produção do cuidado, ao campo das relações de poder, aos aspectos institucionais do hospital (regime jurídico, modelo de gestão e a estrutura organizacional) e ao contexto macrossocial (política de saúde, articulação com o sistema de saúde).

A escassez de pesquisas em nosso meio que abordem estes temas pode retardar avanços que possibilitariam compreender melhor estas ferramentas e métodos e reformular o modelo de atenção nos serviços de urgência principalmente no Sistema Único de Saúde (SUS).

O objetivo desta pesquisa é analisar o processo de implantação de uma estratégia de atendimento, baseada nas ferramentas de gestão do *Lean Thinking*, identificando os principais fatores relacionados a este processo e descrevendo as repercussões sobre a organização do trabalho e a produção do cuidado em uma Unidade de Pronto Atendimento do município de Belo Horizonte (MG). Este estudo

tem relevância por abordar o tema da superlotação em serviços de urgência complexos como as UPAs, especialmente por se tratar da UPA de maior número de atendimentos em Belo Horizonte (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018b). A pesquisa é inovadora no sentido de analisar em uma UPA o uso de ferramentas de gestão já implementadas em outros serviços de saúde. Também é inovador estudar o impacto destas ferramentas tanto na percepção dos trabalhadores quanto na redução do tempo de espera para atendimento dos casos menos complexos, que representam a maior demanda da UPA em estudo.

Este pesquisador, enquanto superintendente do complexo hospitalar estudado, se viu diante do desafio de apresentar uma proposta para lidar com a superlotação frequente nesta porta de urgência. Teve, portanto, a oportunidade de vivenciar todas as etapas deste importante processo para a instituição, acompanhando de perto e no cotidiano os processos para implementação de melhorias e sustentação de sua execução.

Espera-se com este trabalho cumprir com a finalidade de contribuir para a base de conhecimento ao analisar o processo de implantação de uma nova estratégia de atendimento em uma UPA de Belo Horizonte a partir da utilização das ferramentas do *Lean Thinking*.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O CONTEXTO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Segundo a Portaria GM nº 1863, de 29 de setembro de 2003, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU – (BRASIL, 2003a), deve-se garantir “[...] a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não intencionais, violências e tentativas de autoextermínio). Os componentes da PNAU são: (1) pré-hospitalar fixo; (2) pré-hospitalar móvel; (3) hospitalar; (4) pós-hospitalar; (5) centrais de regulação médica às urgências, integradas ao complexo regulador do SUS”.

A criação das Unidades de Pronto Atendimento foi uma resposta à situação generalizada de superlotação dos serviços de emergência dos hospitais, significando uma proposta para modificar o padrão de atendimento nos antigos prontos-socorros do país (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009). Segundo Machado, Salvador e O'Dwyer (2011), a definição da política federal para atenção às urgências no Brasil envolveu três momentos principais: de 1998 até 2003, com predomínio da regulamentação; entre 2004 e 2008, onde há grande expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); e a partir de 2009, quando predomina a implantação do componente fixo da atenção pré-hospitalar, sendo, portanto, a UPA, o último componente a ser implementado. As UPAs constituem um valioso ponto de cuidado pré-hospitalar da política de atenção às urgências e se tornaram importante porta de acesso ao sistema, atuando como unidades intermediárias entre a atenção primária e as emergências hospitalares.

Nessa linha, o Ministério da Saúde passou a elaborar políticas públicas para reorganizar a assistência das unidades de saúde em todos os níveis, buscando atender as reais necessidades da população, com destaque para a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2003a), a Política Nacional de Qualificação do SUS (QUALISUS) (BRASIL, 2006), a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003b) e o Programa SOS Emergências (BRASIL, 2012a).

Atualmente, estão em vigor quatro portarias ministeriais que versam sobre as UPAs: a Portaria nº 2.072/2003, a nº 1.171/2012, a nº 104/2014 e a nº 10 de 2017.

A rede de atenção às urgências e emergências (RUE) estabelecida pelo Ministério da Saúde preconiza o atendimento dos quadros agudos onde quer que o usuário se apresente e, caso necessário, é feita a sua transferência para uma unidade de maior complexidade dentro do sistema seguindo critérios regulatórios. Toda a assistência na RUE baseia-se em acolhimento com classificação de risco e resolutividade do atendimento com qualidade em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2017a). Na RUE, o Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) deve:

(...) prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

A Portaria nº 10 de 03 de janeiro de 2017 redefine o modelo assistencial e financiamento das UPAs. Em seu Capítulo II, artigo 5º apresenta as seguintes diretrizes da UPA 24h:

Art. 5º Considerar-se-á a UPA 24h em efetivo funcionamento quando desempenhar as seguintes atividades:

I - acolher os pacientes e seus familiares em situação de urgência e emergência, sempre que buscarem atendimento na UPA 24h;

II - articular-se com a Atenção Básica, o SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, bem como com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação de Urgências e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde;

III - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitarem de atendimento;

IV - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

V - realizar consulta médica em regime de pronto atendimento nos casos de menor gravidade;

VI - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à UPA 24h;

VII - prestar apoio diagnóstico e terapêutico conforme a sua complexidade; e

VIII - manter pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

As UPAs funcionam 24 horas, todos os dias da semana, incluindo feriados, complementando a atenção primária, sem, no entanto, substituí-la. Essas unidades têm capacidade para resolver grande parte das urgências cuja complexidade seja incompatível com o atendimento nos centros de saúde. São equipamentos que atendem à demanda espontânea da população própria de seu município sede ou de municípios vizinhos, conforme a pactuação.

Uma das dificuldades que as UPAs enfrentam é que suas atribuições induzem o acolhimento dos casos pouco ou não-urgentes, divergindo da lógica de urgência que é própria dos profissionais de saúde. Outro aspecto relevante é que estas unidades, pela própria estrutura física, tecnológica e de recursos humanos que dispõem, devem se articular para não abrigarem por mais de 24 horas quaisquer pacientes (BRASIL, 2017a). Some-se a isso o fato de o financiamento das UPAs, que ocorre através de repasses fundo a fundo e tem o caráter de financiamento tripartite, ser insuficiente para arcar com o custeio das unidades, recaindo muitas vezes sobre a esfera municipal o maior peso deste financiamento.

Outro problema é relacionado à gestão de pessoas. O CONASS (2015) aponta em seu documento a baixa qualificação dos profissionais (34% dos médicos não possui qualquer qualificação para atuação nas UPA) e o dimensionamento do número de profissionais aquém da demanda. Um estudo de Machado et al. (2016) identificou problemas de seleção e fixação de profissionais; predominância de profissionais jovens e inexperientes; alta rotatividade de médicos; e o trabalho na UPA sendo visto como temporário. Destaca-se ainda a multiplicidade de vínculos dos profissionais que atuam nas UPAs (O'DWYER et al. 2017).

Outros dois problemas relativos à concepção e implantação das UPAs devem ser mencionados. Um deles está no fato de a atenção primária não conseguir se responsabilizar totalmente, por razões diversas, pelo atendimento às urgências da sua população adscrita. O segundo problema é o difícil acesso ao hospital de referência, seja pela frequente superlotação das emergências hospitalares, seja pela escassez de leitos em enfermaria e leitos de terapia intensiva nos hospitais, ou mesmo pela ineficiência das centrais de regulação (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Frequentemente, as UPAs têm de conviver com o cenário de superlotação passando a se comportarem muitas vezes como os próprios prontos-socorros “do passado” que a política federal de atenção às urgências ousou tentar remodelar.

Esse cenário é observado devido a diferentes fatores, como por exemplo, prestação de atendimento aos casos pouco ou não urgentes (mas em geral mais perto da casa das pessoas), horário mais abrangente que os dos centros de saúde e prestação do atendimento inicial complexo aos pacientes graves que não conseguem ser referenciados diretamente para hospitais.

2.2 SUPERLOTAÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Segundo Bittencourt e Hortale (2009), a superlotação é um fenômeno mundial caracterizado por todos os leitos do serviço de emergência ocupados, pacientes acamados nos corredores, tempo de espera para atendimento acima de uma hora, alta tensão na equipe assistencial e grande pressão para novos atendimentos.

As evidências sugerem que esta superlotação reflete um modelo de atenção incapaz de responder às necessidades da população (BRASIL, 2001). A superlotação também consome recursos em excesso, incapacitando a equipe de emergência para o atendimento de novos pacientes que estão na sala de espera ou em uma ambulância que chega ao serviço. Esse ambiente tumultuado e imprevisível representa uma ameaça à segurança tanto dos usuários quanto dos trabalhadores (INSTITUTE OF MEDICINE, 2007).

A desproporção entre a grande demanda de pacientes por atendimento em relação à oferta ineficiente dos serviços de emergência no país causa uma desorganização dos serviços que é prontamente identificada pelos gestores, trabalhadores e pelos próprios usuários, e são explorados pela mídia por interesses diversos. A superlotação nos serviços de urgência vem cada vez mais acrescentando novos desafios aos gestores que passam a buscar a adoção de mecanismos, decisões, ações e pactos que permitam garantir um atendimento mais eficaz, resolutivo e seguro, que proporcione uma assistência à saúde integral e humanizada, conforme preconiza o SUS.

O hospital em que a UPA em estudo está vinculada vem ao longo dos anos trabalhando conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria nº 3.390 do Ministério da Saúde em 30 de dezembro de 2013. Essa Portaria dispõe de vários mecanismos que, ao serem trabalhados em conjunto e sinergicamente, apresentam resultados positivos frente à superlotação, quais sejam: acolhimento com classificação de risco, auditorias

clínicas, gerenciamento de leitos com Núcleo Interno de Regulação, horizontalização do cuidado e estratégia de organização da atenção por linhas de cuidado. A Portaria prevê ainda a utilização de ferramentas como o Kanban, termo de origem japonesa que significa “cartão, anotação visível, sinal, símbolo ou painel” (MOURA, 1989) para, no âmbito hospitalar, indicar e monitorar o tempo de permanência em leito dos pacientes internados; o Plano de Capacidade Plena que distribui por todo o hospital a demanda por leitos de internação dos pacientes do serviço de pronto atendimento (TABRIZ et al., 2019) e a criação de novos pontos de cuidado dentro do hospital. No que se refere ao trabalho em rede, este hospital articula-se com demais unidades de urgência e emergência de Belo Horizonte (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018a).

Geralmente, são enunciados três aspectos inerentes às causas da superlotação nos serviços de urgência: fatores relativos à entrada no serviço, fatores intrínsecos ao serviço e fatores relativos à saída dos pacientes do serviço (HOOT; ARONSKY, 2008). O *Fast Track* é utilizado como uma forma de abordagem dos fatores de superlotação intrínsecos ao serviço.

Segundo o American College of Emergency Physicians (2008), como medida adicional de alto impacto para tratar a superlotação, deveriam ser adotados fluxos preferenciais de pacientes com condições médicas pouco urgentes através dos serviços de urgência, como é o caso do *Fast Track*, que pode economizar tempo e organizar melhor o pronto atendimento.

2.3 LEAN THINKING E O FAST TRACK

O “pensamento enxuto”, em uma tradução livre da expressão em inglês “*Lean Thinking*”, é um conjunto de conceitos, métodos e ferramentas derivados do Sistema de Produção Toyota (TPS). O sistema de produção da Toyota Motor Corporation é uma filosofia de melhoria de processos baseada em tempo e valor, desenhada para assegurar *fluxos contínuos e eliminar desperdícios e atividades de baixo valor agregado*.

O *Lean Thinking* é uma abordagem para a organização de processos complexos derivados da experiência em manufatura industrial (LIKER, 2004) que se aplica no âmbito da saúde exatamente por buscar um entendimento detalhado de como um processo complexo (como ocorre com a prestação de cuidados em uma

unidade de pronto-socorro) é realmente realizado. Um elemento-chave do *Lean Thinking* é a prática de começar, não com uma solução em potencial, mas com o desenvolvimento dela.

Paul Akers (2014), um professor e entusiasta do *Lean Thinking*, elenca basicamente sete frentes que, se abordadas adequadamente, podem seguramente diminuir o desperdício nas empresas. São elas:

- **Defeitos:** Quando o trabalho é realizado de forma incorreta, gera vícios e inconsistências, necessitando que sejam refeitos, gerando retrabalho;
- **Espera:** As longas esperas pelo atendimento, preparação de documentos, informes, assinaturas, recebimento de materiais e medicamentos ocasionam pausas no fluxo dos trabalhos e geram ociosidade de tempo;
- **Estoque:** Espaços nobres para a execução dos trabalhos podem ser ocupados pela chegada de materiais, medicamentos, documentação de pacientes antes de sua necessidade efetiva de utilização;
- **Movimentação:** As movimentações que não agregam valor e causam maior necessidade de caminhar, alcançar, abaixar, por exemplo, podem ser consideradas desnecessárias ao fluxo adequado do processo;
- **Transporte:** O transporte de documentações, medicamentos e materiais para locais mais distantes que o necessário gera perda de tempo e energia;
- **Sobreprocessamento:** Revisões excessivas e necessidade de múltiplas assinaturas por exemplo significam atividades redundantes e não geram valor percebido pelo usuário;
- **Superprodução:** Concentração em demasia de produtos, papeis, informações, medicamentos e materiais, com sua liberação antes do momento de sua utilização gerando desperdícios.

Já o *Fast Track* é uma ferramenta que reflete o “pensamento *Lean*” e que foi incorporada na gestão dos serviços de saúde. Funciona dentro das unidades de saúde que atendem em regime de urgência adotando um local e uma equipe pré-definidos e com perfil para atendimento ágil e eficiente daqueles casos estabelecidos como sendo de menor complexidade. Tal modelo consiste em uma reordenação da área física (com intervenções de menor ou maior vulto) separando dos mais graves os pacientes de menor risco e com menor necessidade de recursos para que sejam atendidos em consultórios específicos utilizando medicações

previamente elencadas em um rol, de acordo com as necessidades mais frequentemente observadas (IERACI et al., 2008). A propedêutica geralmente é simples e rápida, como por exemplo o eletrocardiograma (ECG) e a dosagem da glicemia capilar.

O *Fast Track* permite reduzir o tempo de permanência do paciente dentro da unidade, otimizando todo o seu fluxo interno (SANCHEZ et al., 2006). A equipe de atendimento vai até o paciente e não o contrário, eliminando desperdício de tempo, em um processo de trabalho denominado “fluxo puxado”. A utilização do *Fast Track* é mais conhecida e estudada nos prontos-socorros dos hospitais de vários países, porém não há relatos de sua adoção em UPAs brasileiras. Foi realizada a busca por referências bibliográficas nas bases de dados *Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)*, *PubMed* e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) a partir de estratégias de busca compostas pelos termos-chaves nos idiomas inglês e português: *Lean Healthcare; Fast Track; overcrowding; emergency; medicine; departmen; Gestão Serviços de Saúde; atendimento rápido; superlotação; emergência; medicina; pronto-socorro*), sendo selecionados artigos disponíveis eletronicamente e publicados no período de 2015 a 2020. Na seleção dos artigos, foram encontrados trabalhos envolvendo a implantação do *Fast Track* em hospitais do Canadá (LA; JEWKES, 2013; COPELAND; GRAY, 2015), Estados Unidos (YANN et al., 2018), Porto Rico (PARAK; HODGE; ECCLESTON, 2019), França (CHRUSCIEL et al., 2019) e Irã (SHIRAZI, 2016).

Em Julho de 2020, a Universidade Federal Fluminense publicou, com o apoio do Ministério da Saúde, um periódico intitulado *Lean nas UPAS*, que tem como proposta apresentar de forma abrangente os métodos e ferramentas da metodologia Lean para todos os participantes do Projeto Reestruturação Implementação da Humanização no Fluxo de Atendimento de pacientes em UPAs 24h (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, 2020).

Não foram encontrados artigos contendo qualquer referência aos aspectos práticos da implantação do *Fast Track* em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a utilização das ferramentas do *Lean Thinking*. Brito (2018) descreveu o uso do *Lean Thinking* para otimizar o fluxo de pacientes do Pronto-Socorro de um Hospital Universitário Público de Belo Horizonte.

3 CENÁRIO

3.1 A UPA EM ESTUDO

A Unidade de Pronto Atendimento estudada foi inaugurada em dezembro de 2015 e se configura como um importante dispositivo da Rede de Atenção às Urgências de Belo Horizonte e da Região Metropolitana. Sua gestão é atribuída a um complexo hospitalar municipal de grande porte e está formalizada junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) por meio de um contrato de gestão que vincula a UPA à estrutura do hospital como sendo este a sua retaguarda. Sua habilitação ocorreu em 2016 e em 2017 foi qualificada como “Porte III nova” conforme portarias ministeriais (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017b).

A UPA em estudo atende tanto a população adscrita ao distrito sanitário em que se situa, composta, segundo o Censo Populacional de 2010 por 268.038 pessoas (11,3% da população total das nove regionais de Belo Horizonte) (IBGE, 2010), como também a toda a população do município, que é de 2.375.151 pessoas de acordo com essa mesma fonte de informações. A UPA estudada é a referência para 17 Centros de Saúde da Capital e para o SAMU em atendimentos de média complexidade. Além de ter como retaguarda principal um hospital de grande porte, conta com uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), um ambulatório multiprofissional de especialidades que realiza em média 8.000 consultas por ano e ainda se articula com uma rede composta por 10 hospitais que prestam serviço ao SUS em Belo Horizonte cujo acesso é regulado pela Central de Internação (CINT) da SMSA.

Realiza atendimentos em Clínica Médica, Ortopedia e Cirurgia Geral. Os atendimentos de Pediatria foram mantidos no pronto atendimento do hospital de retaguarda desde a inauguração da UPA. Segundo dados do Relatório Anual de Gestão de 2018 da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, esta UPA é a que registra o maior número de atendimentos do município (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018b). No ano de 2019, a UPA realizou em média 393 atendimentos por dia e 11.942 por mês, funcionando 24 horas por dia, todos os dias da semana.

Conta com um total de 281 trabalhadores entre funcionários assistenciais, administrativos efetivos e terceirizados. Seu quadro é formado por 83 médicos, 125 profissionais de enfermagem, 01 psicólogo, 03 assistentes administrativos, 01

assistente social, equipe de 05 trabalhadores para manutenção e infraestrutura e 63 profissionais contratados de empresas terceirizadas que cuidam dos serviços de recepção, portaria, vigilância e limpeza, todos trabalhando em turnos de 6 ou 12 horas a fim de cobrir a escala de 24 horas por dia nos 07 dias da semana. A equipe médica é composta pelas especialidades de clínica médica, cirurgia geral, e ortopedia. O corpo de enfermagem é composto por 27 enfermeiros e 98 técnicos de enfermagem.

3.1.1 Estrutura física

Com uma área de 2.450,00 m², esta UPA possui uma infraestrutura moderna, com instalações amplas e adequadas às normas de vigilância sanitária. Considerando a estrutura física e os fluxos de atendimento, a UPA em estudo é composta por 04 áreas, sendo: uma área destinada ao Atendimento e Observação, uma de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, uma de Apoio Técnico e Logístico e uma de Apoio Administrativo.

A Figura 1 apresenta um esquema que divide por cores as quatro áreas que compõem a estrutura física da UPA estudada. Em verde a área de Atendimento e Observação, em laranja a área de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, em amarelo a de Apoio Técnico e Logístico e em azul a de Apoio Administrativo.

Figura 1: As quatro áreas que compõem a estrutura física da UPA em estudo



Fonte: Elaborada pelo autor.

Área de Atendimento e Observação (área verde na Figura 1)

A área de atendimento e observação é composta por 06 setores: acessos externos, sala de espera e recepção, classificação de risco, sala de emergência, consultórios e observação clínica.

Acessos externos

São 04 no total, sendo 01 acesso para usuários que chegam deambulando, 01 para usuários que chegam de ambulância, 01 para trabalhadores e serviços e 01 para a saída de cadáveres.

Sala de Espera e Recepção

A Sala de Espera tem capacidade para 27 usuários aguardarem sentados por atendimento e tem 02 sanitários com acessibilidade para portadores de deficiência. A Recepção é composta por 02 guichês para o registro dos

pacientes e 01 portão de controle de acesso para pacientes e acompanhantes. Trabalham neste setor 02 recepcionistas, 01 porteiro e 01 vigilante por turno.

Classificação de Risco

Esta UPA conta com 02 postos de trabalho para a Classificação de Risco com visão direta para a Sala de Espera, composta por 02 consultórios para os enfermeiros e uma sala para o assistente social da unidade. Trabalham neste setor 02 enfermeiros e 01 assistente social.

Sala de Emergência

A unidade possui uma Sala de Emergência para a reanimação e estabilização de pacientes classificados quanto ao risco segundo o Sistema de Triagem de Manchester (STM) em vermelho ou laranja. O acesso se dá tanto pela área interna da UPA quanto pela área externa onde ocorre o desembarque de ambulâncias.

Conta com 08 boxes equipados com oito ventiladores mecânicos, oito monitores multiparâmetros; um cardiodesfibrilador; um carro de ressuscitação; prancha longa; bombas infusoras; colares cervicais de diversos tamanhos; redes de gases medicinais e vácuo; além de materiais e medicamentos de uso emergencial e contínuo. Trabalham neste setor a cada plantão: 01 enfermeiro, 02 médicos Emergencistas e 04 técnicos de enfermagem.

Consultórios

São 05 consultórios para atendimento da Clínica Médica, 01 consultório para atendimento da Cirurgia Geral, uma Sala de Sutura e 01 consultório para atendimento Ortopédico conjugado a uma "Sala de Gesso". Trabalham neste setor a cada plantão: 04 médicos Clínicos, 01 Cirurgião Geral e 01 Ortopedista.

Observação Clínica

Há 30 leitos de observação distribuídos em duas áreas onde são alocados pacientes cujo tempo médio de permanência na unidade seja geralmente superior a 24 horas. Dois destes leitos se destinam ao isolamento respiratório. Existe ainda uma terceira área de observação, para aqueles pacientes cujo tempo médio de permanência na unidade seja inferior a 24 horas, que conta com 18 macas. Trabalham nestes setores a cada plantão: 02 médicos Clínicos, 01 enfermeiro e 08 técnicos de enfermagem.

Área de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (área laranja na Figura 1)

Compõem a área de apoio diagnóstico e terapêutico: 01 sala de Raio-X, 01 sala de eletrocardiografia, 01 posto de coleta de materiais vinculado ao laboratório do hospital de retaguarda, 01 farmácia satélite, 01 sala para a aplicação de medicamentos, reidratação e inalação coletiva com 08 poltronas em seu espaço. Trabalham neste setor a cada plantão: 02 farmacêuticos, 04 auxiliares de farmácia, 05 técnicos de patologia, 04 técnicos de Rx.

Área de Apoio Técnico e Logístico (área amarela na Figura 1)

Possui ambiente para lavagem e descontaminação dos materiais, sala de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (a CME fica no hospital retaguarda), copa, sala de estar e banheiros para funcionários, rouparia, sala para guarda de equipamento, abrigo de resíduos, posto para a Guarda Municipal, vestiários, quarto de repouso médico e de enfermagem, sala para guarda temporária de cadáveres, abrigo externo de resíduos e central de gases. Trabalham neste setor a cada plantão: 02 camareiros, 02 copeiras, 01 porteiro, 01 vigilante, 05 funcionários da equipe de manutenção e infraestrutura e 04 da equipe de limpeza e higienização.

Área de Apoio Administrativo (área azul na Figura 1)

É composta por uma sala para os gerentes e coordenadores e uma sala onde é feito o cadastro das AIH para transferência e contato com a Central de Internação. Trabalham neste setor diariamente: 02 auxiliares administrativos, o gerente e o coordenador de apoio gerencial da UPA.

3.1.2 Processo de atendimento antes da intervenção

Esta UPA conta com um instrumento de referenciamento (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018c) para o encaminhamento dos casos urgentes por outras unidades de saúde que baliza o referenciamento pela Central de Regulação do SAMU e pela rede de Centros de Saúde do seu respectivo distrito sanitário. Esta unidade também atende aos usuários que a procuram por demanda espontânea e aqueles que vêm através de encaminhamentos do ambulatório de especialidades multiprofissional do hospital de sua retaguarda.

Os usuários que procuram atendimento no serviço são acolhidos no guichê da Recepção, onde o registro de entrada do paciente é realizado nos sistemas SALUS e ALERT. O primeiro sistema registra as informações gerais de identificação dos

pacientes e o segundo refere-se ao prontuário eletrônico contendo os registros assistenciais.

Após a identificação e registro de entrada, o paciente é submetido à Classificação de Risco pelo profissional enfermeiro. A UPA utiliza a metodologia preconizada pelo Sistema de Triagem de Manchester (STM). Esse método consiste em identificar a queixa inicial, seguir o fluxograma de decisão e, por fim, estabelecer o tempo de espera, priorizando o atendimento dos usuários de maior gravidade e risco clínico. Esse sistema permite alocar o doente em uma das cinco categorias e determinar o prazo máximo para a avaliação, conforme a seguinte classificação: Emergente – Vermelho – imediato, Muito urgente – Laranja – 10 minutos, Urgente – Amarelo – 60 minutos, Pouco urgente – Verde – 120 minutos e Não Urgente – Azul – 240 minutos (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2006). O STM traz ainda as cores branca para aqueles pacientes que não estão na unidade devido ao atendimento de urgência e a cor preta que categoriza o óbito.

De acordo com a classificação, o enfermeiro direciona o paciente para a Sala de Emergência ou para um dos consultórios médicos conforme a especialidade identificada pelos protocolos internos de atendimento. Ao prestar o atendimento, o médico registra os dados da anamnese, do exame físico, a(s) hipótese(s) diagnóstica(s) e a conduta no sistema ALERT. Exames laboratoriais e de imagem, quando indicados, são solicitados e têm seu resultado disponibilizado por um sistema específico chamado COMPLAB.

Realizado o primeiro atendimento pelo médico, o paciente pode receber alta imediatamente, pode ter indicada a sua internação hospitalar ou pode ser reavaliado no consultório após a realização de exames complementares, após um tempo de observação e/ou após o uso de medicações na própria UPA.

Para todos os pacientes cuja indicação de internação hospitalar foi definida e para aqueles cuja permanência estimada na unidade seja superior a 24 horas, o médico assistente emite a Autorização para Internação Hospitalar (AIH). Todas as AIHs são encaminhadas pelo funcionário administrativo para serem cadastradas junto à Central de Internação da SMSA através do sistema SUSFACIL.

Após receber a AIH, o funcionário administrativo informa ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) do hospital retaguarda, que é a instância responsável pela gestão dos leitos. O NIR realiza a busca de leitos disponíveis para alocar o paciente na clínica indicada pelo médico solicitante dentro do próprio complexo hospitalar do

qual a UPA estudada faz parte. Caso não haja leitos disponíveis nas enfermarias do hospital ou enquanto aguarda transferência via Central de Internação (CINT), o paciente fica em situação de “internado” na própria UPA, recebendo os cuidados médicos e de enfermagem seja na área de observação, seja no próprio corredor da unidade em caso de superlotação.

Os pacientes que são encaminhados para a Sala de Emergência seguem o mesmo fluxo: o NIR busca leito de terapia intensiva no complexo hospitalar quando o perfil do caso pode ser atendido no próprio hospital, e, quando não há vaga ou a especificidade do caso exige a transferência, é realizado o cadastro na CINT via SUSFACIL. Os pacientes permanecem na condição de “internados” nesta Sala de Emergência até que surja a oportunidade de transferência para um CTI ou para um leito de enfermaria (no hospital retaguarda ou na sala de observação da própria UPA) conforme for a sua condição clínica.

Desde que assumiu, em janeiro de 2017, a nova diretoria do complexo hospitalar do qual a UPA em estudo faz parte se deparou com uma grande “pressão” em suas portas de urgência. No caso desta UPA, com frequência se deparava com episódios de superlotação e os problemas dela decorrentes como desentendimentos, reclamações de usuários, desistência do atendimento, agressões a funcionários, imagem negativa da instituição na mídia e depredação do patrimônio público.

Apesar de trabalhar há anos com a Política Nacional de Humanização, praticar o Acolhimento e utilizar o Sistema de Triagem de Manchester, o que se verificava especialmente na porta de entrada da UPA era um represamento de pacientes aguardando por atendimento. Esses pacientes eram em sua maioria de baixo risco (classificados como “Verde”) e esperavam por várias horas (muitas vezes por mais de 06 horas, quando o limite máximo de segurança considerado pelo STM é de 02 horas) e não tinham perspectiva de quando este atendimento ocorreria.

Não se ignora que o perfil de pacientes que buscam por atendimento na UPA estudada (desde a sua inauguração até hoje), como se pode observar pelos relatórios gerenciais da unidade, tem em sua composição um grande volume de pacientes de baixo risco (classificados como “Verdes” ou “Azuis” segundo o STM) e aqueles chamados “frequentadores habituais”. Porém, o que os estudos mostram como tendo uma correlação mais forte com episódios de superlotação nos serviços de urgência são grande número de pacientes aguardando leitos, a baixa capacidade

de giro de leitos hospitalares (aqui considerada toda a rede SUS do município), taxas de ocupação dos pontos de cuidado acima de 90% e ausência de separação dos fluxos de pacientes menos urgentes e complexos dos pacientes mais graves (BITTENCOURT; HORTALE, 2009). Todas estas causas foram identificadas ao se analisar a situação desta UPA.

Sem um olhar mais apurado de atenção constante às variações de demanda no decorrer do dia e sem critérios objetivos para alternar o atendimento de novos pacientes conciliando com as reavaliações dos que já estavam dentro da unidade, o ritmo de atendimento tinha grande variabilidade entre diferentes equipes médicas nos diferentes plantões e nos dias da semana. Era corriqueira a prática adotada pela equipe médica de se priorizar o atendimento aos pacientes classificados como “Amarelo”, cujo tempo de resposta deve ser menor (até 60 minutos segundo o STM), mas sem atentar para o fato de que os “Verdes”, para consulta em Clínica Médica, que eram a maior parte da demanda da UPA, ficavam tempo excessivamente longo em espera e com o risco aumentado de apresentarem complicações. Observou-se ainda que eram geralmente estes pacientes os que mais reclamavam de má qualidade do atendimento.

Uma outra questão bastante peculiar era a subdivisão de tarefas na equipe médica, na qual alguns médicos da equipe atendiam exclusivamente aos pacientes classificados como “Amarelo” e os demais médicos plantonistas atendiam somente aos “Verdes”. Em virtude da demanda, essa forma de divisão do trabalho frequentemente resultava em ociosidade por uma parte da equipe, enquanto a outra parte ficava sobrecarregada e sem conseguir efetivamente dar “vazão” aos novos casos que iam se acumulando na porta da UPA. Não havia a prática de se trabalhar como uma equipe no caso dos clínicos. Alguns chegavam a se auto intitular como o “médico dos Verdes” ou dos “Amarelos” daquele plantão. Se, para o chamado “médico dos Amarelos”, acabava temporariamente a demanda para este perfil de pacientes, sua tarefa era considerada concluída, não importando quantos casos de pacientes classificados como Verde ainda aguardassem por atendimento. Havia uma tendência à “setorização” e à não-cooperação por parte dos médicos, de forma mais ou menos explícita. Pontualmente, a gerência intervia e remanejava os pacientes para os médicos que estivessem com demanda menor, mas isso sempre requeria uma grande negociação prévia e este movimento nunca ocorria espontaneamente, por iniciativa da própria equipe.

Com o ambiente da Sala de Espera e Recepção tumultuado e cheio, ficava praticamente impossível a reavaliação pelo enfermeiro da classificação do risco daqueles casos que chegavam com uma apresentação clínica inicial estável e depois iam se agravando.

Nas áreas de Observação e Sala de Medicação, bem como nos corredores da UPA, o cenário não era diferente: corredores cheios, com os pacientes sem saber o local onde seriam reavaliados, nem por quem, nem quando o exame solicitado ficaria pronto ou quando a medicação administrada terminaria, sem terem espaço para permanecerem aguardando de maneira confortável. Constatava-se que muitos pacientes eram colocados em observação em virtude da alegada falta de tempo que as equipes médicas dispunham para reavaliar os casos. Muitos destes pacientes recebiam alta em um próximo turno de trabalho, coincidindo com o período do dia em que a demanda por atendimento de novos casos naturalmente diminuía.

A observação reiterada destes problemas fez com que a atual gestão do complexo hospitalar buscasse propostas para intervir sobre a superlotação de forma segura, buscando ferramentas que propiciassem a redução do tempo de espera para atendimento dos pacientes de baixa complexidade nesta UPA. A decisão, com o apoio da SMSA, foi pela adoção de um modelo operacional com aplicação dos conceitos do *Lean Thinking* e do *Fast Track* nesta UPA, o que permitiria uma reorganização dos fluxos de atendimento.

3.1.3 Da preparação à intervenção

A Figura 2 mostra uma “Linha do Tempo” desde a inauguração da UPA em estudo, em 2016, passando pelas fases de preparação para a intervenção (capacitação das equipes e planejamento das ações entre setembro e dezembro de 2017), e a intervenção propriamente dita (janeiro de 2018), seguida pela fase de manutenção da estratégia (a partir de fevereiro de 2018).

Figura 2: “Linha do Tempo” de implantação do *Fast Track* na UPA estudada



Fonte: Elaborada pelo autor.

Em julho de 2017 a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) propôs à diretoria do complexo hospitalar a participação no Projeto de Excelência Operacional nas Emergências do SUS - “*Lean nas Emergências*”. Este projeto, de iniciativa do Ministério da Saúde, foi executado pelo Hospital Sírio-Libanês no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADISUS) em vários hospitais pelo país.

O projeto “*Lean nas Emergências*” tinha como objetivo promover a melhoria no atendimento hospitalar de urgências e emergências da população brasileira que utiliza esses serviços no sistema público de saúde. Tinha ainda, como contrapartida, a doação para os hospitais de equipamentos que pudessem auxiliá-los a prestar um atendimento com mais agilidade e eficiência. O desenvolvimento deste projeto no âmbito do complexo hospitalar estudado teve cinco meses de duração, iniciando em agosto de 2017 e terminando em dezembro do mesmo ano.

No complexo hospitalar estudado, a decisão foi de participar deste projeto aplicando o *Lean Thinking* com a finalidade de reorganizar e de melhor manejar a

superlotação do pronto-socorro do hospital-sede e da UPA, que é o objeto desta pesquisa. Não havia no escopo do projeto “*Lean nas Emergências*” a intervenção em Unidades de Pronto Atendimento. Mas, pela grande necessidade apresentada e por se tratar de um complexo hospitalar, onde há interfaceamento de muitos processos entre hospital-sede e UPA, houve o entendimento de incluí-la neste projeto.

A equipe de consultores do projeto facilitou o processo de capacitação de vários membros da equipe de trabalhadores da UPA, com representantes da gestão e da assistência, que se apropriaram de conceitos e ferramentas do *Lean Thinking* e do *Fast Track* previamente aos estudos *in loco*.

As etapas de análise da situação passaram então, em setembro de 2017, a ocorrerem no ambiente da UPA, onde tanto os consultores quanto a equipe (já apropriada dos conceitos) vivenciaram na prática a realidade dos problemas enfrentados. Um dos fundamentos do Sistema Toyota de Produção é o *genchi genbutsu*, que quer dizer: “vá lá e verifique”. Isto significa que as decisões devem ser tomadas por aqueles que conhecem bem o que acontece e quais são as possíveis soluções para um determinado problema no *gemba*, que quer dizer “local onde o trabalho ocorre”.

Nesta fase, foram realizadas várias aferições de tempos, identificação de problemas e mapeamento de fluxos, utilizando-se métodos e ferramentas (técnicas) de gestão como auxiliares ao se permitir a reconfiguração e organização dos processos de trabalho. As principais ferramentas utilizadas são:

- **Mapa da Cadeia (ou Fluxo) de Valor**

São identificados todos os passos da cadeia de valor, aferindo-se os tempos de cada uma das atividades realizadas pelo paciente, desde o momento de sua entrada na unidade e eliminando, sempre que possível, aqueles passos que não contribuem para agregar valor, no caso dos serviços de saúde, valor para o paciente (HOLDEN, 2011). Facilita a identificação de desperdícios, gargalos nos fluxos. Na análise feita na UPA em estudo, foi identificado como o maior desperdício o tempo. Elevado tempo de espera pelo usuário para fazer o cadastro inicial, para passar pela classificação de risco, por espera para o primeiro atendimento, por uma reavaliação médica, por uma definição de conduta, por uma vaga em uma unidade de internação. O usuário não vê valor em um atendimento quando sente seu tempo desperdiçado.

- **Diagrama Espaguete**

É um método muito útil para identificar visualmente os desperdícios de movimentação e de transporte. Ao se delinear um caminho contínuo para rastrear um item ou pessoas no decorrer de um processo, este diagrama pode sugerir alterações no layout da estrutura física, fazer várias partes de uma operação em uma única passagem (do item ou das pessoas). Na análise feita na UPA em estudo seguimos o caminho percorrido pelo paciente durante as fases do atendimento e identificamos vários “gargalos” – situações de retardo ou parada no fluxo de atendimento. Foram sugeridas alterações do *layout* da UPA, separando os corredores para divisão de fluxos e criando um espaço para que os pacientes pudessem esperar pela decisão clínica.

- **Sistema Puxado**

É uma forma de produção conhecido pelo pouco desperdício e pela agilidade de resposta às demandas por induzir a execução da quantidade certa, na hora adequada e somente o necessário. No Sistema Puxado, cada atividade só entrega o resultado quando a próxima atividade precisa dele para começar. Na análise feita na UPA em estudo foi observado que uma mudança no processo de “chamada” dos pacientes classificados com “Verdes” e a adoção do que viemos a chamar posteriormente de Cartões de Ação (conforme será descrito com mais detalhe adiante) seriam formas de se imprimir um sistema de fluxo puxado para o atendimento.

- **5 S**

São os Cinco Sentos: Senso de Utilização, Organização, Limpeza, Saúde e Auto-Disciplina. Busca organizar melhor o ambiente de trabalho, tornando-o mais descomplicado, seguro e eficiente (CORREA H.; CORREA C., 2011). Na análise feita na UPA em estudo a equipe identificou e retirou dos ambientes excesso de caixas, de documentos arquivados, equipamentos e insumos armazenados transferindo-os para locais mais adequados ou descartando o que não era necessário.

- **PDCA**

É um método de Gestão da Qualidade utilizado no controle de processos que se subdivide em quatro fases: planejar, fazer, verificar e agir (MACHADO; LEITNER, 2010). Este método perpassou todas as fases da intervenção feita na UPA em estudo.

- **Estudos de Tempos e Movimentos**

Tem como meta descobrir métodos melhores, mais simples e mais rápidos de se executar uma tarefa (GROVE et al., 2010). Na análise feita na UPA em estudo seguimos o caminho percorrido pelo paciente durante as fases do atendimento e cronometramos os tempos decorridos em cada uma delas.

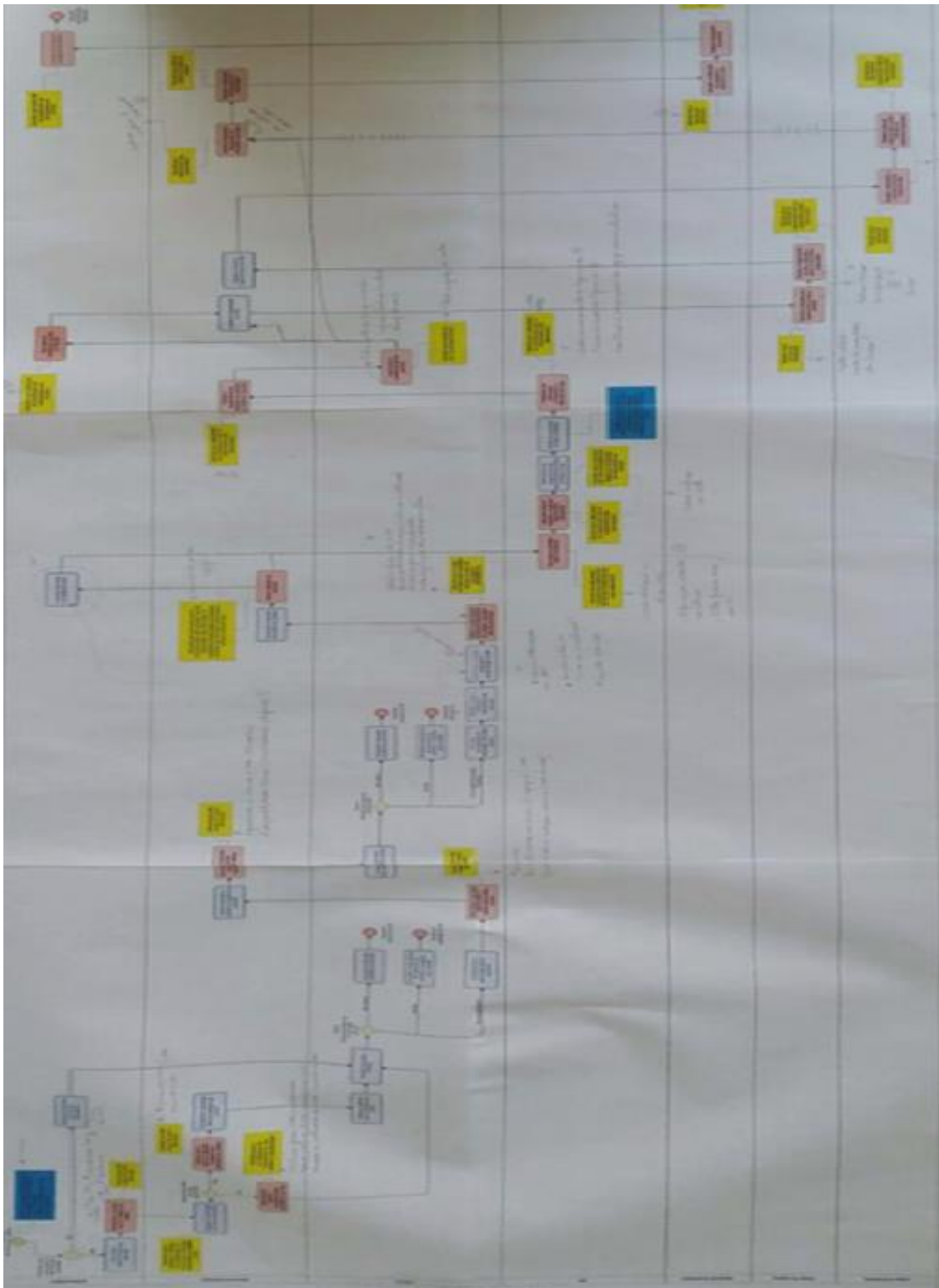
- **Diagrama de Ishikawa**

Também conhecido como Análise Causa-Efeito, permite estruturar hierarquicamente as causas potenciais de determinado problema ou oportunidade de melhoria, bem como seus efeitos sobre a qualidade do serviço de atendimento prestado. A partir de uma definida lista de possíveis causas, as mais prováveis são identificadas e selecionadas para uma melhor análise. No caso da UPA em estudo foi muito utilizado para analisar os problemas relacionados ao transporte de pacientes, à transferência do cuidado e ao giro dos leitos nas unidades do complexo hospitalar. A Figura 3 mostra um Diagrama de Ishikawa elaborado pela equipe de gestores da UPA.

- **5W2H**

É um método de gerenciamento de atividades de um projeto por meio de uma tabulação de sete itens: “O Que”, “Quem”, “Quando”, “Onde”, “Porque”, “Como” E “Quanto”. Foi utilizado na análise dos processos da UPA em estudo como auxílio para as definições das atribuições e seus responsáveis.

Figura 3: Exemplo de Diagrama de Ishikawa feito pelas equipes



Fonte: Equipe do projeto e gestores da UPA.

Ainda nesta fase de preparação para a implantação foram também aferidos e monitorados na UPA os seguintes indicadores:

- **Tempo porta-médico**

É o tempo médio, mensurado em minutos, entre a porta (chegada ao serviço de urgência) e o primeiro contato com o médico. Dentro deste tempo estão os tempos de: espera pela classificação de risco, a classificação de risco propriamente dita, a espera pelo registro, o efetivo tempo de registro e a espera pelo atendimento médico.

- **Tempo médico-decisão**

É o tempo médio, mensurado em minutos, entre o primeiro contato com o médico até a sua decisão, pela alta ou pela internação. Dentro deste tempo estão os tempos de consulta médica, de espera pela realização de exame(s) (se for o caso), a realização de exame(s) propriamente dita, a espera pelo resultado de exame(s), a espera pela reavaliação médica e o tempo de reavaliação médica.

- **Tempo decisão-saída**

É o tempo médio, em minutos, entre a decisão médica (pela alta ou pela internação) e a saída efetiva do paciente, do serviço de urgência. Se a decisão for pela alta, o esperado é um tempo pequeno, de no máximo 30 minutos, em função de alguma medicação ou observação rápida. Se a decisão for pela internação, dentro deste tempo estão todas as esperas até a chegada do paciente no leito de internação.

- **Tempo médio de permanência (*Length of Stay* - LOS)**

É o tempo médio de permanência do paciente dentro do serviço de urgência, aferido como sendo o somatório dos tempos: porta-médico + médico-decisão + decisão-saída.

- **Taxa de abandono (desistência)**

É o percentual das evasões (pré e pós-consulta médica) do total de pacientes que buscam por atendimento pela unidade no período de um (01) ano.

- **Taxa de chegada por dia (λ /dia)**

É o número médio de pacientes que buscam por atendimento pela unidade por dia.

- **Locais de cuidado**

Número de locais de cuidado (consultório, leito, maca, poltrona, cadeira, etc.) que possam acomodar um paciente durante o período de assistência (não incluso as cadeiras da Sala de Espera).

Foi utilizada também a escala *National Emergency Department Overcrowding Score* (NEDOCS) que é uma ferramenta que possibilita a verificação dos níveis de lotação em Serviços de Emergência (SE) e fornece subsídios para o planejamento de ações futuras para reduzir a superlotação e os tempos de permanência (LOS). O preenchimento do NEDOCS é feito regularmente às 10:00h e às 16:00h, todos os dias. Nesta escala são avaliados os seguintes indicadores:

- **Pacientes no Serviço de Urgência**

Soma-se o número total de pacientes que estão no serviço de urgência em espera ou em atendimento em qualquer local de cuidado: nos corredores, nas salas destinadas à assistência, nos consultórios, na sala de sutura, em frente aos consultórios médicos e na sala de espera da recepção do pronto socorro.

- **Acomodações disponíveis no Serviço de Urgência**

É o número total de acomodações dedicadas ao cuidado de pacientes no serviço de urgência. Somam-se todas as macas, camas, poltronas e cadeiras existentes. É um número fixo que mede a capacidade instalada do serviço de urgência.

- **Pacientes admitidos no Serviço de Urgência, aguardando internação no Hospital**

Quantifica, no serviço de urgência, o número total de pacientes cuja decisão clínica tenha sido pela internação e que aguardam por um leito no hospital no momento da aferição.

- **Leitos efetivos de internação no Hospital**

É o número total de leitos operacionais no hospital (oficiais), descontando-se aqueles ocupados há mais de 90 dias, em manutenção ou bloqueados por alguma razão. Trata-se de um número fixo que revela a capacidade instalada do hospital.

- **Pacientes no Respirador**

Quantificar no serviço de urgência o número total de pacientes em ventilação invasiva e não-invasiva no momento da coleta da informação.

- **Maior tempo para Internação (em horas)**

Identificar dentre os pacientes que foram transferidos para as Unidades de Internação ou UTI, o que permaneceu por mais tempo no serviço de urgência. Verificar a data e a hora que esse paciente deu entrada no Pronto Socorro e calcular o seu tempo de permanência, em horas, até o momento da aplicação da escala.

- **Último tempo de espera para chegada no leito, em horas**

Tempo de espera, em horas, do último paciente transferido do serviço de urgência para as Unidades de Internação ou UTI. Verificar o intervalo de tempo entre a decisão de internar (horário da emissão da AIH) e o horário da sua efetiva internação em um leito do hospital, contando-se sempre o tempo da internação mais recente.

- **Taxa de ocupação do hospital**

Taxa de ocupação dos leitos do hospital.

3.1.4 Estrutura e processo de atendimento da UPA depois da intervenção

Este pesquisador, enquanto superintendente do complexo hospitalar estudado, teve a oportunidade de vivenciar todas as etapas desta importante mudança para a instituição, participando dos processos de aferição, acompanhamento e tomada de decisão para a implementação de melhorias e sustentação de sua execução, com base em reuniões semanais com a equipe, nos relatórios gerenciais mensais e nos registros do prontuário eletrônico utilizado na UPA.

Mudanças na Estrutura

Em janeiro de 2018 começou o *Fast Track* na UPA estudada. O atendimento foi então reorganizado, separando-se o fluxo dos pacientes de menor risco e necessidade de recursos conforme a classificação de risco (os “Verdes”, segundo o Protocolo de Manchester). Foram feitas algumas alterações na área física da UPA não sendo identificada, no entanto, a necessidade de aumento de pessoal para a implantação destas mudanças.

Pacientes são mais tolerantes durante a espera quando são informados de sua posição na fila (HOLDEN, 2011). Como uma forma de dar transparência para os usuários quanto ao tempo estimado de espera por atendimento para cada clínica, a Sala de Espera da UPA ganhou um telão onde as informações são alimentadas em

tempo real pelo enfermeiro da classificação de risco. A Figura 4 mostra o telão que foi colocado no guichê de atendimento da UPA. Ao permitir ao usuário saber quanto tempo levará para ser chamado, tal instrumento auxilia a reduzir as tensões relacionadas à expectativa pelo atendimento.

Figura 4: Telão com os tempos estimados para atendimento



Fonte: Acervo de documentos da UPA estudada.

No corredor principal da UPA, estão localizados os consultórios de Clínica Médica. Antes da intervenção não havia subdivisão ou distinção quanto ao perfil de pacientes a ser atendido em cada consultório. Com a implantação do *Fast Track*, cada consultório de clínica médica passou a ter uma destinação específica. O corredor principal ficou dividido em duas partes, cada uma para um fluxo diferente de pacientes, segundo o Sistema de Triagem de Manchester (STM). Uma parte do corredor, com três consultórios foi destinada para o atendimento aos pacientes de clínica médica classificados como Amarelo e Laranja e a outra parte com dois consultórios, identificada como corredor “*Fast Track*”, ficou para os pacientes de clínica médica classificados como Verde, que é o maior contingente que demanda a UPA por atendimento. Estes pacientes geralmente necessitam de poucos recursos assistenciais e em poucos casos necessitam de internação hospitalar, porém, frequentemente, são os que superlotam a unidade.

A divisão do corredor em duas partes foi feita com a instalação de uma porta de MDF fechando a intercomunicação entre eles. Outra porta de MDF foi instalada ao final do corredor “*Fast Track*” para limitar o acesso e organizar melhor o fluxo de

atendimento. A Figura 5 mostra o corredor destinado ao *Fast Track* com o anteparo de MDF ao fundo, separando este setor do acesso ao laboratório e à Unidade de Decisão Clínica (UDC).

Figura 5: Corredor destinado ao *Fast Track*



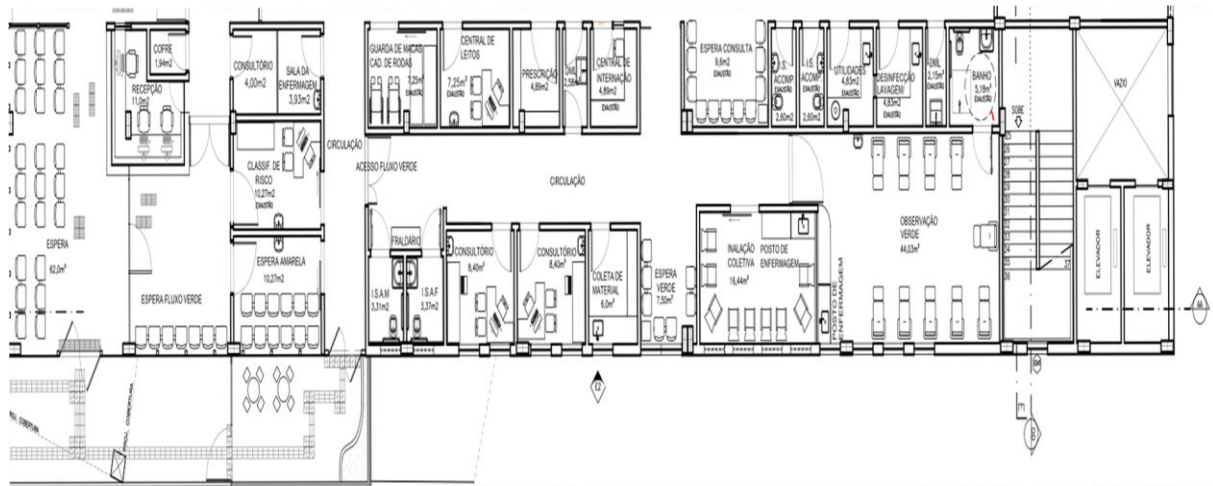
Fonte: Acervo de documentos da UPA estudada.

Uma sala de medicação foi criada ao lado dos dois postos de classificação de risco onde funcionava anteriormente um espaço como uma segunda sala de espera que era destinada aos pacientes classificados como “Amarelo”. A abertura de uma sala de medicação próximo ao local de saída e perto dos consultórios possibilitou um fluxo facilitado para aqueles pacientes que, após a consulta médica, necessitem apenas de uma dose de medicação oral ou parenteral antes da alta (Figura 7).

Também foi criada uma Unidade de Decisão Clínica (UDC) utilizando-se o espaço da antiga sala de observação. Com um médico e técnicos de enfermagem presenciais, a UDC permite o acesso imediato da equipe àqueles pacientes que estiverem aguardando resultados de exames ou uma reavaliação médica. O objetivo desta UDC é levar a equipe até o paciente em um fluxo puxado, evitando que o usuário fique “perdido” dentro da UPA e perca tempo (Figura 7).

A Figura 6 mostra um detalhe da área de atendimento da UPA antes da intervenção.

Figura 6: Planta da UPA em estudo antes da intervenção



Fonte: Gerência de Arquitetura da UPA estudada.

A Figura 7 mostra as pequenas intervenções que foram feitas na estrutura da UPA para viabilizar o *Fast Track* para os pacientes classificados como Verdes.

Figura 7: As alterações estruturais para o *Fast Track* na UPA com definição de fluxo de entrada e saída



Fonte: Grupo de Gestores da UPA estudada.

Mudanças no processo de atendimento na clínica médica para os pacientes de baixo risco

O enfermeiro da Classificação de Risco passou a coordenar o fluxo de entrada para o atendimento médico. O enfermeiro deste setor detém uma visão privilegiada das condições tanto da Sala de Espera quanto do “corredor *Fast Track*”. Assim que termina a classificação o enfermeiro orienta o paciente (dependendo do número de pacientes que estiverem aguardando em cada local) a entrar para aguardar por atendimento em frente a um dos dois consultórios do *Fast Track* ou a aguardar na Sala de Espera.

Há um técnico de enfermagem que auxilia na orientação dos usuários que adentram a UPA atuando como “fluxista”. São atribuições deste “fluxista”, além de orientar a entrada para o corredor *Fast Track*, ter uma visão sistêmica do setor de atendimento e observação, fazer uma busca ativa dos pacientes, cobrar os resultados de exames e sinalizar para o médico da Unidade de Decisão Clínica (UDC) quando os exames estiverem prontos, para que ele possa agilizar o processo de definição clínica.

Todo este processo, identificado pelo *Lean Thinking* como Sistema Puxado, promove ganho de eficiência, encurtando o tempo de início do atendimento médico (tempo porta-médico). A espera do paciente pelo atendimento ganha dinamismo, vai mudando de lugar e ele sente que está avançando. Inicia-se na Sala de Espera onde o paciente vê no telão o tempo previsto para o seu atendimento e passa então, por orientação do enfermeiro e do “fluxista”, a aguardar em frente ao consultório do médico que lhe foi indicado. Além disso, também contribui para o fluxo contínuo de atendimento a mudança para que fique a cargo do enfermeiro da classificação de risco e não do médico do consultório a atribuição da chamada por novos pacientes.

Trabalhando de forma sinérgica com os enfermeiros da Classificação de Risco, os médicos dos dois consultórios destinados ao *Fast Track* prestam o atendimento inicial decidindo pela alta da unidade (com medicação ou não, conforme for o caso) ou pela entrada para a Unidade de Decisão Clínica (UDC) seja pela necessidade de observação por mais tempo, seja pela indicação de se fazerem exames complementares ou por ambos. Protocolos institucionais sobre atendimento, prescrição e solicitação de exames complementares para o perfil de atendimento no *Fast Track* foram discutidos, validados e implantados pelas equipes.

Outro aspecto relevante são as características requeridas para que a equipe médica tenha um bom desempenho neste setor de atendimento. Nem sempre é o médico sênior o que se sai melhor no *Fast Track*, mas sim o que compreende melhor a concepção da ideia.

O perfil esperado para o profissional médico que trabalha no *Fast Track* é que ele atenda a demanda dos pacientes de baixa complexidade, diagnosticando e tratando rapidamente os casos que chegam com recurso propedêutico mínimo, que seja capaz de tomar decisões rápidas e que tenha aptidão para o trabalho em equipe. Se o paciente necessita de cuidados ou recursos de maior complexidade ele deve ser redirecionado dentro da UPA para outro fluxo (e não permanecer no fluxo *Fast Track*) e essa compreensão deve ser amplamente difundida a todos os trabalhadores da unidade.

Na Unidade de Decisão Clínica (UDC) a principal mudança foi o conceito. Não seria mais um espaço para que pacientes permanecessem na unidade sem uma definição ou mesmo na condição de “internados”. Tanto os médicos quanto a equipe de enfermagem que trabalha na UDC passam a ter em mente que o tempo que o paciente deve ficar na unidade é o estritamente necessário para, como o próprio nome da unidade diz, a tomada da decisão. E devem envidar esforços para atingir tal objetivo seja na busca de uma medicação na farmácia, ou cobrando o resultado de um exame de imagem ou laboratorial ou mesmo na priorização de uma avaliação por outro especialista. Já o usuário que está com sua definição clínica ainda pendente, passa a saber que é neste espaço que ele deve aguardar e já sabe quem é a equipe que irá até ele quando algum evento novo relacionado ao seu caso acontecer. Devem ser transferidos da UDC os pacientes que obtiveram a decisão pela alta da unidade ou pela internação hospitalar, quando a AIH é emitida.

Como forma de dar suporte às decisões tanto para as equipes que estavam nos consultórios do *Fast Track* como para as que estavam na UDC foi instituída uma relação permanente com a Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) que passou a fazer uma busca ativa de possíveis pacientes elegíveis para a atenção domiciliar. Também foi estruturado no ambulatório de especialidades do complexo hospitalar estudado um agendamento de consultas de retorno para os pacientes egressos da UPA e que necessitavam de uma reavaliação mais precoce do que ele conseguiria buscando pelo agendamento em outros pontos da rede.

O ambulatório passou a disponibilizar consultas de clínica médica para os egressos, de segunda a sexta-feira, com possibilidade de se agendar uma consulta para 48 horas depois da alta da UPA. Além de trabalhar com a equipe do EMAD, a equipe do Serviço Social passou a fazer contato nos Centros de Saúde e fazer o contra referenciamento responsável daqueles pacientes que eram classificados como “Azul” no Sistema de Triagem de Manchester (STM) e que podiam ser avaliados em uma unidade de menor complexidade.

Cartões de Ação

O novo fluxo de atendimento iniciado em janeiro de 2018 foi acompanhado diariamente neste mês inicial por um colegiado composto por uma equipe multidisciplinar de profissionais envolvidos diretamente com a assistência, juntamente com profissionais da equipe de infraestrutura, arquitetura hospitalar e assessoria de comunicação. Membros da alta gestão e gerentes do hospital também compunham este colegiado que analisava dia-a-dia, utilizando o método PDCA, as medidas que funcionaram e propunham ações para corrigir aquelas que falharam. Uma das mais significativas soluções encontradas para tornar o processo independente da ação presencial dos gerentes e coordenadores foi a criação dos Cartões de Ação.

Partindo do problema inicial identificado no *gemba* (“lugar onde o trabalho ocorre”) como sendo lento o fluxo para o primeiro atendimento médico por aferição do elevado tempo porta-médico, o colegiado passou a discutir as possíveis medidas que permitiriam uma solução. Compartilhando as experiências cotidianas, gerentes e coordenadores que atuavam na UPA descreveram sua atuação nos casos de superlotação e quais as medidas eram adotadas por eles para lidar com ela. O colegiado percebeu que tais medidas eram adequadas e que o problema do elevado tempo porta-médico poderia ser solucionado pela adoção precoce e sinérgica de toda a equipe assistencial da UPA e não somente de maneira pontual e quando a gerência intervinha como vinha ocorrendo. Interessante notar que a solução não surgiu de uma ideia extrínseca ao grupo, mas sim de uma parametrização da experiência que as pessoas já possuíam.

Inspirados no Plano de Capacidade Plena do complexo hospitalar onde está inserida a UPA e com base na experiência acumulada pela equipe que executou o projeto, os gerentes e coordenadores assistenciais propuseram como forma de se induzir um Sistema Puxado para o atendimento médico inicial a utilização de

Cartões de Ação. Sabe-se que, no caso de uma unidade de urgência, a previsibilidade para a demanda por atendimento é relativa. Mas ainda assim ela pode ser trabalhada a favor da melhoria dos processos assistenciais.

Os Cartões de Ação têm como objetivo identificar as situações de superlotação da unidade e orientar as equipes assistenciais quanto às principais medidas a serem adotadas quando ocorre o aumento da demanda. As ações previstas nos cartões envolvem toda a equipe assistencial da porta de urgência que passa a trabalhar de forma ainda mais sinérgica no sentido de atender à demanda tanto do fluxo *Fast Track* quanto dos demais fluxos.

Os enfermeiros da Classificação de Risco identificam o nível de superlotação e dão início às ações previstas nos cartões que devem ser de conhecimento de todos os que trabalham na UPA, de modo que cada profissional saiba como proceder em cada situação. Os Cartões de Ação foram elaborados em um formato padrão para facilitar a comunicação entre as equipes e o compartilhamento por aplicativo de mensagens pelos *smartphones*.

Para conduzir o processo de implementação dos Cartões de Ação e suas diretrizes e promover a apropriação desta nova forma de trabalhar pelas equipes, o colegiado de implantação do *Fast Track* realizou várias oficinas multidisciplinares e intersetoriais. Nestes encontros, era demonstrado como a superlotação afeta a unidade de maneira sistêmica e como ficam prejudicados os trabalhadores e, principalmente, o maior interessado nas ações de saúde que é o paciente.

Além de significarem uma inovação ao serem utilizados para promoverem um Sistema Puxado no fluxo de atendimento, os Cartões de Ação permitem que a UPA vá arregimentando mais recursos na medida em que a necessidade deles aumenta e que vá realocando-os de uma maneira racional. As equipes transpõem assim as “barreiras” da compartimentalização e setorização e passam a se mover em um esforço coletivo para responder à superlotação.

O primeiro quadro de cada Cartão de Ação traz a situação momentânea da espera por atendimento e é classificada em 02 níveis. Foram elaborados Cartões de Ação para a abordagem da superlotação ocasionada por excesso de demanda de casos classificados quanto ao risco pelo STM nas cores Verde, Amarelo e Laranja. O conceito adotado é que, para dar resposta às demandas do 1º nível do Cartão de Ação de cada cor, o remanejamento interno da equipe é suficiente.

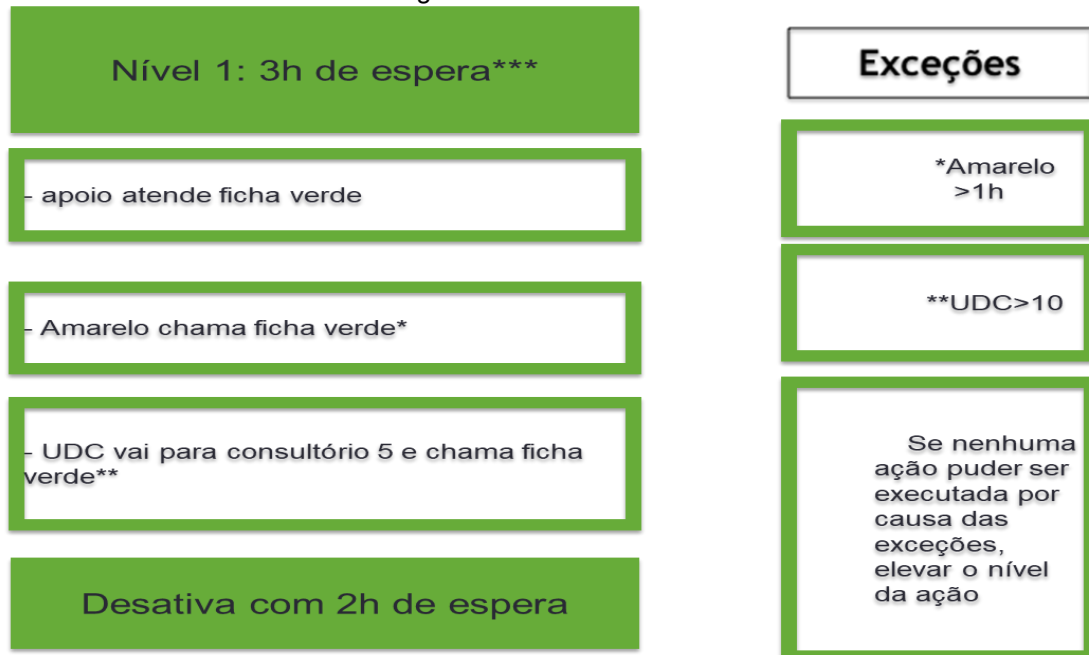
Já as ações do 2º nível irão requerer ações sinérgicas de outras equipes além daquela designada para o setor. Por exemplo, para o 2º nível de superlotação dos casos classificados como Verdes estão previstas ações como envolver o cirurgião geral e o ortopedista para o primeiro atendimento das queixas de dor abdominal e dor lombar, respectivamente (Figura 9). Outro exemplo importante é o do Cartão de Ação para a cor Laranja, pois ele envolve a equipe da Sala de Emergência no atendimento para desafogar os consultórios em caso de necessidade (Figura 12).

O último quadro de cada Cartão de Ação mostra o momento de desativar as mudanças feitas, ou seja, qual é o requisito que permite à equipe retroceder ao nível anterior. Já a coluna da direita de cada Cartão de Ação aponta as excepcionalidades, ou seja, em que situação as mudanças propostas no Cartão de Ação não podem ser implementadas e o motivo. Esta coluna traz ainda a orientação de se avançar para um nível superior no plano se as ações adotadas até aquele momento não tiverem surtido o efeito desejado.

Por fazer parte integrante de um complexo hospitalar, esta UPA tem a possibilidade privilegiada de poder contar com uma retaguarda hospitalar caso seus níveis de superlotação atinjam o grau máximo e a elasticidade de seu sistema de atendimento tenha chegado ao limite.

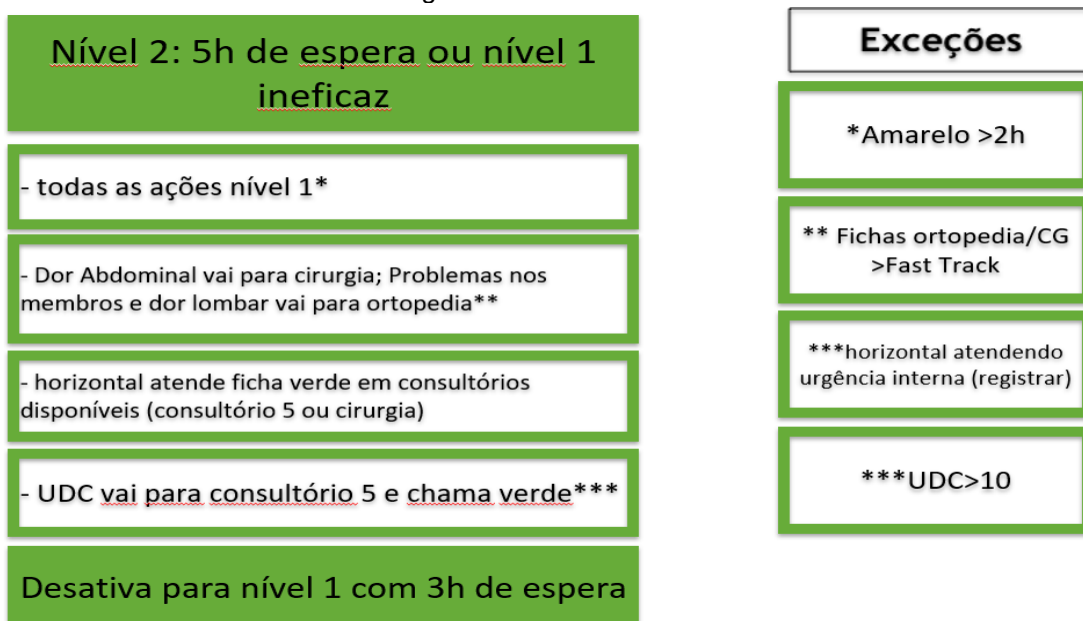
As Figuras 8, 9, 10, 11 e 12 mostram exemplos de cartões de ação desenvolvidos pelos gestores da UPA para o novo fluxo de atendimento na unidade.

Figura 8: Cartão de Ação para Nível 1 de demanda para usuários classificados como “Verdes”, segundo o Protocolo de Manchester



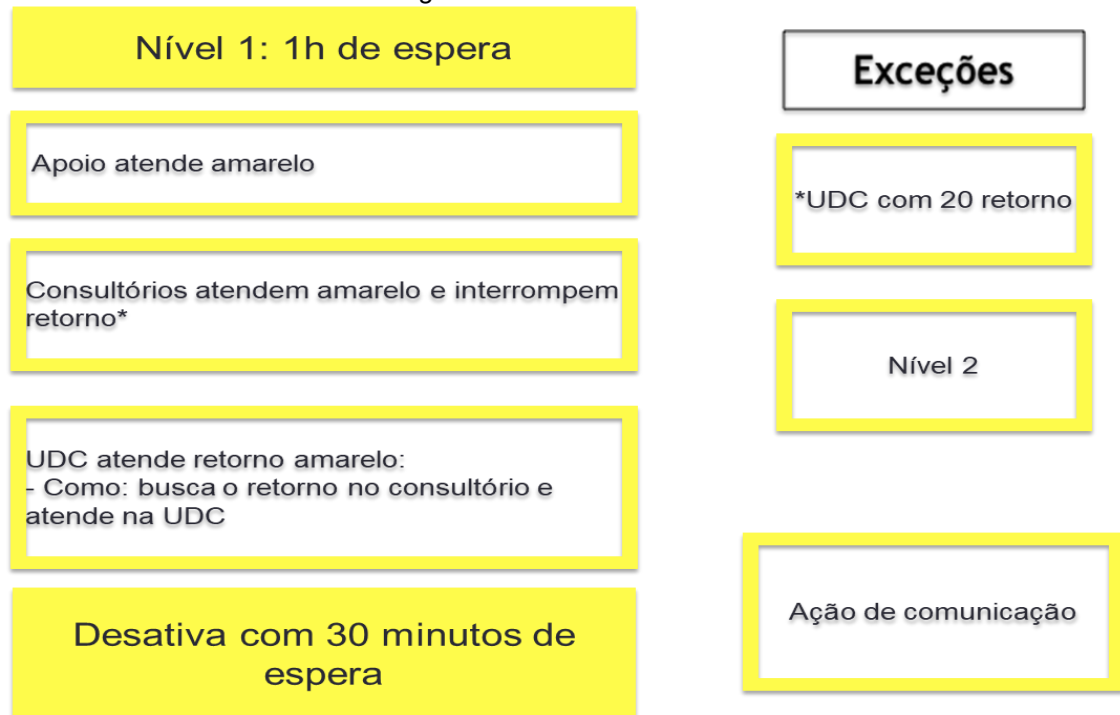
Fonte: Grupo de Gestores da UPA estudada.

Figura 9: Cartão de Ação para Nível 2 de demanda para usuários classificados como “Verdes”, segundo o Protocolo de Manchester



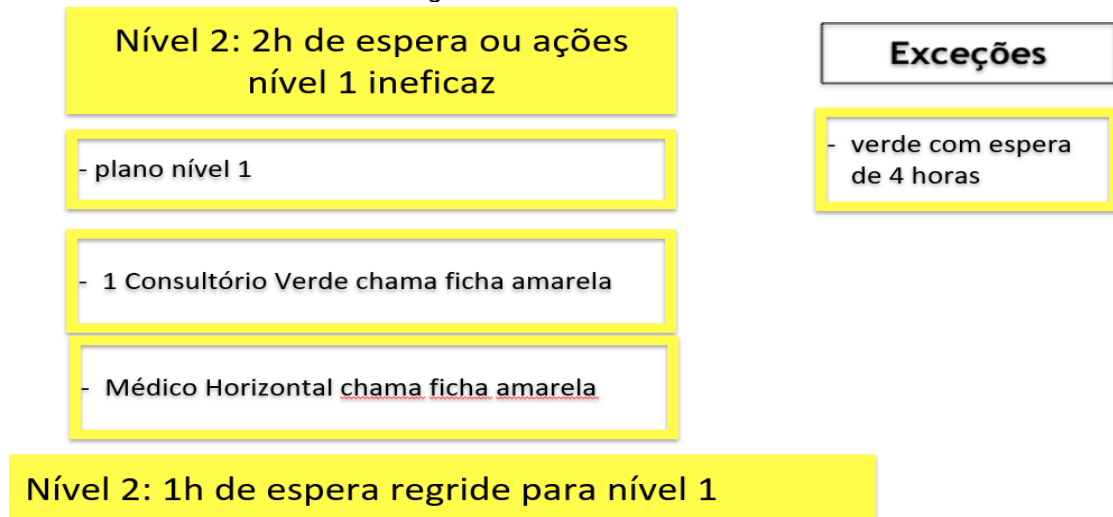
Fonte: Grupo de Gestores da UPA estudada.

Figura 10: Cartão de Ação para Nível 1 de demanda para usuários classificados como “Amarelos”, segundo o Protocolo de Manchester



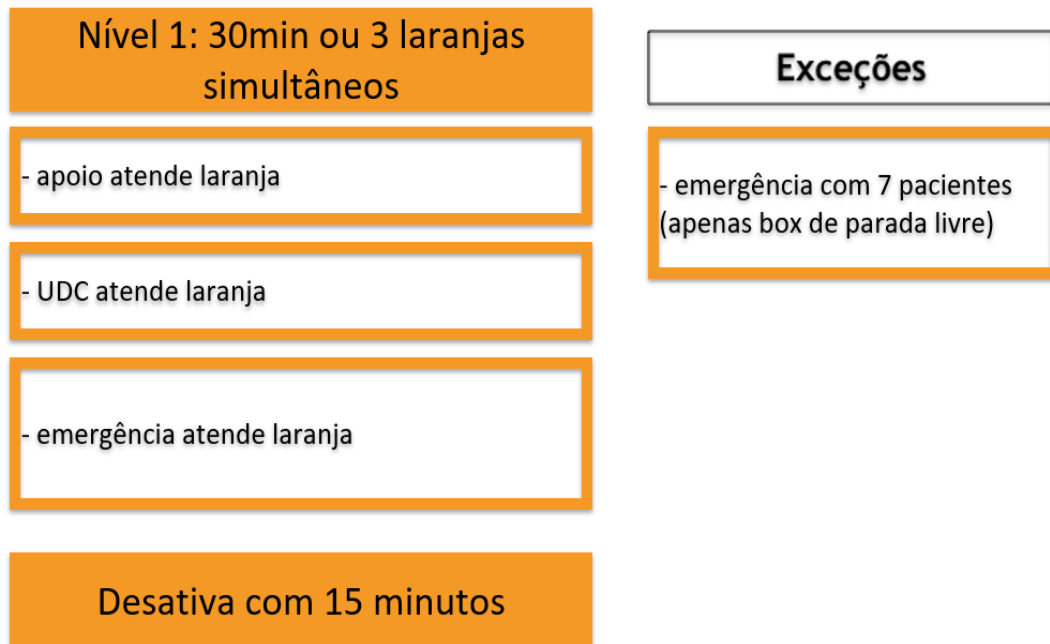
Fonte: Grupo de Gestores da UPA estudada.

Figura 11: Cartão de Ação para Nível 2 de demanda para usuários classificados como “Amarelos”, segundo o Protocolo de Manchester



Fonte: Grupo de Gestores da UPA estudada.

Figura 12: Cartão de Ação para Nível 1 de demanda para usuários classificados como “Laranja”, segundo o Protocolo de Manchester



Fonte: Grupo de Gestores da UPA estudada.

Uma outra ação coordenada aos moldes dos Cartões de Ação foram as escalas preestabelecidas para saídas das equipes para o horário do almoço. As aferições de tempos demonstraram que a demanda por atendimento, tanto externo quanto interno, atinge seu ápice ao final da manhã e início da tarde, quando chegam muitos pacientes ao mesmo tempo na porta para atendimento e quando os que já se encontram dentro da unidade retornam com exames ou após um período de observação. Some-se a isto a necessidade natural das equipes fazerem suas refeições. Por isso o colegiado de implantação do *Fast Track* propôs uma escala entre as equipes dos consultórios, observação e UDC de modo a não interromper totalmente o atendimento em nenhum destes setores durante este período crítico.

Melhorias no processo de atendimento nas demais áreas da UPA

As mudanças nos processos de atendimento nesta UPA foram inicialmente focadas no fluxo de atendimento, especialmente naquele dos pacientes classificados como “Verde” no STM que iriam passar por consulta na especialidade Clínica Médica. Porém, conforme se observa nos conceitos do *Lean Thinking* de melhoria contínua e de se evitar o desperdício, a partir do conhecimento acumulado e cada vez mais difundido e apropriado pela equipe, mudanças foram ocorrendo em outros setores. A reordenação do principal fluxo de atendimento (“Verdes para a Clínica

Médica”) organizou de tal forma este agrupamento de pacientes que tanto os gestores quanto as equipes conseguiram distinguir melhor os demais fluxos e suas principais fragilidades.

Além do fluxo do atendimento, foram revistos e melhorados processos envolvendo outros elementos que também são considerados essenciais para o bom funcionamento de uma UPA, tais como os equipamentos, a comunicação interna, o abastecimento de medicamentos e materiais, e o treinamento do pessoal.

O treinamento de pessoal é muito importante para a melhoria da qualidade do atendimento ao paciente e para que todos se familiarizem com a nova proposta de trabalho. Foram realizados nos períodos pré e pós-implantação do *Fast Track* vários treinamentos com a participação de profissionais de diversas categorias envolvidas no atendimento na UPA estudada.

Um ponto que frequentemente gerava tensões entre as equipes era o questionamento por parte de alguns médicos quanto a efetividade das classificações de risco feitas pelos enfermeiros. Uma ação implementada pela gestão no final de 2017 e que tem caráter permanente são as capacitações dos enfermeiros no protocolo de Manchester e as auditorias das classificações, cujo resultado inicial foi de 85% de conformidades em 2017 e desde então vem apresentando resultados cada vez melhores.

Os médicos clínicos que trabalhavam atendendo aos pacientes classificados como “Amarelo e Laranja” no STM perceberam que poderiam ver reduzido o seu próprio tempo porta-médico uma vez que já não desperdiçavam mais tempo explicando para os demais pacientes e acompanhantes onde seria o local em que seriam atendidos. Reduziram também o tempo para reavaliar os pacientes que retornavam, pois com a unidade mais organizada, conseguiam demarcar uma área específica para esta espera, com a qual mantinham contato visual, percebendo facilmente quando estes pacientes iam chegando.

Ao começar a serem aferidos os vários tempos descritos anteriormente para as especialidades Cirurgia Geral e Ortopedia e o *feedback* destes resultados sendo repassado para as equipes, o que se percebeu foi uma progressiva redução destes tempos nestas especialidades também. O Sistema de Triagem de Manchester não preconiza tempos diferentes para diferentes especialidades médicas: o tempo é o mesmo para todas, só variando a depender da cor.

Ademais, a demanda por atendimento nestas clínicas não é crescente, mas sim estável no decorrer dos meses avaliados. Foi com estes argumentos que o colegiado de implantação do *Fast Track* foi estimulando as equipes de Cirurgia Geral e Ortopedia a baixarem seus tempos. Porém, esta percepção e o convencimento só foram possíveis quando se organizou mais a unidade, separando os fluxos de atendimento, aferindo especificamente os tempos de cada especialidade e buscando a melhoria contínua de todos os processos e não somente daquele pelo qual se deu o início das mudanças.

Foram feitas diversas reuniões, ali mesmo no local de trabalho (*gemba*), onde se mostrava para as equipes resultados de aferições e relatórios gerenciais. Eram dados *feedback* pelas equipes da Unidade de Decisão Clínica (UDC) quanto aos encaminhamentos gerados nos consultórios do *Fast Track*. Assim as equipes acertavam melhores parâmetros sobre que tipo de caso deveriam realmente ser encaminhado para a UDC e qual poderia sair direto de alta com orientações por exemplo de retorno no ambulatório de especialidades. Os médicos das unidades de observação também recebiam e davam retorno para os médicos da UDC quanto ao perfil de pacientes que eram encaminhados da UDC para as observações e viam a necessidade de se girar mais rapidamente os leitos das observações para darem retaguarda para a UDC.

Para melhorarem sua eficiência no giro dos leitos, os médicos das observações passaram a demandar o Núcleo Interno de Regulação (NIR) por mais leitos de enfermaria no complexo hospitalar, os setores de imagem e laboratório por mais agilidade na realização e entrega dos exames, ao EMAD com a transferência do cuidado para o domicílio, ao setor de transporte, e assim por diante. Um ciclo virtuoso de melhoria havia sido iniciado nesta UPA.

3.2 O HOSPITAL QUE É A RETAGUARDA DA UPA EM ESTUDO

O hospital que é a retaguarda para a UPA em estudo é uma autarquia municipal que, por meio de Conferência Municipal de Saúde e atendendo às necessidades e demandas do município e região metropolitana de Belo Horizonte, passou a integrar o Sistema Único de Saúde e iniciou o processo de universalização do atendimento, destinando 100% da sua capacidade ao SUS.

Tem como missão prestar assistência de qualidade em saúde, com foco em urgência e emergência, associando ensino e cuidado, de forma humanizada, participativa e sustentável, integrada ao sistema de saúde.

Ao longo do tempo, o hospital passou por várias reformas e ampliações para atender as necessidades do sistema de saúde, se tornando um grande complexo hospitalar. São unidades deste complexo além da UPA estudada, o hospital sede, o ambulatório de especialidades multiprofissional, a Casa da Gestante e da Puérpera e um hospital de 38 leitos de enfermagem de clínica geral situado na regional Nordeste com área física e processos gerenciais compartilhados com a SMSA na gestão de uma segunda UPA.

Na lógica da territorialização e responsabilização sanitária, o hospital tem um papel fundamental no atendimento das urgências, emergências e diversas especialidades médicas. O complexo hospitalar conta com 521 leitos, sendo 80 Leitos de CTI (Adulto, Pediátrico e Neonatal) e 2.870 trabalhadores que exercem suas atividades nas áreas assistencial, administrativa e de apoio.

Em 2004, foi credenciado como Hospital de Ensino pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde, tornando-se um polo formador de excelência em diversas áreas de atendimento médico e multiprofissional, com foco na qualificação da atenção e na inserção na rede de serviços. Em fevereiro de 2009, teve início o processo de Residência Multiprofissional, marco importante de construção coletiva de aprimoramento científico em várias categorias assistenciais. É também credenciado em 15 programas de Residência Médica (com 181 residentes) e 06 programas de residência multiprofissional (77 residentes), servindo de campo para a prática de atividades curriculares para mais de 1.000 acadêmicos por ano em várias áreas da saúde.

Em consonância com a Política Nacional de Humanização do SUS, constituiu de modo pioneiro em sua estrutura organizacional o Conselho Local de Saúde, instância de Controle Social, formada por representação de usuários, trabalhadores e gestores, e dotada de infraestrutura dentro do hospital para o exercício pleno de suas atividades.

Os compromissos, atividades e metas assistenciais do hospital, bem como os desembolsos de recursos previstos para seu custeio, são objetos de um Contrato de Gestão e de um Plano Operativo Anual firmados junto à SMSA, ente responsável pelo controle e regulação dos serviços prestados.

Trata-se de um hospital de grande porte com porta de entrada para Urgência e Emergência, referência para pacientes críticos clínicos e cirúrgicos, especialmente acidente vascular cerebral (AVC) e trauma, que oferta suporte avançado para atendimentos de maior complexidade na rede regional, principalmente nas especialidades clínica médica, pediatria, terapia intensiva, obstetrícia, neonatologia, ortopedia, cirurgia vascular, cirurgia geral, urologia, neurocirurgia e neurologia.

Constitui-se atualmente no maior Pronto Socorro do Estado de Minas Gerais em volume de serviços, com uma produção anual de 242 mil atendimentos médicos de urgência, segundo os dados do SIA/SUS em 2019. Em média são realizadas por ano neste hospital 10.815 cirurgias, 2.959 partos, 94.911 consultas eletivas e 156.195 exames de imagem.

No ano de 2019 foi o segundo hospital com maior número de internações pelo SUS do Município de Belo Horizonte. Em número de AIHs, situa-se como o segundo maior hospital de Minas Gerais, com um volume de cerca de 30 mil internações por ano (TABNET/DATASUS – janeiro a dezembro de 2019). Ao lado de dois outros grandes hospitais da capital, integra o complexo estruturante da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Região Metropolitana de Belo Horizonte, funcionando em articulação com SAMU, UPAs e Central de Leitos Municipal, sendo a principal referência destes para diversas síndromes clínicas agudas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018a).

O hospital atua com habilitação federal em Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica, Gestação de Alto Risco, Cuidado Intensivo Neonatal, Nutrição Enteral/Parenteral, Alta Complexidade em Traumatologia Ortopedia, Neurocirurgia e Unidade de AVC, Cirurgia Vascular e Endovascular, aguardando ainda a finalização do credenciamento solicitado em Centro de Trauma Tipo II.

4 DADOS E METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM

Para a realização deste estudo, optou-se pela abordagem de pesquisa mista que envolve análise qualitativa complementada pela análise quantitativa. Esse tipo de abordagem possibilita contemplar várias perspectivas sobre o fenômeno estudado. Para Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1999) e Yin (2001) a compreensão do significado de um evento só é possível em função da compreensão das inter-relações que emergem de um dado contexto. O pesquisador, principal instrumento de investigação e imerso no campo onde a pesquisa se desenvolve, está mais preocupado com o processo (descrevendo detalhadamente as situações, eventos, pessoas, interações e comportamentos observados) e não somente com os resultados e o produto da pesquisa em termos quantitativos.

4.2 ANÁLISE QUANTITATIVA (FONTE DE DADOS, VARIÁVEIS E METODOLOGIA)

A análise quantitativa é de caráter retrospectivo e descritivo, que envolve um levantamento dos dados de produção e perfil de atendimento disponíveis no banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada (Sistema *Alert ADW*). Foram coletadas informações atinentes aos anos de 2016, 2017, 2018 e 2019. Com base nessas informações foram construídos indicadores que permitiram quantificar e caracterizar o perfil de atendimento na UPA antes (2016 e 2017) e após (2018 e 2019) a implantação da nova estratégia de atendimento. Para a geração do banco de dados no sistema *Alert ADW* foram selecionados somente os atendimentos das especialidades que ocorreram na UPA, sendo excluídos os dados de atendimento de urgência de outras unidades do complexo hospitalar do qual a UPA estudada faz parte. Desconsiderou-se também os pacientes que não passaram pelo Acolhimento com Classificação de Risco e que, portanto, não foram classificados. Assim, foram selecionados apenas os atendimentos de pacientes com classificação de risco nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral e Ortopedia que ocorreram na UPA em estudo.

De posse dos dados gerados, foram excluídos os seguintes registros que apresentavam indícios de erro do sistema de informações:

- a) Registros cuja “cor do episódio” (segundo a Classificação de Risco do Sistema de Triagem de Manchester) constava no sistema *Alert ADW* como “Não Aplicável”;
- b) Registros cujos tempos de atendimento constavam como “00:00 horas” ou tempos superiores a “24:00 horas” por não representarem a realidade.

As variáveis listadas na tabela constante no Apêndice A representam as informações faltantes (“*missings*”). A quantidade “*missings*” é maior nas variáveis que informam o tempo de espera do paciente, principalmente em 2017. Nesse caso, os episódios sem a informação foram automaticamente excluídos desta análise. Foram excluídos no total, conforme os critérios estabelecidos, 18.460 registros, perfazendo 3,4% do total de atendimentos do banco de dados utilizado para esta pesquisa.

O Quadro 01 apresenta a definição de cada um dos indicadores avaliados nesta dissertação. Todos os indicadores foram construídos para os anos de 2016 a 2019, cobrindo o período antes e após a implementação da nova estratégia de atendimento.

Os indicadores podem ser classificados em dois grupos. O primeiro contempla uma caracterização da produção que permitiu traçar o perfil e a capacidade de atendimento da UPA em estudo. O segundo grupo, denominado de Desempenho Operacional, refere-se a indicadores que são passíveis de serem modificados pela intervenção realizada na UPA (melhoria na gestão do atendimento). São eles: proporção de pacientes que desistiram do atendimento e tempo médio de espera para atendimento. Além do tempo médio, foram estimados o tempo mediano. Os resultados para a mediana foram inferiores ao da média sugerindo a presença de *outliers*.

No entanto, seu comportamento ao longo dos anos foi bastante similar à média, não alterando as principais conclusões relativas à intervenção. Dessa forma, os resultados da mediana estão apresentados no Apêndice B e quando pertinentes, são comparados com o tempo médio ao longo do texto.

Quadro 01. Indicadores utilizados na análise quantitativa nos anos de 2016 a 2019

Caracterização da Produção	
Indicador	Nível de desagregação
Total de atendimentos realizados	Total
Total e proporção de atendimentos realizados segundo atributos dos pacientes	Sexo, idade
Total e proporção de atendimentos realizados segundo características do atendimento	Turno de atendimento* (manhã, almoço, tarde, noite e madrugada)
	Dia da semana
	Mês
	Classificação de risco conforme o STM (para vermelho, laranja, amarelo e verde)**
	Especialidade Médica (Clínica Médica, Ortopedia e Cirurgia Geral)
Desempenho	
Indicador	Nível de desagregação
Total e proporção de desistência	Total e proporção de atendimentos não realizados por “abandono” ou “não respondeu à chamada” entre pacientes da clínica médica e pacientes com classificação de risco verde
Tempo médio e mediano (em minutos) entre admissão e triagem do paciente (Tempo porta triagem)	Total
	Dia da semana
	Turno de atendimento*
	Classificação de risco**
Tempo médio e mediano (em minutos) entre triagem e atendimento médico do paciente	Especialidade médica
	Total
	Dia da semana
	Turno de atendimento
	Classificação de risco
	Especialidade médica

* Descrição de turno: manhã (entre 06:00h e 10:59h), almoço (entre 11:00h e 12:59h), tarde (entre 13:00h e 18:59h), noite (entre 19:00h e 23:59h) e madrugada (entre 00:00h e 05:59h).

** Foram excluídas da análise as cores azul e branco por não estarem no escopo do atendimento de urgência.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Foi conduzida uma análise descritiva simples de todos os indicadores construídos. Para verificar se a intervenção se refletiu no tempo de espera do paciente e na proporção de pacientes que desistiram de receber o atendimento,

foram realizados testes estatísticos de diferenças de média (teste *t-student*) e de proporção (teste *Z*) entre os anos analisados. Foram considerados estatisticamente significativas as diferenças entre os anos com $p\text{-valor} < 0,05$ (5% de significância).

No caso do indicador de proporção de desistência, consideramos apenas os pacientes classificados na cor verde segundo o Sistema de Triagem de Manchester (STM). Estamos supondo que as desistências desses pacientes, que correspondem a casos menos graves, seriam decorrentes de um tempo de espera excessivo. Caso a intervenção tenha atuado no sentido de reduzir o tempo de espera médio, espera-se observar também uma queda nessa proporção.

4.3 ANÁLISE QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa envolveu a realização de grupos focais com os profissionais da UPA. O Grupo Focal é um grupo reduzido de pessoas com as quais o pesquisador discute sobre o problema a ser investigado (VERGARA, 2005). Segundo Vergara (2005), o uso do Grupo Focal é particularmente apropriado quando o objetivo é *explicar como as pessoas consideram uma experiência, uma ideia ou um evento*, visto que a discussão durante as reuniões é efetiva em fornecer informações sobre o que as pessoas pensam ou sentem ou, ainda, sobre a forma como agem.

A escolha pelo Grupo Focal como técnica de coleta de dados nesta pesquisa foi para captar as diferentes impressões dos trabalhadores envolvidos na implantação do *Fast Track* na UPA. Segundo Oliveira e Freitas (1998), os grupos focais possuem destaque na pesquisa qualitativa porque propiciam riqueza e flexibilidade na coleta de dados, normalmente não disponíveis quando se aplica um instrumento individualmente, além do ganho em espontaneidade pela interação entre os participantes.

Os Grupos Focais foram realizados com o objetivo de ampliar o entendimento quanto às possíveis repercussões sobre a organização do trabalho e a produção do cuidado após a criação do fluxo *Fast Track* percebidos pelos trabalhadores da UPA. A população desta pesquisa é constituída pelos 223 trabalhadores da UPA, com diferentes vínculos (CLT, estatutários, terceirizados, contratos administrativos), composta de diferentes categorias profissionais, tais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, laboratório e radiologia, funcionários

administrativos, porteiros e equipe de higienização. Como não é possível realizar os grupos focais com toda a população, foi necessário definir uma amostra. Foi utilizado neste estudo o critério de amostragem por saturação.

O fechamento amostral por saturação teórica ocorre quando as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Os sujeitos foram escolhidos pelos seguintes critérios:

1. ser trabalhador da UPA em estudo;
2. estar em contato com os processos de trabalho envolvendo a UPA nos meses anteriores à implantação do fluxo *Fast Track*;
3. estar em contato com os processos de trabalho envolvendo a UPA por pelo menos três meses após a implantação do fluxo *Fast Track*.

Trabalhadores da UPA que se encaixaram nos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa de forma a serem contempladas várias categorias profissionais. Foram excluídos da seleção trabalhadores que estiveram afastados do serviço no período mencionado por motivo de doença, licença maternidade ou que estiveram em período de férias durante as fases pré e pós implantação do fluxo *Fast Track*.

Foram formados dois grupos conduzidos por uma Moderadora, com formação em Ciências Sociais, mestrado e doutorado em História e uma Relatora e Observadora, graduada em Ciências Sociais e doutoranda em Sociologia pela UFMG, ambas com conhecimento e experiência na condução de Grupos Focais. O objetivo de sua participação nesta pesquisa foi facilitar a comunicação e estimular os participantes a compartilharem as experiências. Este pesquisador, em virtude do cargo ocupado e do grau de envolvimento durante a intervenção ora estudada, não participou presencialmente dos Grupos Focais a fim de se evitar qualquer situação que pudesse inibir ou até mesmo constranger os participantes em sua livre manifestação e expressão.

O primeiro Grupo Focal contou com 04 participantes para que fosse realizado um pré-teste onde foi avaliado o roteiro semi-estruturado (Apêndice C), bem como as demais questões de infraestrutura necessárias para a realização das discussões. O material gerado por este primeiro Grupo Focal foi totalmente incluído na pesquisa

por ter apresentado informações relevantes. Além disso, foi necessária a inclusão dos seguintes temas que surgiram de forma espontânea durante as discussões com o primeiro grupo, tais como: aspectos inerentes à gestão da UPA, à alta rotatividade de profissionais no serviço e ao perfil requerido para trabalhar com o *Fast Track*.

O segundo Grupo Focal contou com 12 participantes. Ambos os grupos foram compostos por trabalhadores de diversas categorias profissionais da UPA em estudo e que foram pré-selecionados para participar da discussão de acordo com os critérios de inclusão citados anteriormente. Por mais que admita ser controverso qual seria o número ideal de Grupos Focais a serem realizados no caso de um tema tão rico em possibilidades como o da pesquisa em questão, não se identificou a necessidade de realização de outros Grupos Focais para complemento das relevantes informações que foram coletadas.

Outro aspecto que merece ser destacado é que os Grupos Focais desta pesquisa ocorreram durante o decurso da pandemia do novo coronavírus em um serviço de referência no atendimento a pacientes com COVID-19 além de outras doenças agudas. Portanto, mesmo tendo sido adotadas todas as medidas necessárias para se evitar o contágio e garantir a segurança de todos os participantes, a situação epidemiológica da pandemia influenciou na decisão quanto ao número de integrantes e de grupos para esta pesquisa.

A realização dos Grupos Focais ocorreu em duas reuniões distintas, sendo uma no dia 06 e outra no dia 13 de novembro de 2020. As duas reuniões duraram em torno de 2 horas cada e ocorreram em uma sala climatizada e segura, especialmente preparada para este trabalho na sede do complexo hospitalar do qual a UPA faz parte. As discussões foram gravadas em MP3 com a utilização de dois gravadores e um notebook.

Ambos os grupos foram conduzidos sob um roteiro semi-estruturado (pré-estabelecido), buscando proporcionar um diálogo de maneira participativa. Aos membros dos grupos foi distribuído um questionário auto-aplicável com questões sociodemográficas. No final deste questionário foi criado um espaço para que o participante pudesse colocar alguma informação que julgou ser pertinente, mas que eventualmente não teve a oportunidade ou não se sentiu confortável em expressar durante a participação no Grupo Focal (Apêndice C). Para manter o sigilo e também auxiliar no trabalho posterior de transcrição os participantes foram identificados por números, que eram repetidos ao início de cada fala.

Os Grupos Focais contaram com a participação de 08 mulheres e 08 homens e a idade média dos integrantes foi de 44 anos. Quanto à formação, compuseram os grupos: 02 Técnicos de Enfermagem, 01 Auxiliar de Enfermagem, 01 Gestor de Projetos, 01 Gestor de Serviços de Saúde, 05 Enfermeiros, 02 Psicólogos e 04 Médicos. O tempo médio de trabalho na instituição para os dois grupos foi de 14,7 anos. Quanto aos cargos ocupados na ocasião da realização dos grupos, 08 eram trabalhadores ligados aos processos assistenciais (agente administrativo, supervisor de portaria, enfermeiro, médico e técnico de enfermagem) e 08 eram gestores (coordenador, gerente e diretor).

Para a análise dos dados provenientes dos Grupos Focais foi feita a codificação por meio da técnica de análise de conteúdo. A análise de conteúdo pode ser utilizada para criar inferências tanto para dados verbais quanto para simbólicos que são obtidos por meio de perguntas e observações determinadas pelo pesquisador. As categorias vão sendo criadas à medida que surgem nas respostas para depois serem interpretadas à luz das teorias explicativas (FRANCO, 2008). Na análise de conteúdo, é feita a classificação das expressões mais importantes e a descrição numérica dos dados, sendo reportadas algumas citações e um resumo das discussões obtidas em cada um dos grandes tópicos da discussão.

Cada participante do Grupo Focal pôde expressar livremente durante a reunião as suas opiniões, refletindo sobre as questões colocadas pela Moderadora. Aos participantes foram totalmente garantidos o anonimato e o sigilo das informações fornecidas e sua atuação foi voluntária. Além disso, lhes foi assegurado o direito de não responder as perguntas feitas ou de encerrar sua participação no grupo no momento em que desejasse. As perguntas abordadas nos Grupos Focais estão descritas no Apêndice C deste trabalho.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido à avaliação e obteve a anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e do hospital em estudo (Anexo A) atendendo as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). O Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) foi devidamente validado pelo COEP e o Termo de Consentimento Livrementemente Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) foi oferecido para assinatura de todos aqueles que aceitaram participar

dos Grupos Focais (Parecer consubstanciado do CEP / CAAE nº. 29472920.4.3001.5129 – Anexo B). Assumiu-se o compromisso de apresentar para os gestores da instituição os resultados desta pesquisa, assim como possíveis contribuições para futuras intervenções no serviço. Os dados referentes a esta pesquisa serão mantidos em arquivo confidencial em local indicado pela instituição por um período de cinco anos, sendo que após este período serão destruídos.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DA UPA

A Tabela 1 mostra o número de atendimentos realizados na UPA em estudo no período entre 01/01/2016 a 31/12/2019, considerando o total e segundo atributos individuais. Em 2019, a UPA efetuou 149.029 atendimentos, com um registro crescente deste total desde a sua inauguração. Comparado com o ano de 2016, a UPA estudada apresentou em 2019 um total de atendimentos 30,6% maior e quando comparado com 2018, o ano em que se deu a intervenção este percentual foi de 7,8% de atendimentos a mais.

Observa-se também uma predominância do percentual de atendimentos aos pacientes do sexo feminino (56,3%), sendo este perfil constante ao longo do período analisado. Quanto à faixa etária, há uma maior concentração dos atendimentos nas faixas acima de 60 anos (20%), de 30 a 39 anos (17,9%) e entre 40 a 49 anos (15,0%), sendo estes achados também constantes ao longo dos anos analisados.

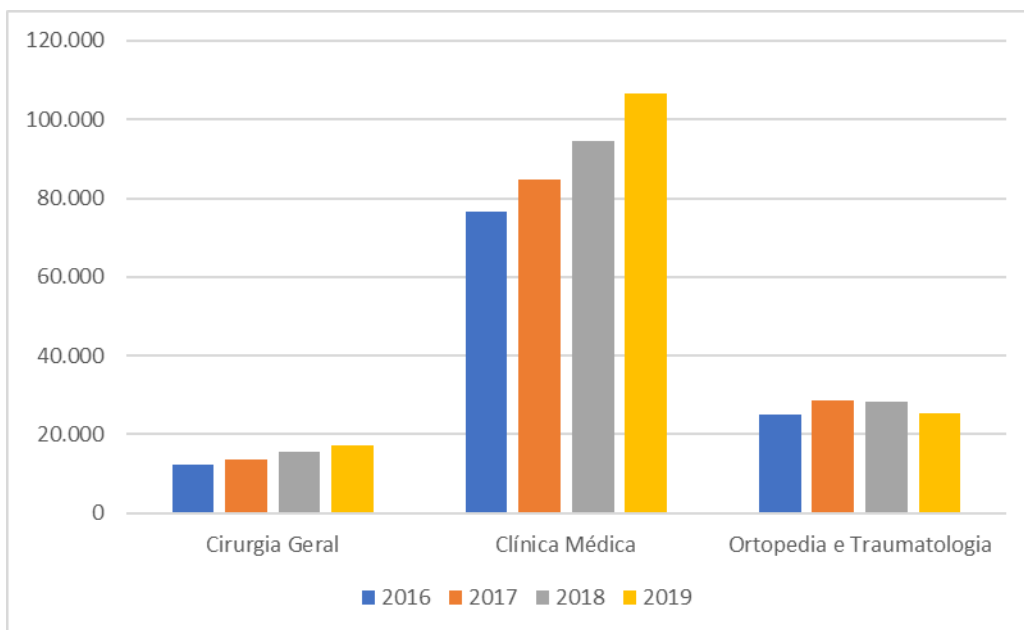
Tabela 1: Número e percentual de atendimentos realizados entre 2016 e 2019, total e segundo atributos individuais

Sexo	Número de atendimentos por ano					Percentual por ano				
	2016	2017	2018	2019	Total	2016	2017	2018	2019	Total
Masculino	50.638	56.071	59.989	64.255	230.953	44,4	44,2	43,4	43,1	43,7
Feminino	63.467	70.883	78.263	84.774	297.387	55,6	55,8	56,6	56,9	56,3
Idade	2016	2017	2018	2019	Total	2016	2017	2018	2019	Total
13 a 19	11.505	11.991	12.023	12.481	48.000	10,1	9,4	8,7	8,4	9,1
20 a 24	12.422	13.842	15.336	17.360	58.960	10,9	10,9	11,1	11,6	11,2
25 a 29	11.330	12.022	13.554	14.307	51.213	9,9	9,5	9,8	9,6	9,7
30 a 39	20.963	22.580	24.389	26.531	94.463	18,4	17,8	17,6	17,8	17,9
40 a 49	16.628	18.695	20.922	23.081	79.326	14,6	14,7	15,1	15,5	15,0
50 a 59	15.258	17.476	19.251	20.359	72.344	13,4	13,8	13,9	13,7	13,7
60+	21.111	25.341	28.418	30.800	105.670	18,5	20,0	20,6	20,7	20,0

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

A maior proporção dos atendimentos realizados na UPA refere-se à especialidade clínica médica, respondendo por 72% dos atendimentos em 2019, número que é crescente ao longo do período analisado, conforme demonstrado na Figura 13. A especialidade ortopedia respondeu em 2019 por 17% do total dos atendimentos e apresentou tendência de queda ao longo dos anos observados. Já a cirurgia geral, representou 11% dos atendimentos em 2019, percentual este que se manteve praticamente estável entre 2016 e 2019.

Figura 13: Total de atendimentos por especialidades na UPA – Anos de 2016, 2017, 2018 e 2019



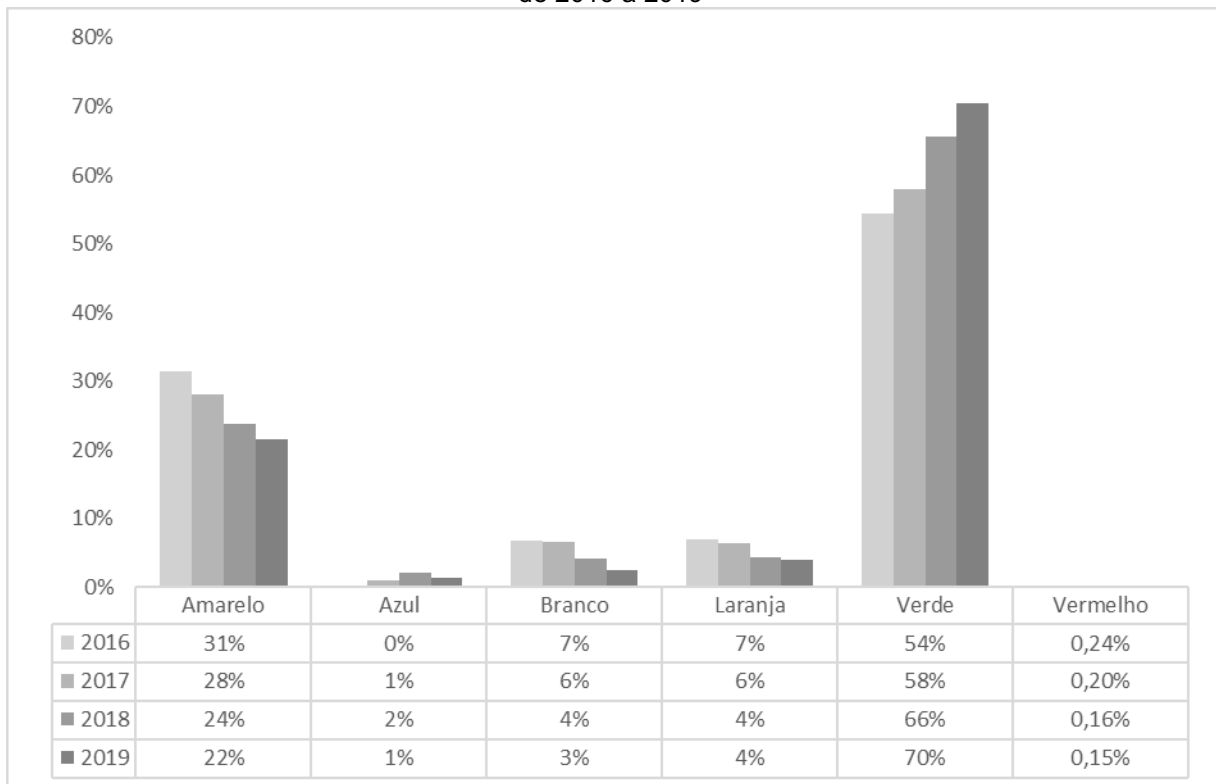
Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

A Figura 14 apresenta a distribuição percentual anual de atendimentos por prioridade clínica (cor da Classificação do Risco do Sistema de Triagem de Manchester) durante o período estudado. Do total de atendimentos realizados na UPA, a maior parte foi de pacientes classificados como “Verde” – pouco urgente.

A participação desses pacientes no total de atendimentos aumentou no período de análise, saindo de 54% em 2016 para 70% em 2019. Em contraposição, a participação dos pacientes classificados como “Amarelo” – urgente – sofreu uma redução ao longo dos anos observados, variando de 31% em 2016 para 22% em 2019. O elevado percentual de pacientes classificados como verde também é observado em outras UPA’s de Belo Horizonte.

Segundo o Relatório Anual de Gestão da SMSA, em 2018 as UPA's do município registraram os seguintes percentuais por cores segundo o Protocolo de Manchester: 5,9% brancos, 1,5% azuis, 72,3% verdes, 17,8% amarelos, 2,2% laranjas e 0,3% vermelhos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018b). Vale salientar que o percentual de pacientes classificados como amarelos e laranjas encontrado na UPA em estudo é maior do que a média observada no município. Esse resultado pode estar refletindo um perfil de maior complexidade dos casos atendidos nesta UPA quando comparada às demais UPA's de BH.

Figura 14: Percentual de atendimentos por prioridade clínica (cor) na Classificação de Risco na UPA de 2016 a 2019

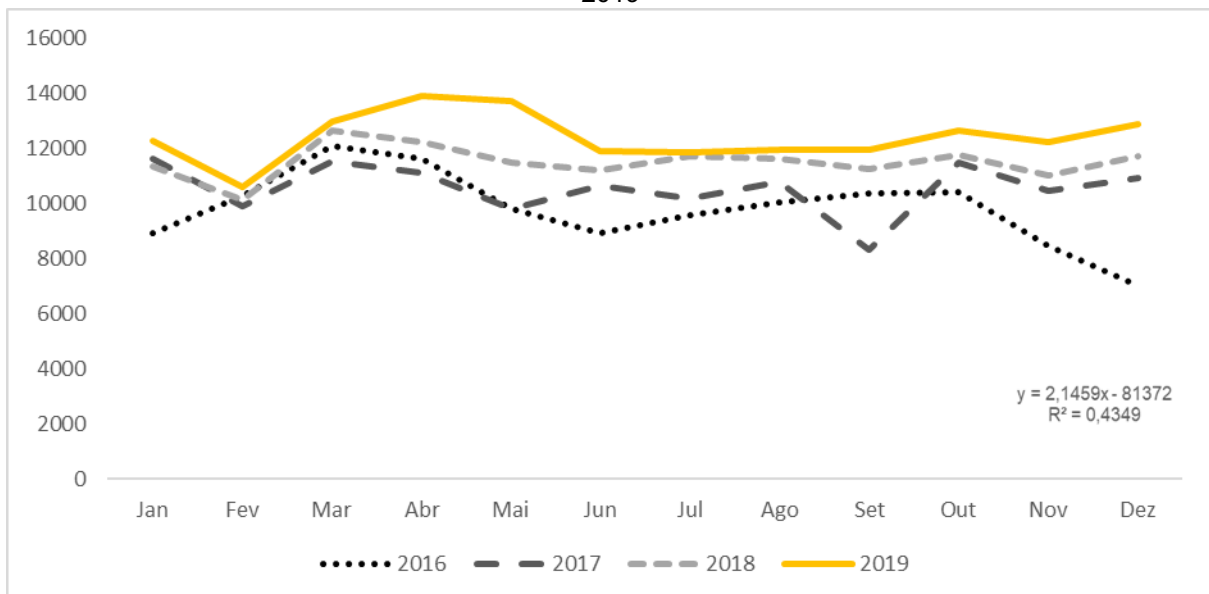


Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

A Figura 15 mostra o número de atendimentos por mês na UPA estudada nos anos e 2016 a 2019. Algumas variações para o mesmo mês em diferentes anos podem refletir o aumento de demanda por atendimento ocasionadas por surtos. Esse é o caso, por exemplo, das doenças respiratórias nos períodos de clima seco e frio que ocorreram entre os meses de março a junho nos anos de 2018 e 2019. Outro exemplo importante é o surto de Dengue que ocorreram entre os meses de janeiro a abril nos anos de 2017 e 2019, caracterizados como períodos chuvosos e de altas temperaturas (Gerência de urgência/SMSA/PBH).

Conforme demonstrado no Apêndice E, foram realizados em média, na UPA estudada, 9.509 atendimentos por mês no ano de 2016, sendo que estes atendimentos aumentaram de forma contínua no período analisado, alcançando em 2019 uma média mensal de 12.419, demonstrando a dimensão da capacidade de produção desta UPA. O crescimento do número mensal de pacientes atendidos por esta unidade de pronto atendimento foi de 30,6% entre os anos de 2016 e 2019. Considerando apenas a diferença entre 2018, quando o fluxo do *Fast Track* foi implementado, e 2019, esse incremento foi de 7,8%. Mesmo sem ofertar a especialidade pediatria, a UPA analisada é a que registra o maior volume de atendimentos no município de Belo Horizonte segundo o Relatório Anual de Gestão (2018b).

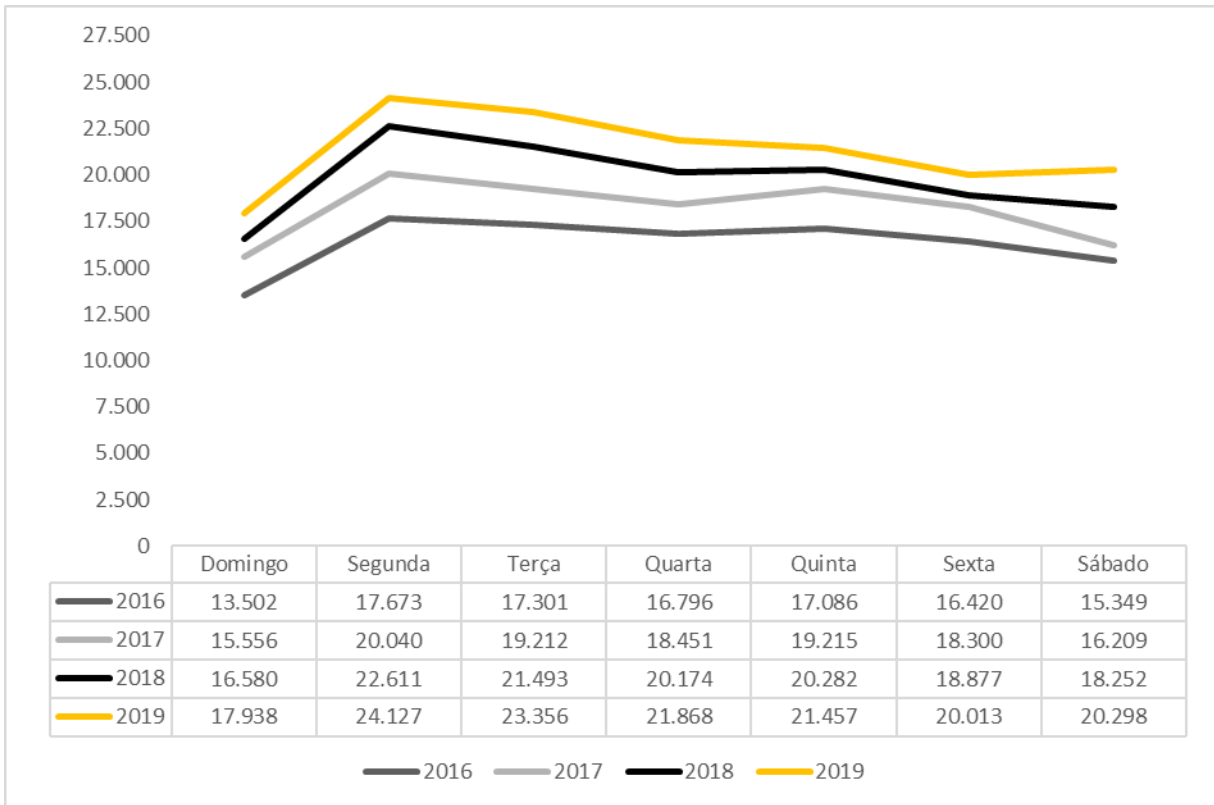
Figura 15: Número de atendimentos realizados por mês na UPA nos anos de 2016, 2017, 2018 e 2019



Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

Em relação à distribuição dos atendimentos por dia da semana, observa-se um pico de demanda às segundas feiras, com uma redução gradativa ao longo da semana, alcançando um menor valor aos domingos. Esse resultado é verificado em todo os anos analisados (Figura 16).

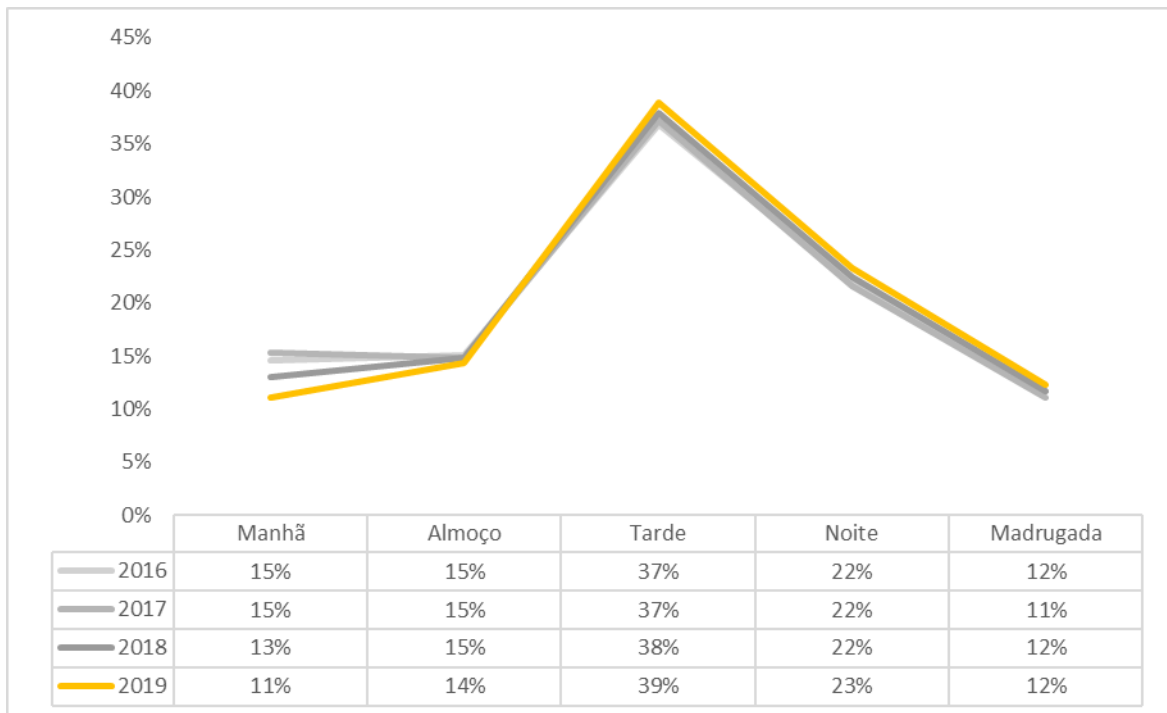
Figura 16: Número de atendimentos por dia da semana na UPA em 2016, 2017, 2018 e 2019



Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

Observa-se também uma variação dos atendimentos segundo o turno. A Figura 17 claramente mostra um pico no período da tarde (entre 13:00 e 18:59 horas) que responde por mais de 30% dos atendimentos realizados ao longo do dia, seguido do período da noite (de 19:00 e 23:59 horas), concentrando 22% dos atendimentos. O menor percentual é observado no período da madrugada (compreendido entre 00:00 e 05:59 horas) e no turno da manhã (entre 06:00 e 10:59 horas). Esta tendência nas curvas é constante ao longo dos anos estudados.

Figura 17: Percentual de atendimentos a cada turno do dia na UPA nos anos de 2016 a 2019



Nota: Descrição dos turnos: manhã (entre 06:00h e 10:59h), almoço (entre 11:00h e 12:59h), tarde (entre 13:00h e 18:59h), noite (entre 19:00h e 23:59h) e madrugada (entre 00:00h e 05:59h).

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

5.2 INDICADORES DE DESEMPENHO OPERACIONAL

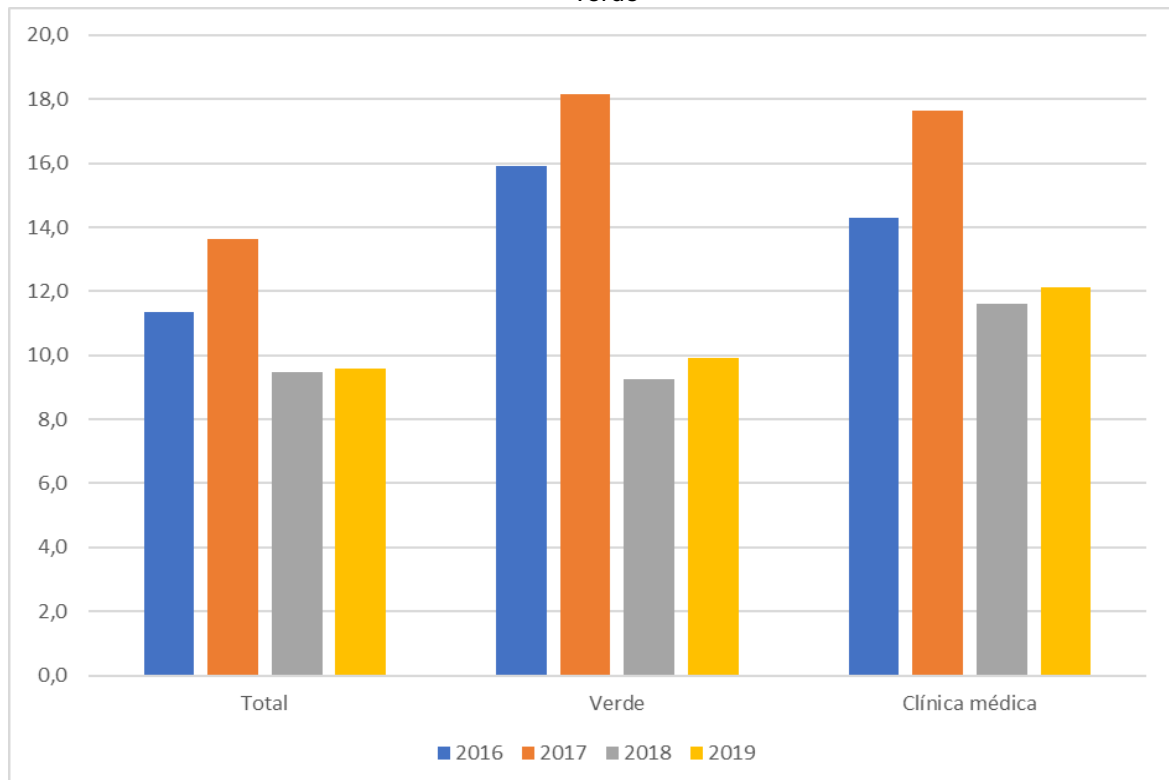
A Figura 18 apresenta o número de atendimentos médicos que não foram realizados por causa de abandono por parte do usuário ou por ausência de resposta do usuário ao chamado na UPA estudada nos anos de 2016 a 2019. Esses registros se referem a situações que não se converteram em atendimento médico após a classificação de risco.

Geralmente, são observados nas categorias de pacientes com queixas mais leves, uma vez que os mais graves raramente têm condições de abandonar a UPA sem receberem atendimento. Portanto, o indicador de abandono ou ausência de resposta pode ser considerado um indicador de performance por, em sua maioria, estar relacionado aos longos períodos de espera por atendimento.

Observa-se que o número total de atendimentos não realizados por esses dois motivos subiu entre os anos de 2016 e 2017, mas com queda significativa entre os anos de 2018 e 2019 (após a implantação do *Fast Track*). O mesmo se observa ao se analisar o número de pacientes atendidos na especialidade Clínica Médica e naqueles desta especialidade classificados na cor Verde segundo o STM.

Ressalta-se que o número total de pacientes atendidos na UPA estudada apresentou um crescimento importante ao longo dos anos analisados, sobretudo na especialidade Clínica Médica e pacientes classificados como verdes segundo o STM.

Figura 18: Proporção de atendimentos não realizados por abandono/não respondeu à chamada entre 2016 e 2019, total e entre pacientes da clínica médica em geral e aqueles com classificação de risco verde*



* Total: Diferenças entre os anos são estatisticamente significativas a 1% exceto entre 2018 e 2019 (diferença não significativa).

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

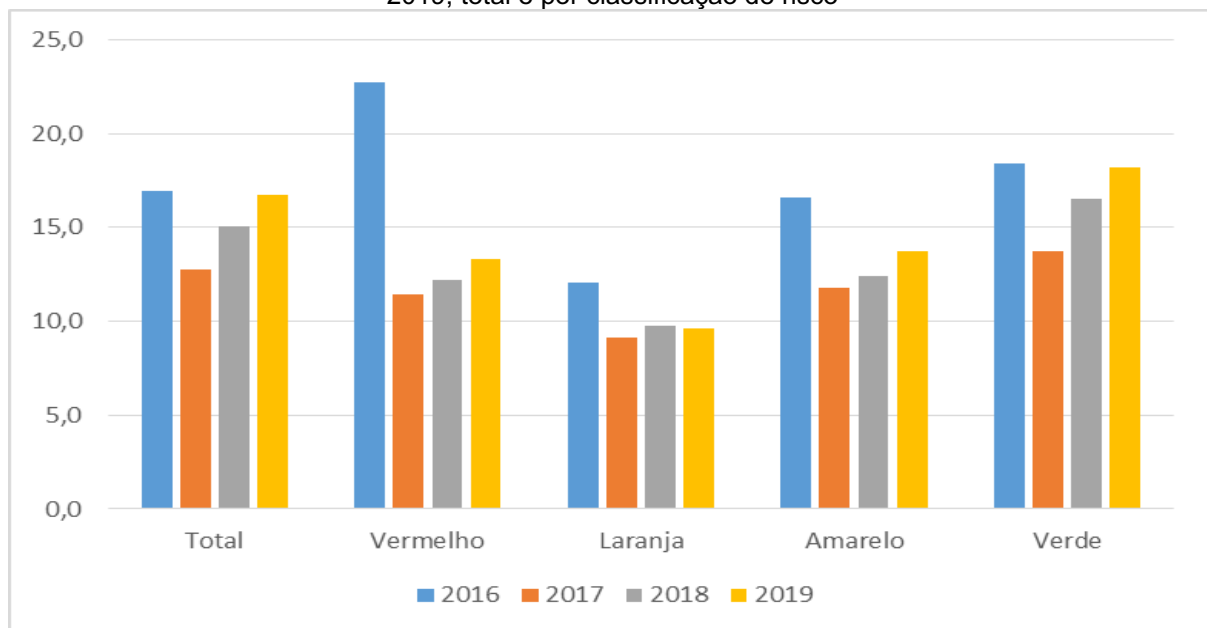
A Figura 19 mostra o tempo médio (em minutos) entre a admissão e a triagem do paciente na UPA (tempo porta triagem) entre os anos de 2016 e 2019, total e por classificação de risco. Observa-se que, quando comparado ao ano de 2016, há uma significativa redução do tempo total porta triagem da UPA estudada no ano de 2017. Um aumento deste tempo é registrado sucessivamente em 2018 e 2019 para todas as cores, anos em que também são registrados aumentos no número de atendimentos, conforme ressaltado anteriormente (Figura 15).

Ressalte-se que, mesmo com aumento do tempo porta triagem nos anos de 2018 e 2019, este se manteve abaixo de 17 minutos, o que pode ser considerado aceitável para uma unidade deste porte. Além disso, o tempo mediano é bastante

inferior, sugerindo a presença de *outliers*. Em 2019, por exemplo, o tempo mediano porta triagem era igual a 5,6 (vermelho), 4,9 (laranja), 7,3 (amarelo) e 10,9 (verde) (Apêndice B).

Originalmente desenvolvido e aplicado em serviços de saúde da Europa, não há um intervalo de tempo parametrizado no Sistema de Triagem de Manchester (STM) como “ideal” ou “seguro” entre o registro de admissão do usuário e a Classificação de Risco. Matias et al. (2008) avaliaram a eficiência do STM para pacientes coronariopatas em Portugal, registrando o tempo porta triagem de 5,2 minutos para este perfil de pacientes. No entendimento de Jiménez et al. (2003) este tempo não deveria ser superior a 10 minutos. A observação do que é praticado pelas unidades de pronto atendimento que adotam o acolhimento com classificação de risco no Brasil, nos permite afirmar que o tempo médio entre a admissão e a triagem (tempo porta triagem) tem sido de 11 minutos.

Figura 19: Tempo médio (em minutos) entre a admissão e a triagem do paciente na UPA entre 2016 e 2019, total e por classificação de risco



* Nota de significância:

Total: Diferenças entre os anos são estatisticamente significativas a 1% exceto entre 2016 e 2019 (diferença não significativa).

Vermelho: Diferenças estatisticamente significativas a 1% apenas entre 2016 e os demais anos.

Laranja: Diferenças estatisticamente significativas a 1% apenas entre 2016 e os demais anos, e a 5% entre os anos 2017 e 2018.

Amarelo: Diferenças entre os anos são estatisticamente significativas a 1%

Verde: Diferenças entre os anos são estatisticamente significativas a 1% exceto entre 2016 e 2019.

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

A Figura 20 apresenta o tempo médio porta triagem segundo dias da semana (painel A) e turno de atendimento (painel B). Há uma tendência clara, conforme esperado, de tempos médios mais elevados em períodos e dias cujo fluxo de pacientes é mais intenso.

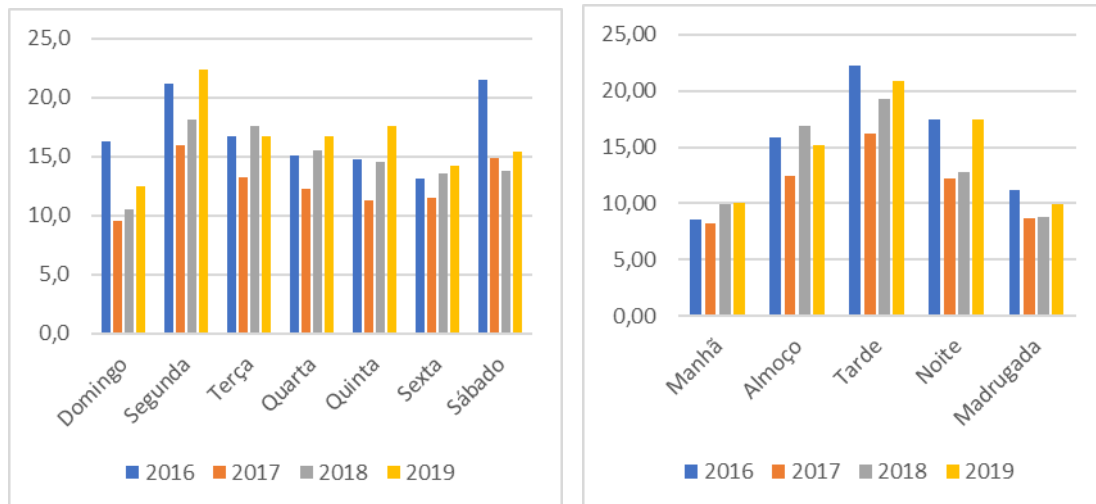
Os maiores registros do tempo médio porta triagem ocorrem às segundas-feiras, mantendo-se praticamente a níveis similares nos demais dias da semana. Aos domingos, onde o fluxo de atendimentos é menos intenso, o tempo médio porta triagem é notadamente mais baixo (painel A, Figura 20).

Em relação ao turno de atendimento, os maiores registros de tempo porta triagem ocorrem no turno da tarde, onde o maior percentual dos atendimentos desta UPA estão concentrados (painel B, Figura 20). Esses resultados são observados ao longo dos anos analisados.

Figura 20: Tempos médios entre a admissão e a triagem do paciente na UPA entre 2016 e 2019, segundo dias da semana (A) e turno de atendimento (B)*

Painel A – Dias da semana

Painel B – Turno



*Nota: Diferenças entre os anos são estatisticamente significativas a 1%.

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

A Figura 21 apresenta o tempo médio (medido em minutos) entre a triagem do paciente e o atendimento médico na UPA nos anos de 2016 a 2019, considerando o total de atendimento e estratificado segundo classificação de risco analisada neste estudo¹.

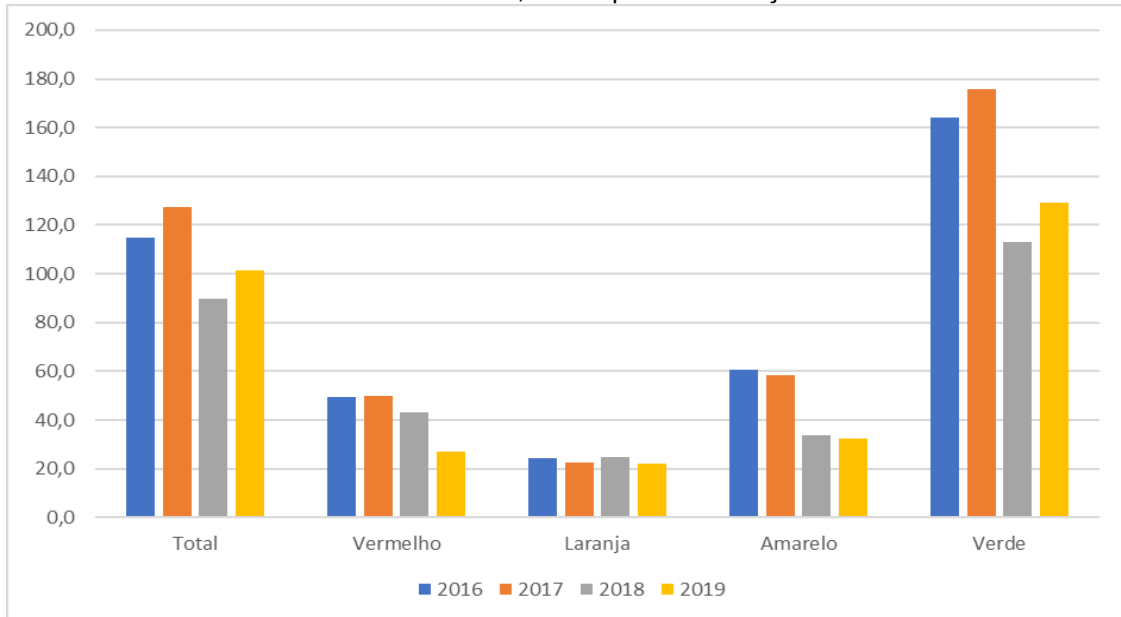
¹ Foram excluídos da análise os pacientes classificados como branco (considerados fora da categoria de urgência, mas que buscam o serviço para atendimentos eletivos, tais como retorno e realização de exames) e os azuis (casos não-urgentes).

A análise desse indicador é importante pois é utilizado pelo STM para estabelecer os tempos máximos considerados seguros para o paciente segundo cada cor preconizada em seu protocolo.

Os resultados mostram uma redução significativa dos tempos médios em todas as classificações de risco incluídas após a implantação do *Fast Track*. Para as cores vermelho e laranja, observam-se em todo o período estudado tempos médios superiores aos preconizados pelo STM. O tempo mediano é praticamente a metade do valor médio (Apêndice B). Os atendimentos dos pacientes classificados como vermelho e laranja ocorrem em sua totalidade (vermelhos) ou de forma majoritária (laranjas) na Sala de Emergência da UPA, cujo processo de trabalho prioriza o primeiro atendimento em detrimento do registro no sistema de prontuário eletrônico. Situação semelhante foi descrita por Martins, Cuña e Freitas (2009). Dessa forma, é provável que estes tempos elevados não condizem com a realidade e podem ser melhor compreendidos quando se analisa a realidade prática da assistência prestada. Para as cores amarelo e verde, os tempos médios são notadamente menores nos anos de 2018 e 2019 quando comparados com os anos de 2016 e 2017 em que o *Fast Track* ainda não estava inserido nos processos de trabalho desta UPA. Note-se que esse resultado é verificado mesmo diante do incremento significativo da demanda ocorrido ao longo dos anos analisados. As diferenças entre os anos são estatisticamente significativas a 1%.

Destaca-se, contudo, um desempenho pior em 2019 relativamente a 2018. Esse resultado pode estar associado ao perfil da equipe, com a inclusão de novos trabalhadores em virtude de alta rotatividade de profissionais na unidade. Além disso, importante mencionar uma possível fadiga dos profissionais já experientes no atendimento *Fast Track* uma vez que 2019 foi o segundo ano de organização nessa nova lógica de trabalho na UPA. Ao melhorar o fluxo de pacientes, houve um aumento expressivo na demanda por atendimento sem haver como contrapartida um aumento na oferta de profissionais.

Figura 21: Tempo médio (em minutos) entre a triagem do paciente e o atendimento médico na UPA entre 2016 e 2019, total e por classificação de risco*

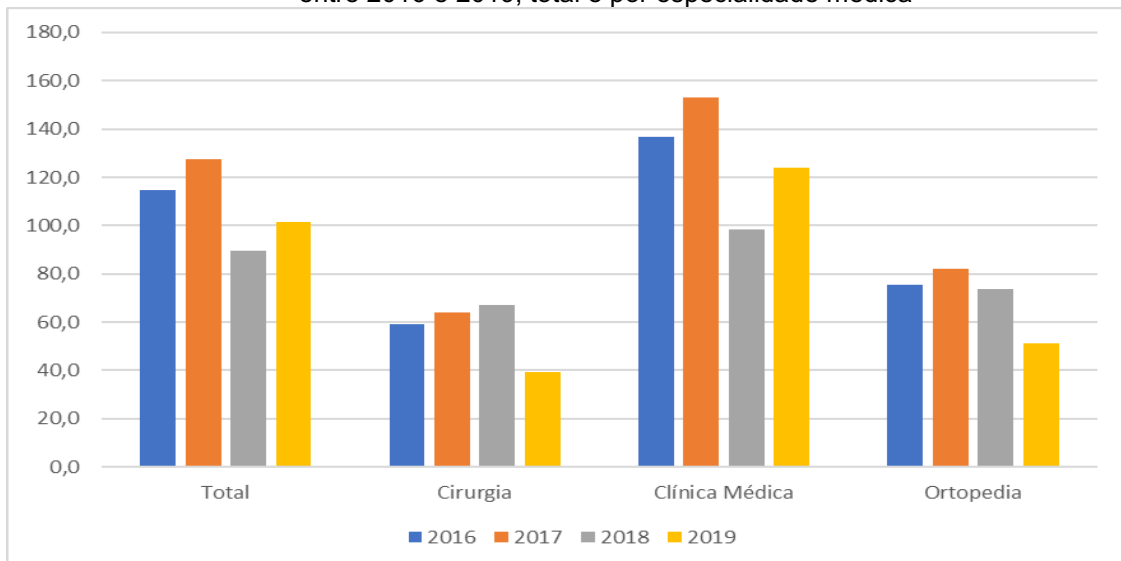


*Nota: Diferenças entre os anos são estatisticamente significativas a 1%.

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

A análise por especialidade médica (Figura 22) evidencia uma redução do tempo médio em minutos entre a triagem do paciente e o atendimento médico na UPA após intervenção (*Fast Track*). Esse resultado é ainda mais favorável à intervenção no caso da Clínica Médica, na medida em que essa especialidade, além de responder pela maior parte dos atendimentos realizados nesta UPA, apresentou o maior crescimento no fluxo de pacientes ao longo dos anos estudados.

Figura 22: Tempo médio (em minutos) entre a triagem do paciente e o atendimento médico na UPA entre 2016 e 2019, total e por especialidade médica*



* Nota: Diferenças entre os anos são estatisticamente significativas a 1%.

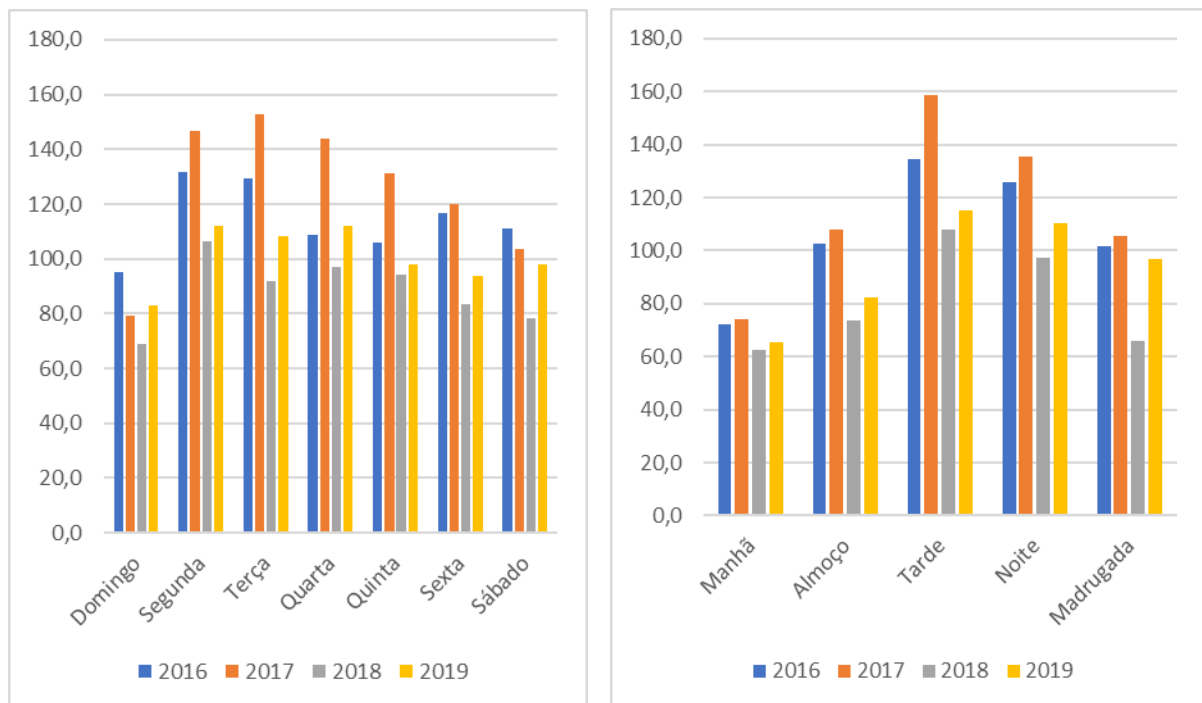
Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

A Figura 23 apresenta o tempo médio em minutos entre a triagem e o atendimento do paciente na UPA por dia da semana (painel A) e turno de atendimento (painel B). Novamente, verifica-se uma queda do tempo médio entre a triagem e o atendimento independentemente do turno e dia da semana, evidenciando mais uma vez a importância da intervenção na organização do fluxo de atendimento na UPA em estudo. As diferenças entre os anos são estatisticamente significativas a 1%.

Figura 23: Tempo médio (em minutos) entre triagem e atendimento do paciente na UPA entre 2016 e 2019, por dia da semana e turno de atendimento*

Painel A – Dia da semana

Painel B - Turno



*Descrição de turno: manhã (entre 06 e 10:59), almoço (entre 11:00 e 12:59), tarde (entre 13:00 e 18:59), noite (entre 19:00 e 23:59) e madrugada (entre 00:00 e 05:59)

**Nota de significância:

Domingo: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos.

Segunda-feira: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos.

Terça-feira: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos.

Quarta-feira: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos.

Quinta-feira: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos.

Sexta-feira: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos exceto entre 2016 e 2017 (significativo a 5%).

Sábado: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos.

Manhã: Diferenças entre os anos são estatisticamente significativas a 1% exceto entre os anos 2016 e 2017 (significativo a 5%)

Almoço: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos.

Tarde: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos.

Noite: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos.

Madrugada: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos exceto entre 2016 e 2017 (significativo a 5%).

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

5.3 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À INTERVENÇÃO

A análise qualitativa por meio da realização de grupos focais permitiu avaliar a percepção dos trabalhadores da UPA sobre a implementação do *Fast Track* e sua repercussão na organização do trabalho e na prática cotidiana do provimento do cuidado. De uma forma geral, a equipe multiprofissional que atua na UPA estudada fez uma avaliação positiva do *Fast Track*. Segundo os profissionais que participaram dos grupos focais, o *Fast Track* trouxe avanços para a instituição permitindo melhorias em seu cotidiano. Apesar das dificuldades enfrentadas na sua implementação, os participantes consideram o método de organização do fluxo de pacientes importante principalmente pelos ganhos obtidos para a unidade em termos de segurança e organização. No entanto, a complexidade de sua implementação pode ser evidenciada pelos resultados encontrados.

A apresentação da análise dos grupos focais está organizada em 11 temas: 1) Período anterior à implantação do *Fast Track* e fase preparatória; 2) Implantação do *Fast Track*; 3) Principais desafios para a implantação do *Fast Track*; 4) Período posterior à implantação do *Fast Track* e seus aspectos positivos; 5) Influência do *Fast Track* sobre os trabalhadores; 6) Melhorias que o *Fast Track* trouxe para os usuários; 7) Avaliação do *Fast Track* segundo o profissional da UPA; 8) Gestão da UPA; 9) Perfil do profissional necessário para trabalhar na lógica do *Fast Track*; 10) Alta rotatividade dos profissionais como um obstáculo adicional para a implantação e 11) Reflexos gerados pela Pandemia COVID-19.

5.3.1 Período anterior à implantação do *Fast Track* e a fase preparatória

Os participantes mencionaram alguns aspectos negativos presentes na UPA antes da implementação do novo fluxo de atendimento, como longos tempos de espera, desorganização dos fluxos e da assistência ao usuário. Esses aspectos já tinham sido identificados em 2017 pela equipe que liderou a implantação deste projeto como possíveis pontos para serem melhorados com a intervenção. Eram situações que, conforme indica o “*Lean Thinking*”, não agregavam valor para o usuário e que, portanto, poderiam (e deveriam) ser eliminadas. Algumas falas dos

profissionais que participaram dos grupos focais se referiram ao excessivo tempo de espera dos usuários por atendimento, muitas vezes bem maior que o limite de segurança preconizado pelo STM.

GF 1 - QUATRO: É! Porque a pessoa esperava muito mais tempo, né, para depois poder passar e ouvir o que, agora no Fast Track, assim... É muito mais resolvido.

GF 1 -DOIS: Na classificação verde o tempo e a demanda começaram a subir de forma, assim, exponencial (desde a inauguração da UPA em dezembro de 2015). Começou a crescer muito, crescer muito. E na sequência veio o projeto da Fast Track que aí, mudou a dinâmica(...).

GF 1 -DOIS: Exatamente! Uma pressão danada e... Do lado de dentro, como é que era a dinâmica do atendimento, o médico atendia, independente da cor, pedia os exames, pedia a medicação, o paciente resolvia isso, fazia o exame e a medicação e retornava para o mesmo médico fazer a reavaliação. E isso impacta no tempo de demora do paciente dentro da unidade. (...) Podia ser uma dor de garganta, uma coisa simples, mas ficava lá o dia todo. E a maior pressão da demanda são os pacientes de menor complexidade, classificação verde. As outras classificações mantiveram relativamente estáveis (...).

Além do longo tempo de espera, havia maior exposição ao risco de agravamento do quadro clínico dos pacientes. Foram também mencionados aspectos relacionados à falta de organização dos processos de trabalho na UPA e algumas de suas consequências.

GF 2 - UM: Antigamente a gente ficava muitas horas na emergência, né?! Muitas coisas que aconteciam fora da sala de emergência... As pessoas ficavam grave lá fora, muito graves lá fora, esperando na fila (...).

GF 1 -TRÊS: Então, com isso, sem essa organização, a gente não dava conta de atender. A gente atendia, mas atendia desordenado. Atendia de forma mecânica, automática. A gente chegava 'próximo, próximo, próximo' porque começa a ficar robótico.

Em ambos os Grupos Focais, houve falas a respeito da desorganização dos fluxos de atendimento e suas consequências, incluindo agressão física aos funcionários da UPA.

GF 1 - TRÊS: Muita gente vinha aqui, ficava perdido, 5 horas na fila, para chegar em quem estava fazendo a triagem e falar 'Seu caso é no posto de saúde'. Aí, o que isso acontecia? Várias outras coisas! Dano patrimonial, porque para a gente atender UPA... A gente sabe que tem muita gente que vem, fica nervoso e acaba quebrando a coisa. Agressão ao funcionário, porque eu, no meu ponto de vista, quando eu vejo essas coisas... Eu também sou um dos responsáveis pela vigilância, então eu vejo... Eu quase não vejo mais... Antigamente tinha muito relato de agressão ao funcionário, enfermeiro... O vigilante tinha que ficar quase na porta do enfermeiro por causa disso.

GF 1 -TRÊS: (...) como era no início, a gente era tão, assim, amador porque as fichas a gente colocava em uma caixinha para o médico ir pegando, então, se você não tivesse uma pessoa fiscalizando o próprio paciente ia lá, pegava a ficha dele e passava na frente. E o médico não ficava olhando por hora, ele ia chamar quem estava na frente. (...) Eu lembro que eu ficava lá, nó!... A pessoa sofria uma pressão, uma pressão psicológica tão grande. Porque era todos... Parecia que era aquele filme: 'Todos contra um'. Todo mundo em cima dele, os médicos lá, com a porta fechada e ele tentando conter a multidão e falar 'Não, calma' e ia lá e olhava. Então você vê essa satisfação, essa tranquilidade na forma de trabalhar.

GF 2- UM: Isso! Acumulava muito. A pessoa entrava e não resolvia aquilo ali. Cansado... E não resolvia."(...) "Por causa de uma medicação, ela quase bateu em mim. Quer dizer, isso desestruturam toda a equipe de Enfermagem por causa de uma coisa, a gente não tem segurança que não tem ninguém passando... Não tem ninguém para ajudar a gente, assim... Devido à isso, de ser apertado... As vezes a gente quer pegar uma pessoa amarela... Uma pessoa amarela porque elas têm prioridade na fila. Aí, na hora que você tira um, o outro que está lá na frente eles estão reclamando porque a gente passou ele na frente.

GF 2 - TRÊS: Antes da implantação do Fast, como a gente já sabe, já é sabido, a maior parte da população que ocupa a UPA é a de baixa complexidade. Então, a gente tem um número alto de paciente, na UPA, considerados verdes, que são aqueles de baixa complexidade. Antes da implantação do Fast, esses pacientes, eles se misturavam com aqueles que, realmente, deveriam estar na UPA. Então, isso, também atrasava o atendimento daqueles, sabidamente amarelos, laranjas que deveriam estar ali dentro, que realmente deveriam ter um atendimento mais rápido, porque estavam, realmente, na unidade certa, de urgência. E essas pessoas se misturavam durante todo o processo. Na sala de medicação, no Apoio Diagnóstico. Então, eles acabavam tendo o controle... Quase semelhante, não diria semelhante porque tem tempo de espera diferente, mas em termos de fila para medicar, fila para apoio diagnóstico, olhando exame, fazendo Raio-x, eles acabavam se misturando com aquele público, né, de alta complexidade, que deveriam ser atendidos mais rápido.

Finalmente, alguns participantes destacaram em suas falas aspectos inerentes ao processo de assistência ao usuário propriamente dito, mais especificamente relacionados aos atendimentos médicos na UPA. Houve destaque também para a falta de padronização no atendimento dos casos de menor complexidade, com cada equipe médica trabalhando de acordo com seu próprio entendimento quanto ao que deveria ser priorizado em detrimento de uma diretriz mais abrangente, como ocorre com o *Lean Thinking*.

GF 1 - DOIS: (...)Os pacientes de menor complexidade, que eram enquadrados na classificação verde, não tinha uma sistematização específica para atender. O que acontece, assim, dependendo da equipe, três na porta e tal... Tem médico que gostava de atender verde, pedia para chamar 'ficha verde'. E tinha quem não gostava de atender ficha verde e os verdes ficavam lá fora, por tempo indeterminado, né?! Porque não tinha uma pressão sobre as equipes de atender esses casos. Então, é o que arruma confusão lá fora. Você chegava lá de manhã, a noite num era atendido, nem nada.

GF 2- SEIS: *Então, eu percebo que antes da implementação do Fast a gente tinha essa cultura de que 'Eu vou cumprir demanda que aparece por ficha, por atendimento.' Não tinha essa coisa da preocupação, não somente em atender, mas no fluxo da unidade. E aí, para mim ficou muito claro, com a implementação do Fast, essa questão de tentar engajar os profissionais, principalmente o médico que está em consultório.*

5.3.2 Implantação do *Fast Track*

A fase preparatória para a implementação do *Fast Track* teve início em 2017. Os relatos dos participantes confirmam que ocorreram reuniões diárias de planejamento, com apresentações sobre como funcionavam, em teoria, as alterações que se desejava implantar na UPA. Nesse período, também foram feitos levantamentos de possíveis dificuldades a serem encontradas e as ações a serem executadas que tinham potencial para saná-las.

GF 1- UM: *Eles tinham reuniões, assim, diárias do acompanhamento da UPA, principalmente no início, quando foi implantada e isso faz toda a diferença, assim. Se a gente quer ter uma melhoria durável é isso.*

Os participantes destacaram aspectos relativos à preparação, reformulação dos processos de trabalho e às mudanças estruturais que foram feitas para permitir ganhos de eficiência para estes processos. Além das reuniões realizadas, foi mencionado nos grupos focais o envolvimento da comunidade e da equipe da UPA em análise. Foram também levantadas algumas dificuldades como a complexidade da intervenção e os desafios impostos, e a baixa adesão de profissionais que inicialmente tiveram resistência em participar das reuniões.

GF 1 - TRÊS: *Foi conversado com os funcionários, quem estaria disposto a participar desse projeto, no início... Porque eu sei que no início, nas reuniões que eu participei, os gestores e os coordenadores do projeto foram convidados, não foram 'Ah, você vai mexer com isso'. Não, eles foram convidados. Tivemos inúmeras reuniões, tivemos reuniões não só internas, externas... Teve o Conselho Local de Saúde, teve reunião com a comunidade. Então assim, teve vários desdobramentos interessantes para chegar onde chegou. Então, eu acho assim, que essa evolução ela, para mim, ela é notória em vista do que... A gente atendia também, não ficava parado. Mas atender sem saber por que e muitas das vezes sem dar o devido atendimento e acolhimento que o paciente precisava.*

GF 2 - DOZE: *A implantação do Fast Track foi, realmente, um desafio enorme. É até hoje. Porque a gente não pode descuidar, o tempo inteiro. Mas, assim, foi uma mudança global na maneira de você classificar, de você atender, de... Principalmente para os médicos. Principalmente para que está lá na ponta atendendo esse Fast Track. Na implantação a gente tinha reuniões diárias para tentar encontrar o ponto de equilíbrio, para tentar manter os tempos dentro da classificação de Manchester. Então, realmente a gente fica temeroso de não dar certo.*

GF 2 - OITO: *No processo de implantação, teve toda uma preparação anterior, que foi a preparação de toda a estrutura física e da previsão dos fluxos que eram necessários.*

As principais transformações causadas pela intervenção incluem mudanças estruturais importantes, como reformas na UPA em estudo com criação de uma Unidade de Decisão Clínica, implementação de um fluxo de via rápida exclusivo para pacientes classificados como verdes, definição de um profissional responsável para gerenciar o fluxo de pacientes, e a implementação dos cartões que permitiram a tomada rápida de decisões diante de um fluxo mais elevado de pacientes.

GF 2 - DOZE: *Com a implantação do Fast Track teve, realmente, mudanças estruturais na unidade. Foi feito um corredor da vida rápida, onde todo paciente verde, ele é atendido separado dos outros pacientes, né, do amarelo e do laranja. E o paciente que é classificado como verde, ele continua aguardando lá fora, só que é feito o fluxo puxado. A gente não fica esperando o médico ficar chamando o paciente lá fora. No fluxo puxado a gente tem uma fluxista, ou eu ou a enfermeira da classificação, que vai colocando os pacientes para dentro na medida que o espaço vai... Na medida que o paciente vai entrando e saindo, vai abrindo cadeiras e vai chamando o paciente. Então, toda a unidade foi estruturada para o atendimento do Fast Track.*

GF 2 - TRÊS: *A gente criou uma Unidade de Decisão Clínica, que é um espaço, né, com a parte da estrutura que foi modificada, que é exatamente, onde ficam esses pacientes que em poucas horas definirão se vão embora ou se vão internar. Faz parte, também do projeto Lean que esses pacientes fiquem nesse espaço o menor tempo possível. Ou seja, se decida rapidamente, logo depois da propedêutica, se há necessidade dele ficar internado na unidade ou se teve, tem como ele estar resolvendo isso. Então, foi uma parte, também que foi criada estruturalmente, idealizando esse espaço na UPA.*

GF 2 - OITO: *A gente acabou criando algumas alternativas que foi o Ambulatório de Clínica Médica para ajudar a gente a “desupalar” mais rápido. Então, dar alta para o paciente que está há 3 dias nas UPA porque ele vai ter o ambulatório lá para acompanhar. A gente fez uma rede. E aí, vai criando seus jeitos de resolver o que a rede não está resolvendo. Essa angústia é permanente no atendimento porque... Se ele for pedir um ultrassom para esse paciente ele vai demorar muito tempo para fazer. Então, eu acabo segurando ele aqui para fazer uma propedêutica porque eu sei que isso vai dar dificuldade.*

GF 1 - UM: *Existem os cartões de mudança que são orientadores no sentido, assim, essa porta está muito cheia hoje de verde, quando que o médico que está atendendo amarelo vai começar a ‘puxar’ o verde. Ou quando a gente tem que fazer qualquer mudança no processo para conseguir atender aquilo que é prioridade naquele momento. Então, isso também, é muito interessante. Na época da implantação do Fast foram feitos esses cartões de mudança que orientam as ações tanto para a questão do atendimento para os classificados como verde, quanto aos amarelos, e etc. de acordo com a demanda, de acordo com o que está ali naquele momento. Tanto de dentro, tanto de número de pessoas aguardando atendimento. Então, isso faz também, muita diferença.*

Para se obter melhores resultados na implantação de um projeto como o *Fast Track*, deve-se respeitar e acolher ao máximo as ideias provenientes dos vários saberes e experiências. A forma colegiada e participativa como foi conduzida esta fase também emergiram no momento da discussão.

GF 2 - DOZE: A gente conseguiu vencer várias barreiras com várias reuniões, foi criado um Gabinete de Crise, para a gente estar discutindo sobre isso e a gente conseguiu superar várias etapas desse caminho. E estamos continuando.

GF 2 - OITO: E tinha o comitê que a gente ficou aí, pelo menos o primeiro mês de implantação, ele funcionava diariamente e trazia para o comitê aquilo que já tinha passado. Como se diz, escapou da peneira de acompanhamento do dia e precisava de uma decisão maior. E, também esse comitê envolvia todas as áreas, dando autonomia e facilitando o processo de tomada de decisão. Então, eu acho que nesse sentido foi um facilitador muito grande. O desafio disso ser perene, ele é constante. Então assim, ir, acompanhar, trazer as pautas, reunir (...).

5.3.3 Principais desafios para implantar o *Fast Track*

Na discussão sobre os principais desafios para a implantação do *Fast Track*, os trabalhadores tendem a apresentar preocupações de diversas naturezas. Nos Grupos Focais foram destacados pelos participantes dois aspectos: 1) a resistência dos profissionais em trabalhar de uma maneira diferente do que vinham fazendo até então; e 2) lidar com as expectativas dos usuários pelo tipo de atendimento prestado.

GF 2 - NOVE: (...) Realmente, mudar a cultura institucional e mudar a cultura da população porque a gente sabe que isso é uma cultura difícil... Até escolher o que a gente quer como urgência... E esse ajuste de expectativas foi, é e será ainda, um desafio grande para a gente (...).

Ao se implantar uma nova estratégia de atendimento em um serviço de saúde com práticas consolidadas há anos, é natural se deparar com atitudes que podem significar insegurança em ter de se moldar a uma nova realidade ou de sair da “zona de conforto”. Alguns profissionais manifestaram sua preocupação com um possível aumento da demanda por atendimentos que poderia advir com o ganho de eficiência que esta nova forma de se trabalhar proporcionou. De fato, a análise quantitativa evidenciou esse aumento do fluxo de atendimento, sobretudo após o ano da implementação do *Fast Track* na UPA. O gestor deve estar atento a estas possibilidades para agir assertivamente no sentido de superar estas dificuldades. As seguintes falas exemplificam estas situações.

GF 2 - OITO: *Quando eu falei aqui dos desafios e da gente tratar a resistência, uma das coisas que a gente fez permanentemente e hoje permanece, e como se diz, ainda continua é que teve um acompanhamento muito local, o Gemba (“local onde o trabalho ocorre”). Ir lá, todos os dias, nas horas difíceis, no noturno, no final de semana, na hora da manhã, permanentemente a gerência, a diretoria, a coordenação... Então, essa participação e essa atuação resolveram os problemas. Como se diz, erra rápido, corrige rápido. Essa é, também uma filosofia Lean, que a gente precisa de tomar decisão rápida.*

GF 2 - OITO: *As coordenações elas têm um trabalho cotidiano e permanente na gestão desses tempos de espera (...). Isso já incorporou! O grupo sabe que ele é uma equipe da UPA e ele pode estar na porta hoje e depois estar lá na unidade de atendimento do paciente mais crítico. (...) Porque antes era uma dificuldade! Porque 'Não, eu não vou para a porta. Eu não atendo porta' ou 'Não, eu não vou atender paciente que é mais grave não. Eu vim para atender porta'. Então, essa dificuldade, hoje ela está minimizada. A não ser para aqueles que têm menos tempo, é novato (...).*

GF 1 - TRÊS: *Teve uma dificuldade tremenda, eu acho que quando falasse aqui... Foi assim, mudar a cultura! Porque nós mudamos cultura, dentro da instituição. Para mim, quando eu estava acompanhando, esta foi a maior dificuldade. Da cultura, do novo. A pessoa sempre enxerga o novo, sempre com aquela desconfiança. Então, foi difícil no início ter que conversar, mostrar que isso ia ser vantajoso, arrumar gente para ficar lá. (...) Foi difícil contratar esse número de profissionais porque primeiro, tem hora que você não encontra no mercado. Segundo, nós somos uma instituição pública, num é só você abrir o seu R.H. e contratar. Você tem uma série de processos, uma série de batalhas em instâncias superiores para você conseguir (...).Eu acho que foi um dos maiores dificultadores foi isso.*

Surgiram preocupações com a qualidade do atendimento a ser prestado à população, com a necessidade de adequação da estrutura física da UPA para comportar o novo fluxo e com um anseio de se conseguir ter sinergia nos processos internos de trabalho, incluindo o acesso aos exames diagnósticos.

GF 2 - TRÊS: *Uma coisa que não é fácil! Você pegar uma construção, que já existe, e adaptar os espaços para mudar o fluxo do paciente. (...) nem sempre os espaços ficam da melhor forma porque os espaços são fixos. A gente ajeita para alguma forma do paciente caminhar por aquela unidade de uma forma lógica. Então, o paciente entra, ele é verde, ele é atendimento, ele é medicado longe dos outros pacientes porque dali ele já vai embora.*

GF 2 - NOVE: *Ter o entendimento do Lean, nosso modelo, ele foca em valor. Ele quer cortar o desperdício e aumentar o valor. E aí, as métricas que a gente usa para falar que o valor está aumentando, sempre foi uma preocupação, também para a gente reduzir o valor ao tempo de espera... Da primeira espera, ou a espera de uma categoria específica de pacientes. Então, sempre teve uma preocupação de que a gente diminuísse o tempo de espera do verde, sem saber se significava de fato que a gente estava aumentando o valor para o nosso cuidado. E para isso precisaria estar atento para outras métricas. Então, a qualidade dessa consulta foi resolutive? Ela resolveu, ali, a expectativa dos pacientes? O tempo do primeiro atendimento do verde, ele caiu? Isso impactou em outras coisas, em tempo de espera dentro da unidade maior? Outros tipos de pacientes, número de verdes que foram embora tiveram uma reinternação ou uma*

procura maior? Foram e voltaram muitas vezes? Então, essa preocupação de a gente cruzar com o médico, a espera do verde e essa espera, até ela virar uma linguagem em comum como Fast Track funciona, né?! Foi sempre uma preocupação.

Por mais bem sucedida que seja a implantação de um fluxo de atendimento, como é o caso do *Fast Track* implementado na UPA, a intervenção não é capaz de isoladamente resolver todos os problemas relacionados à superlotação. Existe a necessidade de se estruturar uma rede bem articulada com outros níveis de atenção além de contar com outras UPAS na região funcionando na mesma lógica do *Lean Thinking*. A preocupação com a necessidade de se ter uma rede de atenção devidamente estruturada também foi destacada.

GF 2 -TRÊS: (...) Se a gente estivesse falando de um serviço de saúde ideal, a gente estaria com uma rede primária, secundária, terciária funcionando perfeitamente, a gente não precisaria nem ter Fast na UPA. Vou partir dessa ideia. Então, se a gente tem Fast na UPA, uma das linhas do Fast, que são várias, que é o atendimento do verde que é uma delas, é exatamente porque a gente, em uma rede primária, que não funciona bem e que esse usuário poderia resolver no centro de saúde... (...) Então, talvez eu acho que a contrarreferência deveria ser o ponto a ser melhorado, otimizado, se a gente fosse fazer um 'Fast de novo'(...).

5.3.4 Período posterior à implantação do *Fast Track* e seus aspectos positivos

Vencidas as etapas iniciais da intervenção (análise, diagnóstico, preparação e implantação), foram observados os resultados positivos dessa nova lógica de organização do fluxo de pacientes na UPA. Os participantes dos grupos focais compartilharam suas impressões quanto ao período que se seguiu à fase de implantação, ou seja, a partir de fevereiro de 2018. As falas de diferentes profissionais revelaram as impressões positivas e as melhorias constatadas no que diz respeito à organização da unidade, à reorientação dos fluxos, ao processo de atendimento e ao relacionamento entre trabalhadores e desses com os usuários.

GF 2 - SEIS: Até o fluxo interno, que foi criado na unidade, já é física. Já é física, estruturando os consultórios de atendimento, direcionando o usuário, separando a medicação dos pacientes do Fast dos pacientes não Fast. Então, na verdade, no meu entendimento, o Lean ele trouxe isso para a unidade que é uma preocupação não só em atender, mas também, antes de atender ver o fluxo da unidade e pensar que o foco da UPA, na verdade, ele é na verdade, atendimento, resolução do caso e direcionamento do acompanhamento desse paciente com outro profissional.

GF 2 - UM: *Com o Fast Track eles resolveram aquela situação porque ali você não perdia tempo. daquelas pessoas que tinha que ir para o Centro de Saúde, aquele atendimento mais rápido, e aquelas pessoas mais graves, elas já entravam direto lá para a sala de uma vez. Já era totalmente... Já era desenvolvida aquela situação. E já não ia aqueles casos mais simples lá para a sala, para depois saírem. A gente não perdia tempo com isso, entendeu?! Aí, já era resolvido muito mais rápido. Eu acho, né?!*

GF 1 - DOIS: *Então, mudou a dinâmica. Os médicos que foram destinados, designados para atender ficha verde, eles vão atender aquele caso e dar alta sem gerar retorno. Por exemplo, uma dor de garganta, você vai prescrever lá um... O que tiver que prescrever e já é liberado ali mesmo. Isso ajudou a fluir a fila. Porque ao invés do cara ficar atendendo o mesmo paciente 2, 3 vezes, ela atende uma vez só e já resolve. Aquele caso que ele não consegue resolver, manda para uma outra equipe dar continuidade que é um médico da UDC, Decisão Clínica. Isso dinamizou o atendimento e começou a fazer o tempo... Eu lembro que na implantação o tempo caiu assim, drasticamente. Era a média de quase 5 horas. De 4 horas e pouco caiu para quase... Próximo à 2 horas, se não me engano, na implantação. Assim, caiu pela metade no primeiro mês, por causa dessa mudança de dinâmica.*

GF 1 - TRÊS: *Então, com isso contribuiu demais para a gestão, para a forma do pessoal fazer a saúde, a forma deles trabalharem, a segurança institucional, o dano ao patrimônio, reduziu bastante. Porque a gente só andava com tudo quebrado. E isso, querendo ou não, se você quebra um computador, uma televisão, assim... Como eu mexo nessa parte, eu acho que a gente está deixando mil, dois mil, vinte mil de fazer um investimento em alguma coisa que poderia estar melhorando. Então, quando a gente vê essa engrenagem se encaixando, a gente... Tudo vai fazendo sentido, que é a questão do Fast Track: você vai organizando seu atendimento, dando acolhimento, dando opção para o funcionário, dando voz ao funcionário, trazendo o funcionário para dentro do processo de trabalho. Porque não é simplesmente falar 'Oh, você atende.' Atende por que? Não, você chama 'próximo, próximo, próximo'. Não, a pessoa tem que saber entender o que ela está fazendo, porquê e comprar essa ideia. Isso foi feito no Fast Track (...).*

Uma constatação importante após a implementação do *Fast Track* foi o uso mais racionalizado dos exames. De acordo com as falas de alguns profissionais, a melhor organização do fluxo reduziu a quantidade de exames realizados de forma desnecessária.

GF2 - DOIS: *Então, o que a gente pode perceber é que quando foi implantado o Fast Track, a coisa ficou mais organizada, o atendimento. Aquele paciente com o atendimento mais rápido, que não era necessário pedir exame, menos complexo, dava uma resolutividade mais rápida. Então, desafogava o serviço da gente.*

GF 2 - UM: *A questão de exame, também. Diminuiu o fluxo devido a isso, também. Porque não adianta aquele tanto de gente, para todo mundo fazer exame, exames... Sendo que não tinha tanta necessidade. Aí, foi... Fazer exames de quem realmente estava precisando de fazer.*

GF 1- UM: *E com a implantação do Fast, também foi estabelecido uma prescrição padrão, um pedido de exame padrão. Então, eles têm isso lá. Assim, até onde a UPA vai. Porque senão o povo... Pedia de tudo, assim, por justamente isso, por ter um hospital anexo e ter essa estrutura no hospital. Porém, não é isso. A UPA, ela não tem... Não é um modelo de UPA fazer certas coisas e muita gente vinha com isso em mente.*

As melhorias nos processos de organização do fluxo de atendimentos se refletiram na redução dos tempos de espera para atendimento, tanto para pacientes classificados como verdes (alvos da intervenção) como para outras classificações do STM. Foi possível ainda verificar maior resolutividade dos atendimentos e aumento na satisfação dos usuários.

GF 2 - DOZE: *Antes, o paciente esperava 8, 9 horas lá fora. Com toda a implementação, como todo o estudo que a gente foi fazendo com as reuniões, acabou isso. Praticamente já não vai polícia na UPA, não tem briga lá fora, não existe... (...) Lá a gente é sempre atento. Se antigamente, antes do Fast, alguém morresse lá fora, ou piorava ou passava mal porque ficava 8 ou 9 horas esperando, isso hoje, atualmente, não existe. Porque a qualquer sinal de piora os meninos da portaria prontamente já sinalizam para o pessoal da enfermagem que está bem frente. Então, esse cuidado a gente tem sempre.*

GF 1 - TRÊS: *Para mim o aspecto positivo é a satisfação do paciente. E saber, olhar para o profissional que está ali no dia a dia e ver que ele está satisfeito de fazer o que ele faz e ele está sabendo o que ele está fazendo. Porque eu não via isso.*

GF 1 - QUATRO: *O ponto positivo, eu acho que todo mundo...É de consenso geral que dinamizou, o tempo de espera diminuiu, a satisfação dos próprios usuários com essa diminuição de tempo é boa, né?! Vou ser bem objetiva.*

GF 2 - TRÊS: *Então, o Fast, ele vem exatamente para tentar organizar essa demanda, uma vez que a gente não consegue tirar ela de lá. O ideal seria ela não estar ali. A demanda de baixa complexidade não deveria estar em uma UPA, mas como não é possível a gente fazer isso, por ser uma demanda espontânea, por problemas da rede mesmo de não conseguir absorver isso nas Unidades Básicas de Saúde. Ou seja, esse paciente,*

esse paciente vai chegar. Então, uma vez que ele chegar vamos organizar como ele vai chegar, como ele vai ser atendido, em um ambiente separado dos demais.

Houve também menção à melhoria da segurança para os pacientes, como ilustrado por estas falas.

GF 1 - UM: O Fast ele vem com o foco no verde, mas acaba que isso impactou para todas as outras classificações de risco, assim. Reduzindo esse tempo do verde, melhorando ali, esse fluxo do atendimento do verde, os outros tempos, também caíram. Então, o do amarelo, também caiu. O amarelo, a gente já tinha o tempo dentro do que é previsto pelo protocolo, segundo o previsto, porém com a implantação do Fast esse tempo, também caiu pela metade. Então, isso é muito interessante. Assim, você ter essa percepção de como que uma coisa que era focada em um grupo específico, o quanto isso impactou em todos os outros. E eu vejo isso, nessa parte que eu mexo dos dados, e entrei depois e consegui observar isso, nessa linha do tempo, isso é fantástico, assim."

GF 2 – ONZE: (...a gente se sente até, às vezes, mais... Num sei se a palavra 'segurança', mas talvez sim, de entender que aquele é um verde e aquele atendimento é diferenciado enquanto você está no amarelo.

GF 2 – TRÊS: O (nome do profissional) falou de disparador de mudança que, também foi uma coisa que a gente implementou no Fast. É uma parte do Lean. Que é a gente acompanhar essas esperas e aquela espera que está pequena, que está dentro do tempo de segurança, esse profissional médico ele é colocado para atender naquele que está tendo maior tempo de espera. Ou seja, existe essa dinâmica de perceber onde está precisando, em qual tempo... Qual público o médico vai ser deslocado para atender naquele momento. E isso não funcionava. Isso não tinha antes. Quem era verde, atende verde e quem era amarelo, atende amarelo. Se eu não tenho amarelo para atender, eu vou ficar esperando o amarelo chegar e se eu tenho 30 verdes para atender, eu vou demorar meus 30 verdes. Então, essa dinâmica da gente ver 'Oh, Lu, o amarelo não tem ninguém esperando, você médico do amarelo vai para o verde que está com uma espera maior' ou o contrário 'Aumentou um pouco a quantidade de amarelo, está chegando próximo de 1 hora, que é o tempo de segurança, vamos pegar alguém do verde e jogar lá para atender o amarelo porque a gente precisa garantir esse tempo', esse estágio de mudança, também veio do Lean. Também veio desse projeto do Fast Track. Então, a gente vê que o Fast ele trouxe um benefício geral, para qualquer campo que seja, para qualquer parte dentro da UPA.

A possibilidade de aprendizado e crescimento profissional estudando o *Lean Thinking* e da oportunidade desta UPA vir a servir de exemplo para outras por ter sido pioneira nesta implantação foram também mencionados como aspectos positivos da intervenção.

GF 1 – UM: Desde o início, dessa questão do monitoramento, mas aí eu procurei, também capacitar em relação a isso e aí, eu fiz uma capacitação Lean Belt que é da linha Six Sigma, e aí, engraçado, que eu era a única pessoa da área da saúde lá. E aí, todo mundo 'Nossa, mas como é que é isso na área da saúde?' Daí, você vê, assim, o tanto que isso foi inovador e o tanto que isso foi espelho para outras coisas. Depois do que foi implantado aqui isso serviu de modelo para outras UPAs do município. E

serve, né?! O (nome do hospital de retaguarda da UPA) sempre foi referência para várias outras instituições e para tudo, assim. E como que isso, também foi, a questão do Fast. E aí, foi muito interessante. Aí, foi o momento do curso onde eu consegui entender melhor essa questão do Lean, o que é, de como que funcionava, para conseguir estar melhor preparada para a questão do monitoramento dos indicadores.

Os profissionais perceberam que após a implantação do *Fast Track*, houve uma redução dos conflitos, tão frequentes nas portas de urgência e que já haviam sido citados quando o foco da discussão estava no momento “pré-implantação”. Essa redução de conflitos decorre tanto da redução do tempo de atendimento como do conhecimento por parte do paciente sobre o tempo de espera por classificação de risco. Esse tempo de espera previsto é anunciado no monitor que foi instalado na UPA durante a intervenção:

GF 1 – UM: Um outro ponto, também muito interessante na fala do número 3, também que ele introduziu a questão dos conflitos lá, do quebra-quebra que tinha muito na UPA, muito disso, também com o Lean, com a implantação do Fast foi implantada aquele quadro onde as pessoas conseguem assimilar o tempo do atendimento e tal. Então, elas conseguem enxergar, né, ‘Eu cheguei aqui. Sou verde. Nossa! Vai demorar, meu Deus. Mas eu sei quanto tempo vai demorar.’ Então, na recepção tem um quadro onde eu consigo observar lá, na televisão com um visor com o tempo, então assim, eu consigo saber ah, o verde está demorando hoje 2 horas e meia. Então assim, a pessoa... Isso já deixa ela um pouco mais... Mais calma, assim, num fica naquela expectativa ‘Ah, meu Deus! Vou ficar aqui 6 horas? Vou ficar aqui quanto tempo?’ Eu já vejo, assim. Isso traz uma tranquilidade, eu acho que isso, também faz toda a diferença. Aumentou muito o número de atendimento dos verdes, antes da implantação, né?! Logo que implantou e depois. Isso, também tem muito impactado(...).

GF 2- SETE: Na visão da portaria e recepção, a gente percebeu que houve uma diminuição nas desistências dos atendimentos e... No tumulto, que geralmente acontecia.

GF 2 – NOVE: “Acho que a gente acertou mais do que errou ou quando a gente errou, a gente corrigiu rápido. Eu acho que repensamos e inclusive tem dados... Se a gente pegar o tempo de espera ao longo do tempo, a gente avançou muito bem. A gente já... Desde os primeiros meses a gente atingiu, nesse... Não só esses indicadores, mas de confusão, de chamamento de polícia, de briga na portaria, eles já foram precocemente, reduzidos. Acho que sinaliza que a gente começou já acertando um pouco(...).

Reflexões acerca dos desafios que surgiram após o período de implantação também foram destacados nas falas de alguns profissionais. Foram abordados a necessidade de ressaltar os pontos positivos decorrentes da implementação do *Fast Track* e de melhorar a comunicação desses resultados entre os profissionais promovendo atitudes motivacionais. Além disso, foi destacada a alta rotatividade de profissionais na UPA como um dos entraves para transmitir os êxitos gerados pela

nova organização do fluxo de pacientes. A comunicação constante entre os profissionais poderia ajudar a propagar esses êxitos para os profissionais que passaram a fazer parte da equipe após a implementação. Um outro ponto importante destacado foi a necessidade de se olhar outros indicadores além do tempo de espera do paciente, que também tiveram mudanças positivas após a intervenção.

GF 2 – OITO: E eu acho que a gente acertou mais do que errou mesmo, né?! Só que a gente faz pouca propaganda do que a gente acertou e foca muito no que não está bom e parece que é só isso que vale, né?! Então assim, fazer essa 'mídia positiva interna', eu acho que a gente ainda é pouco competente. E aí, eu não estou falando da comunicação não, viu?! Mas eu acho que é uma coisa que nós temos que desenvolver mesmo, essa capacidade de falar do que a gente já conseguiu, pegar e valorizar isso e... Claro, focar no problema que é o conceito de melhoria, né?! Quer dizer, você não está falando de problema, você está falando de melhoria. Então, você já tem o melhor e você quer fazer melhor ainda. Então, essa habilidade eu acho que... Essa competência a gente precisa de desenvolver mais. E... Eu acho que essa questão, também da articulação com a rede... (..) Então, essa articulação com a rede, ela é um sonho de qualquer cidadão que seja sanitarista ou não. Mas a gente... Se a gente fizesse essa articulação mais ajustada... Claro que a gente já tem melhorias. Se a gente for fazer um resgate aí, do tempo que o (nome do profissional) relatou, a gente já tem melhorias e avanços importantíssimos, né?! Mas eu acho que a gente poderia estar fazendo essa aproximação maior, uma vez que a Secretaria de Saúde(...) Se isso fosse fácil já estaria funcionando, né?! Então, eu acho que esse é um ponto... E... Esse... Uma das coisas que eu acho que a gente faz até hoje, é que todos os dias a gente sabe como que a UPA está, quanto tempo tem, qual o número de pacientes que estão esperando, qual o tempo de espera para classificar o verde ou o amarelo, na sala de emergência, quantos pacientes têm. Então, a gente tem essa informação e todo mundo entra nessa pergunta. Mas o que está acontecendo? Por que o laranja está esperando há 40 minutos? Por que o amarelo...? E isso é uma... Já é uma dinâmica incorporada. Então, eu acho que nesse sentido, eu não sei se a gente está... Eu acho que essa forma de comunicação ela traz para nós, uma oportunidade de discutir 'Oh, nós estamos perdendo o fio da meada ou isso é só pontual?'. Isso leva a gente a pensar coisas que poderíamos estar fazendo. Então, essa é uma ação que a gente já adotou e que permanentemente, todos os dias, pelo menos umas 3 vezes no dia, a gente tem um panorama de qual é a situação de porta.

GF 2 – NOVE: (...)É um desafio, que continua não sendo fácil. A primeira delas, que eu acho que continua sendo muito difícil, é como apoiar os profissionais a desenvolver as competências para fazer esse tipo de atendimento, né?! Que não seja uma pessoa dependente do tempo (inaudível). A gente faz esse apoio principalmente, na... A gerência da UPA e a coordenação muito juntos, fazem isso muito do dia a dia, apoiam isso no cotidiano, mas a gente não tem uma preparação desse profissional, que vai desenvolver essa competência para aquele atendimento ali. E se a gente tivesse também, a gente ia esbarrar nesse problema da rotatividade. Então, eu acho que esse seria o grande... Se eu pudesse ensinar para alguém eu ia querer... Eu acho que ia ser bom a gente preparar os profissionais para eles terem... Mesmo a gente fazendo isso... Esse profissional ia acabar não ficando.

GF 2 – NOVE: *Isso vai como um conselho... Preocupe-se, atente-se com esses números, mas não seja consumido por eles. Um conselho que eu acho que a gente ainda tem que fazer para a gente mesmo. A gente ainda... Não tem um acordo nisso. E, por fim, para a gente atentar para as outras... Para todas as métricas que vão falar, que vão reforçar a essência do que a gente está fazendo. Eu acho que a gente perdeu isso de vista... Em um momento que a gente... Sabe que o Fast Track tem valor, mas eu não sei se a gente foi competente para conseguir transmitir isso para a equipe o tempo todo, em especial, considerando essa rotatividade. . Então, muita gente acha ou tem a impressão que a gente só se preocupa com o verde, esse é um discurso frequente que a gente escuta, né?! Então, acho que essa preocupação de focar... De ter uma série de outros benefícios que não foi só para esse atendimento do verde, tudo teve uma mudança para melhor, mas hoje a gente ainda... Acho que transmite essa impressão de que o que conta é tempo de espera do verde, que essa é só a preocupação. Quando definitivamente isso não é a preocupação de quem está envolvido na construção de forma central. Então, isso é mais frequente de ser... A gente não controlar porque a parte mais complexa de resolver, não é que... As outras melhorou tanto que elas não arrastam todo mundo mais. Então, eu acho que essa capacidade de transmitir, esse sucesso e essa... Eu acho que talvez, a gente precisasse trabalhar um pouco mais, trazer um ambiente mais (inaudível), ter uma comunicação... Que as coisas melhoraram, né?! Quando o (nome do profissional) dá esse relato aqui né, gente... A gente perde a perspectiva do tempo. A gente perde a perspectiva do tempo e a gente só lembra do problema atual e esquece como é que estava. Então, eu acho que a gente precisa, com o grupo, lembrar os nossos sucessos, também. Porque melhorou bastante.*

5.3.5 Influência do *Fast Track* sobre os trabalhadores

O aumento no número total de atendimentos na UPA após a implementação do *Fast Track* se traduziu em sobrecarga de trabalho para as equipes, conforme relatado por alguns participantes dos grupos. De acordo com a percepção dos profissionais, esse aumento pode estar relacionado ao *Fast Track* mas também ao hospital de retaguarda da UPA. A presença desse hospital também afeta o perfil dos pacientes que procuram a UPA por saberem que podem contar com os serviços prestados pelo hospital caso haja necessidade desses cuidados.

GF 1 - TRÊS: *O trabalhador daqui, ele acabou ficando sobrecarregado de trabalho. Porque se você pegar uma estatística, se você pegar o número de atendimentos da nossa UPA aqui, eu tenho quase toda a certeza ao te afirmar, sem mexer com a estatística, que a gente é bem superior as outras UPAs.*

GF 1 - UM: *E aqui o trabalho é assim, muito! É um lugar... Acho que aqui não tem uma pessoa que você encosta e fala assim 'Ah, você está tranquilo de serviço?', num tem um. Se você estiver tranquilo, você está no lugar errado.*

GF 2 - QUATRO: *Então, médico do Fast Track e da UPA do (nome do hospital de retaguarda da UPA), ele tem uma demanda mais pesada, o Fast Track para ele é mais pesado... Para o porteiro, para o pessoal do guichê, ele é um paciente diferente. Então, o nosso paciente é diferente, por causa do (nome do hospital de retaguarda).*

GF 2 - DOZE: *E, até hoje, eu falo por experiência própria, que a gente não relaxa hora nenhuma por conta disso. E eu sempre falei com os clínicos lá, é difícil você falar 'Não', exatamente pela alta expectativa do usuário que vem.*

Nas discussões ocorridas nos dois grupos, percebe-se que o *Fast Track* teve um papel indutor de muitas mudanças para os trabalhadores da UPA, que passaram a trabalhar de forma mais coordenada e sinérgica. Os profissionais destacaram a importância de se manter treinamentos constantes, de se buscar um alinhamento com relação aos processos de trabalho e uma comunicação efetiva entre todos os membros das equipes.

GF 1 - UM: *(...) E as pessoas têm uma orientação clara do que fazer. Num fica... Cada um faz do jeito que acha. Se tem uma orientação clara, isso também, é muito importante. E um outro ponto, é que... Tanto os funcionários, a gerência, todo mundo acompanha os indicadores. Eles ficam à vista das pessoas, todo mundo tem conhecimento e isso ajuda, também na melhoria. Todo mundo enxergar e aí pensar '. O que cabe a mim, o que eu preciso fazer para melhor?!' então, também isso é importante.*

GF 1 - DOIS: *O que acontece é o seguinte, a pessoa vem, gerente do setor apresenta a UPA, mostra como funciona, mostra o processo de trabalho e a parte de treinamento, parte de sistema, de atendimento passa por mim. Então, a gente vem e complementa. Como é o sistema, como é o atendimento e tal e a gente roda com a pessoa faz questão de rodar com um por um, mostra todos os setores, mostra o atendimento (...) A gente pede para ficar alguns plantões para ir acompanhando o colega até que... Boa parte é pessoal que não tem tanta experiência, então a gente pede para vir acompanhar o colega até ela ter... Firmeza para assumir.*

GF 2 - SEIS: *(...) Eu acho que é super relevante sim, a gente trabalhar com os profissionais e conseguir ter acolhimento. Porque triagem é diferente de acolhimento. Então, quando tem ali o porteiro, quando eu tenho uma menina que faz a ficha, todos eles sim, têm que participar do acolhimento do usuário. E até eles têm que ser orientados. A gente tenta fazer isso, eles perceberem sinais de piora clínica, deixar aberto para o usuário o pedido de reavaliação. Então, todas as vezes que eu já fiquei na classificação de risco, quando eu tive a oportunidade, e vejo que essa é uma prática dos enfermeiros, eles atendem prontamente quando qualquer profissional, seja o porteiro, seja a menina do guichê ou... Apontam que ali fora tem alguém 'estranho'... Ele não sabe definir o que, mas ele fala que está estranho, que está com dor (...) A gerência já colocou um técnico de enfermagem, de forma fixa, na classificação junto ao enfermeiro.*

GF 2 - OITO: *Eu acho que... A gente, nos momentos iniciais, a gente lida muito com as resistências, a aposta de que não iria dar certo. Então, isso foi muito presente. E aí, como tratar essas resistências? E as resistências, elas partiam da insegurança das pessoas com aquele novo formato, aquele novo modelo. A gente entendia que nós tínhamos que trazer o máximo de informação para que as pessoas pudessem diminuir, um pouco, dessa resistência, que na verdade era uma preocupação, a gente entendia que era uma preocupação de todo mundo, mas que revelava na postura, né, individual de cada um. Seja do profissional... Do enfermeiro, seja da portaria entendendo que ela precisar falar com o usuário que ele vai ter que esperar aqui e que ele não vai mais poder esperar ali, que esse fluxo dele é*

separado... Da classificação de risco entender que ela tem que fazer gerência de espera e não gerenciar uma espera, uma fila... Em uma unidade de urgência não é a mesma coisa que fazer gerência de uma fila de Banco porque tem o olhar clínico, tem a competência para isso, né?! O médico entender que nós não estamos tirando a autonomia do trabalho médico, mas a gente está tratando o paciente daquela necessidade pontual que ele veio, né, e por isso ele tem autonomia para fazer o atendimento dele, dentro do que ele espera. Então, eu acho que isso foi um grande desafio inicial. E que aí, as estratégias... Como se diz, nós vamos pensar nelas. Nós tivemos várias para tentar minimizar isso e lidar com isso no cotidiano.

Destaca-se a importância de se melhorar essa comunicação com os trabalhadores da estratégia de atendimento adotada pela gestão. Afinal, muitos não entendem, não acompanharam o processo desde o início, não estão familiarizados com os termos e, provavelmente, com a importância de determinados fluxos.

GF 1 - QUATRO: Eu aconselharia vocês a irem na UPA, in loco, né?! E chegar para alguma pessoa e falar assim, da área, até que médica mais ou menos, mas tem muito técnico, que é o que está lá no fronte, né?! Se você perguntar 'O que é Fast Track?' ele falou 'Fast o quê?' e te mostro aqui, na escala, 'Flat Track'. (risos) Tipo.. Aquele negócio antigo... Como é que chama? Flaeshback, flasehback! Até escrito errado. Alguns, te dou certeza que estão lá e não tem nem noção do que seja isso. Tem muito contrato que nunca nem ouviu falar.

Alguns profissionais participantes dos grupos focais mencionaram o quanto as melhorias nos processos influenciam diretamente o seu cotidiano no trabalho, com destaque para a redução de desperdício de tempo e de etapas desnecessárias no fluxo de atendimento.

GF 2 - SEIS: Que a gente tem metas e indicadores a cumprir, né?! Como tempo de avaliação e a gente monitora isso hoje. Então, para mim ficou muito nítido porque a gente, realmente, está atendendo talvez, uma grande expectativa que é do usuário e uma expectativa da gestão da unidade, dos profissionais. Que para a gente é muito ruim trabalhar em uma unidade superlotada, cheia, que a gente não tem critério na avaliação do paciente (...) Então, eu pude perceber, até nesse 'antes e depois', quando eu voltei já estava implementado, o sistema e eu percebi que tinha uma adesão muito boa dos profissionais. Desde o médico do consultório, ao enfermeiro da classificação, ao técnico que medica os pacientes... Que hoje, inclusive, eles colocam isso para a gente, a importância de agilizar o atendimento, mandar esse usuário (...).

GF 2 - OITO: Então, o laboratório não pode mais demorar tanto tempo para liberar o exame. O que adianta fazer um atendimento super rápido, eficaz aqui se na hora que ele passa para o descer, ele vai fazer um exame, o exame demora para liberar o resultado?! Ah, libera o resultado rápido, mas o médico não leu o resultado rápido. Então, ele leu o resultado rápido e foi para a medicação, mas a medicação não viu... A enfermagem... Aquele paciente ficou ali, no meio do tumulto, de muita gente e aí, ele perdeu tempo na medicação. Então, esse não desperdício de tempo e não de valor, ele tem que estar o tempo todo presente nas... Atividades ... No comportamento dos profissionais. Então, acho que essa foi uma das coisas que, eu acho, a gente acertou, vamos dizer assim, nesse processo de implantação.

Apesar de todos os aspectos positivos mencionados, a implementação do *Fast Track* pode ter acarretado um desgaste adicional aos profissionais atuantes na UPA. O atendimento de urgência e emergência em uma UPA é contínuo e, portanto, cansativo para todas equipes assistenciais e de apoio envolvidas. A intervenção pode ter gerado um desgaste adicional devido à necessidade de um monitoramento contínuo dos indicadores e a persecução das metas. Dessa forma, é fundamental se pensar em estratégias para minimizar a pressão gerada por esse monitoramento contínuo.

GF 2 - NOVE: Outro, que eu acho que a gente ... É muito desgastante a rotina, essa mobilização intensiva que é feita, para todo mundo. Para a diretoria, para a gestão e para os profissionais. Então, acho que é ter um jeito de ter uma comunicação frequente de que esses números, essas coisas importam, mas que outras coisas são importantes, também. Então assim, é muito pesado, né?! Acho que ficar vigiando esses números o tempo todo. Acho que os números invadiram a nossa vida desde que a gente colocou isso, acho que não tem mais dia que ninguém esteja... Se preocupe o necessário, mas dá um desgaste muito grande para todo mundo, né?! Então, pensar em um... Uma forma de diminuir essa pressão, né?! Da gente tornar sustentável. A gente precisa sempre estar pensando nisso. Como a gente vai trabalhar para a gente não ficar... Qualquer um que adotar essa estratégia (...).

5.3.6 Melhorias que o *Fast Track* trouxe para os usuários

Em relação à percepção dos profissionais sobre os benefícios que a intervenção trouxe aos usuários, destaca-se a melhoria na avaliação dos pacientes mais graves. Essa melhoria foi possível devido à separação do fluxo de pacientes de menor complexidade o que permitiu reduzir o tempo de espera para o atendimento prestado para todos os pacientes da UPA.

GF 2 - TRÊS: (...) que se a gente for olhar, do ponto de vista do usuário, melhorou em vários pontos. Então, melhorou para aquele usuário que vai naquele setor, vai na UPA com uma dor de garganta, é rapidamente atendido e sai com a receita dele e resolve o problema dele. Melhorou para aquele verde que é um pouquinho mais complexo, que foi identificado que ele tem um pouquinho mais de necessidade, que ele adentra a Unidade de Decisão Clínica e faz uma propedêutica. Melhorou para o amarelo que agora, dificilmente, a gente percebeu isso... Com a implantação do Fast, os tempos de atendimento do amarelo, que nem é Fast, dificilmente extrapolava o tempo limite. Então, ou seja, aquele que é grave mesmo, que chegava na unidade, ele era atendido dentro do tempo de segurança. E aí, nos nossos tempos de atendimento do laranja, que é o mais grave ainda, que já tinha uma porta aberta, direto para a sala de emergência. Ou seja, o Fast foi uma de N mudanças, que mudou toda a estrutura de trabalho em uma UPA, não só para o verde e favoreceu para todos os usuários da rede.

GF 1 - QUATRO: *Mas de quando implantou o Fast Track para agora, melhorou muito, muito. O que acontece, esse gargalo que ele falou, é de... Às vezes estar lá, o verde esperando, esperando, esperando e o que está atendendo amarelo, laranja, atende tudo de uma vez e as pobres formiguinhas do formigueiro, de repente, tá aquele tanto de gente. Ela acha porque ela já esperou lá fora, que ela não tem que esperar a medicação e sobra para a formiguinha do formigueiro. Então o técnico vai lá para poder medicar. Às vezes a pessoa até nem fica muito satisfeita, né, de ter esperado tanto tempo e passar pelo médico e ele dar só uma medicação e mandar ir para posto.*

O *Fast Track* trouxe a possibilidade de se atender rapidamente e, desta forma, acolher o usuário mesmo quando o atendimento prestado não seja específico da UPA. Dessa forma, durante esse acolhimento, os profissionais têm buscado esclarecer ao usuário em que medida sua queixa é passível de ser atendida pela UPA ou por algum outro ponto da rede de atenção. Quando o atendimento é mais específico para atenção primária, por exemplo, o paciente recebe os primeiros cuidados, e é instruído para posteriormente procurar os serviços da Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência.

GF 2 - DOZE: *E o Fast Track veio para, meio que, podar isso. Meio que educar o usuário, que apesar de todas as expectativas, aqui não é o local dele resolver várias das situações. Então, o exercitar o 'não' para o usuário, é muito difícil para evitar as brigas, as filas longas de espera, um tempo alto de espera. Então, isso é realmente... Para a gente trabalhar isso no dia a dia foi temeroso. Principalmente porque a gente trabalha com uma equipe de médico que as vezes tem muita rotatividade, muitos vão, muitos vêm, você tem que ensinar tudo de novo, falar como funciona... Então, isso, no dia a dia, é bem pesado. Porque eu entendendo assim, é um paciente que não deveria vir à UPA, não é para ele vir. Mas ele não entende isso, a rede não dá respaldo para ele não vir, resolver o problema dele na Atenção Primária.*

GF 2 - OITO: *O paciente, de fato, ele chega aqui com uma expectativa 'Ah, no (nome do hospital de retaguarda da UPA) faz exame de sangue, faz ultrassom, faz tudo que a gente precisa' e ele vem aqui por uma necessidade que ele tem já, há muito tempo. E aí, não vai resolver nesse momento.*

GF 1 - TRÊS: *Então, ficou uma coisa mais humanizada e a pessoa não volta para a casa simplesmente. Depois que ela entrar, ela vai ser atendida. Nem se for para ela ter o primeiro atendimento, a medicação e ela procurar um tratamento, mas ela é acolhida. Então, o Fast Track ele acolhe as pessoas. Independente de que chegar aqui dentro, ela entra no... Se é de posto ou não ele vai ter um tipo de primeiro acolhimento aqui dentro.*

Em relação ao fluxo de atendimento dentro da UPA, alguns profissionais destacaram o ganho de qualidade no atendimento ao se reduzir o tempo de espera. A intervenção permitiu organizar melhor o fluxo e a trajetória dos pacientes dentro da UPA em cada um dos processos. Dessa forma, como mencionado, foi possível

acolher a todos os usuários que buscam atendimento na UPA e melhor orientá-los dentro da unidade. Os profissionais também mencionam os reflexos destas mudanças nas atitudes dos usuários.

GF 2 - SEIS: *Então, como o número nove falou, essa questão de agregar valor, eu concordo. Porque a expectativa de muitos pacientes que são classificados como verde, eles querem agilidade, também no atendimento, eles querem resolutividade. E em mim ele causa muito isso que as vezes a resolução do caso da queixa do paciente ele não está atrelado ao aprofundamento, ou na prática de pedir exames, de pedir eletro. E não é essa a grande expectativa do usuário, não. Muitos deles tem uma necessidade de resolução da sua dor, da sua queixa, de antibiótico, de algum medicamento.*

GF 1 - UM: *É a questão que quando você muda esse processo está agregando valor ao paciente, que é outra questão do Lean. É agregar, eles são o foco. Passa a não ser mais o jeito do médico trabalhar ou o jeito de determinada equipe trabalhar 'O fulano faz assim', não é um processo. E aí, o paciente... Não é o paciente que tem que ficar rodando tudo na UPA, vai para lá, vai para cá, num sei o que. Não! As coisas têm que ir até ele. E foi muito disso no Fast também. O paciente, ele é o foco. Então, o processo que vai até ele, num é ele que fica rodando para todo lado. Isso também, acho que foi uma questão muito interessante.*

GF 1 - UM: *A gente consegue observar isso, a gente consegue quantificar isso com a questão para a ouvidoria mesmo, assim, o quanto reduziram as reclamações referentes à espera por atendimento. Então, isso faz todo o sentido, assim. E a UPA do (hospital de retaguarda da UPA) foi pioneira nessa questão, da implantação do Lean, assim, em relação às outras do município e isso, também na época fez com que muita gente viesse para cá. O pessoal não fala assim 'Ah, estou indo lá na UPA do (hospital de retaguarda da UPA) porque lá tem Lean', num era isso 'Eu venho porque eu sei que na UPA do (hospital de retaguarda da UPA), eles têm um processo onde eu vou ser atendido mais rápido'. E muitas vezes nem era isso. Têm outras UPAS que se talvez ele fosse ele nem ia ser atendido aqui mais rápido. Porque tem uma demanda menor. Mas aí, ficou tanto a referência que as pessoas vêm para cá. Então, aconteceu muito isso, assim. Acho que era isso.*

5.3.7 Avaliação do *Fast Track* segundo o profissional da UPA

A moderadora dos Grupos Focais elaborou também a seguinte questão para os participantes debaterem: “- *Quería entender como vocês percebem o Fast Track? Vocês podem falar uma opinião pessoal, dos colegas, se vocês quiserem reportar, ou das pessoas, dos usuários (...)*”. Por se tratar de um assunto abrangente, foi registrada uma grande variedade de depoimentos. Diversos profissionais elencaram impressões pessoais positivas.

GF 1 - UM: *Eu acho que o que é mais positivo no Fast é essa questão mesmo, de agregar valor ao paciente, agregar valor a esse processo dele aqui dentro. Porque ninguém vai procurar a UPA porquê está bem, está*

feliz. Você vai num momento frágil, em um momento ruim, difícil e com o Fast tornar esse momento ali, também mais rápido e, também mais eficiente, pela forma que o processo acontece, eu acho que é isso que é o ponto mais positivo.

GF 1 - QUATRO: Eu percebo... Eu percebo ele muito favoravelmente. Eu acho que ele veio para ficar. Eu acho que ele veio para acrescentar. Eu acho que, na prática, no dia a dia ele é muito útil. Não é uma coisa assim... Eu acho que ela é muito boa. Particularmente... Não sei se é porque eu, também gosto. Eu gosto de trabalhar nele. Nesse setor. Eu me identifico. Pode ser que, às vezes, tivesse uma outra pessoa aqui que já passou pelo setor e não gostou de trabalhar e as vezes a percepção dela vai ser diferente. Eu acho que tem muito a ver, também com você se identificar com o setor que você está. Eu me identifico com o Fast.

GF 1 - DOIS: Em termo de percepção... Eu tenho uma percepção bem positiva sobre o processo, principalmente no trabalho que foi feito nos fluxos, né, de atendimento. Que é o que todo mundo ficava meio perdido antes desse processo. No início mesmo eu falei 'Olha, a pessoa chegava... A pessoa tinha, meio que, autonomia para fazer do jeito que achava melhor, né?! Então, agora ficou mais sistematizado. Isso organizou muito o atendimento. Então, eu fico com uma impressão boa. Uma impressão positiva sobre essa metodologia de trabalho.

GF 1 - TRÊS: Eu percebo como um processo duradouro que veio, aqui no Hospital para transformar e realmente transformou. Que tem um futuro brilhante. Claro que a gente tem algumas melhorias, mas eu acho que é a nova forma de fazer gestão de saúde, em termo de UPA. Porque a gente percebe que a gente otimiza o tempo de atendimento e consegue aproveitar melhor os profissionais que estão aí, no local, também (...) Eu acho que daqui para frente é só a gente procurar... Eu acho que todo processo ele precisa de tempos em tempos ser revisado, ver pontos positivos, negativos, o que a gente tem que melhorar, o que a gente está fazendo demais. Mas daqui para frente é só agregando para que esse processo seja duradouro aí, e venha transformar a gestão de saúde aí, dentro do município.

Algo que ocorreu na UPA estudada após a adoção do *Lean Thinking* foi a melhoria de outros fluxos além do que foi originalmente planejado. Outro aspecto bastante interessante que surgiu nesta discussão foi a forma com que os participantes ressaltaram melhorias obtidas com o *Fast Track* que se estendem a outros setores e seus respectivos processos de trabalho. Percebe-se que algumas vezes utilizam como sinônimos o conceito do fluxo preferencial para pacientes de menor complexidade (*Fast Track*) com o *Lean Thinking*. Assim, relataram a assistente técnica de gestão, a gerente do pronto atendimento e o gerente da emergência.

GF 1 - UM: Então, acho que a tendência é que com esse amadurecimento mesmo de gestão e das próprias pessoas, nessa padronização dos processos, isso ir mesmo para outras áreas, para outros processos e não só, por exemplo, para porta de entrada, mas que isso vá para as áreas administrativas, que vá para as áreas administrativas, que vá para as áreas de apoio... Enfim! Eu acho que é uma metodologia, é um formato que ele não termina só aí. Ele é muito abrangente é muito possível de ocorrer aí, em todo o Hospital. Além de ser muito inovador, né?!

GF 2 - NOVE: *É na lógica que o Fast Track não é só atender o verde. É toda uma cascata de organização, dos fluxos e dos processos na unidade como um todo. Então, como que esse atendimento impacta em todo o resto que acontece.*

GF 2 - TRÊS: *Pegando um gancho no que o (nome do profissional) falou, o processo do atendimento dos verdes, que é o Fast Track, ele é o início de uma engrenagem, ele é a primeira. Dali sai vários outros processos (...) Eu acho importante a gente colocar que o Fast, além de resolver problemas do próprio paciente verde, ele trouxe nessa engrenagem a resolução de inúmeros outros problemas para os outros públicos que estavam aqui dentro, também.*

GF 2 - NOVE: *Interessante dizer que a gente, do ponto de vista... Quando fala Fast Track, para a gente não... É bem interessante a gente pensar. O que é Fast Track para a gente? Fast Track é atendimento do verde ali na porta? Ou, quando a gente fala de Fast Track a gente está falando de todo o processo de melhoria do valor que a gente implementou na UPA? Eu acho que a gente quando fala do Fast, a gente não está falando só do... Acho que para a gente, né, o (nome do hospital de retaguarda) a gente não fala isso. A gente fala tudo isso que está aí envolvido no Fast, né?! Da redefinição dos papéis de cada instituição que faz essa engrenagem rodar. Então, acho que ele é muito além de, simplesmente, fazer o atendimento rápido do verde. É ficar atento às coisas que acontecem à todo perfil de paciente que está dentro da UPA e todos os processos ali dentro. Então, o Fast está além daquela linha rápida só, né?! O nosso Fast, se tivesse um errezinho de marca registrada nós, certamente, não estaríamos falando só do paciente verde, estaríamos falando de todo esse conjunto de ferramentas e de mudança cultural que a gente implementou na UPA.*

5.3.8 Gestão da UPA

Para a implantação do *Fast Track* na UPA estudada não houve incremento de profissionais, mas sim reordenamento de sua atuação. Assim como não foram feitas grandes mudanças estruturais como, por exemplo, ampliação da área física da UPA.

GF 2 - DOIS: *Aí, a questão é física, de estrutura física. Com duas portas na classificação, o Fast Track do lado, um balcão (...) A gente precisa de um local apropriado para a gente fazer o nosso serviço com segurança. 'Nós vamos fechar essa porta', 'Não, a porta tem que ficar aberta'... É difícil para a gente (...) A gente não consegue fazer a gestão entender... Ou então, ela não consegue nos fazer entender (...) Olha, aqui a gente precisa de espaço, aqui a gente precisa de respeito e segurança para poder medicar as pessoas. Ninguém pode tomar o remédio errado (...).*

GF 2 - OITO: *Também tem uma gestão muito ajustada e muito afinada com esses objetivos. Cercada de problemas, cercada de limites, mas com muita... Entendendo que isso é necessário, mas com os limites... (...) E aí, (nome do profissional), essa questão da medicação, esse povo está pelejando com essa área lá tem um bom tempo 'Ah, o computador não cabe'. Então assim, tudo isso está que chega! Mas a gente precisa de identificar onde está o limite e onde que está a 'não escuta'. Porque não é não escutar, é não conseguir resolver.*

A ampliação da comunicação e o aumento da capacidade de acolhimento e de escuta aos trabalhadores foram mencionadas por outros profissionais, que reconhecem a existência de um canal aberto para a comunicação com as chefias, mas que precisa ser ampliado e melhorado.

GF 2 - SEIS: Então, é uma percepção minha. Eu acho que, igual o número dois colocou, 'Ah, a gestão não escuta', eu já tenho uma visão contrária aqui. Porque eu acho que, principalmente nessa gestão atual, é uma gestão que escuta, sim. Eu, particularmente, todas as demandas que eu trago de atendimento, de sugestão, de melhoria, eu sou escutado. Então, talvez a gente tenha que pensar muito nesse canal de comunicação, como que ele está feito. E aí, uma coisa que eu acho que a gente vai ter que melhorar na instituição é essa questão da cultura (inaudível), especificamente, por todos entenderem que esse processo de melhoria não depende só de gerente ou coordenadora, ele depende de nós. E muitos profissionais, e aí, é uma opinião minha, nós temos muitos profissionais no Hospital que eles são muito críticos, mas eles propõem pouco. Talvez a proposta dele não está sendo feita no canal oficial, conversando, trazendo alguma proposta, trazendo uma sugestão. Então, a minha percepção é que tudo que eu percebo que vem sendo trazido de demanda, de problema crônico, para melhorar o fluxo, ele tem sido, sim... O atendimento, né, a gente tem carência de recursos, não é fácil contratar um profissional, mas eu percebo que na medida do possível, tudo está sendo readequado para atender tanto a demanda do usuário, atender o fluxo da unidade e, também a expectativa dos profissionais que estão ali. Eu percebo um canal aberto e eu percebo, pelo menos para mim e para vários colegas, a gente vê que tem um feedback, sim de várias demandas e processos de melhorias no processo assistencial.

GF 2 - DOIS: O canal sempre foi aberto. Houve gestão que o canal não era aberto para a Enfermagem. (...) Mas igual eu estou dizendo, tem questão que não...é fazer com que a gente entenda... Eu não consigo entender... Porque segurança para a gente fazer a medicação, a gente tem que ter segurança e dignidade para a mulher trabalhar, com segurança, com respeito, tem que ter! Isso existe. Isso não é só uma crítica, não. Pontos de melhorias e ideias a gente leva, também. Então, eu acho que está faltando uma sintonia.

Para se obter bons resultados na implantação de um novo fluxo de atendimento em uma UPA, como é o caso do *Fast Track*, é fundamental que os tomadores de decisões, os gestores, estejam muito presentes no local onde este fluxo está sendo implantado. Assim se percebe rapidamente aquilo que deu certo e o que precisa ser alterado e como será feita esta alteração. Os participantes ressaltaram a importância de uma gestão exercida de forma participativa e da presença constante dos tomadores de decisão no local onde as ações acontecem, o que o *Lean Thinking* denomina *Gemba*.

GF 1 - TRÊS: *E assim foi. Na chegada da gestão do (nome do gestor), têm gestões e gestões, a forma dele fazer gestão é a gestão participativa, uma gestão que ele ouve, que ele procura debater, procura ouvir e até aceita críticas, assim... Da maneira surpreendente. Então, a gente foi... Ele foi implantar essa questão do Fast Track.*

GF 1 - UM: *No Lean existe a questão do Gemba, que é você estar no local de onde ocorre o processo. Para você conseguir mudar o processo, implantar qualquer tipo de melhoria, você tem que estar lá. E eu acho que foi muito disso, também. A gestão sempre esteve presente lá para conseguir fazer essas mudanças e ouvindo de quem está lá, também as suas sugestões. Isso é muito importante. E é isso. Você não consegue implantar uma melhoria, ela não consegue ser durável se você não estiver dentro do processo, se você não estiver acompanhando de perto.*

GF 2 - QUATRO: *Então assim, foi um... Um desafio muito grande para a gestão e eles conseguiram transformar isso em uma coisa consolidada.*

5.3.9 Perfil do profissional necessário para trabalhar na lógica do *Fast Track*

Sem que houvesse um direcionamento, surgiu, nos dois grupos focais, a discussão sobre o perfil do profissional que trabalha no *Fast Track*. O melhor profissional para desempenhar as ações nesse novo modelo de trabalho não necessariamente é o mais experiente profissional da unidade. Esse profissional precisa ter uma boa compreensão do conceito e aceitar a lógica de se evitar desperdícios e eliminar o que não agrega valor, conforme preconizado pelo *Lean Thinking*.

Em suas falas, um profissional descreve um processo de trabalho, em especial adotado por alguns médicos, que, no seu ponto de vista não é compatível com a proposta trazida pelo *Fast Track*.

GF 1 - QUATRO: *(...)Em termos de... Médicos, né?! Vamos falar direito. Dependendo do médico ele... Não é que ele atrapalha, ele... Ele não ajuda esse troço a fluir. É que na medicação, assim que você dá, ele ainda quer um retorno nele para ele avaliar para... Entendeu?! Particularmente, até então, pelo que eu saiba em termos de Fast Track, via rápida. Medicou, não tem porque voltar ali. Dependendo do médico acontece isso.*

GF 1 - QUATRO: *Dentro do que ele falou, a gente vê isso na prática até o dia de hoje. Desde a implantação até hoje. Hoje, depois de tanto tempo já funcionando. Vem um médico, por exemplo, que um paciente está com uma dor de garganta... A gente até brincado entre nós que é o médico do kit completo, 'Hoje a gente está com a equipe do kit completo'. O que é o kit completo? O paciente entrou com dor, ah... De garganta ou uma dor na unha do pé, o médico pede ECG, pedia, né?! ECG, pedia exame de sangue, exame de urina... E dava de tudo quanto é medicação. Ao longo do tempo, dependendo da equipe... Tem outras que já são mais resolvidas, já é mais prática... E depois de um certo tempo passou-se a, no Fast Track, realmente a via rápida, como deveria ser. Não de pedir exame, ser reavaliado, um caso ou outro, mas pela queixa do paciente, né, uma dor há*

meses e tal não pedia aquilo tudo para depois chegar e falar 'Olha, tá tudo bem. Isso você trata no seu posto'. Na prática, como que isso melhorou. É lógico que até hoje, dependendo de quem está lá, ainda vira o gargalo que ele falou, que o número 2 falou. É o gargalo que vai juntando, vai juntando, aí entra... É promovido... A gente fala 'Você foi promovido para o Fast Track, lá para dentro. Aí, fica lá e não dá retorno. Às vezes você pega um plantão, tem X pessoas lá, aguardando retorno, só para passar no médico e ser liberado. Entendeu?!

GF 1 - QUATRO: Na prática, dentro do que ele falou, eu concordo com tudo. Agora, esse 'foi preparado' e tal na área da enfermagem, eu particularmente acho e vejo isso, que tem muita gente que não gosta de trabalhar no Fast Track. Não gosta. Aí, a gente "tem" uma certa autonomia de chegar uma para outra e falar 'Olha, eu estou lá no amarelinho e você está no Fast Track, eu gosto de trabalhar lá, você quer trocar? Ah, troca comigo?' Outros já chegam 'Troca comigo de setor. Eu não gosto de ficar lá'. Né?! Mas na prática a gente procura fazer isso porque tem gente que se identifica. Até, se vocês fizerem essa abordagem com enfermeiros, vários plantões que as vezes eu chegava, a pessoa 'Oh, (nome do profissional) que bom que é você quem está aqui. Porque eu sei que você gosta de ficar aqui'. Dependendo da pessoa que está aqui não gosta. Fica um clima ruim, difícil de trabalhar, né?! Eu acho que para o setor de Fast Track, eu acho que tem que ter um certo direcionamento da pessoa, se identificar com o setor. Eu acho que isso aí ajudaria muito. Vai muito de empatia, no dia a dia, entre você e o paciente para estar naquele setor, entendeu?!

A equipe médica que atende no *Fast Track* precisa focar na demanda trazida pelo usuário no momento do atendimento, respeitadas as características e limitações do local onde essa demanda ocorre (em uma UPA, no caso) e procurando administrar as expectativas do usuário.

GF 2 - ONZE: Então, o médico que fica lá para poder atender o Fast tem que ter o perfil para isso e entender que o perfil, naquele momento, é este. Então, não lidar somente com a frustração do usuário, mas a frustração, dependendo do médico que está lá, às vezes, atendendo aquele pessoal(...).

GF 2 - ONZE: Existe! completamente! A gente até brinca lá dentro, tem médico que é médico de posto. Não desclassificando nosso colega, né?! Na verdade a gente tenta se unir o máximo que a gente consegue. A demanda é muito alta. Então assim, tem médico, que a gente sabe, que ali ele quer saber a história por inteiro do cara. Então assim, a primeira vacinação dele, ali não é o momento. Então, ali a gente tem que estar focado na urgência e na emergência. Eu acho que hoje a maioria dos nossos pacientes são psicossomáticos. Então assim, as vezes a gente está perguntando alguma coisa para o paciente, o paciente está contando da vida dele. Então assim, aquilo é importante para o paciente naquele momento? É importante. Mas não é importante para o momento da urgência. Então, as vezes a gente... Tem que, às vezes, cortar. Não sei se é a melhor palavra, mas... Tentar focar, na verdade, direcionar a pessoa. Então, tem que ter um perfil. Não que nenhum médico do posto não possa evoluir e tentar ser um pouco mais objetivo, mas... Se você não for muito focado em entender que você está em um plantão de urgência e emergência e ali você tem que entender a necessidade... Você se perde.

GF 2 - NOVE: *E aí, eu acho que isso tem muito a ver com o perfil, né?! Para a gente poder atender essa expectativa, agregar valor e separar o paciente que precisa da urgência para o que não precisa, essa pessoa que tem que estar ali na porta, tem que ser o médico... Um dos médicos mais experientes de urgência e emergência, né?! E aí, hoje... A gente sabe que não é essa a realidade de urgência e emergência hoje. Quem está fazendo esse papel de falar 'essa pessoa...' ... Eu preciso ajudar a expectativa, fazer um cuidado em geral... Se recomenda 10 minutos, dá para fazer uma consulta excelente, um atendimento... Se você souber como fazer. Mas isso te pede uma experiência, habilidades para... De relação médico e paciente.*

GF 2 - OITO: *Antes, até o médico falava 'Ah, não. Vamos pedir os exames, vamos ver, vamos escutar, vamos ver o que ele tem' e aí, você acaba negando para o usuário aquilo que ele, de expectativa, criou, mas não de necessidade. No Fast tem que estar muito claro o que é necessidade, o que foi a urgência que o trouxe aqui, da necessidade que ele tem de ser tratada essa urgência, e os outros problemas que são problemas que ele pode tratar de forma detida em um acompanhamento pela via da Unidade Básica de Saúde. Então, acho que isso influencia muito no andamento do próximo processo de organização e de eficácia mesmo do atendimento. É muito perceptível mesmo essa questão de 'Ah, não. Num posso pôr o fulano ali não', num é (nome do profissional)?! 'Num dá para o fulano ficar no Fast porque ele pede exame para todo mundo, ele agarra com todo mundo aqui na porta'. Ou o contrário 'Ah, ele não tem paciência. Demora demais no atendimento'. Então, tudo isso é muito observado por quem está ali no dia a dia. Então, fica muito evidente essa necessidade de, de fato, ter um perfil de habilidade e competência para assumir e ter segurança para fazer esse atendimento de forma mais ágil.*

Os profissionais destacaram o quanto é importante ter médicos com experiência (não necessariamente muito tempo desde a formação) para o bom andamento do fluxo de atendimento, como também a compreensão por parte da equipe assistencial da nova forma de atendimento proposta.

GF 2 - DOZE: *Do mesmo jeito que a gente tem a rotatividade, não tem o médico com residência, é o médico que acabou de formar, roda muito... Existe este perfil, também nos centros de saúde. Então, a gente realmente tem os médicos que não têm agilidade, mas os meninos eles aprendem. Muitos vêm, começam a atender 9, 12 e você vai e dá uma chance, daí ao final de 2 meses, a pessoa está atendendo 50 pacientes do Fast. Digamos que a fila para um pouco, mas ela volta a andar. Então, a gente tem uns picos as vezes, que está com 4, 5 horas de espera, você vai ver a equipe e você tem lá 3 novatos, 2 novatos que infelizmente, vai fazer a fila andar um pouco mais devagar. Não é porque não está atendendo ou porque o Fast não está funcionando, mas a gente, também tem que dar um tempo para o clínico... Para o médico adaptar nessa rotina, ao atendimento... Como ele vai fazer esse atendimento breve, de como ele vai se portar junto ao paciente sem criar indisposição com ele. É o falar o 'não'. Como ele vai falar o 'não', 'Se eu fizer esse hemograma não vai mudar o seu destino, o seu diagnóstico'. Então, isso tudo é no dia a dia, é na prática. Às vezes, o médico que vem para o Fast, ele precisa ter o tempo dele para pegar o ritmo, pegar a prática, conhecer a rotina do Fast. Porque não adianta eu colocar ele em um plantão no Fast 'Ah, não. Ele não serve lá não. Não, eu não vou dar mais plantão para ele não. Ah, vou pôr outro'. Então assim, se você não dá uma chance para esse médico que é novato, que está chegando... É através de estatísticas... Todo mês eu faço o levantamento das estatísticas e vou olhando quem atendeu e falo 'Olha, fulano, seu mês*

foi assim, precisa melhorar. O Fast tem que funcionar, funciona assim'. A gente que lida com o Fast, né, que eu vivo mais presente lá... Então, chamo, converso, mas realmente a gente tem essa rotatividade mesmo. A gente não tem... Todos não são concursados então, a gente não tem realmente, a estabilidade e eu tenho médico efetivos e estáveis que não querem atender Fast. Não querem atender ficha verde, mesmo estando na unidade para isso. Porque a regra é: o plantão é de clínica médica. Não tem ficha laranja, não tem ficha amarela, tem que puxar ficha verde, que é a nossa demanda maior. Mas a gente vê que tem colegas que mesmo sendo efetivo, digamos que não gosta da ficha rápida, né, começa meio que a ensebar no plantão. Então, você sempre tem que estar lá dando 'Oh, colega não tem como. Olha a fila lá fora'. Então assim, é uma coisa importante que veio com o Fast (...).

5.3.10 Alta rotatividade dos profissionais como um obstáculo adicional para a implantação

Em ambos os grupos, foi também discutido de forma espontânea o tema da rotatividade de profissionais na unidade estudada. A rotatividade refere-se à entrada e saída de trabalhadores do serviço, independentemente da motivação. Ela pode ocasionar a perda de pessoas estratégicas para a instituição de saúde, gerando algum grau de perda de eficiência. Sabemos que a alta rotatividade não é causa, mas a consequência de eventos localizados interna ou externamente à organização.

A taxa de rotatividade média dos trabalhadores do complexo hospitalar do qual a UPA estudada faz parte está em torno de 5% ao longo dos últimos anos. Apesar de não ser uma taxa elevada, foi ponto de discussão por parte dos participantes dos dois Grupos Focais.

Os impactos da rotatividade de profissionais sobre os processos de trabalho na UPA estudada foram mencionados por diversos participantes dos grupos focais. Como constataram, essa alta rotatividade prejudica o bom andamento do processo implementado, necessitando um monitoramento contínuo por parte da coordenação de forma a garantir o treinamento e conscientização dos novos profissionais para aderir ao modelo de fluxo de pacientes adotado na UPA.

GF 2 - OITO: Eu acho que essa questão da permanência influencia tanto... Que é perceptível, assim... O dia que tem uma pessoa que não tem uma habilidade, uma experiência que permita que ele faça um atendimento com segurança e sem perder valor, como o próprio (nome do profissional) falou e... Essa pessoa, vamos dizer, que ela embola o plantão. Ela trava o atendimento. E já tem aquele com experiência, que eu acho que é isso que é o grande equívoco.

GF 2 - NOVE: (...)o atendimento no Fast Track tem um conjunto de habilidades específicas. Talvez, a grande questão seja a capacidade de foco, né, e agilidade integrando ali, esse... Reconhecer, principalmente, paciente grave, o paciente tem algum problema que a gente não pega. Isso exige treinamento. Aí, a pessoa precisa conhecer rotinas e fluxos que são específicos desse perfil. Rotinas e fluxos que tem que ser conhecidas não só por você, mas com quem está com você. O Fast Track, a essência de um serviço multi, ele vai passar por toda essa organização que começa na porta, vai passar pela classificação, vai passar pelo médico que vai definir a necessidade de uma medicação rápida para ele ir embora, com ou sem o apoio de um Serviço Social e etc. Então, implica que esse grupo esteja conhecendo os caminhos, né?! E, também conhecer a rede, que quando ele dê alta para esse paciente, ele dê alta com apoio. E aí, obviamente, isso exige tempo para se preparar. Porque quando você troca, você não está simplesmente... Num é só... Quando você troca essa pessoa... Se você trocar no caso de um médico, por exemplo, ele não está ali só fazendo uma consulta. No caso do enfermeiro que está ali na porta classificando, ele não está só classificando Manchester, ele é quem vai fazer o primeiro... Vai preparar o paciente, por exemplo, para o Fast Track. Então, quando você tem essa troca, você está comprometendo essa cadeia de aprendizado. Aí, você recomeça, né?!.

GF 2 - SEIS: Então, talvez esse é o grande desafio que a gente tem hoje porque o grande perfil de pessoas que atendem na porta é falar 'O que compete a mim? Escutar, examinar, prescrever e liberar.' Eu acho que um gap, talvez, que a gente tenha aí que ele está ligado sim à rotatividade e a falta, às vezes, de um corpo mais fixo nesses consultórios, principalmente de médicos que já levantado, é essa pessoa entender que no tempo de atendimento dela, tem que ser breve. Ela terá que separar um tempo, também para orientar o usuário de que, talvez, alguns exames que estão sendo pedidos ali ou não ser pedido e aquilo não vai mudar o desfecho do atendimento. É isso que o usuário tem que entender, que a gente num está deixando de pedir exame para economiza recurso. É porque aquilo não tem evidência de que vai mudar o tratamento final, o desfecho. E orientar esse usuário, também de que o atendimento dele, talvez, para aquela queixa não é ali. Que ele vai ter que trabalhar na causa, ele vai ter que trabalhar no foco do problema.

GF 1 - TRÊS: Agora, o aspecto negativo que eu acho que ressalta muito, né, é essa questão que eles falaram. Essa rotatividade muito grande. Porque ela atrapalha o processo. Quando você estabelece o processo, você tem fixo os seus personagens ali e estão treinados, a tendência dele é só decolar. Eu acho que a gente tem um nível satisfatório de alcance, muito por esforço dos funcionários que estão aqui, por gestão da diretoria e gestão dos gerentes, porque a gente vê até hoje... A gente tem um grupo de coordenadores, de tempos em tempos coloca para o grupo de coordenadores como está a situação lá, como está isso. Aí, quando está saindo fora do padrão que é o desejável da instituição faz um remanejamento para ir lá e não deixar. Então assim, é esforço diário, mas muitas das vezes por causa disso porque pede demissão e você não consegue colocar outro amanhã, você tem um processo... Então, já fica um desfalque na escala, aí quem está no gerenciamento tem que fazer uma permuta nessa escala, ele tenta, mas muitas das vezes ele não consegue então, trabalha com um a menos e acaba sobrecarregando. Então, eu acho que os pontos negativos são esses. Essa falta da gente fixar um profissional ali e ele dar sequência nesse projeto.

Os participantes também discutiram sobre os diferentes fatores que afetam a rotatividade dos profissionais, tais como outras oportunidades de emprego e de crescimento profissional, a pressão de trabalho (demanda elevada), política salarial, a política de recrutamento e seleção de pessoal na UPA em estudo, e a situação de oferta e procura de recursos humanos no mercado de saúde local.

GF 1 - DOIS: *O que eu percebi de maior dificuldade foi o seguinte... Pronto socorro, médico emergencista, enfermeiro e técnico emergencista, a grande maioria não vê o pronto socorro como 'uma atividade fim'. Vê ali como um setor de passagem. Começa dar os plantões e daqui a pouco vai fazer residência, vai querer trabalhar em outros setores. Essa semana mesmo teve um médico lá que já estava há um tempo no pronto socorro 'Ah, cansei de atender ficha e agora eu quero ser trocado'. Pediu transferência. Então, qual é o problema disso? Nós não temos equipes fixas por muito tempo. Então, uniformizar a informação é muito difícil. Então, por ser um processo que foi organizado, que deu mais resolutividade, aumentou a demanda. Então, querendo ou não você trabalha mais. Então, se torna um processo mais cansativo. Então, o que eu percebo é isso, as pessoas chegam num gás total e daqui a pouco vai diminuindo, vai diminuindo o atendimento, vai ficando mais insatisfeito e sai.*

GF 1 - TRÊS: *Agora, essa rotatividade aí, já... Assim, no Hospital em si... Eu já vejo isso como uma rotina. A gente tem uma rotatividade muito grande por ser instituição pública e por ter padrão e padronização de salário. Então, a pessoa vem ela treina, é um residente, ele treina, ele fica... Na hora que ele está... Entendendo bem do pronto-socorro, que ele pegou, ele já recebe uma outra proposta, sai e a gente vem e tem que fazer esse trabalho de novo. Num é à toa que a gente é hospital escola, também. A gente tem diversos alunos aqui e tem gente que trabalha aqui há 40 anos e passou por aqui, se identificou e está aí, até hoje.*

GF 1 - UM: *E o Hospital por ser público e etc. a gente não tem muito como mexer nisso. Isso é uma coisa que, né, a gente não tem muita governabilidade. Então, acaba que isso, também é complicado, assim, protocolo de contatos... É difícil, assim, a gente conseguir manter. Às vezes, o pessoal recebe uma proposta, sei lá, R\$ 500,00 a mais ou, às vezes, não chega nem a isso, e ela vai, assim, para uma outra instituição. (...) Aqui é muito trabalho, é um hospital escola mesmo, assim, na questão do aprendizado e tudo... E aí, acaba que, também tem isso, as vezes o Hospital forma essas pessoas, as pessoas aprendem bastante ali na prática, para depois ir para outro lugar, assim. (risos) E vão muito bem, né?! Porque o Hospital é uma referência. Então, acaba que isso faz com que algumas pessoas saiam, assim. Enfim... É um dificultador que a gente consegue resolver com a questão do concurso, que há uma previsão de ocorrer, mas com a pandemia isso mudou bastante aí, o cenário... Que seria esse ano e agora a gente não tem uma data exata. Então, acho que é mais isso.*

GT 1 - UM: *Porque é complicado. Tem até hospitais da rede mesmo, outro salário... Aí, é muito diferente. Óbvio que o salário é o que chama mais atenção. As pessoas vão, assim! As pessoas, às vezes, trabalham em outros lugares, também (...).*

A alta rotatividade aliada ao processo burocrático na contratação de novos profissionais também implica em escala desfalcada nas equipes de trabalho da UPA. Em certa medida, devido ao tipo de contratação, a presença da rotatividade é esperada pelos profissionais. De acordo com a percepção dos participantes dos grupos focais, esse problema poderia ser solucionado se fosse possível realizar concursos públicos para preencher essas vagas, conforme destacado nos seguintes relatos.

GF 1 - DOIS: Ela não conhece o processo. Ela vai conhecer o processo e isso tem um tempo. Demora um tempo para essa pessoa se adaptar. E na hora que ela adapta... Umas gostam e continuam, tem outras que não e saem. Então, você perdeu tempo! Porque no mínimo, para você contratar um profissional aqui, é uns 30 dias. Se a pessoa sair agora, você não coloca outra amanhã. Você tem que fazer um processo seletivo, se for aprovado ainda... Então, se não tem aprovação... Ou seja, muitas das vezes trabalha com escala deficitária aí, 30 dias, 40 dias. Quem é da assistência sabe disso. Cobrindo com... Plantão, pessoa pede folga ou então a pessoa recebe hora extra. A gente vai cobrindo assim. É aquele jogo de xadrez.

GF 2 – DEZ: Eu vejo que o que mais atrapalha hoje, essa ferramenta, é o turnover, acentuado, de todos os profissionais que estão à frente da ferramenta. Quando a gente tem um corpo clínico estável e... A minha visão, nisso eu quero crer, que seja um concurso, a gente vai ter profissionais que se adaptam melhor à ferramenta, vão poder ser treinados e vão permanecer, né?! Hoje é uma loucura! A classificação muda todo dia, quem está classificando, o médico que está atendendo, a equipe é totalmente nova a cada amanhecer. Então, é por aí.

GF 1 – DOIS: Mas também, a gente não pode esperar que tenha zero rotatividade, né?! Porque na área médica, os concursados, eles pedem exoneração para ir, para trabalhar de contrato, né, em outro lugar porque paga pouco. Então assim, é uma situação difícil. Eu acho que a gente vai ter que caminhar nesse lado da formação de algum projeto, alguma coisa de lei que a pessoa que for formada na instituição ela tem que retribuir isso para dentro do órgão formador. Isso assim, envolve política, envolve outros aspectos que extrapolam a nossa gestão. Então, assim... É uma coisa desafiadora para a gente(...).

5.3.11 Reflexos gerados pela Pandemia de COVID-19 no fluxo de atendimento implantado na UPA

Os Grupos Focais desta pesquisa ocorreram durante o decurso da pandemia de COVID-19, sendo a UPA em estudo um serviço de referência no atendimento a esta e também a outras doenças agudas. Os participantes de ambos os grupos foram estimulados a avaliarem o atendimento na pandemia de COVID-19 considerando a implantação do *Fast Track* em 2018. De acordo com os relatos, as

mudanças de processos e as estruturais realizadas para responderem à pandemia seguiram aquelas implementadas conforme o modelo do *Fast Track*.

GF 1 - UM: *É porque com a pandemia a gente não teve como mexer no espaço físico da UPA. A UPA continuou sendo a mesma coisa, assim. Num tinha jeito. E como dar conta de uma demanda... A demanda reduziu? A demanda que eu falo assim, a demanda do Fast, a demanda não do COVID, ela reduziu. Porém, assim, continua existindo. As pessoas continuam vindo. No início elas ficavam com um pouco mais de receio e tal, então, a gente não tinha uma demanda tão alta. Agora, já está normal, praticamente. Só que a gente teve que dividir a UPA em dois fluxos. Na mesma mentalidade do Lean, também para o fluxo do COVID e o fluxo que era já o fluxo do Fast. Então, a gente teve que deixar ali, parte do Fast para atendimento do COVID. Fizemos algumas adaptações lá, para que tivessem os consultórios ali, naquela área para o paciente que entrasse nesse fluxo COVID, também... Entrasse e saíssem mesmo, em uma linha de atendimento. E isso faz toda a questão da parte de dentro da UPA que, também é um espaço pequeno. Então, tivemos que reorganizar todo o processo lá. Algumas especialidades que atendiam lá, tivemos que descer com elas para cá... Porque não tinha como, assim... Era a única forma de dar conta da demanda. Então, isso também, é difícil, assim, para as pessoas. Até acostumar com isso, fica mais tumultuado mesmo... Então, num é fácil não.*

GF 1 - UM: *A gente no pronto-socorro, a gente tem a pediatria e que nos meses, geralmente, final de março até o final de maio, início de junho a gente tem uma sazonalidade pediátrica, assim, de crianças com doenças respiratórias, que esse ano não teve, né?! Muito por conta do COVID, né?! Foi um ano atípico, mas que ocorre muito e a facilidade que as equipes tiveram e todo conseguiu, né, para implementar... Principalmente, nesse momento que o número de atendimento ele cresce e muito. Ele é, praticamente, o dobro, assim, de outras épocas... De implantar aqui na Pediatria. Então assim, esse fluxo foi possível de ocorrer em outras áreas, né?! A mesma metodologia do Lean, era utilizada, por exemplo, no nosso plano de capacidade plena, no próprio plano de catástrofe, também. Então, o tanto que isso pode ser... O Lean ele não é só para uma coisa específica, o quanto isso é abrangente. O quanto isso pode... Qualquer outro processo, a gente consegue utilizar essa metodologia para melhorar.*

GF 1 - TRÊS: (...) *Se você for lá hoje, você vai ver o Fast Track funcionando de uma maneira que há 30 dias atrás não estava funcionando. Então, um vai puxando o outro. Foi aquilo que eu falei, que foi um dos dificultadores, também. Porque são os fatores externos, não dependem da gente. Ele automaticamente faz a gente ter que se adaptar para atender essa demanda. E foi o que aconteceu. E não foi só lá não. Foi aqui no Hospital também. A gente teve, assim... Viramos o Hospital de cabeça para baixo.*

Os participantes dos grupos focais destacaram em suas falas que se não houvesse um fluxo já bem estabelecido com o *Fast Track* na UPA, as equipes teriam tido mais dificuldade para se organizarem para o atendimento durante a pandemia, diante de uma demanda muito maior de busca por atendimento.

GT 1 - UM: *Então, apesar da dificuldade toda, que foi com o COVID, né, foi mais fácil da gente implementar alguma coisa, dos fluxos ocorrerem porque o pessoal já sabia como fazer. Então, talvez se fosse em outras épocas, se a gente não tivesse esses processos bem implementados ou todas as*

melhorias que, também ocorreram ao longo do tempo, seria muito mais difícil. Porque ia estar todo mundo... Todo mundo ia ter muito mais dificuldade de conseguir pensar em como organizar 2 fluxos, num mesmo ambiente, sem fazer com que eles se cruzem e fazer com que esse paciente entre vá logo, assim. Que ele resolva o que ele foi lá fazer e vá embora logo. Então, talvez se fosse em um outro momento, ia ser muito mais difícil. E com a maturidade tanto da equipe, quando do processo do Fast, né, isso facilitou mesmo em um momento de catástrofe total, assim, que foi essa questão da pandemia.

GF 2 - DEZ: A primeira coisa é o desconhecido. É o medo do que vai vir. E... A gente teve que estabelecer um segundo fluxo dentro do fluxo que já tinha. Então, a gente teve que dividir uma área, já difícil, para continuar o atendimento do Fast Track. Criar uma área específica para atendimento de COVID. E, retrospectivamente, eu vejo que isso só foi possível porque a população diminuiu, o afluxo de pessoas ao Serviço de Saúde. E eu falo isso aqui agora, porque a nossa... O nosso problema hoje, que nós estamos vivendo no momento é que a população está retornando ao serviço de saúde, com força, quase a níveis de antes da COVID e a gente ainda tem uma pandemia pela frente que não tem previsão de término. Então, esse vai ser o desafio. Como mantendo a mesma área, o mesmo número de atendimentos de antes da pandemia? O Fast Track com um possível afluxo maior de pessoas com COVID. Porque a gente sabe que ainda vai... É a dúvida atual.

GF 2 - OITO: Eu gostaria de acrescentar que o fato de a gente já ter a UPA organizada no atendimento do Fast, facilitou muito a organização para o COVID. Então, se a gente não tivesse tido a experiência de reorganização da UPA, como a gente fez com o Fast, nós não teríamos a prontidão e a rapidez que nós tivemos para reorganizar a UPA para esse perfil de atendimento. Eu não sei se vocês corroboram e concordam.

A importância de ter sido mantida a gestão de forma colegiada e participativa, bem como uma comunicação constante com os trabalhadores durante a pandemia, foram ressaltadas durante as discussões.

GF 1 - TRÊS: Nossos colegiados, também, aqui dentro do Hospital, a gente debate isso, também. com essa pandemia... Eu acho que fica muito vago na nossa mente porque... Nós estamos aí, passando dos 8 meses de pandemia. Então, teve processos nossos que foram forçados a ser interrompidos. Então, reunião de colegiado, encher o nosso auditório com 200 e tantas pessoas, ficou inviável. Até mesmo, porque nosso auditório virou descanso. Então assim, alguns processos a gente parou. Mas a gente sempre tinha esses colegiados aonde se discute, aonde que se levanta dificuldade, aonde que abre a palavra para todo mundo falar. Eu acho que desse tempo para cá, realmente deu uma parada nessa circulação, mas não porque quis. Porque teve fatores externos maiores que tiraram nosso foco.

GT 2 - DOIS: Com a pandemia... Foi muito positivo. O que colocado para nós de forma... Tanto da gestão imediata como da gestão, de maneira geral, teve uma resposta muito boa, para nós profissionais da Enfermagem, com orientações e com... Passando todas as informações e todas aquelas dúvidas e ansios da gente. Assim, eu imaginava que... Foi excelente! E o serviço, também foi muito inteligente, muito assim... Ordenado e perfeito, de forma que estamos trabalhando com segurança. Isso aí, é sem sombra de dúvida. Tenho até que agradecer.

Os desafios de se ter que lidar na pandemia, com dois fluxos de pacientes que têm que ser atendidos separadamente na UPA e com uma demanda cuja dimensão é variável e imprevisível foram mencionados durante os relatos. Algumas das falas também destacam a questão da rotatividade, já mencionada anteriormente.

GF 2 - NOVE: Uma nova mudança, no caso, nova divisão geográfica que agora passa a ser obrigatória, por questão de segurança, e ela envolve espaços e pessoas, isso traz uma complexidade inimaginável mesmo. Em um cenário de escassez de espaço e de pessoal. Então, você tem que acrescentar... Basicamente o que acontece... Que a gente acrescentou... A gente tem que acrescentar toda uma estrutura que... Até para existir de um jeito alinhado com a estrutura anterior, uma demanda complexa, muito complexa que o COVID trouxe. Então, um desafio muito grande. E eu concordo que só foi possível de chegar aqui, até agora, porque esse desafio... Essa questão, essa mudança de expectativa mostrou de fato, que grande parte da nossa busca... A UPA não era necessária. Essa era uma realidade que a gente vê no cotidiano... No fluxo dos finais de semana, nos feriados, a gente confirmou com a COVID, que a mudança... É uma questão cultural e não uma questão de emergência e aí, durante o COVID, a gente teve até um excesso, né?! As pessoas que precisavam ficam com medo de vir... No meio do caminho, as pessoas que precisavam e deixavam de vir e agora a gente está voltando a normalidade. Então, a gente hoje vai ter... Está lidando com uma situação que exigiu a criação do Fast Track, que exigiu pensar nessas coisas, em todos esses desafios e agora ainda, precisando ter uma reserva técnica de segurança, de espaço e pessoal. Então, acho que nós estamos vivendo um momento... O pessoal acha que a pandemia acabou, né?! E nós estamos vivendo, de longe, eu acho que agora é o momento mais desafiador que a gente teve até agora. E a gente, também não tem perspectiva próxima. Quem olhar para trás e falar 'Acabou', não! Agora é que a coisa está especialmente, complexa, né?!

GF 1 - DOIS: E a questão da rotatividade que encaixa aí dentro, também, né?! Porque além de acontecer isso tudo, a rotatividade ainda continua acontecendo, no meio da pandemia. Então, agrava ainda mais a linha de cuidado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adoção do *Lean Thinking* e do *Fast Track* na UPA estudada trouxe avanços consistentes em aspectos numéricos e que são perceptíveis e reconhecidos pela própria equipe. Foi possível verificar a redução dos tempos de espera por atendimento em todas as especialidades médicas atendidas na UPA e da proporção de atendimentos que deixaram de ser realizados em virtude de abandono, mesmo com um número total crescente de atendimentos ao longo dos anos analisados pelo presente estudo. Os trabalhadores perceberam muitos impactos positivos após a implantação do *Fast Track* tanto para os usuários como para eles próprios e apontaram pontos que ainda precisam ser melhorados.

Considerando que a situação de superlotação em unidades de pronto atendimento é multifatorial e é comumente encontrada em nosso meio, a adoção das ferramentas trazidas pelo *Lean Thinking* deve ser considerada como uma das formas de abordagem para este cenário. Elas reduzem ou eliminam desperdícios por meio da identificação de atividades e tempos sem valor agregado ao desfecho assistencial para o paciente, tais como filas e obstáculos de acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos.

No caso estudado, a implementação do *Fast Track* demandou baixo investimento financeiro e poucas reformas ou adaptações do espaço físico para poder funcionar. Além disso, ela não demonstrou a necessidade de ampliação das equipes, apenas reorganizando-as de modo a atingir seus objetivos. Porém, é fundamental que os gestores deste tipo de projeto tenham sempre em mente a necessidade de se buscar melhorar continuamente e de permitir a expansão destas melhorias para qualquer que seja o setor do serviço sob sua responsabilidade.

Outro aspecto crucial para se obter bons resultados com a implantação do *Fast Track* é uma atuação da alta gestão sempre presente no “lugar onde o trabalho ocorre”, o *Gemba*, como é denominado pelo *Lean Thinking*. Não se trata de somente prescrever um plano, mas sim de acompanhar presencialmente toda a sua execução. A proximidade dos gestores transmite segurança para que os trabalhadores possam encarar os novos desafios e permite que sejam ouvidos prontamente no caso de dificuldades. Agindo desta forma, os gestores podem perceber rapidamente os problemas e ganhar tempo ao propor soluções sempre considerando a opinião dos profissionais que estão ali no dia-a-dia.

A adoção do *Lean Thinking* e a implantação do *Fast Track* nesta UPA estudada deixa de legado para as equipes uma lógica diferente de pensar e agir. A proatividade para identificar e solucionar os problemas, a mentalidade do sistema de fluxo puxado permeando todos os processos de trabalho (e não somente os que envolvem a assistência direta ao paciente), o combate aos desperdícios, a forma colegiada e participativa de se fazer as negociações e combinações cotidianas.

Ressalta-se, contudo, que o *Fast Track* isoladamente não tem capacidade para solucionar todas as causas de superlotação. Da mesma forma, os benefícios podem ser limitados se sua implantação for restrita em uma única UPA de um município. É preciso uma articulação mais ampla e em rede com outros equipamentos de saúde, especialmente com as demais UPAS, com as Unidades Básicas de Saúde e com os hospitais. Em Belo Horizonte, o programa Menos Espera, Mais Saúde implantou o *Fast Track* em todas as suas 09 UPAs com resultados iniciais animadores.

Entretanto, tanto a UPA ora estudada, como todas as demais UPAs de Belo Horizonte devem estar imbuídas do espírito de se envidar todos os esforços para a manutenção dos avanços já conquistados e a buscar continuamente outros mais. Fazer com que essas ações constem no planejamento estratégico anual dessas instituições pode ser uma boa medida para se alcançar esses objetivos.

A situação de oferta e procura de recursos humanos na área da saúde, a conjuntura econômica e as oportunidades de empregos no mercado de trabalho têm uma grande influência na taxa de rotatividade dos profissionais de uma UPA. Essa alta rotatividade pode no longo prazo ser um entrave para a continuidade dos trabalhos nessa nova lógica de organização do fluxo de pacientes.

Há que se trabalhar cada vez mais em estratégias que permitam aos profissionais da urgência se sentirem reconhecidos e valorizados, com políticas que permitam aumentar a vinculação destes trabalhadores com a instituição, de modo a mitigar o problema da alta rotatividade nos postos e trabalho que tanto compromete, dentre outros aspectos organizacionais, a estabilidade do desempenho do fluxo *Fast Track*.

A Pandemia de COVID-19, maior calamidade já enfrentada pelo sistema de saúde brasileiro, vem exigindo dos gestores de serviços de saúde maior habilidade, comprometimento e resiliência. Todos estão tendo que se adaptar, reinventando-se.

Por óbvio que a pandemia também comprometeu a realização da presente dissertação na medida em que inviabilizou a realização de um maior número de grupos focais, problema que acreditamos ter sido mitigado com o rico material que foi gerado pelos dois grupos focais. A demanda por atendimento na UPA estudada e em todo o complexo hospitalar do qual ela faz parte cresceu absurdamente. Sem o *Lean Thinking* e o *Fast Track* implantado e consolidado há dois anos antes da eclosão da Pandemia de COVID-19 em Belo Horizonte, não se vislumbraria uma resposta rápida e adequada à necessidade da população. Estas ações ficam como mais um legado para a cidade no enfrentamento de outras pandemias ou mesmo crises pontuais.

O ideal seria termos a possibilidade de comparar diferentes estratégias de implantação do *Fast Track* em outras UPAs e seus resultados quantitativos, bem como os desafios encontrados. Para tanto, esperamos que outros estudos neste campo tragam mais informações, incluindo a padronização dos principais indicadores a serem analisados. Acreditamos também que a realização de estudos qualitativos que abordem a impressão dos trabalhadores sobre esta forma de se trabalhar na urgência contribua em muito no aprimoramento do SUS.

A elaboração dessa dissertação permitiu a elaboração de um Relatório Técnico, conforme Apêndice F.

REFERÊNCIAS²

AKERS, P. A. **2 Second Lean**. 4. ed. USA: Fastcap press, 2014. 156 p.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Thomson, 1999. cap. 6 e 7, p. 130-178.

AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. **Emergency Department Crowding: High-Impact Solutions**. Advancing Emergency Care, 2008.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p. 1439-1454, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**: O Brasil falando como quer ser tratado. Efetivando o SUS - Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social. Ministério da Saúde, Série Histórica do CNS. Relatório Final, n. 2, Brasília, DF, 2001. 198 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf. Acesso em: 18 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.863, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2003(a). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em: 14 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.072, de 30 de outubro de 2003**. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2003(b). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2072_30_10_2003.html. Acesso em: 17 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 3.125, de 7 de dezembro de 2006**. Institui o Programa da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde – Programa QualiSUS e define competências. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3125_07_12_2006.html. Acesso em: 15 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.020, de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, mai. 2009. p. 59. Disponível em:

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009.html. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 18 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 1.600, de 8 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 14 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.663, de 06 de agosto de 2012**. Dispõe sobre o Programa SOS Emergência no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Brasília, 2012(a). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html. Acesso em: 13 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012(b). Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390 do Ministério da Saúde de 30 de dezembro de 2013**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 16 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.356, de 11 de novembro de 2016**. Habilita a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h, Noroeste II HOB, Porte III nova), do Município de Belo Horizonte (MG) e estabelece recursos a serem destinados ao Estado de Minas Gerais e Município de Belo Horizonte (MG). Brasília, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2356_11_11_2016.html. Acesso em: 19 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 10 de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 jan. 2017(a). Seção: 1, p. 53. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20574333/do1-2017-01-04-portaria-n-10-de-3-de-janeiro-de-2017-20574221. Acesso em: 13 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.618, de 5 de outubro de 2017. Qualifica a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h Noroeste II HOB) e estabelece recursos a serem destinados ao Estado de Minas Gerais e Município de Belo Horizonte (MG).

Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 out. 2017(b), Seção: 1, p. 95. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19340038/do1-2017-10-06-portaria-n-2-618-de-5-de-outubro-de-2017-19339941. Acesso em: 13 ago. 2020.

BRITO M. P. **Aplicação de técnicas de gestão avançada Lean Helthcare para otimizar o fluxo de pacientes do pronto-socorro de um hospital universitário público de Belo Horizonte**. Tese (Dissertação de Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018. 94 p. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-BCDPTM>. Acesso em 19 ago. 2020.

CECILIO, L.C.O. **A micropolítica do hospital: um itinerário ético-político de intervenções e estudo**. 2007. Tese de livre-docência - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2007. 272 p.

CHAN, H. Y. *et al.* Lean techniques for the improvement of patients' flow in emergency department. **World Journal of Emergency Medicine**, v. 5, n. 1, p. 24-28, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4129868/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

CHRUSCIEL J. *et al.* Impact of the implementation of a fast-track on emergency department length of stay and quality of care indicators in the Champagne-Ardenne region: a before–after study. **BMJ Journals Open**, v. 9, n. 6, e026200, jun. 2019. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-026200. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31221873/#:~:text=Conclusions%3A%20The%20implementation%20of%20a,to%20quality%20of%20care%20indicators>. Acesso em 17 ag. 2020.

CONASS. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimentos (UPAs)**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf. Acesso em: 21 ago. 2020.

COPELAND J.; GRAY A. A. Daytime Fast Track Improves Throughput in a Single Physician Coverage Emergency Department. **Canadian Journal of Emergency Medical Care**, v. 6, n. 17, p. 648-55, nov. 2015. DOI: 10.1017/cem.2015.41 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26063177/>. Acesso em: 12 ago. 2020.

CORREA, H. L; CORREA, C. A. **Administração da Produção e Operações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011. 690 p.

COUTINHO, A. A. P. Sobre o Hospital e sua Micropolítica. In: **Classificação de Risco no Serviço de Emergência: uma análise para além da sua dimensão tecno-assistencial**. Tese (Dissertação de Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. cap. 4. 206 p.

DEAL, T.; KENNEDY, A. **Corporate Culture**: the rites and rituals of corporate life. Massachusetts: Addison-Wesley, 1982. 232 p.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio -de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=pt&tlng=pt. Acesso: 14 ago. 2020.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Liber Livro Editora. 2008. 96 p.

GROVE, A. L. *et al.* Lean implementation in primary care health visiting services in National Health Service UK. **Quality and Safety in Health Care**, v. 19, n. 43. 2010.

HOLDEN, R. J. Lean Thinking in Emergency Departments: A Critical Review. **Annals of Emergency Medicine**, v. 57, n. 3. 2011.

HOOT, N.R.; ARONSKY, D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. **Ann Emerg Med**, v. 52, n. 2, p.126-136, ago. 2008.

IERACI, J. *et al.* Streaming by case complexity: Evaluation of a model for emergency department Fast Track. **Emergency Medicine Australasia**, v. 20, p. 241–249. 2008.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Hospital-Based Emergency Care**: At the Breaking Point. Washington, DC: The National Academies Press, 2007. 424 p. DOI: <https://doi.org/10.17226/11621>. Disponível em: <https://www.nap.edu/catalog/11621/hospital-based-emergency-care-at-the-breaking-point#toc>. Acesso em: 16 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo Populacional 2010**. Brasília: Ministério da Economia, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 17 ago. 2020.

JIMÉNEZ J. G. *et al.* Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: Can triage parameters serve as emergency department quality indicators? **Canadian Journal of Emergency Medicine**, v. 5, n. 5, p. 315-22, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17466139/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

LA J.; JEWKES E. M. Defining an optimal ED fast track strategy using simulation. **Journal of Enterprise Information Management**, v. 2, p. 109-118, fev. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/17410391311289578>. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/17410391311289578/full/html>. Acesso em: 18 ago. 2020.

LIKER, J. K. **The Toyota way**. Nova York: McGraw-Hill, 2004. 320 p.

LITVAK, E. **Optimizing Patient Flow**: Advanced Strategies for Managing Variability to Enhance Access, Quality, and Safety. 1. ed. Joint Commission. 2018. 200 p.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528. 2011.

MACHADO C.V. *et al.* Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, 2016; e00170614. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170614>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000200704&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 ago. 2020.

MACHADO, V. C.; LEITNER, U. Lean tools and lean transformation process in health care. **International Journal of Management Science and Engineering Management**. World Academic Press. World Academic Union, v. 5, n. 5, p. 383-392, 2010.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency Triage**. Manchester Triage Group. 2. ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2006. 178 p.

MARTINS H. M. G.; CUÑA L. M. C. D de.; FREITAS P. Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. **Emergency Medicine Journal**, v.3, n. 26, p. 183-6. DOI: 10.1136/emj.2008.060780. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19234008/>. Acesso em: 19 ago. 2020.

MATIAS C. *et al.* The Manchester Triage System in acute coronary syndromes. **Rev. Port. Cardiol**, v. 2, n. 2, p. 205-216, 2008.

MAZZOCOTO P. *et al.* Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. **Qual Saf Health Care**, v. 5, n. 19, p. 376-82, oct. 2019. DOI: 10.1136/qshc.2009.037986. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20724397/>. Acesso em: 13 ago. 2020.

MOURA, R. A. **A simplicidade do controle de produção**. 3. ed. São Paulo: IMAN, 1989. 230 p.

NG, D. *et al.* Applying the Lean principles of the Toyota Production System to reduce wait times in the emergency department. **Canadian Journal of Emergency Medicine**, v. 12, n. 1, p. 50-57, 2010. DOI: 10.1017/s1481803500012021. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-of-emergency-medicine/article/applying-the-lean-principles-of-the-toyota-production-system-to-reduce-wait-times-in-the-emergency-department/53BA6C0CD46345CE612DDE5B14387E74>. Acesso em: 20 ago. 2020.

O'DWYER G. *et al.* O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 125, 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000072>. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000072.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

O'DWYER G. O.; OLIVEIRA S. P.; SETE M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, nov./dez. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500030>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500030&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 ago. 2020.

OLIVEIRA, G.N. *et al.* Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14. Acesso em: 19 ago. 2019.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS R. A.; SOUZA A. I. S. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 5, p. 1929-1938, nov./dez. 2009. DOI: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500035. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500035. Acesso em: 19 ago. 2020.

OLIVEIRA, M.; FREITAS, H. Focus Group, pesquisa qualitativa: resgatando a teoria, instrumentalizando o seu planejamento. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 83-91, jul./set. 1998.

PARAK B. E.; HODGE N. S.; ECCLESTON S. D. Implementing a Fast-Track Team Triage Approach in Response to Hurricane Maria. **American Journal of Nursing**, v. 119, n. 10, p. 58-64, oct. 2019. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000586204.31207.1f. Disponível em: https://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2019/10000/Implementing_a_Fast_Track_Team_Triage_Approach_in.36.aspx. Acesso em: 16 ago. 2020.

PECK, J.; KIM, S. Improving Emergency Department Patient Flow Through Optimal Fast Track Usage. **Annals of Emergency Medicine**. American College of Emergency Physicians, v. 52, n. 4, p. 88. 2008.

SANCHEZ, M. *et al.* Effects of a Fast-Track Area on Emergency Department Performance. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 31, n. 1, p. 117–120, 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Belo Horizonte). **Relatório Anual de Gestão**. Belo Horizonte, 2018(a). Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude/relatorio-de-gestao>. Acesso em: 19 ago. 2020.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2018 a 2019**. Belo Horizonte: SMS, 2018(b). 111 p. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2020.

_____. Portaria SMSA/SUS-BH nº 0357/2018, de 04 de setembro de 2018. Estabelece as normas de atendimento aos usuários nas áreas de Urgência e

Emergência no SUS/BH e padroniza os atendimentos segundo critérios específicos. **Diário Oficial do Município**. Belo Horizonte, 2018(c). Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1200353>. Acesso em: 18 ago. 2020.

SHIRAZI B. Fast track system optimization of emergency departments: Insights from a computer simulation study. **International Journal of Modeling, Simulation, and Scientific Computing**, v. 7, n. 3, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1142/S179396231650015X>. Disponível em: <https://www.worldscientific.com/doi/10.1142/S179396231650015X>. Acesso em: 17 ago. 2020.

TABRIZ, A. A. et. al. What is full capacity protocol, and how is it implemented successfully? **Implementation Science**, v. 14, n. 73, p. 1-13, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. Boas práticas: pensamento A3, o ciclo de PDCA e as boas práticas nas UPAS. **Revista Lean nas UPAS**, Rio das Ostras, v. 1, n. 2, set. 2020.

VERGARA, S. C. A utilização da construção de desenhos como técnica de coleta de dados. In: VIEIRA, M. M. F.; ZOUAIN, D. M. **Pesquisa qualitativa em administração**. Rio de Janeiro: FGV, 2004. p. 173 -184.

VERGARA, S. C. **Método de pesquisa em administração**. São Paulo. Atlas, 2005. cap. 10. 296 p.

YANN B. F. *et al.* Managing responsiveness in the emergency department: Comparing dynamic priority queue with fast track. **Journal of Operations Management**, v. 58-59, p. 15-26, mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jom.2018.03.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272696318300160>. Acesso em: 15 ago. 2020.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. cap. 1 e 4. 200 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Análise dos zeros e *missings* no banco de dados do prontuário de atendimentos da UPA em estudo

A.1 Total de zeros e *missings* nas variáveis de tempo entre admissão e triagem e tempo entre triagem e atendimento médico entre 2016 e 2019

Ano	Total de observações	Tempo entre admissão e a triagem do paciente				Tempo entre triagem do paciente e atendimento médico			
		Total de zeros	Total de <i>Missings</i>	% zero	% <i>Missings</i>	Total de zeros	Total de <i>Missings</i>	% zero	% <i>Missings</i>
2016	114.127	22	315	0,02	0,28	5	872	0,00	0,76
2017	126.983	49	1.389	0,04	1,09	5	1.265	0,00	1,00
2018	138.269	0	70	0,00	0,05	0	2.795	0,00	2,02
2019	149.057	0	29	0,00	0,02	1	2.158	0,00	1,45
Total	528.436	71	1.803	0,01	0,34	11	7.090	0,00	1,34

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

A.2 Total de *missings* para a variável sexo entre 2016 e 2019

Sexo	Número de atendimentos					Percentual				
	2016	2017	2018	2019	Total	2016	2017	2018	2019	Total
<i>Missing</i>	22	29	17	28	96	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

A.3 Total de *missings* para a variável idade entre 2016 e 2019

Idade	Número de atendimentos					Percentual				
	2016	2017	2018	2019	Total	2016	2017	2018	2019	Total
<i>Missing</i>	4.910	5.036	4.376	4.138	18.460	4,3	4,0	3,2	2,8	3,5

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

APÊNDICE B: Estatística descritiva do tempo porta-triagem e triagem-atendimento

B.1 Estatística descritiva do tempo (em minutos) entre a porta e a triagem do paciente na UPA entre 2016 e 2019, total e por classificação de risco

Total					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	17.0	7.9	31.8	0.0	1361.7
2017	12.7	6.8	25.6	0.0	1438.3
2018	15.0	9.1	23.2	0.1	1407.8
2019	16.8	9.6	23.7	0.1	1362.5
Total	15.4	8.3	26.0	0.0	1438.3
Vermelho					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	22.7	7.0	51.6	0.0	471.0
2017	11.4	5.2	23.6	0.1	309.9
2018	12.2	5.8	24.2	0.2	253.5
2019	13.3	5.6	28.4	0.2	239.3
Total	15.3	5.8	35.2	0.0	471.0
Laranja					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	12.0	5.2	30.7	0.0	1343.0
2017	9.1	4.4	20.4	0.0	894.6
2018	9.8	5.2	14.1	0.1	428.7
2019	9.6	4.9	14.8	0.1	374.7
Total	10.2	4.9	21.9	0.0	1343.0
Amarelo					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	16.6	7.1	31.3	0.0	1038.8
2017	11.8	5.9	24.9	0.0	1211.5
2018	12.4	7.0	20.5	0.1	1195.1
2019	13.7	7.3	21.3	0.1	1279.2
Total	13.7	6.8	25.1	0.0	1279.2
Verde					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	18.4	9.1	33.3	0.0	1361.7
2017	13.7	7.5	26.6	0.0	1438.3

2018	16.5	10.4	24.4	0.1	1407.8
2019	18.2	10.9	24.7	0.1	1362.5
Total	16.8	9.6	26.9	0.0	1438.3

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

B.2 Estatística descritiva do tempo (em minutos) entre a porta e a triagem do paciente na UPA entre 2016 e 2019 segundo especialidade médica

Cirurgia					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	13.9	6.0	26.9	0.0	1016.0
2017	10.8	5.5	20.4	0.0	552.5
2018	13.0	7.0	20.9	0.1	913.1
2019	15.6	7.5	25.7	0.1	1054.1
Total	13.4	6.5	23.7	0.0	1054.1
Clínica Médica					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	17.7	8.2	34.2	0.0	1361.7
2017	12.7	6.7	26.9	0.0	1438.3
2018	15.1	9.4	22.9	0.1	1381.6
2019	16.8	9.9	23.5	0.1	1362.5
Total	15.6	8.6	26.8	0.0	1438.3
Ortopedia					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	16.1	7.8	25.8	0.0	574.5
2017	13.7	7.5	23.8	0.0	930.4
2018	16.0	9.1	25.0	0.1	1407.8
2019	17.5	9.8	23.4	0.1	654.4
Total	15.8	8.5	24.6	0.0	1407.8

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

B.3 Estatística descritiva do tempo (em minutos) entre a porta e a triagem do paciente na UPA entre 2016 e 2019 segundo dia da semana

Domingo					
	Média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	16.2	5.9	34.6	0.0	1343.0
2017	9.5	4.6	20.7	0.0	929.9
2018	10.6	5.7	21.5	0.1	1407.8
2019	12.5	6.8	18.3	0.1	615.3
Total	12.1	5.7	24.1	0.0	1407.8

Segunda-feira					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	21.2	10.4	38.9	0.0	1349.7
2017	15.9	8.9	30.9	0.0	1283.0
2018	18.2	11.3	25.7	0.1	1097.2
2019	22.4	12.8	29.1	0.1	527.8
Total	19.5	10.8	31.1	0.0	1349.7
Terça-feira					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	16.7	8.7	29.1	0.0	916.0
2017	13.2	7.3	28.5	0.0	1069.6
2018	17.6	11.3	25.6	0.1	1061.9
2019	16.7	10.7	22.4	0.2	1362.5
Total	16.1	9.4	26.3	0.0	1362.5
Quarta-feira					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	15.1	7.9	27.9	0.0	1313.0
2017	12.3	7.4	19.8	0.0	608.8
2018	15.5	10.1	20.3	0.1	913.1
2019	16.8	10.2	23.1	0.1	1279.2
Total	15.0	9.0	22.9	0.0	1313.0
Quinta-feira					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	14.8	8.0	22.8	0.0	538.2
2017	11.3	6.2	25.0	0.0	1438.3
2018	14.5	9.3	20.7	0.1	1161.2
2019	17.6	10.2	23.7	0.1	472.0
Total	14.6	8.3	23.2	0.0	1438.3
Sexta-feira					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	13.2	6.6	24.6	0.0	971.5
2017	11.5	6.2	24.6	0.0	1211.5
2018	13.6	8.5	21.6	0.1	1381.6
2019	14.3	8.9	22.8	0.1	1054.1
Total	13.2	7.6	23.4	0.0	1381.6
Sábado					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo

2016	21.5	7.6	40.3	0.0	1361.7
2017	14.8	7.0	26.1	0.0	1038.8
2018	13.8	7.4	24.4	0.1	1195.1
2019	15.4	8.1	22.7	0.2	603.3
Total	16.2	7.6	28.7	0.0	1361.7

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

B.4 Estatística descritiva do tempo (em minutos) entre a porta e a triagem do paciente na UPA entre 2016 e 2019 segundo turno de atendimento

Manhã					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	8.57	4.73	17.10	0.02	777.18
2017	8.26	4.80	16.21	0.02	929.88
2018	9.97	6.30	13.78	0.12	458.02
2019	10.10	6.03	15.58	0.10	1054.13
Total	9.20	5.42	15.72	0.02	1054.13
Almoço					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	15.9	9.1	27.4	0.0	1343.0
2017	12.4	7.9	21.2	0.0	704.7
2018	16.9	11.3	21.2	0.1	734.8
2019	15.1	9.6	20.8	0.1	602.9
Total	15.1	9.4	22.7	0.0	1343.0
Tarde					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	22.2	11.1	36.7	0.0	1361.7
2017	16.2	9.4	27.8	0.0	1283.0
2018	19.3	12.8	24.3	0.1	1097.2
2019	20.9	13.3	25.3	0.1	654.4
Total	19.7	11.7	28.5	0.0	1361.7
Noite					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	17.4	7.7	32.5	0.0	1016.0
2017	12.2	5.9	24.5	0.0	1438.3
2018	12.8	7.5	18.5	0.1	913.1
2019	17.5	10.0	24.1	0.1	1279.2
Total	15.0	7.7	25.1	0.0	1438.3
Madrugada					
	média	mediana	desvio	mínimo	máximo

			padrão		
2016	11.2	4.6	29.7	0.0	1221.2
2017	8.7	3.9	33.1	0.0	1211.5
2018	8.8	4.6	33.0	0.1	1407.8
2019	10.0	5.3	24.2	0.1	1362.5
Total	9.6	4.6	30.0	0.0	1407.8

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

B.5 Estatística descritiva do tempo (em minutos) entre a triagem e atendimento do paciente na UPA entre 2016 e 2019, total e por classificação de risco

Total					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	114.9	62.4	145.1	0.0	1438.3
2017	127.3	77.5	139.1	0.0	1438.5
2018	89.7	63.9	91.1	0.0	1438.4
2019	101.5	69.1	97.6	0.0	1359.2
Total	107.5	67.8	119.5	0.0	1438.5
Vermelho					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	49.5	27.9	86.3	1.4	996.0
2017	49.8	25.9	70.3	0.3	473.4
2018	43.3	21.6	64.7	0.9	525.1
2019	27.0	15.0	47.8	0.5	454.3
Total	43.0	22.0	70.1	0.3	996.0
Laranja					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	24.3	13.3	44.0	0.1	1131.0
2017	22.6	13.6	34.9	0.0	1015.4
2018	24.9	14.8	39.4	0.0	1051.0
2019	22.2	13.5	38.4	0.0	1285.6
Total	23.5	13.7	39.3	0.0	1285.6
Amarelo					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	60.4	33.8	85.0	0.0	1420.5
2017	58.5	36.6	77.9	0.0	1430.0
2018	33.7	23.3	39.1	0.1	1213.7
2019	32.3	21.6	38.4	0.0	1359.2
Total	46.8	28.0	66.1	0.0	1430.0
Verde					

	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	163.9	110.3	164.3	0.1	1438.3
2017	175.7	142.0	140.0	0.0	1415.3
2018	113.1	96.5	83.5	0.2	1437.1
2019	129.1	109.2	99.3	0.0	1318.5
Total	141.6	110.7	122.7	0.0	1438.3

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

B.6 Estatística descritiva do tempo (em minutos) entre triagem e atendimento do paciente na UPA entre 2016 e 2019 segundo especialidade médica

Cirurgia					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	59.0	34.8	74.8	0.1	1283.9
2017	64.0	37.3	78.0	0.1	1156.6
2018	67.0	37.5	84.3	0.0	1381.1
2019	39.3	27.3	42.2	0.0	1043.9
Total	56.5	33.3	71.6	0.0	1381.1
Clínica Médica					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	136.9	81.7	158.4	0.1	1438.3
2017	153.1	108.0	150.2	0.0	1438.5
2018	98.4	75.3	94.8	0.0	1438.4
2019	123.8	103.5	101.6	0.0	1344.1
Total	126.9	91.2	128.0	0.0	1438.5
Ortopedia					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	75.3	41.6	108.9	0.0	1437.0
2017	81.9	48.5	102.0	0.0	1437.2
2018	73.6	51.5	77.1	0.1	1401.7
2019	51.2	30.7	65.1	0.0	1359.2
Total	70.9	42.7	90.8	0.0	1437.2

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

B.7 Estatística descritiva do tempo (em minutos) entre triagem e atendimento do paciente na UPA entre 2016 e 2019 segundo dia da semana

Domingo					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	95.1	43.0	142.1	0.0	1401.0

2017	79.4	48.1	91.7	0.0	1387.5
2018	69.1	46.4	74.9	0.3	1437.1
2019	83.1	49.5	87.3	0.2	1285.6
Total	81.1	46.9	100.2	0.0	1437.1
Segunda-feira					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	131.6	81.5	140.3	0.2	1437.0
2017	146.9	93.6	144.7	0.0	1425.9
2018	106.2	85.0	95.0	0.3	1431.9
2019	111.9	85.4	100.0	0.0	1259.5
Total	122.9	86.1	121.0	0.0	1437.0
Terça-feira					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	129.4	68.4	167.3	0.0	1397.4
2017	152.7	100.6	158.6	0.0	1438.0
2018	91.9	63.7	93.4	0.1	1414.9
2019	108.3	73.9	105.0	0.0	1125.8
Total	119.1	74.1	133.9	0.0	1438.0
Quarta-feira					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	108.8	65.1	124.5	0.0	1420.5
2017	143.9	97.9	146.0	0.0	1438.5
2018	97.2	69.3	106.1	0.0	1438.4
2019	111.9	84.4	100.1	0.1	1318.5
Total	115.1	78.0	120.6	0.0	1438.5
Quinta-feira					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	106.1	63.3	127.2	0.0	1422.6
2017	131.1	86.1	141.1	0.0	1434.6
2018	94.4	72.1	90.2	0.1	1401.7
2019	98.0	64.8	97.9	0.1	1359.2
Total	107.1	71.0	115.9	0.0	1434.6
Sexta-feira					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	116.5	62.6	148.3	0.1	1395.4
2017	120.1	74.0	132.5	0.1	1438.5
2018	83.6	59.0	86.7	0.2	1381.1
2019	93.9	68.6	85.9	0.0	1018.0

Total	102.9	65.4	116.0	0.0	1438.5
Sábado					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	111.3	55.5	158.4	0.0	1438.3
2017	103.8	55.9	125.8	0.0	1314.2
2018	78.4	55.1	78.9	0.3	1419.7
2019	98.1	57.9	99.2	0.0	1344.1
Total	97.2	56.2	117.3	0.0	1438.3

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

B.8 Estatística descritiva do tempo (em minutos) entre triagem e atendimento do paciente na UPA entre 2016 e 2019 segundo turno de atendimento

Manhã					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	72.2	53.9	81.0	0.1	1437.0
2017	74.2	55.7	86.3	0.0	1438.0
2018	62.6	50.5	69.7	0.3	1438.4
2019	65.5	53.7	55.7	0.1	1018.0
Total	68.7	53.5	74.7	0.0	1438.4
Almoço					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	102.8	56.8	130.2	0.1	1420.5
2017	108.0	68.9	127.2	0.0	1437.2
2018	73.6	50.3	94.9	0.2	1423.0
2019	82.6	57.7	77.1	0.0	849.0
Total	90.9	57.3	109.0	0.0	1437.2
Tarde					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	134.4	77.4	156.7	0.0	1395.4
2017	158.5	112.8	152.9	0.0	1438.5
2018	107.8	90.0	95.9	0.3	1437.1
2019	115.0	90.2	100.4	0.0	1359.2
Total	127.5	91.8	128.3	0.0	1438.5
Noite					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	125.7	69.9	157.0	0.0	1438.3
2017	135.5	89.4	140.3	0.0	1438.5
2018	97.5	74.4	89.2	0.0	1401.7

2019	110.3	78.7	103.2	0.0	1344.1
Total	116.1	77.4	123.3	0.0	1438.5
Madrugada					
	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
2016	101.9	41.2	150.5	0.0	1397.4
2017	105.7	47.9	132.8	0.0	1397.4
2018	66.1	38.7	78.7	0.0	1427.0
2019	96.7	46.7	115.1	0.0	1205.0
Total	91.9	43.2	121.1	0.0	1427.0

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

APÊNDICE C: Roteiro Semiestruturado para o Grupo Focal

Vocês estão participando deste estudo, por terem trabalhado nas fases pré e pós implantação do fluxo *Fast Track*. Estamos lhe convidando para conversarmos sobre o processo de implantação desta nova estratégia de atendimento na UPA, os fatores que dificultaram a implementação da nova metodologia, as estratégias adotadas para seu enfrentamento e o impacto destas ações para melhoria de estrutura e processos de trabalho na Unidade.

Asseguro a vocês que esta participação é completamente voluntária e confidencial e só respondam às perguntas se sentirem-se confortáveis para tal.

Durante a reunião, será utilizado um gravador para que a resposta seja captada por inteiro, o que ficaria difícil se tivéssemos que anotar.

Questão-chave 1: “A vivência no serviço de urgência”.

Rodada inicial de apresentação dos participantes imediatamente seguida das seguintes perguntas:

- Fale um pouco sobre a trajetória de vocês no hospital. Como foi até aqui?
- Como vocês veem o hospital em que trabalham e o que ele significa para vocês? Como é trabalhar na UPA?

Questão-chave 2: “O processo de trabalho com a adoção do novo fluxo de atendimento”.

- Sobre o *Fast Track*. Fale um pouco sobre as dificuldades iniciais? E quanto as dificuldades atuais?
- Na opinião de vocês, o que facilitou a implantação e quais são os aspectos positivos deste novo fluxo na UPA?
- O que vocês acham que precisaria melhorar nele? Se vocês tivessem que começar a implantação do *Fast Track* “do zero”, fariam algo diferente? O quê?
- Vocês acham que este modelo adotado nesta UPA poderia servir para ser implantado em outra UPA? Por quê?

Questão-chave 3: “O impacto da implementação e a assimilação dos conceitos *Lean e Fast Track*”.

- Vocês tiveram acesso a informações (documentos) e treinamento suficientes ou insuficientes para entender e poderem trabalhar melhor neste novo fluxo?
- Vocês acham que após o *Fast Track* os tempos de espera para atendimento aumentaram ou diminuíram? E acham que o número de atendimentos aumentou ou diminuiu?
- Vocês acham que o número de pacientes que foram embora da unidade sem serem avaliados aumentou ou diminuiu?
- Vocês acham que a unidade ficou mais organizada ou menos?
- Vocês acham que os conflitos entre trabalhadores e usuários aumentaram ou diminuíram?
- Vocês acham que a imagem da UPA perante a opinião pública mudou? O que mudou?

APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE		
Dados de identificação:		
Nome da Pesquisa: Análise do processo de implementação de nova estratégia de atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento de Belo Horizonte baseada nos princípios do <i>Lean Thinking</i> e do <i>Fast Track</i> .		
Pesquisadores Responsáveis: Profa. Dra. Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha, Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos, Mestrando Danilo Borges Matias.		
Telefones para contato: COEP/UFMG: (31) _____		CEP _____
Nome do voluntário:	Idade:	R.G.
<p>O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Análise do Processo de Implementação de nova estratégia de atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento de Belo Horizonte baseada nos princípios do <i>Lean Thinking</i> e do <i>Fast Track</i>””, de responsabilidade do pesquisador Danilo Borges Matias, médico do Hospital Metropolitano _____, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha e co-orientação da Prof^a. Dr^a. Mirela Castro Santos Camargos. O objetivo deste estudo é analisar o processo de implantação de uma nova estratégia de atendimento, baseada nas ferramentas de gestão do <i>Lean</i> e no <i>Fast Track</i> e as repercussões sobre a organização do trabalho e a produção do cuidado em uma Unidade de Pronto Atendimento de Belo Horizonte - MG. Durante o estudo será realizado um Grupo Focal. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são possíveis desconfortos para responder às questões propostas ou constrangimento pelo compartilhamento de impressões pessoais por parte dos participantes. Os riscos serão minimizados pelo compromisso de manter-se o sigilo das informações e o respeito à intimidade dos envolvidos. Se você aceitar participar, estará contribuindo para um levantamento dos principais avanços, desafios e resultados decorrentes da implantação de uma nova estratégia de atendimento em uma UPA. Sua participação é voluntária e mesmo depois de consentir em participar o Sr(a) tem o direito e a liberdade de interromper, a qualquer momento a participação na pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Em qualquer fase da pesquisa você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, ou mesmo recusar a participar da pesquisa sem nenhum ônus ou prejuízo. Caso ocorra, será garantida a você a reparação dos danos causados na execução da pesquisa e o reembolso no caso de gastos em decorrência de sua participação. O(a) Sr(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração ao participar. Sua identidade não será divulgada sendo guardada em sigilo.</p> <p>Para qualquer outra informação ou dúvidas éticas o(a) Sr(a) poderá entrar em contato com o <i>Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG) no endereço Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2o andar. CEP: 31270-901. Tel: (0xx31) 3409-4592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Metropolitanc _____ no endereço _____, Belo Horizonte - Cep _____ Tel: (0xx31) _____ E-mail: _____</i></p>		

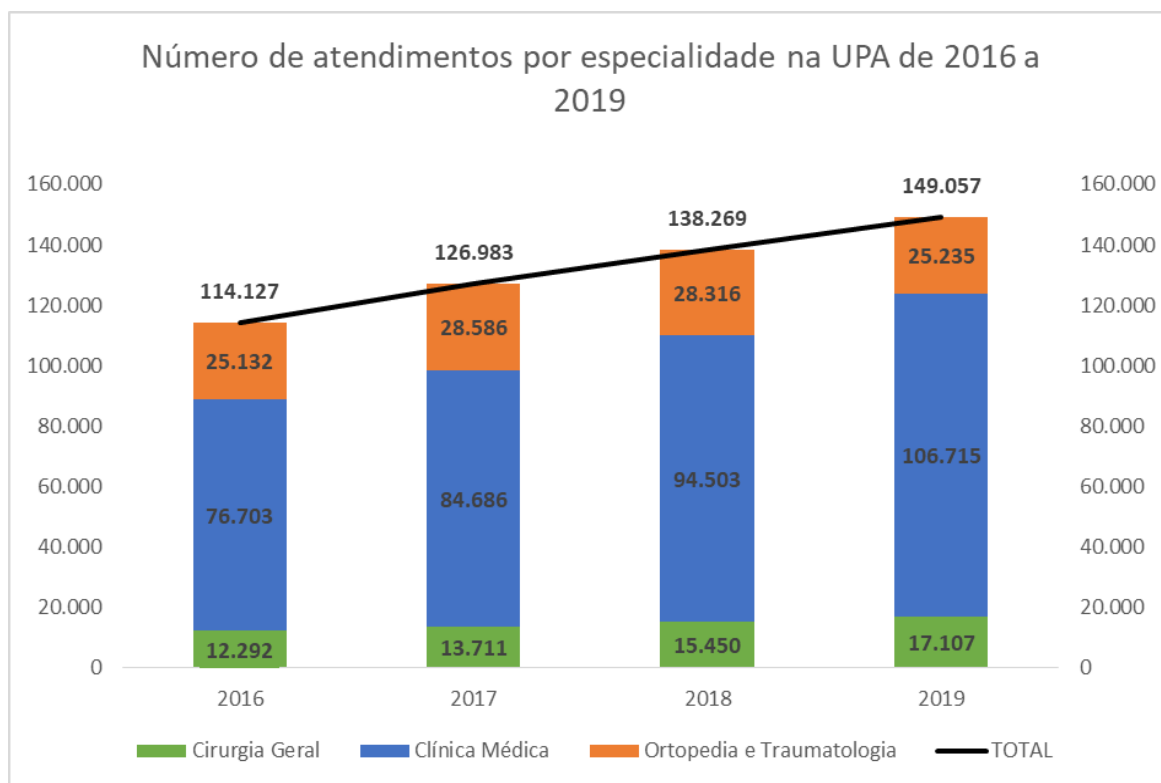
O contato com os pesquisadores responsáveis poderá ser realizado através de e-mail ou telefone: kvmicaela@gmail.com (3409-8024) / mirelacsc@gmail.com (3409-8024) / danilo.bmatias@pbh.gov.br (3277-6120).

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o objetivo da pesquisa descrita acima, porque precisam da minha colaboração e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE E: Número de atendimentos das especialidades na UPA – Anos de 2016, 2017, 2018 e 2019

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

APÊNDICE F – Produto Técnico

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

**RELATÓRIO TÉCNICO COMO PRODUTO RESULTANTE DA PESQUISA
INTITULADA: “IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE ATENDIMENTO EM
UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE BELO HORIZONTE BASEADA
NOS PRINCÍPIOS DO *LEAN THINKING* E DO *FAST TRACK*”**

Danilo Borges Matias
Kenya Noronha
Mirela Castro Santos Camargos

**Belo Horizonte
2021**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	03
2 DA PREPARAÇÃO À INTERVENÇÃO	03
3 ESTRUTURA E PROCESSO DE ATENDIMENTO DA UPA DEPOIS DA INTERVENÇÃO	06
4 DADOS E METODOLOGIA	16
5 RESULTADOS	19
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32

1 INTRODUÇÃO

Este relatório técnico é parte da tese de conclusão do mestrado em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais intitulada “Implementação de Estratégia de Atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento de Belo Horizonte Baseada nos Princípios do *Lean Thinking* e do *Fast Track*” que teve o objetivo de analisar o processo de implantação de uma estratégia de atendimento, baseada nas ferramentas de gestão do *Lean Thinking*, identificando os principais fatores relacionados a este processo e descrevendo as repercussões sobre a organização do trabalho e a produção do cuidado em uma Unidade de Pronto Atendimento do município de Belo Horizonte.

Desde que assumiu, em janeiro de 2017, a nova diretoria do complexo hospitalar do qual a UPA em estudo faz parte se deparou com uma grande demanda por atendimento pressionando suas portas de urgência. No caso desta UPA, com frequência se deparava com episódios de superlotação e os problemas dela decorrentes como desentendimentos, reclamações de usuários, desistência do atendimento, agressões a funcionários, imagem negativa da instituição na mídia e depreciação do patrimônio público.

A observação reiterada destes problemas fez com que a atual gestão do complexo hospitalar buscasse propostas para intervir sobre a superlotação de forma segura, buscando ferramentas que propiciassem a redução do tempo de espera para atendimento dos pacientes de baixa complexidade nesta UPA. A decisão, com o apoio da SMSA, foi pela adoção de um modelo operacional com aplicação dos conceitos do *Lean Thinking* e do *Fast Track* nesta UPA, o que permitiria uma reorganização dos fluxos de atendimento.

2 DA PREPARAÇÃO À INTERVENÇÃO

A Figura 1 mostra uma “Linha do Tempo” desde a inauguração da UPA em estudo, em dezembro de 2015, passando pelas fases de preparação para a intervenção (capacitação das equipes e planejamento das ações entre setembro e dezembro de 2017), e a intervenção propriamente dita (janeiro de 2018), seguida pela fase de manutenção da estratégia (a partir de fevereiro de 2018).

Figura 1: “Linha do Tempo” de implantação do *Fast Track* na UPA estudada

LINHA DO TEMPO IMPLANTAÇÃO DO FAST TRACK



Fonte: Elaborada pelo autor.

Em julho de 2017 a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) propôs à diretoria a participação no Projeto de Excelência Operacional nas Emergências do SUS - “Lean nas Emergências” que tinha como objetivo promover a melhoria no atendimento de urgências e emergências no sistema público de saúde. Este projeto, de iniciativa do Ministério da Saúde, foi executado pelo Hospital Sírio-Libanês no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADISUS) em vários hospitais pelo país.

A equipe de consultores do projeto facilitou o processo de capacitação de vários membros da equipe de trabalhadores da UPA, com representantes da gestão e da assistência, que se apropriaram de conceitos e ferramentas do *Lean Thinking* e do *Fast Track* previamente aos estudos in loco.

As etapas de análise da situação passaram então, em setembro de 2017, a ocorrerem no ambiente da UPA, onde tanto os consultores quanto a equipe (já apropriada dos conceitos) vivenciaram na prática a realidade dos problemas enfrentados.

Nesta fase, foram realizadas várias aferições de tempos, identificação de problemas e mapeamento de fluxos, utilizando-se métodos e ferramentas (técnicas) de gestão como auxiliares ao se permitir a reconfiguração e organização dos processos de trabalho. As principais ferramentas utilizadas foram: Mapa da Cadeia (ou Fluxo) de

Valor, Diagrama Espaguete, Sistema Puxado, 5 S, PDCA, Estudos de Tempos e Movimentos, Diagrama de Ishikawa e 5W2H.

Ainda nesta fase de preparação para a implantação foram também aferidos e monitorados na UPA os seguintes indicadores:

- Tempo porta-médico;
- Tempo médico-decisão;
- Tempo decisão-saída;
- Tempo médio de permanência (*Length of Stay* - LOS)
- Taxa de abandono (desistência);
- Taxa de chegada por dia (λ /dia) e
- Número de locais cuidado.

Foi utilizada também a escala *National Emergency Department Overcrowding Score* (NEDOCS) que é uma ferramenta que possibilita a verificação dos níveis de lotação em Serviços de Emergência (SE) e fornece subsídios para o planejamento de ações futuras para reduzir a superlotação e os tempos de permanência (LOS). O preenchimento do NEDOCS é feito regularmente às 10:00h e às 16:00h, todos os dias. Nesta escala são avaliados os seguintes indicadores:

- Pacientes no Serviço de Urgência;
- Acomodações disponíveis no Serviço de Urgência;
- Pacientes admitidos no Serviço de Urgência, aguardando internação no Hospital;
- Leitos efetivos de internação no Hospital;
- Pacientes no Respirador;
- Maior tempo para Internação (em horas)
- Último tempo de espera para chegada no leito, em horas e
- Taxa de ocupação.

3 ESTRUTURA E PROCESSO DE ATENDIMENTO DA UPA DEPOIS DA INTERVENÇÃO

Mudanças na Estrutura

Em janeiro de 2018 começou o *Fast Track* na UPA estudada. O atendimento foi então reorganizado, separando-se o fluxo dos pacientes de menor risco e necessidade de recursos conforme a classificação de risco (os “Verdes”, segundo o Protocolo de Manchester). Foram feitas algumas alterações na área física da UPA não sendo identificada, no entanto, a necessidade de aumento de pessoal para a implantação destas mudanças.

Como uma forma de dar transparência para os usuários quanto ao tempo estimado de espera por atendimento para cada clínica, a Sala de Espera da UPA ganhou um telão onde as informações são alimentadas em tempo real pelo enfermeiro da classificação de risco. A Figura 2 mostra o telão que foi colocado no guichê de atendimento da UPA. Ao permitir ao usuário saber quanto tempo levará para ser chamado, tal instrumento auxilia a reduzir as tensões relacionadas à expectativa pelo atendimento.

Figura 2: Telão com os tempos estimados para atendimento

Fonte: Acervo de documentos da UPA estudada.



No corredor principal da UPA, estão localizados os consultórios de Clínica Médica. Antes da intervenção não havia subdivisão ou distinção quanto ao perfil de pacientes a ser atendido em cada consultório. Com a implantação do *Fast Track*, cada consultório de clínica médica passou a ter uma destinação específica. O corredor principal ficou dividido em duas partes, cada uma para um fluxo diferente de pacientes, segundo o Sistema de Triagem de Manchester (STM). Uma parte do corredor, com três consultórios foi destinada para o atendimento aos pacientes de clínica médica classificados como Amarelo e Laranja e a outra parte com dois

consultórios, identificada como corredor “*Fast Track*”, ficou para os pacientes de clínica médica classificados como Verde, que é o maior contingente que demanda a UPA por atendimento. Estes pacientes geralmente necessitam de poucos recursos assistenciais e em poucos casos necessitam de internação hospitalar, porém, frequentemente, são os que superlotam a unidade.

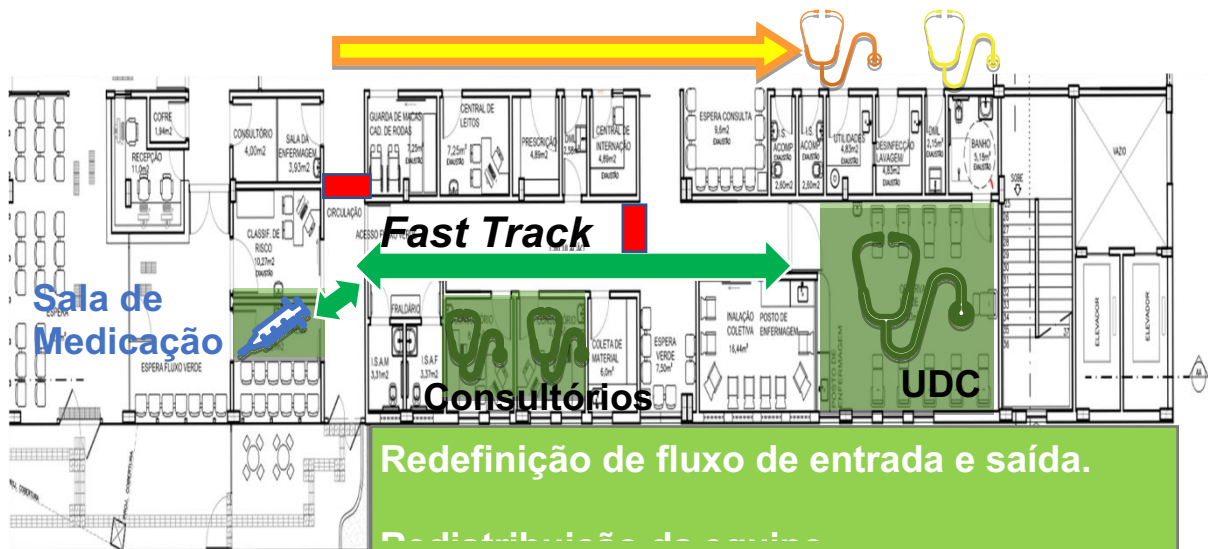
A divisão do corredor em duas partes foi feita com a instalação de uma porta de MDF fechando a intercomunicação entre eles. Outra porta de MDF foi instalada ao final do corredor “*Fast Track*” para limitar o acesso e organizar melhor o fluxo de atendimento. A Figura 5 mostra o corredor destinado ao “*Fast Track*” com o anteparo de MDF ao fundo, separando este setor do acesso ao laboratório e à Unidade de Decisão Clínica (UDC).

Uma sala de medicação foi criada ao lado dos dois postos de classificação de risco onde funcionava anteriormente um espaço como uma segunda sala de espera que era destinada aos pacientes classificados como Amarelo. A abertura de uma sala de medicação próximo ao local de saída e perto dos consultórios possibilitou um fluxo facilitado para aqueles pacientes que, após a consulta médica, necessitem apenas de uma dose de medicação oral ou parenteral antes da alta.

Também foi criada uma Unidade de Decisão Clínica (UDC) utilizando-se o espaço da antiga sala de observação. Com um médico e técnicos de enfermagem presenciais, a UDC permite o acesso imediato da equipe àqueles pacientes que estiverem aguardando resultados de exames ou uma reavaliação médica. O objetivo desta UDC é levar a equipe até o paciente em um fluxo puxado, evitando que o usuário fique “perdido” dentro da UPA e perca tempo.

A Figura 3 mostra as pequenas intervenções que foram feitas na estrutura da UPA para viabilizar o *Fast Track* para os pacientes classificados como Verdes.

Figura 3: As alterações estruturais para o *Fast Track* na UPA com definição de fluxo de entrada e saída



Elaboração: Grupo de Gestores da UPA estudada.

Mudanças no processo de atendimento na clínica médica para os pacientes de baixo risco

O enfermeiro da Classificação de Risco passou a coordenar o fluxo de entrada para o atendimento médico. O enfermeiro deste setor detém uma visão privilegiada das condições tanto da Sala de Espera quanto do “corredor *Fast Track*”. Assim que termina a classificação o enfermeiro orienta o paciente (dependendo do número de pacientes que estiverem aguardando em cada local) a entrar para aguardar por atendimento em frente a um dos dois consultórios do *Fast Track* ou a aguardar na Sala de Espera.

Há um técnico de enfermagem que auxilia na orientação dos usuários que adentram a UPA atuando como “fluxista”. São atribuições deste “fluxista”, além de orientar a entrada para o corredor *Fast Track*, ter uma visão sistêmica do setor de atendimento e observação, fazer uma busca ativa dos pacientes, cobrar os resultados de exames e sinalizar para o médico da Unidade de Decisão Clínica (UDC) quando os exames estiverem prontos, para que ele possa agilizar o processo de definição clínica.

Todo este processo, identificado pelo *Lean Thinking* como Sistema Puxado, promove ganho de eficiência, encurtando o tempo de início do atendimento médico (tempo porta-médico). A espera do paciente pelo atendimento ganha dinamismo, vai mudando de lugar e ele sente que está avançando. Inicia-se na Sala de Espera onde o paciente vê no telão o tempo previsto para o seu atendimento e passa então, por orientação do enfermeiro e do “fluxista”, a aguardar em frente ao consultório do médico que lhe foi indicado. Além disso, também contribui para o fluxo contínuo de

atendimento a mudança para que fique a cargo do enfermeiro da classificação de risco e não do médico do consultório a atribuição da chamada por novos pacientes. Trabalhando de forma sinérgica com os enfermeiros da Classificação de Risco, os médicos dos dois consultórios destinados ao *Fast Track* prestam o atendimento inicial decidindo pela alta da unidade (com medicação ou não, conforme for o caso) ou pela entrada para a Unidade de Decisão Clínica (UDC) seja pela necessidade de observação por mais tempo, seja pela indicação de se fazerem exames complementares ou por ambos. Protocolos institucionais sobre atendimento, prescrição e solicitação de exames complementares para o perfil de atendimento no *Fast Track* foram discutidos, validados e implantados pelas equipes. Outro aspecto relevante são as características requeridas para que a equipe médica tenha um bom desempenho neste setor de atendimento. Nem sempre é o médico sênior o que se sai melhor no *Fast Track*, mas sim o que compreende melhor a concepção da ideia. O perfil esperado para o profissional médico que trabalha no *Fast Track* é que ele atenda a demanda dos pacientes de baixa complexidade, diagnosticando e tratando rapidamente os casos que chegam com recurso propedêutico mínimo, que seja capaz de tomar decisões rápidas e que tenha aptidão para o trabalho em equipe. Se o paciente necessita de cuidados ou recursos de maior complexidade ele deve ser redirecionado dentro da UPA para outro fluxo (e não permanecer no fluxo *Fast Track*) e essa compreensão deve ser amplamente difundida a todos os trabalhadores da unidade.

Na Unidade de Decisão Clínica (UDC) a principal mudança foi o conceito. Não seria mais um espaço para que pacientes permanecessem na unidade sem uma definição ou mesmo na condição de “internados”. Tanto os médicos quanto a equipe de enfermagem que trabalha na UDC passam a ter em mente que o tempo que o paciente deve ficar na unidade é o estritamente necessário para, como o próprio nome da unidade diz, a tomada da decisão. E devem envidar esforços para atingir tal objetivo seja na busca de uma medicação na farmácia, ou cobrando o resultado de um exame de imagem ou laboratorial ou mesmo na priorização de uma avaliação por outro especialista. Já o usuário que está com sua definição clínica ainda pendente, passa a saber que é neste espaço que ele deve aguardar e já sabe quem é a equipe que irá até ele quando algum evento novo relacionado ao seu caso acontecer. Devem ser transferidos da UDC os pacientes que obtiveram a decisão pela alta da unidade ou pela internação hospitalar, quando a AIH é emitida.

Como forma de dar suporte às decisões tanto para as equipes que estavam nos consultórios do *Fast Track* como para as que estavam na UDC foi instituída uma relação permanente com a Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) que passou a fazer uma busca ativa de possíveis pacientes elegíveis para a atenção domiciliar. Também foi estruturado no ambulatório de especialidades do complexo hospitalar estudado um agendamento de consultas de retorno para os pacientes egressos da UPA e que necessitavam de uma reavaliação mais precoce do que ele conseguiria buscando pelo agendamento em outros pontos da rede. O ambulatório passou a disponibilizar consultas de clínica médica para os egressos, de segunda a sexta-feira, com possibilidade de se agendar uma consulta para 48 horas depois da alta da UPA. Além de trabalhar com a equipe do EMAD, a equipe do Serviço Social passou a fazer contato nos Centros de Saúde e fazer o contra referenciamento responsável daqueles pacientes que eram classificados como “Azul” no Sistema de Triagem de Manchester (STM) e que podiam ser avaliados em uma unidade de menor complexidade.

Cartões de Ação

O novo fluxo de atendimento iniciado em janeiro de 2018 foi acompanhado diariamente neste mês inicial por um colegiado composto por uma equipe multidisciplinar de profissionais envolvidos diretamente com a assistência, juntamente com profissionais da equipe de infraestrutura, arquitetura hospitalar e assessoria de comunicação. Membros da alta gestão e gerentes do hospital também compunham este colegiado que analisava dia-a-dia, utilizando o método PDCA, as medidas que funcionaram e propunham ações para corrigir aquelas que falharam. Uma das mais significativas soluções encontradas para tornar o processo independente da ação presencial dos gerentes e coordenadores foi a criação dos Cartões de Ação.

Compartilhando as experiências cotidianas, gerentes e coordenadores que atuavam na UPA descreveram sua atuação nos casos de superlotação e quais as medidas eram adotadas por eles para lidar com ela. O colegiado percebeu que tais medidas eram adequadas e que o problema do elevado tempo porta-médico poderia ser solucionado pela adoção precoce e sinérgica de toda a equipe assistencial da UPA e não somente de maneira pontual e quando a gerência intervinha como vinha ocorrendo. Interessante notar que a solução não surgiu de uma ideia extrínseca ao grupo, mas sim de uma parametrização da experiência que as pessoas já possuíam.

Inspirados no Plano de Capacidade Plena do complexo hospitalar onde está inserida a UPA e com base na experiência acumulada pela equipe que executou o projeto, os gerentes e coordenadores assistenciais propuseram como forma de se induzir um Sistema Puxado para o atendimento médico inicial a utilização de Cartões de Ação. Sabe-se que, no caso de uma unidade de urgência, a previsibilidade para a demanda por atendimento é relativa. Mas ainda assim ela pode ser trabalhada a favor da melhoria dos processos assistenciais. Os Cartões de Ação têm como objetivo identificar as situações de superlotação da unidade e orientar as equipes assistenciais quanto às principais medidas a serem adotadas quando ocorre o aumento da demanda. As ações previstas nos cartões envolvem toda a equipe assistencial da porta de urgência que passa a trabalhar de forma ainda mais sinérgica no sentido de atender à demanda tanto do fluxo *Fast Track* quanto dos demais fluxos. Os enfermeiros da Classificação de Risco identificam o nível de superlotação e dão início às ações previstas nos cartões que devem ser de conhecimento de todos os que trabalham na UPA, de modo que cada profissional saiba como proceder em cada situação. Os Cartões de Ação foram elaborados em um formato padrão para facilitar a comunicação entre as equipes e o compartilhamento por aplicativo de mensagens pelos *smartphones*.

Para conduzir o processo de implementação dos Cartões de Ação e suas diretrizes e promover a apropriação desta nova forma de trabalhar pelas equipes, o colegiado de implantação do *Fast Track* realizou várias oficinas multidisciplinares e intersetoriais. Nestes encontros, era demonstrado como a superlotação afeta a unidade de maneira sistêmica e como ficam prejudicados os trabalhadores e, principalmente, o maior interessado nas ações de saúde que é o paciente.

Além de significarem uma inovação ao serem utilizados para promoverem um Sistema Puxado no fluxo de atendimento, os Cartões de Ação permitem que a UPA vá arregimentando mais recursos na medida em que a necessidade deles aumenta e que vá realocando-os de uma maneira racional. As equipes transpõem assim as “barreiras” da compartimentalização e setorização e passam a se mover em um esforço coletivo para responder à superlotação.

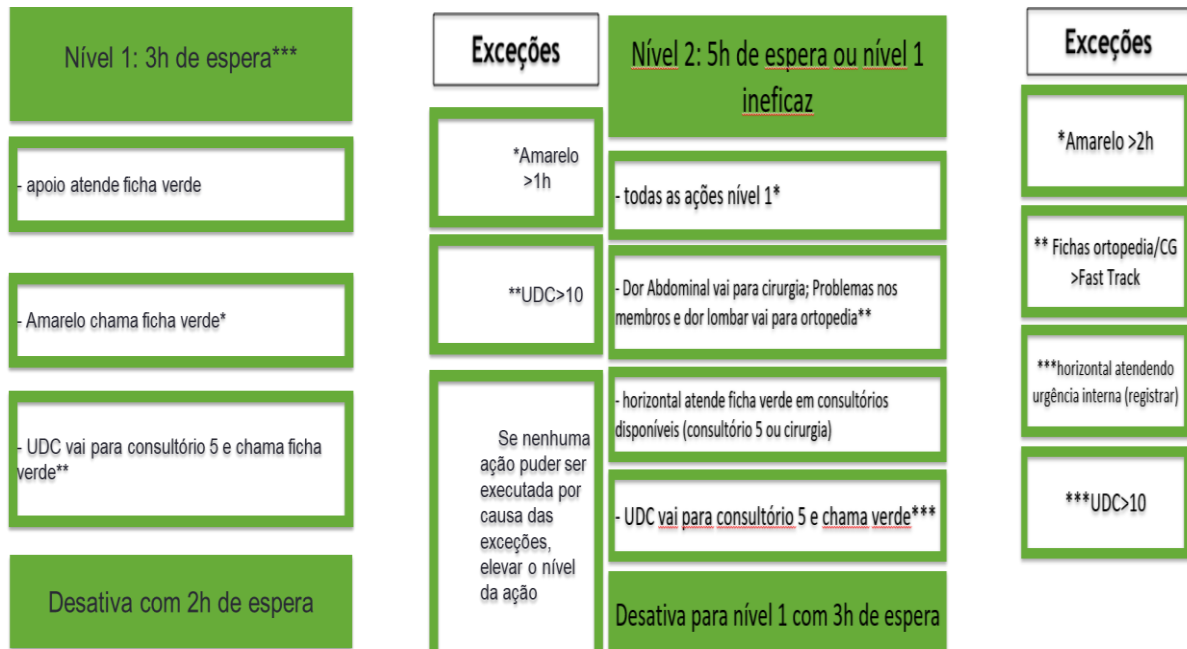
O primeiro quadro de cada Cartão de Ação traz a situação momentânea da espera por atendimento e é classificada em 02 níveis. Foram elaborados Cartões de Ação para a abordagem da superlotação ocasionada por excesso de demanda de casos classificados quanto ao risco pelo STM nas cores Verde, Amarelo e Laranja. O

conceito adotado é que, para dar resposta às demandas do 1º nível do Cartão de Ação de cada cor, o remanejamento interno da equipe é suficiente. Já as ações do 2º nível irão requerer ações sinérgicas de outras equipes além daquela designada para o setor. Por exemplo, para o 2º nível de superlotação dos casos classificados como Verdes estão previstas ações como envolver o cirurgião geral e o ortopedista para o primeiro atendimento das queixas de dor abdominal e dor lombar, respectivamente (Figura 4).

O último quadro de cada Cartão de Ação mostra o momento de desativar as mudanças feitas, ou seja, qual é o requisito que permite à equipe retroceder ao nível anterior. Já a coluna da direita de cada Cartão de Ação aponta as excepcionalidades, ou seja, em que situação as mudanças propostas no Cartão de Ação não podem ser implementadas e o motivo. Esta coluna traz ainda a orientação de se avançar para um nível superior no plano se as ações adotadas até aquele momento não tiverem surtido o efeito desejado. Por fazer parte integrante de um complexo hospitalar, esta UPA tem a possibilidade privilegiada de poder contar com uma retaguarda hospitalar caso seus níveis de superlotação atinjam o grau máximo e a elasticidade de seu sistema de atendimento tenha chegado ao limite.

A Figura 4 mostra exemplos de cartões de ação desenvolvidos pelos gestores da UPA para o novo fluxo de atendimento na unidade.

Figura 4: Cartões de Ação para Nível 1 e Nível 2 de demanda para usuários classificados como “Verdes”, segundo o Protocolo de Manchester



Elaboração: Grupo de Gestores da UPA estudada.

Uma outra ação coordenada aos moldes dos Cartões de Ação foram as escalas preestabelecidas para saídas das equipes para o horário do almoço. As aferições de tempos demonstraram que a demanda por atendimento, tanto externo quanto interno, atinge seu ápice ao final da manhã e início da tarde, quando chegam muitos pacientes ao mesmo tempo na porta para atendimento e quando os que já se encontram dentro da unidade retornam com exames ou após um período de observação. Some-se a isto a necessidade natural das equipes fazerem suas refeições. Por isso o colegiado de implantação do *Fast Track* propôs uma escala entre as equipes dos consultórios, observação e UDC de modo a não interromper totalmente o atendimento em nenhum destes setores durante este período crítico.

Melhorias no processo de atendimento nas demais áreas da UPA

As mudanças nos processos de atendimento nesta UPA foram inicialmente focadas no fluxo de atendimento, especialmente naquele dos pacientes classificados como “Verde” no STM que iriam passar por consulta na especialidade Clínica Médica. Porém, conforme se observa nos conceitos do *Lean Thinking* de melhoria contínua e de se evitar o desperdício, a partir do conhecimento acumulado e cada vez mais

difundido e apropriado pela equipe, mudanças foram ocorrendo em outros setores. A reordenação do principal fluxo de atendimento (“Verdes para a Clínica Médica”) organizou de tal forma este agrupamento de pacientes que tanto os gestores quanto as equipes conseguiram distinguir melhor os demais fluxos e suas principais fragilidades.

Além do fluxo do atendimento, foram revistos e melhorados processos envolvendo outros elementos que também são considerados essenciais para o bom funcionamento de uma UPA, tais como os equipamentos, a comunicação interna, o abastecimento de medicamentos e materiais, e o treinamento do pessoal.

O treinamento de pessoal é muito importante para a melhoria da qualidade do atendimento ao paciente e para que todos se familiarizem com a nova proposta de trabalho. Foram realizados nos períodos pré e pós-implantação do *Fast Track* vários treinamentos com a participação de profissionais de diversas categorias envolvidas no atendimento na UPA estudada.

Um ponto que frequentemente gerava tensões entre as equipes era o questionamento por parte de alguns médicos quanto a efetividade das classificações de risco feitas pelos enfermeiros. Uma ação implementada pela gestão no final de 2017 e que tem caráter permanente são as capacitações dos enfermeiros no protocolo de Manchester e as auditorias das classificações, cujo resultado inicial foi de 85% de conformidades em 2017 e desde então vem apresentando resultados cada vez melhores.

Os médicos clínicos que trabalhavam atendendo aos pacientes classificados como “Amarelo e Laranja” no STM perceberam que poderiam ver reduzido o seu próprio tempo porta-médico uma vez que já não desperdiçavam mais tempo explicando para os demais pacientes e acompanhantes onde seria o local em que seriam atendidos. Reduziram também o tempo para reavaliar os pacientes que retornavam, pois com a unidade mais organizada, conseguiam demarcar uma área específica para esta espera, com a qual mantinham contato visual, percebendo facilmente quando estes pacientes iam chegando.

Ao começar a serem aferidos os vários tempos descritos anteriormente para as especialidades Cirurgia Geral e Ortopedia e o *feedback* destes resultados sendo repassado para as equipes, o que se percebeu foi uma progressiva redução destes tempos nestas especialidades também. O Sistema de Triagem de Manchester não preconiza tempos diferentes para diferentes especialidades médicas: o tempo é o

mesmo para todas, só variando a depender da cor. Ademais, a demanda por atendimento nestas clínicas não é crescente, mas sim estável no decorrer dos meses avaliados. Foi com estes argumentos que o colegiado de implantação do *Fast Track* foi estimulando as equipes de Cirurgia Geral e Ortopedia a baixarem seus tempos. Porém, esta percepção e o convencimento só foram possíveis quando se organizou mais a unidade, separando os fluxos de atendimento, aferindo especificamente os tempos de cada especialidade e buscando a melhoria contínua de todos os processos e não somente daquele pelo qual se deu o início das mudanças.

Foram feitas diversas reuniões, ali mesmo no local de trabalho (*gemba*), onde se mostrava para as equipes resultados de aferições e relatórios gerenciais. Eram dados *feedback* pelas equipes da Unidade de Decisão Clínica (UDC) quanto aos encaminhamentos gerados nos consultórios do *Fast Track*. Assim as equipes acertavam melhores parâmetros sobre que tipo de caso deveriam realmente ser encaminhado para a UDC e qual poderia sair direto de alta com orientações por exemplo de retorno no ambulatório de especialidades. Os médicos das unidades de observação também recebiam e davam retorno para os médicos da UDC quanto ao perfil de pacientes que eram encaminhados da UDC para as observações e viam a necessidade de se girar mais rapidamente os leitos das observações para darem retaguarda para a UDC. Para melhorarem sua eficiência no giro dos leitos, os médicos das observações passaram a demandar o Núcleo Interno de Regulação (NIR) por mais leitos de enfermaria no complexo hospitalar, os setores de imagem e laboratório por mais agilidade na realização e entrega dos exames, ao EMAD com a transferência do cuidado para o domicílio, ao setor de transporte, e assim por diante. Um ciclo virtuoso de melhoria havia sido iniciado nesta UPA.

4 DADOS E METODOLOGIA

Análise Quantitativa

A análise quantitativa é de caráter retrospectivo e descritivo, que envolve um levantamento dos dados de produção e perfil de atendimento disponíveis no banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada (Sistema Alert ADW). Foram coletadas informações atinentes aos anos de 2016, 2017, 2018 e 2019. Com base nessas informações foram construídos indicadores

que permitiram quantificar e caracterizar o perfil de atendimento na UPA antes (2016 e 2017) e após (2018 e 2019) a implantação da nova estratégia de atendimento.

Para a geração do banco de dados no sistema Alert ADW foram selecionados somente os atendimentos das especialidades que ocorreram na UPA, sendo excluídos os dados de atendimento de urgência de outras unidades do complexo hospitalar do qual a UPA estudada faz parte. Desconsiderou-se também os pacientes que não passaram pelo Acolhimento com Classificação de Risco e que, portanto, não foram classificados. Assim, foram selecionados apenas os atendimentos de pacientes com classificação de risco nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral e Ortopedia que ocorreram na UPA em estudo.

De posse dos dados gerados, foram excluídos os seguintes registros que apresentavam indícios de erro do sistema de informações:

c) Registros cuja “cor do episódio” (segundo a Classificação de Risco do Sistema de Triagem de Manchester) constava no sistema Alert ADW como "Não Aplicável";

d) Registros cujos tempos de atendimento constavam como “00:00 horas” ou tempos superiores a “24:00 horas” por não representarem a realidade.

As variáveis listadas na tabela constante no Apêndice A representam as informações faltantes (“*missings*”). A quantidade “*missings*” é maior nas variáveis que informam o tempo de espera do paciente, principalmente em 2017. Nesse caso, os episódios sem a informação foram automaticamente excluídos desta análise. Foram excluídos no total, conforme os critérios estabelecidos, 18.460 registros, perfazendo 3,4% do total de atendimentos do banco de dados utilizado para esta pesquisa.

O Quadro 01 apresenta a definição de cada um dos indicadores avaliados nesta pesquisa. Todos os indicadores foram construídos para os anos de 2016 a 2019, cobrindo o período antes e após a implementação da nova estratégia de atendimento. Os indicadores podem ser classificados em dois grupos. O primeiro contempla uma caracterização da produção que permitiu traçar o perfil e a capacidade de atendimento da UPA em estudo. O segundo grupo, denominado de Desempenho Operacional, refere-se a indicadores que são passíveis de serem modificados pela intervenção realizada na UPA (melhoria na gestão do atendimento). São eles: proporção de pacientes que desistiram do atendimento e tempo médio de espera para atendimento.

Foi conduzida uma análise descritiva simples de todos os indicadores construídos. Para verificar se a intervenção se refletiu no tempo de espera do paciente e na proporção de pacientes que desistiram de receber o atendimento, foram realizados testes estatísticos de diferenças de média (teste *t-student*) e de proporção (teste *Z*) entre os anos analisados. Foram considerados estatisticamente significativas as diferenças entre os anos com $p\text{-valor} < 0,05$ (5% de significância).

No caso do indicador de proporção de desistência, consideramos apenas os pacientes classificados na cor verde segundo o Sistema de Triagem de Manchester (STM). Estamos supondo que as desistências desses pacientes, que correspondem a casos menos graves, seriam decorrentes de um tempo de espera excessivo. Caso a intervenção tenha atuado no sentido de reduzir o tempo de espera médio, espera-se observar também uma queda nessa proporção.

Quadro 01. Indicadores utilizados na análise quantitativa nos anos de 2016 a 2019

Caracterização da Produção	
Indicador	Nível de desagregação
Total de atendimentos realizados	Total
Total e proporção de atendimentos realizados segundo atributos dos pacientes	Sexo, idade
Total e proporção de atendimentos realizados segundo características do atendimento	Turno* (manhã, almoço, tarde, noite e madrugada)
	Dia da semana
	Mês
	Classificação de risco conforme o STM (para vermelho, laranja, amarelo e verde)**
	Especialidade Médica (Clínica Médica, Ortopedia e Cirurgia Geral)
* Descrição de turno: manhã (entre 06:00h e 10:59h), almoço (entre 11:00h e 12:59h), tarde (entre 13:00h e 18:59h), noite (entre 19:00h e 23:59h) e madrugada (entre 00:00h e 05:59h).	
** Foram excluídas da análise as cores azul e branco por não estarem no escopo do atendimento de urgência.	

Desempenho	
Indicador	Nível de desagregação
Total e proporção de desistência	Total e proporção de atendimentos não realizados por “abandono” ou “não respondeu à chamada” entre pacientes da clínica médica e pacientes com classificação de risco verde

Tempo médio e mediano (em minutos) entre admissão e triagem do paciente (Tempo porta triagem)	Total
	Dia da semana
	Turno de atendimento
	Classificação de risco
	Especialidade médica
Tempo médio e mediano (em minutos) entre triagem e atendimento médico do paciente	Total
	Dia da semana
	Turno de atendimento
	Classificação de risco
	Especialidade médica

Fonte: Elaborado pelo autor.

5 RESULTADOS

Caracterização do atendimento da UPA

A Tabela 1 mostra o número de atendimentos realizados na UPA em estudo no período entre 01/01/2016 a 31/12/2019, considerando o total e segundo atributos individuais. Em 2019, a UPA efetuou 149.029 atendimentos, com um registro crescente deste total desde a sua inauguração. Comparado com o ano de 2016, a UPA estudada apresentou em 2019 um total de atendimentos 30,6% maior e quando comparado com 2018, o ano em que se deu a intervenção este percentual foi de 7,8% de atendimentos a mais.

Observa-se também uma predominância do percentual de atendimentos aos pacientes do sexo feminino (56,3%), sendo este perfil constante ao longo do período analisado. Quanto à faixa etária, percebe-se que há uma maior concentração do percentual total dos atendimentos nas faixas acima de 60 anos (20%), de 30 a 39 anos (17,9%) e entre 40 a 49 anos (15,0%), sendo estes achados também constantes ao longo dos anos analisados.

Tabela 1: Número e percentual de atendimentos realizados entre 2016 e 2019, total e segundo atributos individuais

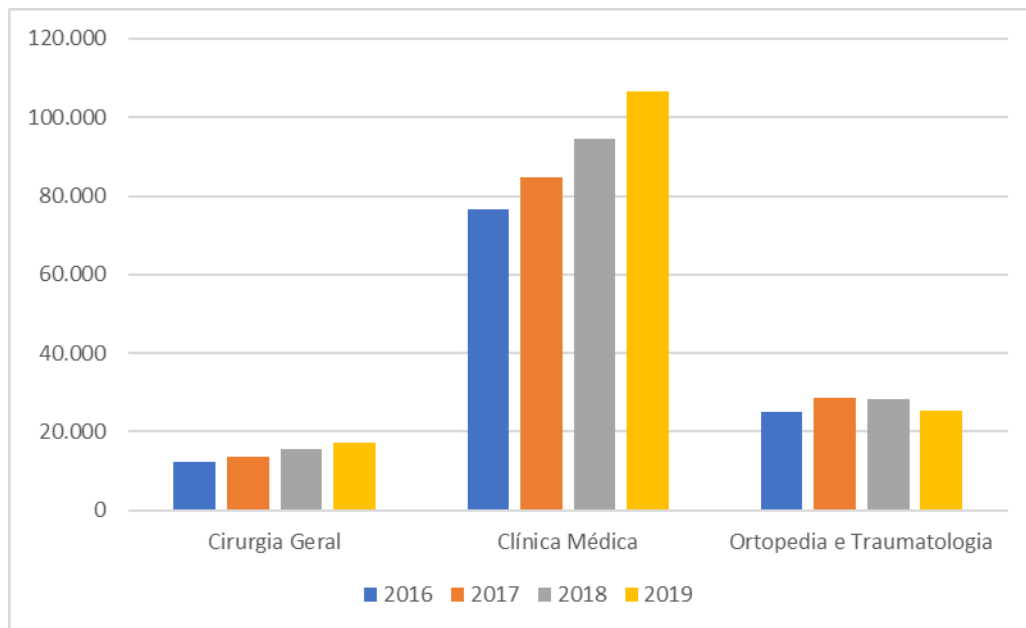
Sexo	Número de atendimentos por ano					Percentual por ano				
	2016	2017	2018	2019	Total	2016	2017	2018	2019	Total
Masculino	50.638	56.071	59.989	64.255	230.953	44,4	44,2	43,4	43,1	43,7
Feminino	63.467	70.883	78.263	84.774	297.387	55,6	55,8	56,6	56,9	56,3
Idade	2016	2017	2018	2019	Total	2016	2017	2018	2019	Total
13 a 19	11.505	11.991	12.023	12.481	48.000	10,1	9,4	8,7	8,4	9,1
20 a 24	12.422	13.842	15.336	17.360	58.960	10,9	10,9	11,1	11,6	11,2
25 a 29	11.330	12.022	13.554	14.307	51.213	9,9	9,5	9,8	9,6	9,7
30 a 39	20.963	22.580	24.389	26.531	94.463	18,4	17,8	17,6	17,8	17,9
40 a 49	16.628	18.695	20.922	23.081	79.326	14,6	14,7	15,1	15,5	15,0
50 a 59	15.258	17.476	19.251	20.359	72.344	13,4	13,8	13,9	13,7	13,7
60+	21.111	25.341	28.418	30.800	105.670	18,5	20,0	20,6	20,7	20,0

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

A maior proporção dos atendimentos realizados na UPA refere-se à especialidade clínica médica, respondendo por 72% dos atendimentos em 2019, número que é crescente ao longo do período analisado, conforme demonstrado no Gráfico 1. A

especialidade ortopedia respondeu em 2019 por 17% do total dos atendimentos e apresentou tendência de queda ao longo dos anos observados. Já a cirurgia geral, representou 11% dos atendimentos em 2019, percentual este que se manteve praticamente estável entre 2016 e 2019.

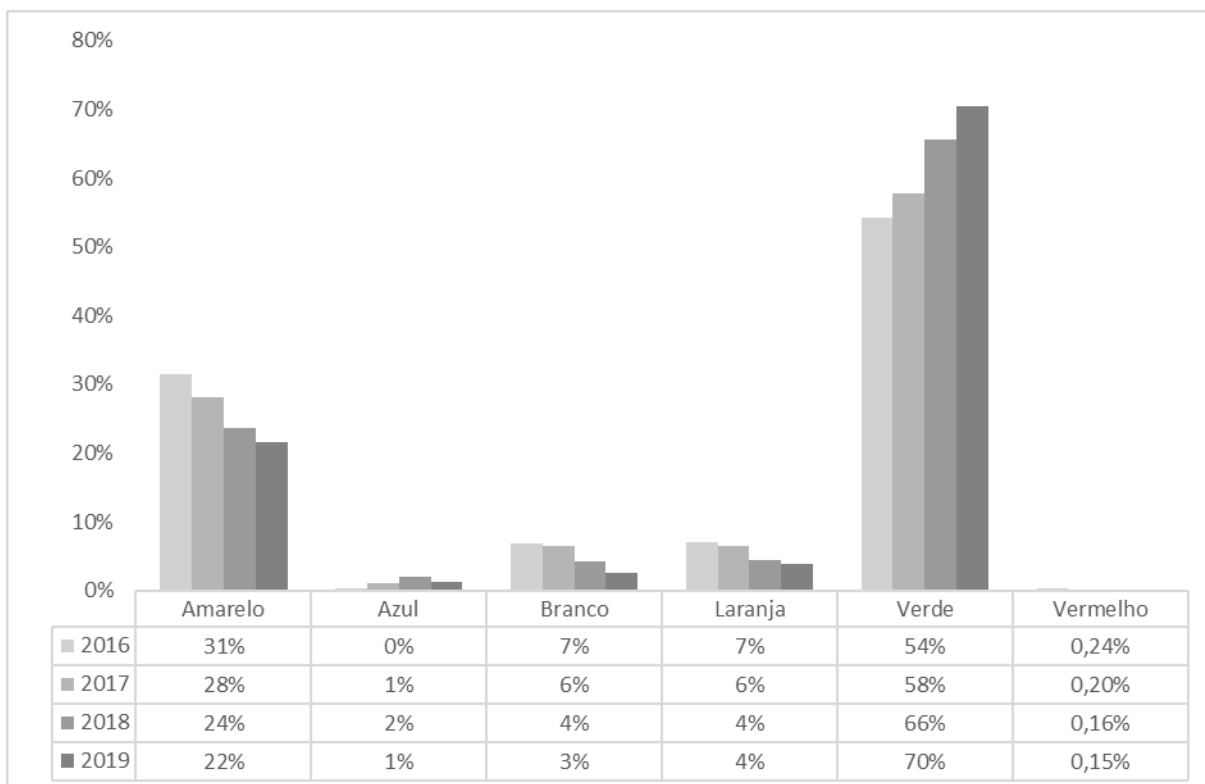
Gráfico 1: Total de atendimentos por especialidades na UPA – Anos de 2016, 2017, 2018 e 2019



Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

O Gráfico 2 apresenta a distribuição percentual anual de atendimentos por prioridade clínica (cor da Classificação do Risco do Sistema de Triagem de Manchester) durante o período estudado.

Gráfico 2: Percentual de atendimentos por prioridade clínica (cor) na Classificação de Risco na UPA de 2016 a 2019

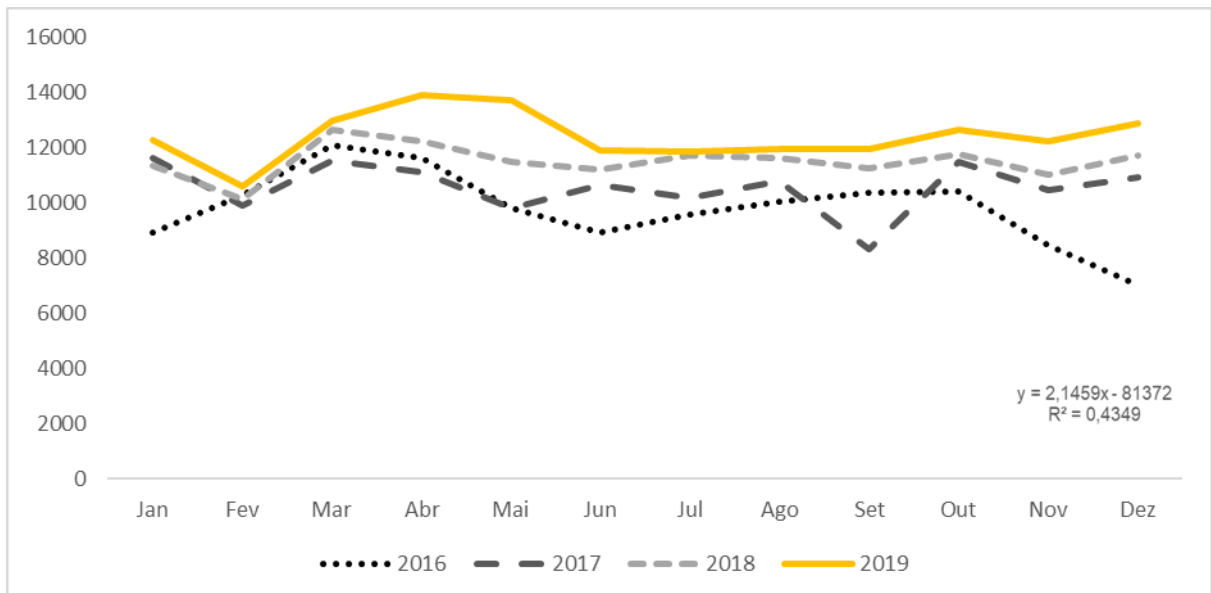


Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

Do total de atendimentos realizados na UPA, a maior parte foi de pacientes classificados como Verde – pouco urgente – pelo Protocolo de Manchester. A participação desses pacientes no total de atendimentos aumentou no período de análise, saindo de 54% em 2016 para 70% em 2019. Em contraposição, a participação dos pacientes classificados como Amarelo – urgente – sofreu uma redução ao longo dos anos observados, variando de 31% em 2016 para 22% em 2019. O elevado percentual de pacientes classificados como verde também é observado em outras UPA's de Belo Horizonte. Segundo o Relatório Anual de Gestão da SMSA, em 2018 as UPA's do município registraram os seguintes percentuais por cores segundo o Protocolo de Manchester: 5,9% brancos, 1,5% azuis, 72,3% verdes, 17,8% amarelos, 2,2% laranjas e 0,3% vermelhos (RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO SMSA). Vale salientar que o percentual de pacientes classificados como amarelos e laranjas encontrado na UPA em estudo é maior do que a média observada no município. Esse resultado pode estar refletindo um perfil de maior complexidade dos casos atendidos nesta UPA quando comparada às demais UPA's de BH.

O Gráfico 3 mostra o número de atendimentos por mês na UPA estudada nos anos de 2016 a 2019. Algumas variações para o mesmo mês em diferentes anos podem refletir o aumento de demanda por atendimento ocasionadas por surtos. Esse é o caso, por exemplo, das doenças respiratórias nos períodos de clima seco e frio que ocorreram entre os meses de março a junho nos anos de 2018 e 2019. Outro exemplo importante é o surto de Dengue que ocorreu entre os meses de janeiro a abril nos anos de 2017 e 2019, caracterizados como períodos chuvosos e de altas temperaturas (Gerência de urgência/SMSA/PBH).

Gráfico 3: Número de atendimentos realizados por mês na UPA nos anos de 2016, 2017, 2018 e 2019

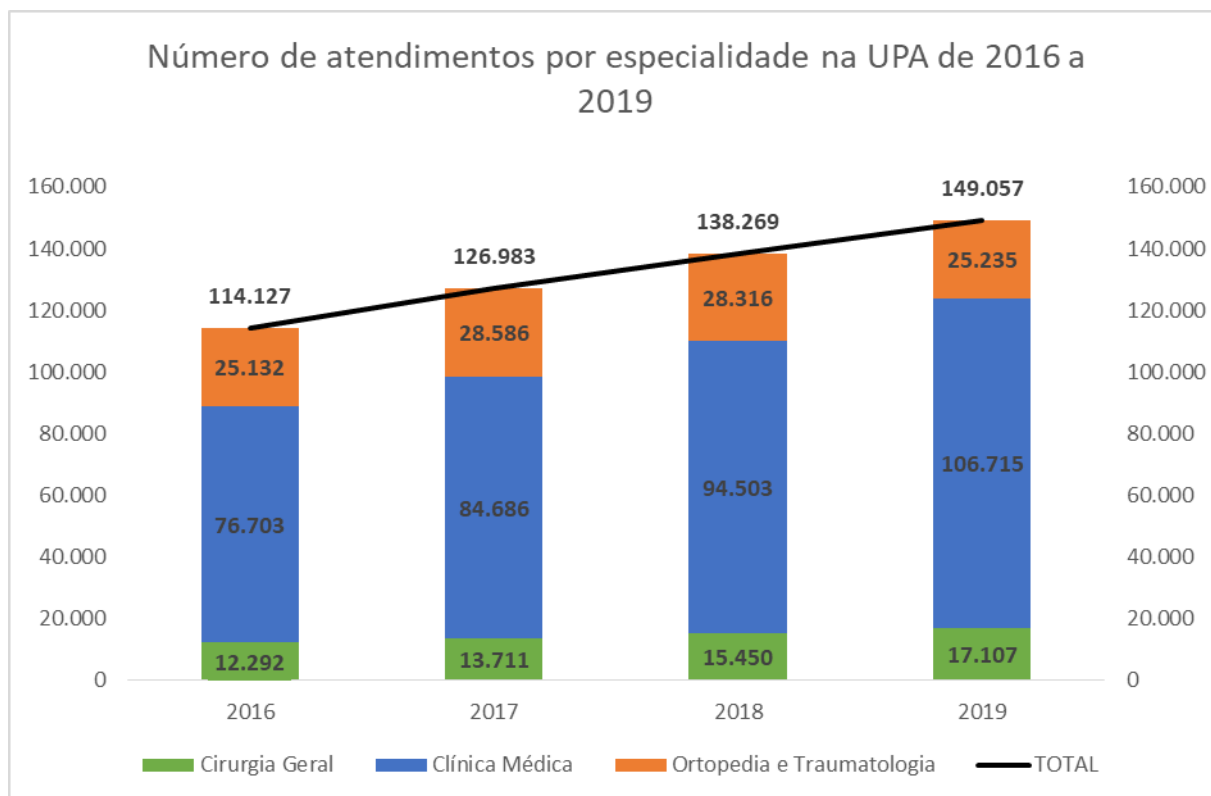


Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

Conforme demonstrado no gráfico 4, houve um aumento do número total de atendimentos registrados na upa, partindo de 114.127 em 2016 para 149.057 em 2019. A maior variação se deu na especialidade Clínica Médica. Foram realizados em média, para todas as especialidades médicas da UPA estudada, 9.509 atendimentos por mês no ano de 2016, sendo que estes atendimentos aumentaram de forma contínua no período analisado, alcançando em 2019 uma média mensal de 12.419, demonstrando a dimensão da capacidade de produção desta UPA. O crescimento do número mensal de pacientes atendidos por esta unidade de pronto atendimento foi de 30,6% entre os anos de 2016 e 2019. Considerando apenas a

diferença entre 2018, quando o fluxo *Fast Track* foi implementado, e 2019, esse incremento foi de 7,8%. Mesmo sem ofertar a especialidade pediatria, a UPA analisada é a que registra o maior volume de atendimentos no município de Belo Horizonte segundo o Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2019).

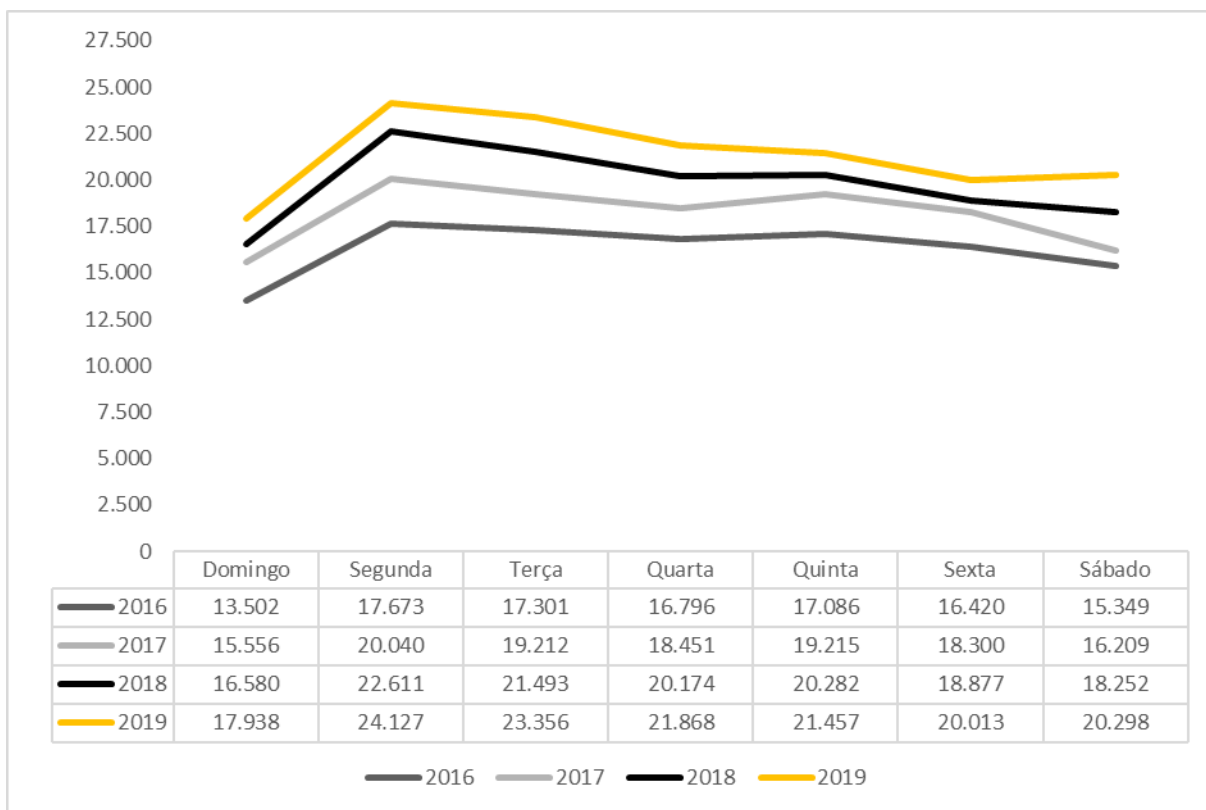
Gráfico 4 - Número de atendimentos das especialidades na UPA – Anos de 2016, 2017, 2018 e 2019



Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

Em relação à distribuição dos atendimentos por dia da semana, observa-se um pico de demanda às segundas feiras, com uma redução gradativa ao longo da semana, alcançando um menor valor aos domingos. Esse resultado é verificado em todo os anos analisados (Gráfico 5).

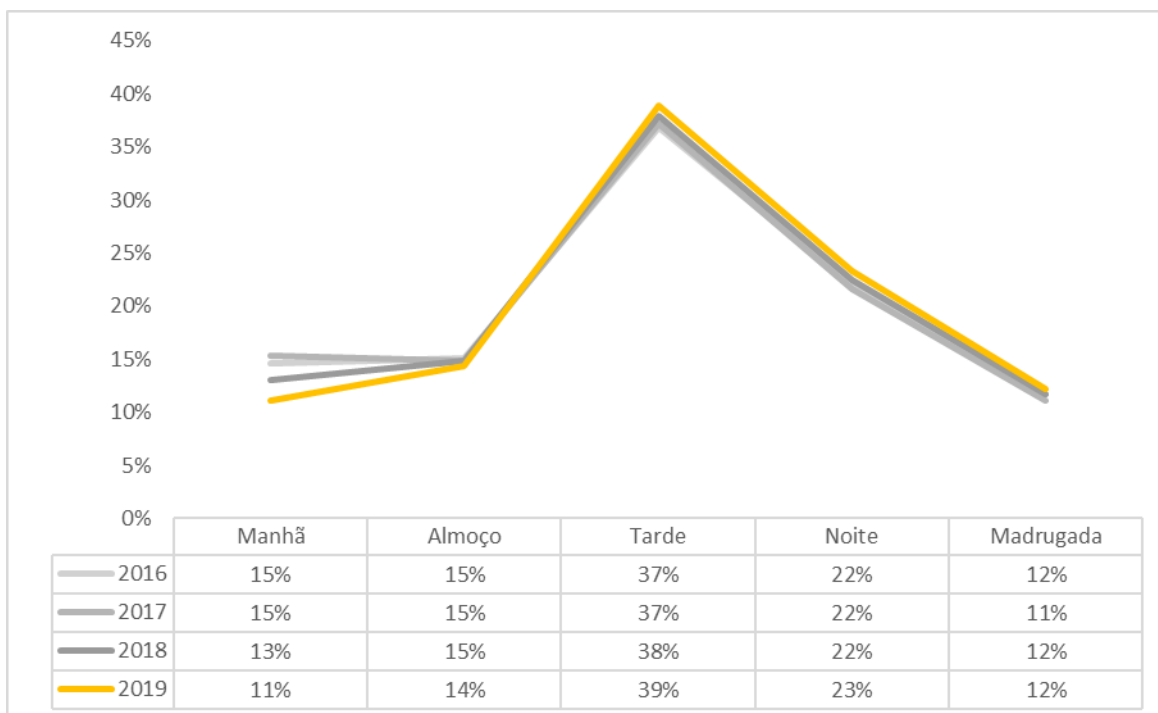
Gráfico 5: Número de atendimentos por dia da semana na UPA em 2016, 2017, 2018 e 2019



Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

Observa-se também uma variação dos atendimentos segundo o turno. O Gráfico 6 claramente mostra um pico no período da tarde (entre 13:00 e 18:59 horas) que responde por mais de 30% dos atendimentos realizados ao longo do dia, seguido do período da noite (de 19:00 e 23:59 horas), concentrando 22% dos atendimentos. O menor percentual é observado no período da madrugada (compreendido entre 00:00 e 05:59 horas) e no turno da manhã (entre 06:00 e 10:59 horas). Esta tendência nas curvas é constante ao longo dos anos estudados.

Gráfico 6: Percentual de atendimentos a cada turno do dia na UPA nos anos de 2016 a 2019



Nota: Descrição dos turnos: manhã (entre 06:00h e 10:59h), almoço (entre 11:00h e 12:59h), tarde (entre 13:00h e 18:59h), noite (entre 19:00h e 23:59h) e madrugada (entre 00:00h e 05:59h).

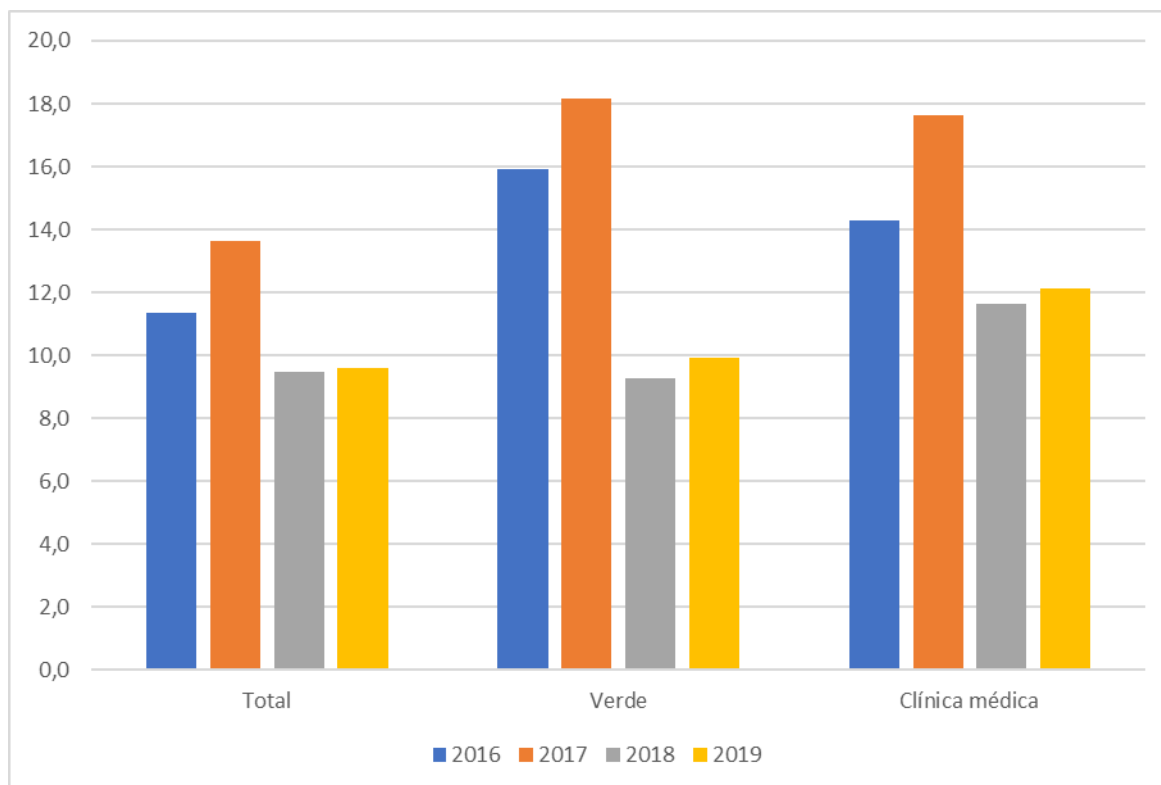
Fonte: Banco de dados extraído do sistema de pontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

Indicadores de Desempenho Operacional

O Gráfico 7 apresenta o número de atendimentos médicos que não foram realizados por causa de abandono por parte do usuário ou por ausência de resposta do usuário ao chamado na UPA estudada nos anos de 2016 a 2019. Esses registros se referem a situações que não se converteram em atendimento médico após a classificação de risco. Geralmente, são observados nas categorias de pacientes com queixas mais leves, uma vez que os mais graves raramente têm condições de abandonar a UPA sem receberem atendimento. Portanto, o indicador de abandono ou ausência de resposta pode ser considerado um indicador de performance por, em sua maioria, estar relacionado aos longos períodos de espera por atendimento. Observa-se que o número total de atendimentos não realizados por esses dois motivos subiu entre os anos de 2016 e 2017, mas com queda significativa entre os anos de 2018 e 2019 (após a implantação do *Fast Track*). O mesmo se observa ao se analisar o número de pacientes atendidos na especialidade Clínica Médica e naqueles desta especialidade classificados na cor Verde segundo o STM. Ressalta-se que o número

total de pacientes atendidos na UPA estudada apresentou um crescimento importante ao longo dos anos analisados, sobretudo na especialidade Clínica Médica e pacientes classificados como verdes segundo o STM.

Gráfico 7: Proporção de atendimentos não realizados por abandono/não respondeu à chamada entre 2016 e 2019, total e entre pacientes da clínica médica em geral e aqueles com classificação de risco verde*



* Total: Diferenças entre os anos são estatisticamente significativas a 1% exceto entre 2018 e 2019 (diferença não significativa)
Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

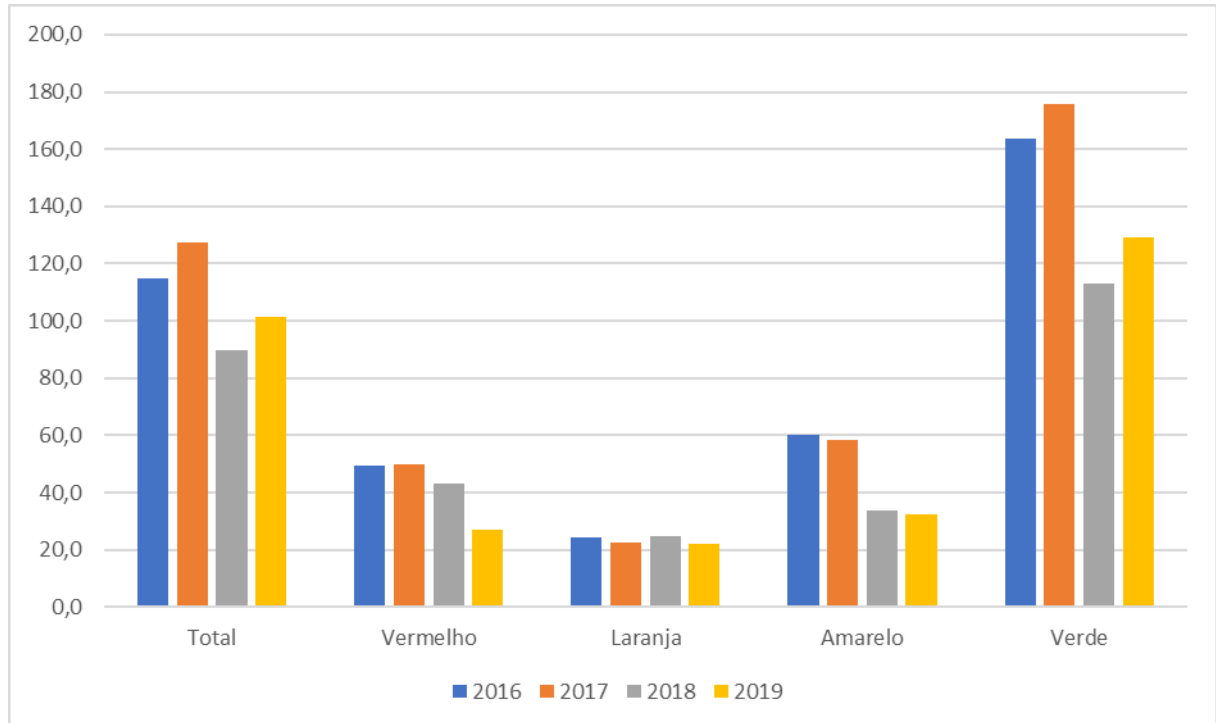
O Gráfico 8 apresenta o tempo médio (medido em minutos) entre a triagem do paciente e o atendimento médico na UPA nos anos de 2016 a 2019, considerando o total de atendimento e estratificado segundo classificação de risco analisada neste estudo³. A análise desse indicador é importante pois é utilizado pelo STM para estabelecer os tempos máximos considerados seguros para o paciente segundo cada cor preconizada em seu protocolo. Os resultados mostram uma redução significativa dos tempos médios em todas as classificações de risco incluídas após a

³ Foram excluídos da análise os pacientes classificados como branco (considerados fora da categoria de urgência, mas que buscam o serviço para atendimentos eletivos, tais como retorno e realização de exames) e os azuis (casos não-urgentes).

implantação do *Fast Track*. Para as cores vermelho e laranja, observam-se em todo o período estudado tempos superiores aos preconizados pelo STM. Os atendimentos dos pacientes classificados como vermelho e laranja ocorrem em sua totalidade (vermelhos) ou de forma majoritária (laranjas) na Sala de Emergência da UPA, cujo processo de trabalho prioriza o primeiro atendimento em detrimento do registro no sistema de prontuário eletrônico. Dessa forma, é provável que estes tempos elevados não condizem com a realidade e podem ser melhor compreendidos quando se analisa a realidade prática da assistência prestada. Para as cores amarelo e verde, os tempos são notadamente menores nos anos de 2018 e 2019 quando comparados com os anos de 2016 e 2017 em que o *Fast Track* ainda não estava inserido nos processos de trabalho desta UPA. Note-se que esse resultado é verificado mesmo diante do incremento significativo da demanda ocorrido ao longo dos anos analisados. As diferenças entre os anos são estatisticamente significativas a 1%.

Destaca-se, contudo, um desempenho pior em 2019 relativamente a 2018. Esse resultado pode estar associado ao perfil da equipe, com a inclusão de novos trabalhadores em virtude de alta rotatividade de profissionais na unidade. Além disso, importante mencionar uma possível fadiga dos profissionais já experientes no atendimento *Fast Track* uma vez que 2019 foi o segundo ano de organização nessa nova lógica de trabalho na UPA. Ao melhorar o fluxo de pacientes, houve um aumento expressivo na demanda por atendimento sem haver como contrapartida um aumento na oferta de profissionais.

Gráfico 8: Tempo médio (em minutos) entre a triagem do paciente e o atendimento médico na UPA entre 2016 e 2019, total e por classificação de risco*

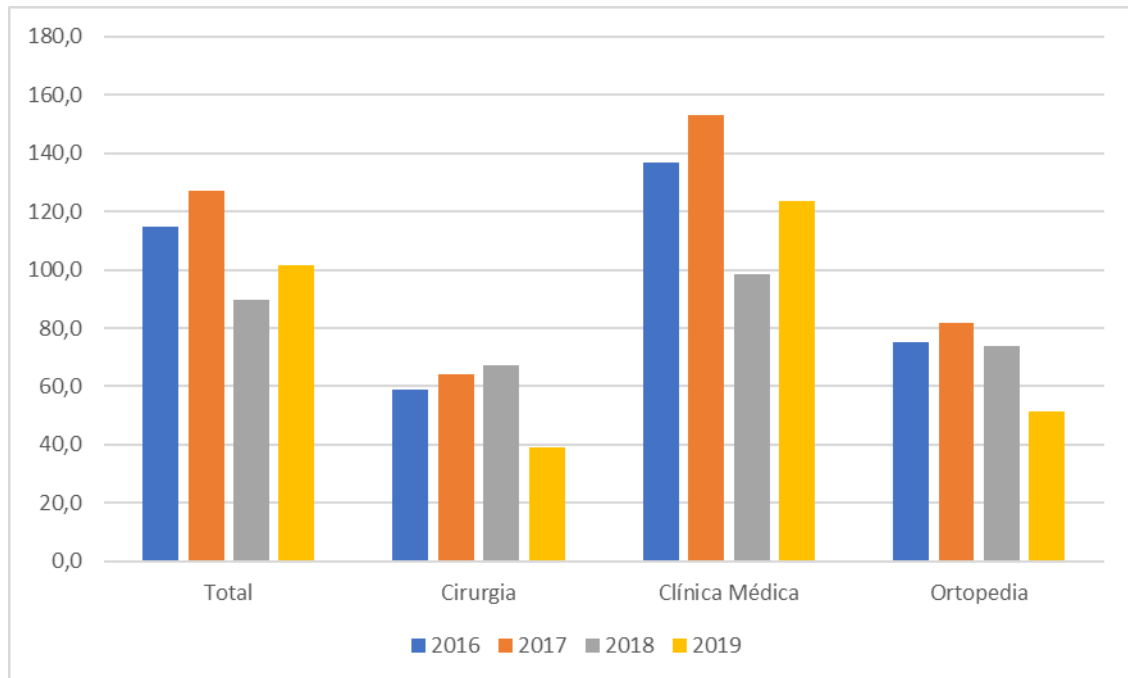


* Diferenças entre os anos são estatisticamente significativas a 1%

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

A análise por especialidade médica (Gráfico 9) evidencia uma redução do tempo médio em minutos entre a triagem do paciente e o atendimento médico na UPA após intervenção (*Fast Track*). Esse resultado é ainda mais favorável à intervenção no caso da Clínica Médica, na medida em que essa especialidade, além de responder pela maior parte dos atendimentos realizados nesta UPA, apresentou o maior crescimento no fluxo de pacientes ao longo dos anos estudados.

Gráfico 9: Tempo médio (em minutos) entre a triagem do paciente e o atendimento médico na UPA entre 2016 e 2019, total e por especialidade médica*



* Diferenças entre os anos são estatisticamente significativas a 1%

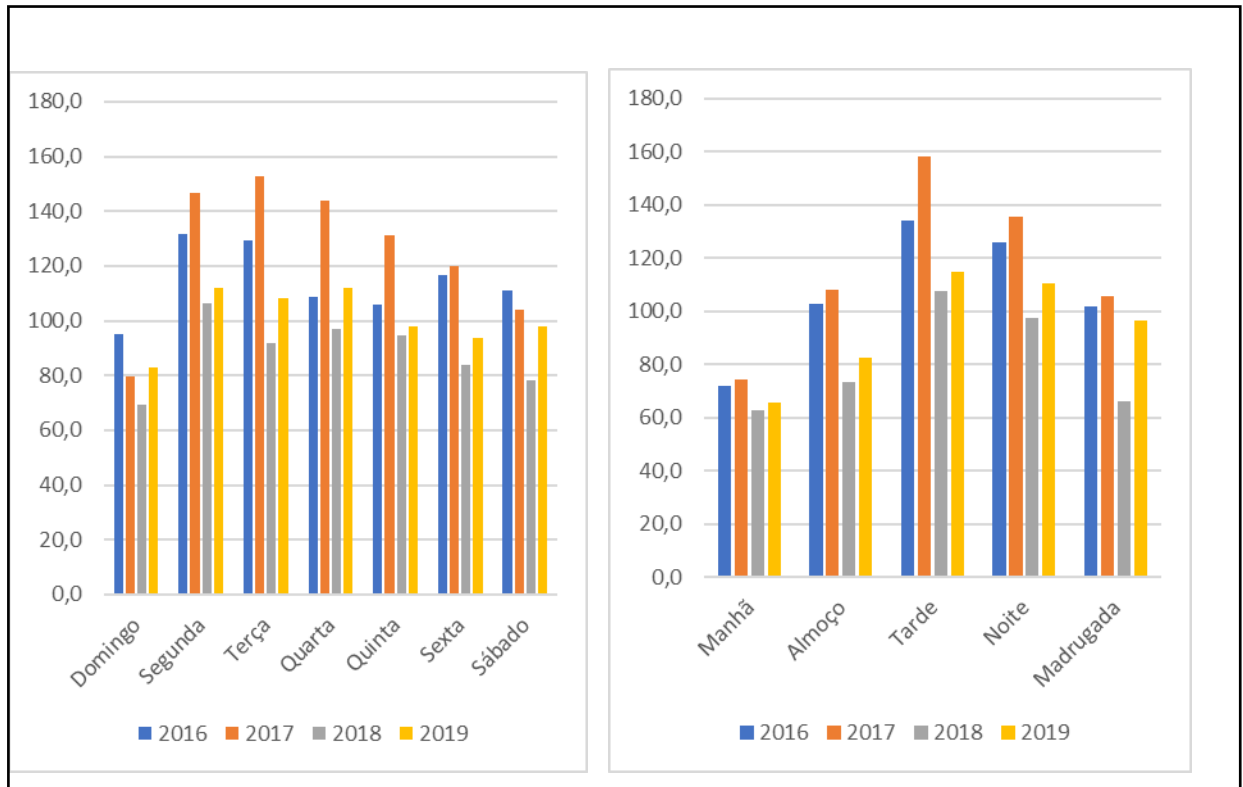
Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

O Gráfico 10 apresenta o tempo médio em minutos entre a triagem e o atendimento do paciente na UPA por dia da semana (painel A) e turno de atendimento (painel B). Novamente, verifica-se uma queda do tempo médio entre a triagem e o atendimento independentemente do turno e dia da semana, evidenciando mais uma vez a importância da intervenção na organização do fluxo de atendimento na UPA em estudo. As diferenças entre os anos são estatisticamente significativas a 1%.

Gráfico 10: Tempo médio (em minutos) entre triagem e atendimento do paciente na UPA entre 2016 e 2019, por dia da semana e turno de atendimento

Painel A – Dia da semana

Painel B - Turno



*Descrição de turno: manhã (entre 06 e 10:59), almoço (entre 11:00 e 12:59), tarde (entre 13:00 e 18:59), noite (entre 19:00 e 23:59) e madrugada (entre 00:00 e 05:59)

****Nota de significância:**

Domingo: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos.

Segunda-feira: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos.

Terça-feira: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos.

Quarta-feira: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos.

Quinta-feira: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos.

Sexta-feira: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos exceto entre 2016 e 2017 (significativo a 5%).

Sábado: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos.

Manhã: Diferenças entre os anos são estatisticamente significativas a 1% exceto entre os anos 2016 e 2017 (significativo a 5%)

Almoço: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos.

Tarde: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos.

Noite: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos.

Madrugada: Diferenças estatisticamente significativas a 1% entre todos os anos exceto entre 2016 e 2017 (significativo a 5%).

Fonte: Banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adoção do *Lean Thinking* e do *Fast Track* na UPA estudada trouxe avanços consistentes em aspectos numéricos e que são perceptíveis e reconhecidos pela própria equipe. Foi possível verificar a redução dos tempos de espera por atendimento em todas as especialidades médicas atendidas na UPA e da proporção de atendimentos que deixaram de ser realizados em virtude de abandono, mesmo com um número total crescente de atendimentos ao longo dos anos analisados pelo presente estudo.

Considerando que a situação de superlotação em unidades de pronto atendimento é multifatorial e é comumente encontrada em nosso meio, a adoção das ferramentas trazidas pelo *Lean Thinking* deve ser considerada como uma das formas de abordagem para este cenário. Elas reduzem ou eliminam desperdícios por meio da identificação de atividades e tempos sem valor agregado ao desfecho assistencial para o paciente, tais como filas e obstáculos de acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos. No caso estudado, a implementação do *Fast Track* demandou baixo investimento financeiro e poucas reformas ou adaptações do espaço físico para poder funcionar. Além disso, ela não demonstrou a necessidade de ampliação das equipes, apenas reorganizando-as de modo a atingir seus objetivos. Porém, é fundamental que os gestores deste tipo de projeto tenham sempre em mente a necessidade de se buscar melhorar continuamente e de permitir a expansão destas melhorias para qualquer que seja o setor do serviço sob sua responsabilidade.

Outro aspecto crucial para se obter bons resultados com a implantação do *Fast Track* é uma atuação da alta gestão sempre presente no “lugar onde o trabalho ocorre”, o *Gemba*, como é denominado pelo *Lean Thinking*. Não se trata de somente prescrever um plano, mas sim de acompanhar presencialmente toda a sua execução. A proximidade dos gestores transmite segurança para que os trabalhadores possam encarar os novos desafios e permite que sejam ouvidos prontamente no caso de dificuldades. Agindo desta forma, os gestores podem perceber rapidamente os problemas e ganhar tempo ao propor soluções sempre considerando a opinião dos profissionais que estão ali no dia-a-dia.

A adoção do *Lean Thinking* e a implantação do *Fast Track* nesta UPA estudada deixa de legado para as equipes uma lógica diferente de pensar e agir. A proatividade para identificar e solucionar os problemas, a mentalidade do sistema de fluxo puxado permeando todos os processos de trabalho (e não somente os que

envolvem a assistência direta ao paciente), o combate aos desperdícios, a forma colegiada e participativa de se fazer as negociações e combinações cotidianas.

Ressalta-se, contudo, que o *Fast Track* isoladamente não tem capacidade para solucionar todas as causas de superlotação. Da mesma forma, os benefícios podem ser limitados se sua implantação for restrita em uma única UPA de um município. É preciso uma articulação mais ampla e em rede com outros equipamentos de saúde, especialmente com as demais UPAS, com as Unidades Básicas de Saúde e com os hospitais. Em Belo Horizonte, o programa Menos Espera, Mais Saúde implantou o *Fast Track* em todas as suas 09 UPAs com resultados iniciais animadores. Entretanto, recomenda-se para a UPA ora estudada permanecer imbuída do espírito de se envidar todos os esforços para a manutenção dos avanços já conquistados e a buscar continuamente outros mais. Fazer com que essas ações constem no planejamento estratégico anual dessa instituição pode ser uma boa medida para se alcançar esses objetivos.

A situação de oferta e procura de recursos humanos na área da saúde, a conjuntura econômica e as oportunidades de empregos no mercado de trabalho têm uma grande influência na taxa de rotatividade dos profissionais de uma UPA. Essa alta rotatividade pode no longo prazo ser um entrave para a continuidade dos trabalhos nessa nova lógica de organização do fluxo de pacientes. Há que se trabalhar cada vez mais em estratégias que permitam aos profissionais da urgência se sentirem reconhecidos e valorizados, com políticas que permitam aumentar a vinculação destes trabalhadores com a instituição, de modo a mitigar o problema da alta rotatividade nos postos e trabalho que tanto compromete, dentre outros aspectos organizacionais, a estabilidade do desempenho do fluxo *Fast Track*.

A Pandemia de COVID-19, maior calamidade já enfrentada pelo sistema de saúde brasileiro, vem exigindo dos gestores de serviços de saúde maior habilidade, comprometimento e resiliência. Todos estão tendo que se adaptar, reinventando-se. A demanda por atendimento na UPA estudada e em todo o complexo hospitalar do qual ela faz parte cresceu absurdamente. Sem o *Lean Thinking* e o *Fast Track* implantado e consolidado há dois anos antes da eclosão da Pandemia de COVID-19 em Belo Horizonte, não se vislumbraria uma resposta rápida e adequada à necessidade da população. Estas ações ficam como mais um legado para a unidade de saúde e toda a cidade no enfrentamento de outras pandemias ou mesmo crises pontuais.

O ideal seria termos a possibilidade de comparar diferentes estratégias de implantação do *Fast Track* em outras UPAs e seus resultados quantitativos, bem como os desafios encontrados. Para tanto, esperamos que outros estudos neste campo tragam mais informações, incluindo a padronização dos principais indicadores a serem analisados. Acreditamos também que a realização de estudos qualitativos que abordem a impressão dos trabalhadores sobre esta forma de se trabalhar na urgência contribua em muito no aprimoramento do SUS.

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Anuência

Belo Horizonte, 24 de outubro 2019

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Carta de Anuência Institucional

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado "Análise do Processo de Implementação de Novas Estratégias de Atendimento em Uma Unidade de Pronto Atendimento de Belo Horizonte Baseada nos Princípios do Lean Thinking e do Fast Track" sob a responsabilidade do pesquisador Danilo Borges Matias a ser desenvolvido no Hospital Metropolitano

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar, autorizo sua execução, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 CNS/MS;
- 2) Que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Instituição Proponente);
- 3) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 4) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nesta pesquisa;
- 5) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Atenciosamente,



 Maria Aparecida de Almeida Salles
 Coordenação – CEP /

ANEXO B - Parecer do COEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE NOVA ESTRATÉGIA DE ATENDIMENTO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE BELO HORIZONTE BASEADA NOS PRINCÍPIOS DO LEAN THINKING E DO FAST TRACK

Pesquisador: Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29472920.4.3001.5129

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.217.479

Apresentação do Projeto:

Para a realização deste estudo, em termos metodológicos, optou-se pela abordagem de pesquisa qualitativa complementada pela abordagem quantitativa. Para esta análise de caráter retrospectivo e descritivo, será feito um levantamento dos dados de produção e perfil de atendimento disponíveis no banco de dados extraído do sistema de prontuário eletrônico utilizado na UPA estudada, comparando-os e correlacionando-os às variáveis de importância para análise do impacto da implantação da nova estratégia de atendimento. Será avaliada a evolução dos seguintes indicadores mensais disponíveis de 2016 a 2019: Número total de atendimentos; Total e percentual de atendimentos por cor segundo a classificação de risco de Manchester; Número médio de atendimentos por dia; Número total e percentual de atendimentos em cada especialidade médica; Número de atendimentos na especialidade Clínica Médica de acordo com a cor, segundo a

classificação de risco de Manchester; Tempo médio de espera geral entre a classificação de risco pelo enfermeiro até o primeiro atendimento médico por hora do dia; Tempo médio de espera na especialidade Clínica Médica entre a classificação de risco pelo enfermeiro até o primeiro atendimento médico por hora do dia; Tempo médio de espera entre a classificação de risco pelo enfermeiro até o primeiro atendimento na especialidade Clínica Médica por hora do dia e por cor, segundo a classificação de risco de Manchester. A parte qualitativa será um estudo de caso escrito a partir de grupos focais. Para a pesquisa em questão, serão formados dois Grupos Focais, com 6

Endereço:

Bairro:

UF: MG

Telefone:



Continuação do Parecer: 4.217.479

a 12 participantes cada, composto de trabalhadores da UPA em estudo pré-selecionados para a discussão. O período previsto para realização dos grupos é de agosto a setembro de 2020. As duas reuniões, de duração máxima de 2 horas cada, ocorrerão em uma sala climatizada na sede do complexo hospitalar especialmente reservada para o trabalho. Para a análise dos dados qualitativos provenientes dos Grupos Focais será feita a codificação por meio da técnica de análise de conteúdo. As discussões serão gravadas em MP3 com a utilização de um smartphone. Será convidado um Moderador com experiência em condução de Grupos Focais para facilitar a comunicação e estimular os participantes a compartilharem as experiências. Durante a transcrição das entrevistas serão empregados códigos para as pessoas, a fim de preservar a identidade dos participantes e da instituição. Além disso, as informações coletadas serão utilizadas apenas para fins de pesquisa científica e para melhoria na gestão da UPA.

Crterios de incluso: Os sujeitos sero escolhidos pelos seguintes crterios: ser trabalhador da UPA em estudo, ter participado da fase atz trs meses anteriores a implantao do fluxo Fast Track e ter continuado trabalhando por pelo menos trs meses aps a implantao do mesmo. Os trabalhadores da UPA que se encaixarem nos crterios de incluso sero convidados a participar da pesquisa. Alm dos sujeitos citados sero convidados a participar da pesquisa membros do conselho local de usurios do hospital e gestores da SMSA que tenham acompanhado as mudanas do fluxo de atendimento. **Crterios de excluso:** Sero excluidos os trabalhadores que estiveram afastados do servio no perodo mencionado por motivo de doena, licena maternidade ou que estiveram em perodo de frias durante as fases pr e ps implantao do fluxo Fast Track.

Perguntas de pesquisa: z possvel reduzir o tempo de espera para atendimento dos pacientes de baixa complexidade e a superlotaao em uma Unidade de Pronto Atendimento de forma segura e sustentvel, utilizando as ferramentas Lean? Quais so os desafios enfrentados pela equipe antes, durante e aps a implantao?

Hiptese: O Fast Track economizar tempo e organizar melhor o pronto atendimento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primrio:

Analisar o processo de implantao de uma nova estratgia de atendimento, baseada nas ferramentas de gesto do Lean e no Fast Track e as repercusses sobre a organizao do trabalho e a produao do cuidado em uma Unidade de Pronto Atendimento do municpio de Belo Horizonte/MG.

Objetivos Secundrios:

Endereo:
Cidade:
UF: MG
Telefone:



Continuação do Parecer: 4.217.479

1. Descrever o processo de implantação de uma nova estratégia de atendimento em uma UPA com a utilização das ferramentas do Lean e do Fast Track.
2. Identificar os fatores que dificultaram a implementação da nova estratégia e as práticas adotadas para seu enfrentamento.
3. Descrever o perfil de atendimento da UPA antes e depois da implementação das ações para melhoria dos processos de trabalho avaliando os impactos na unidade com relação à redução do tempo de espera para atendimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

•Riscos: Os possíveis riscos identificados no desenvolvimento deste estudo referem-se a possíveis desconfortos para responder às questões propostas ou constrangimento pelo compartilhamento de impressões pessoais por parte dos participantes. Contudo, dado o compromisso em manter-se o sigilo das informações e o respeito a intimidade dos envolvidos, acredita-se que os riscos serão praticamente eliminados.

•Benefícios: Espera-se que esta pesquisa permita um levantamento dos principais avanços, desafios e resultados decorrentes da implantação de uma nova estratégia de atendimento em uma UPA, baseada nas ferramentas do Lean e no Fast Track e as suas repercussões sobre a organização dos processos de trabalho e na sua produção do cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto tem relevância para aprimorar o conhecimento científico sobre o tema abordado, respaldado em literatura atualizada e apresenta metodologia condizente com o escopo do estudo. O pesquisador apresentou anuência do local de realização do estudo. Possui financiamento próprio; não há pedido de dispensa de TCLE. O cronograma da pesquisa está adequado, sendo que a coleta de dados só deve ser iniciada após aprovação do projeto pelo CEP do

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: folha de rosto, informações básicas do projeto e o detalhamento do mesmo, incluindo roteiro de entrevista. O TCLE está bem escrito para facilitar o entendimento dos participantes. Utilizará além de grupos focais dados da produção da UPA através do banco de dados do Sistema ALERT. O pesquisador manifestou cumprir todas as recomendações da Resolução do 466-2012 do CNS.

Recomendações:

Conforme previsto na Resolução CNS 466/12, o [] recomenda ao pesquisador: comunicar

Endereço:
Bairro: S
UF: MG
Telefone:



Continuação do Parecer: 4.217.479

toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel); apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e, ao término da pesquisa, encaminhar ao CEP um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem pendências, sendo este parecerista favorável à aprovação do mesmo

Considerações Finais a critério do CEP:

Recomendamos ao pesquisador informar ao CEP do as medidas adotadas para garantir o distanciamento social e proteção dos participantes do estudo durante a realização dos grupos focais, tendo em vista a situação epidemiológica vigente de Pandemia por COVID19, inclusive com a revisão do total de participantes por grupo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_responsabilidade_gerenciaUPA.pdf	30/07/2020 12:28:22	Adriana Gonçalves de Oliveira Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD_alterado.pdf	07/06/2020 22:09:27	Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha	Aceito
Outros	carta_cep_Kenya_pendencia.pdf	07/06/2020 22:09:00	Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_alterado.docx	07/06/2020 22:08:45	Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_alterado.pdf	07/06/2020 22:08:34	Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha	Aceito
Outros	parecer_camara.pdf	18/02/2020 19:43:35	Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha	Aceito
Outros	carta_cep_Kenya.pdf	18/02/2020 19:41:22	Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha	Aceito

Endereço:

Bairro:

UF: MG

Telefone: ()



Continuação do Parecer: 4.017.479

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_PB.pdf	18/02/2020 19:40:07	Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD_kenya.pdf	18/02/2020 19:38:31	Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/02/2020 19:38:18	Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 17 de Agosto de 2020

Assinado por:

MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SALLES
(Coordenador(a))

Endereço:

Bairro:

UF: MG

Telefone: