

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**LORENA NUNES DA CRUZ REZENDE**

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE  
RISCO NO HOSPITAL MUNICIPAL PIRES DO RIO DE ACORDO COM O SISTEMA  
DE MANCHESTER**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**LORENA NUNES DA CRUZ REZENDE**

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO HOSPITAL MUNICIPAL PIRES DO RIO DE ACORDO COM O SISTEMA DE MANCHESTER**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Msc. Lucilla Vieira Carneiro**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO HOSPITAL MUNICIPAL PIRES DO RIO DE ACORDO COM O SISTEMA DE MANCHESTER** de autoria da aluna Lorena Nunes da Cruz Rezende foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

**Profa. Msc. Lucilla Vieira Carneiro**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a vocês que sempre me fizeram acreditar na realização dos meus sonhos contribuíram muito para que eu pudesse realizá-los: minhas filhas Larissa e Maria Eduarda e meu esposo Eduardo companheiro no amor, na vida e nos sonhos, que sempre me apoiou nas horas difíceis e compartilhou comigo as alegrias.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelo dom da vida e por ter me ungido todos os dias dessa caminhada.

A minha orientadora Profa. Msc. Lucilla Vieira Carneiro.

Ao meu marido, por ter compreendido minhas ausências e ter me auxiliado.

Aos meus pais, que lutaram junto comigo para que este sonho tornasse realidade.

As minhas filhas que são a razão de existir.



## RESUMO

Este projeto tem como objetivo implantar o sistema Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco no Serviço de Emergência do Hospital Municipal Pires do Rio, visando a padronização do serviço para que este seja instrumento de reorganização e implementação do processo de produção de saúde no município. Devido as constantes reclamações inerentes a falta de organização do serviço, a sobrecarga de trabalho e stress enfrentados pela equipe, especialmente de enfermagem tem-se a urgente necessidade da implantação imediata buscando acolhimento e humanização. O Acolhimento pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros éticos e humanitários e de solidariedade. A Política Nacional de Humanização leva a uma maior responsabilização de trabalhadores e gestores em relação a uma nova conduta frente ao atendimento aos usuários modificando a cultura da atenção existente, proporcionando a prestação de serviços que leve a maior resolutividade de forma eficiente e humanizada. O planejamento para capacitação destes profissionais se dará através da problematização, utilizando o recurso das oficinas e grupos de trabalhos conduzidos por profissionais habilitados para esta qualificação. Este projeto vislumbra atender a enorme demanda por atendimento no serviço de urgência e emergência, utilizando do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco como ferramentas que ampliam a ação dos profissionais de saúde que atuam neste serviço, permitindo a promoção do acesso e da atenção em saúde atendendo as reais necessidades de cada usuário.

**Palavras – Chave:** Enfermagem, Classificação de Risco, Acolhimento, Humanização, Serviço Hospitalar de Emergência.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>11</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>22</b>
<b>5 BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>23</b>
<b>6 ANEXO.....</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O acolhimento nos serviços de saúde estabelece uma relação de confiança e solidariedade entre os usuários do serviço e a equipe que compõe o sistema de saúde sob os princípios do SUS, que são universalidade, integralidade e equidade.

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Humanização propõe que o acolhimento deve estar inserido em todos os momentos no processo de atenção a saúde. Nas práticas do dia a dia é observado que não ocorre o seu exercício apesar de estar presente em todas as relações humanas, é reprimido pela ausência de condições básicas de receber os usuários.

Desse modo, acolhimento é, antes de tudo, uma diretriz política e operacional do SUS. É postura ética, uma atitude em relação à garantia de acesso aos serviços de saúde, à qualidade e integralidade da atenção. Traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2006).

O Acolhimento pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros éticos e humanitários e de solidariedade reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

O Humaniza SUS é a proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. O Ministério da Saúde decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. (BRASIL, 2006)

Assim, a Portaria 2048/GM 2002 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002).

A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/ doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

Devido a falta de estrutura da rede de atenção às urgências e a crescente demanda de usuários que buscam estes serviços, encontra-se uma das áreas mais problemáticas do sistema de saúde brasileiro. Neste cenário surge o acolhimento com avaliação de risco como solução para que o indivíduo possa ser atendido por ordem de prioridades e não de chegada, como ocorre em diversas unidades de saúde.

Desse modo, o presente projeto visa a organização e padronização do serviço de acolhimento com avaliação de risco no Hospital Municipal de Pires do Rio, para que este seja instrumento de reorganização e implementação do processo de produção de saúde no município.

Neste contexto, optou-se por realizar um projeto e plano de ação – Tecnologia de concepção - com o objetivo de implantar este serviço no Hospital Municipal de Pires do Rio de forma que atenda as perspectivas de usuários, servidores e comunidade. Devido as constantes reclamações inerentes a falta de organização do serviço, a sobrecarga de trabalho e stress enfrentados pela equipe, especialmente de enfermagem. Tem-se a urgente necessidade da implantação imediata buscando acolhimento e humanização.

## **1.1 Objetivos:**

### **Geral:**

Implantar o acolhimento com avaliação e classificação de risco no Hospital Municipal Pires do Rio de acordo com o sistema de Manchester na perspectiva de garantir uma melhoria da qualidade do atendimento assistencial.

### **Específicos:**

- Promover uma maior responsabilização e vinculação dos servidores do hospital no atendimento aos usuários;
- Diminuir o tempo de espera para o atendimento dos usuários, fazendo com que os mesmos sejam vistos de acordo com a sua gravidade/necessidade;
- Ampliar o acesso dos usuários, garantindo uma escuta qualificada.

## 1.2 Diagnóstico da realidade

O Hospital Municipal Pires do Rio - HMPR, é uma Unidade de saúde pública municipal, geral, de urgência e emergência. Está inserido na rede municipal de saúde do município de Pires do Rio – GO, localizado na região da estrada de ferro no sudeste goiano. Conta com um Centro de Saúde e 5 Unidades Básicas de Saúde. Em sua rede de atenção a saúde disponibiliza aos cidadãos piresinos assistência integral e universal, ações de promoção e prevenção com tratamento ético e humanizado.

Constitui-se como uma referência para as urgências clínicas (pediatria, ginecologia e clínica médica), cirúrgicas (ortopédicas, geral e ginecológicas), com atendimento médio de 150 pacientes/dia. Sua maternidade de baixo risco realiza cerca de 15 partos/mês. Atendendo exclusivamente ao SUS assiste a população de Pires do Rio e de municípios adjacentes.

O HMPR possui 46 leitos, sendo 14 de Cirurgia Geral, 04 na unidade Urgência e Emergência, 2 de Isolamento, 6 de Obstetrícia Cirúrgica e 6 de Pediatria. Em seu quadro de pessoal conta com uma equipe multiprofissional assim distribuída: 11 enfermeiros, 14 médicos, 1 nutricionista, 2 psicólogas, 3 biomédicos, 1 farmacêutica, 2 técnicos de laboratório e 28 técnicos de enfermagem.

São inúmeras as dificuldades levantadas junto aos trabalhadores e indivíduos que buscam a unidade; falta de estrutura física, de materiais e insumos e de qualificação da equipe. E principalmente a baixa resolutividade da atenção básica o que prejudica o encaminhamento dos cidadãos, objeto primordial do serviço.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Sistema Único de Saúde**

Todo cidadão brasileiro tem direito de acesso ao SUS. Na Constituição Federal Brasileira de 1988 consta que: todos os cidadãos têm direitos civis, tais como liberdade pessoal de expressão, religião, movimentação; direitos políticos, como eleitorais e de associação; e direitos sociais, referentes às condições de saúde, educação, trabalho, condições de vida e de assistência em situações de risco social. Mas, convém observar que tanto a comunidade como o governo são responsáveis pela coordenação de esforços para estruturar o SUS (NEGRI, s/d.).

O SUS preconiza, dentro de suas premissas básicas, que as ações de saúde sejam descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas. A rede de atenção deve agregar serviços de complexidade crescente, configurando, basicamente, três níveis de atenção: as unidades de atenção primária, que são os ambulatorios, devem oferecer os cuidados básicos de promoção, manutenção e recuperação da saúde; as unidades de atenção secundária, que podem ser ambulatoriais e hospitalares, devem prestar os cuidados nas várias especialidades para as afecções de maior prevalência; e as unidades de atenção terciária constituídas pelos centros hospitalares, com suas unidades ambulatoriais, unidades de emergência e unidades de internação, sendo, nelas, aferidos cuidados de maior complexidade, muitas vezes sob regime de internação hospitalar. Agregados a essa rede, existem os serviços de atenção domiciliar e o SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) com a Regulação Médica (RM) (SANTOS et al, 2003).

Segundo Martini e Verdi (2013), os debates em torno da necessidade de ações de saúde integradas adquiriu maior ênfase a partir do Pacto pela Saúde, ele contempla as possibilidades de intervenções acordadas entre os gestores do SUS e coloca em relevância o aprofundamento dos processos de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de redes como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade em três dimensões:

- Pacto Pela Vida: compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.
- Pacto em Defesa do SUS: compromisso com a consolidação dos fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS.
- Pacto de Gestão: compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, a regionalização, o financiamento, o planejamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação social, a gestão do trabalho e a educação em saúde.

Em consonância com o Pacto pela Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a construção de um modelo de atenção que possa responder às necessidades de atenção à saúde nas condições crônicas e nas condições agudas, promovendo ações de vigilância e promoção da saúde, efetivando a APS como eixo estruturante das RAS no SUS. (Martini; Verdi, 2013)

O atual sistema público brasileiro passou por inúmeras transformações desde a implantação do SUS, marcada por necessidades de saúde complexas, como a qualidade dos serviços, o acesso e os custos. Muito ainda tem que ser feito para que o SUS garanta um atendimento eficiente aos seus usuários, principalmente nos serviços de urgência e emergência.

A política de Redes de Atenção à Saúde (RAS) surge como estratégia de organização dos serviços de saúde nos municípios, nas regiões e nos estados. O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção de qualidade, de forma contínua, integral, responsável e humanizada; bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso e equidade, promovendo eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Com base nesses elementos, pode-se afirmar que a rede caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, nos diferentes níveis, com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS); pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população; pela responsabilização na atenção contínua e integral; pelo cuidado multiprofissional; e, ainda, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

A Portaria nº 4.279/2010 (BRASIL, 2010) define que a operacionalização das RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/ região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

Segundo Martini e Verdi (2013), a Atenção Primária à Saúde é o centro de comunicação das RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora das RAS e coordenadora do cuidado. Para cumprir esse papel, a APS deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, e parte de um sistema global de desenvolvimento econômico e social. Esse primeiro contato das pessoas com o sistema de atenção à saúde significa o primeiro momento de um processo contínuo de atenção, que possibilita trazer os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas, e deve promover um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abranja a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A proposta das RAS pretende obter o envolvimento dos profissionais, dos gestores e da população no debate sobre a organização dos serviços de saúde nos estados e municípios, utilizando a atenção básica como eixo integrador capaz de transformar o indivíduo, a família e a comunidade em atores essenciais de um novo fazer em saúde.

Neste contexto o acolhimento com classificação de risco surge como instrumento de organização e humanização deste processo de atenção baseado na RAS, possibilitando a orientação dos fluxos, a resolutividade, a informação e a orientação dos usuários que buscam os serviços de urgência e emergência.

## **2.2 Política Nacional de Humanização**

De acordo com o programa implantado pelo Ministério da Saúde em 2004, o Humaniza SUS, os avanços advindos pela descentralização e pela regionalização da atenção e da gestão da saúde, levaram também a ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, mas por outro lado, ocasionaram a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho. Esses fatos contribuíram em contra partida para o alargamento da relação entre as equipes profissionais e até mesmo destas para com os usuários do próprio sistema, fragilizando as práticas de atenção, sejam elas de caráter social e/ou subjetivo (BRASIL, 2004a).

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de urgência pressupõe que todos serão acolhidos por um profissional da equipe de saúde. Este profissional vai escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar risco e vulnerabilidade, e acolher também a avaliação do próprio usuário; vai se responsabilizar pela

resposta ao usuário, a para isso vai necessariamente colocar em ação uma rede multidisciplinar de compromisso coletivo com essa resolução (BRASIL, 2009).

A Política de Humanização leva a uma maior responsabilização de trabalhadores e gestores em relação a uma nova conduta frente ao atendimento aos usuários modificando a cultura da atenção existente, proporcionando a prestação de serviços que leve a maior resolutividade de forma eficiente e humanizada.

O Ministério da Saúde tem reafirmado o Humaniza SUS como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, englobando os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão (BRASIL, 2009).

Operando com o princípio da transversalidade, a Política Nacional de Humanização (PNH) lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2013).

Os resultados almejados com a implementação da PNH são: reduzir as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; informar a todos os usuários quem são os profissionais que cuidam de sua saúde; definir responsabilidades aos serviços de saúde por sua referência territorial e atenção integral; garantir a gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação da ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas de encontro) (BRASIL, 2008).

Hilsendeger et al (2010), enfatizam que a PNH tem como objetivo resgatar a qualidade na atenção à saúde, incluindo resolubilidade, eficácia e efetividade da atenção à saúde; redução dos riscos à saúde; humanização das relações em todos os níveis; presteza e conforto no atendimento ao usuário; motivação dos profissionais de saúde; controle social na atenção e organização do sistema de saúde.

### **2.3 Acolhimento com Classificação de Risco**

Acolhimento é, antes de tudo, uma diretriz política e operacional do SUS. É postura ética, uma atitude em relação à garantia de acesso aos serviços de saúde, à qualidade e integralidade da atenção. Traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a

sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (MS/PNH, 2006).

A portaria 2.048 de 5 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde coloca que o ACCR “... deve ser realizado por profissional de saúde de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixa dos pacientes colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento”. A classificação de risco deve ser um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Equipe multiprofissional composta por: enfermeiro, técnico de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/recepção e estagiários.

Frente à necessidade de se organizar a fila de espera nos serviços de urgência e emergência, utilizando outra ordem de atendimento que não seja a ordem de chegada, o Humaniza SUS adotou o sistema Classificação e Avaliação de Risco que, somado à diretriz do acolhimento, tem como objetivos principais garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; fornecer informações ao paciente e ao familiar sobre o tempo provável de espera. Além disso, o sistema Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco (ACCR) objetiva, também, minimizar a desfragmentação do processo assistencial ao proporcionar pactuações, entre redes internas e externas de atendimento a partir da construção de fluxos, de acordo com o grau de risco de cada usuário (BRASIL, 2004).

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004).

Acolher com resolutividade as pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, identificar riscos e vulnerabilidade (escuta qualificada) e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema.

Portanto se faz de fundamental importância a implantação do serviço de Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco no HMPP atendendo as diretrizes da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde visando a organização dos fluxos, resolutividade, e melhor qualidade no atendimento aos cidadãos que buscam o serviço de urgência e emergência.

#### **2.4 Classificação de Risco e o Protocolo de Manchester**

O programa recebeu este nome porque foi aplicado pela primeira vez em 1997 na cidade britânica de Manchester. Esta triagem foi rapidamente implementada em vários hospitais do Reino Unido. Em Portugal, são poucos os hospitais que ainda não utilizam este sistema, que já está sendo empregado em outros países da Europa, como Espanha, Holanda, Alemanha e Suécia (MANCHESTER, 2010).

As urgências são confrontadas diariamente com um grande número de doentes que apresentam uma vasta gama de problemas. A sobrecarga de trabalho dos serviços é inconstante e depende sempre do número de doentes que neles se socorrem e do estado que apresentam. É absolutamente essencial que exista um sistema de classificação de risco implementado para assegurar que estes doentes sejam observados por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada (JONES, 1996).

O Manchester classifica, após uma triagem baseada nos sintomas, os doentes por cores, que representam o grau de gravidade e o tempo de espera recomendado para atendimento. Aos doentes com patologias mais graves é atribuída a cor vermelha, atendimento imediato; os casos muito urgentes recebem a cor laranja, com um tempo de espera recomendado de dez minutos; os casos urgentes, com a cor amarela, têm um tempo de espera recomendado de 60 minutos. Os doentes que recebem a cor verde e azul são casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes) que, como tal, devem ser atendidos no espaço de duas e quatro horas.

A classificação de risco é realizada com base em protocolo adotado pela instituição de saúde, normalmente representado por cores que indicam a prioridade clínica de cada paciente. Para tanto, algumas condições e parâmetros clínicos devem ser verificados. Essa classificação deve ser executada por um profissional de nível superior, que geralmente é o enfermeiro que tenha uma boa capacidade de comunicação, agilidade, ética e um bom conhecimento clínico.

O paciente que chega à unidade será atendido prontamente pelo enfermeiro, que fará uma breve avaliação do quadro clínico utilizando o protocolo de Manchester, depois

encaminhará o mesmo para o local de atendimento. A classificação será feita a partir das queixas, sinais, sintomas, sinais vitais, saturação de O<sub>2</sub>, escala de dor, glicemia entre outros.

Ressalta-se que o uso do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco visa identificar os usuários que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato, com priorização do atendimento de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada, pois nota-se hoje, uma busca inadequada ao Serviço de Urgência e Emergência, sendo que parte dessa demanda poderia ter suas necessidades resolvidas em um nível de menor complexidade do sistema de saúde.

Os usuários que procurarem o Serviço de Urgência e Emergência do HMPPR serão acolhidos e classificados pelo Enfermeiro devidamente capacitado, onde através da aplicação do Protocolo de Classificação de Risco, será identificada a necessidade de prioridade na assistência médica, realizando então, a categorização dos usuários em quatro níveis que serão identificados por cores.

Os profissionais envolvidos, recepcionistas, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros terão maior direcionamento na priorização de suas ações possibilitando um atendimento mais rápido aos casos mais críticos. Os usuários além de uma melhora significativa no tempo de espera e na assistência prestada terão a oportunidade de receber orientações quanto a rede de serviços prestados no município integrada com as demais unidades.

### **3. METODOLOGIA**

Trata-se de um projeto de intervenção, onde será aplicado um recurso tecnológico de educação no Hospital Municipal Pires do Rio (HMPR). Este projeto será realizado no período de 04/2014 a 08/2014.

Para implantação do serviço de Acolhimento com Avaliação de Risco no HMPR será necessário realizar capacitação da equipe envolvida, readequação da estrutura física e aquisição de materiais e equipamentos.

Destaca-se, que por não se tratar de pesquisa, este projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

#### **3.1 Objetivos da Capacitação**

- Capacitar os profissionais do HMPR para o manejo adequado da classificação de risco;
- Instruir sobre a adaptação necessária da classificação de risco com base na experiência, recursos, padrões de doenças, área física, capacidade instalada e serviços referenciados de cada estabelecimento;
- Orientar sobre a organização do processo de trabalho e o espaço físico do pronto socorro;
- Constituir fluxos de atendimento dos usuários que buscam o serviço de urgência e emergência;
- realização de capacitação específica da enfermagem para a utilização do protocolo de classificação de risco;
- Apontar os resultados esperados após a implantação da classificação de risco.

#### **3.2 Público Alvo**

Médicos, enfermeiros, psicólogos, auxiliares, técnicos de enfermagem e demais profissionais que atuam no serviço de urgência.

#### **3.3 Estrutura Necessária**

- Pessoal qualificado para realizar o acolhimento.
- Acesso de comunicação direta com a área de Acolhimento.

- A área física deve possibilitar a visão dos que esperam pelo atendimento.
- Disponibilidade de macas e cadeiras de rodas em áreas subjacentes.
- Material e equipamento para atendimento de emergência e urgência.
- Aparelho de glicosímetro, aparelho de pressão, estetoscópio, termômetro e monitor de oximetria de pulso.
- Mobiliário: mesa, cadeiras e outros

### **3.4 Passo a passo do acolhimento**

A Equipe de Acolhimento realiza a abordagem dos pacientes de maneira individual conforme descrito abaixo:

- Os pacientes são inicialmente recebidos pela equipe de portaria/segurança e recepção, esclarecidos sobre o serviço e encaminhados para a Equipe de Acolhimento.
- O paciente com queixa clínica recebe uma senha e aguarda o acolhimento.
- Os pacientes que necessitam de atendimento de Pronto Atendimento são encaminhados para abertura de ficha de atendimento, têm o seu risco classificado pelo sistema de Classificação de Risco do Protocolo de Manchester pela Enfermeira e são atendidos por médicos de acordo com a prioridade indicada na classificação de risco.

A prioridade da assistência médica e de enfermagem será categorizada através das cores:

**COR VERMELHO:** prioridades 1- Condições em que o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deteriorização do quadro clínico que ameaçam à vida Ressucitação/Emergência.

**COR LARANJA:** prioridades 2 - Condições que potencialmente, ameaçam à vida e requer rápida intervenção médica e de enfermagem – Urgência.

**COR AMARELO:** prioridade 3 - Condições que podem evoluir para um problema sério, se não forem atendidas rapidamente - Urgência.

**COR VERDE:** prioridade 4 - Condições que apresentam um potencial para complicações – Semi - Urgência.

**COR AZUL:** prioridade 5 - Condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos, sem alterações dos sinais vitais - Não Urgência.

### **3.5 Cronograma de execução**

O planejamento para capacitação destes profissionais se dará através da problematização, utilizando o recurso das oficinas e grupos de trabalhos conduzidos por profissionais habilitados para esta qualificação.

A avaliação da capacitação dos enfermeiros será processual observando seu desempenho, interesse, participação, relação teoria-prática e frequência nas atividades promovidas durante as oficinas e grupos de estudos.

O acompanhamento do processo de trabalho no ambiente laboral e a satisfação dos usuários para com os serviços dos enfermeiros, também permitirá observar os impactos dessa formação.

Este projeto seguirá o cronograma abaixo, onde estão relacionadas todas as atividades envolvidas no seu desenvolvimento.

**Cronograma de atividades para capacitação dos profissionais do serviço de urgência e emergência do Hospital Municipal Pires do Rio**

MÊS/ANO	ATIVIDADE
03/2014	<p>-Apresentar o projeto a Direção/Coordenação do serviço de Urgência e Emergência do Hospital Municipal Pires do Rio.</p> <p>-Adequação da área física com a discussão da Ambiência e sinalização na unidade de urgência e emergência.</p>
04/2014	<p>-Programar uma oficina pedagógica para os facilitadores que irão ministrar os conteúdos.</p> <p>- Oficinas de sensibilização para discussão sobre o Acolhimento com Classificação de Risco com TODO o hospital (contexto hospitalar, conceitos e fluxos internos e externos) e com os usuários;</p> <p>-Constituição de um grupo de planejamento e operacionalização da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco;</p> <p>-Elaboração do Plano de Trabalho com envolvimento da equipe multidisciplinar.</p>

05/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Programar uma oficina pedagógica para os facilitadores que irão ministrar os conteúdos.</li> <li>-Convidar profissionais habilitados para ministrar as oficinas</li> <li>-Elaboração de material de divulgação.</li> <li>-Reuniões com Conselho de Saúde.</li> <li>-Participação dos usuários no planejamento, na implantação, na divulgação, e em todas as etapas do processo.</li> </ul>
06/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Capacitação dos profissionais (Psicólogos, Assistente Social, Técnicos de Enfermagem) para o Acolhimento e dos Enfermeiros para Classificação de Risco;</li> <li>-Capacitação de todos os trabalhadores do Serviço de Urgência e Emergência</li> <li>-Treinamento em BLS para todos os profissionais.</li> </ul>
07/2014	Implantação do Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco
08/2014	Avaliação, acompanhamento e monitoramento das ações implantadas.

### 3.6 Avaliação

Análise diária dos dados obtidos pela Classificação de Risco;

Pesquisa sobre grau de satisfação dos usuários e trabalhadores;

Identificação de problemas externos que impactam diretamente no atendimento do serviço;

Revisão do fluxo de atendimento;

Revisão do protocolo e nova capacitação da enfermagem;

Reuniões periódicas de avaliação da implantação com levantamento dos problemas e sugestões de soluções.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a implantação do Sistema de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Hospital Municipal de Pires do Rio espera-se que o atendimento de urgência e emergência seja oferecido de forma humanizada e resolutiva atendendo a Política Nacional de Humanização e Acolhimento do Ministério da Saúde.

Para que este processo de implantação transcorra de forma satisfatória todos os profissionais envolvidos serão capacitados para que possam ser agentes transformadores desta nova forma de atendimento.

A capacitação se dará de forma multiprofissional para que todos tenham o conhecimento necessário sobre os fluxos e as prioridades de atendimento atendendo as perspectivas dos usuários, servidores e comunidade que buscam o serviço de saúde.

Inúmeras dificuldades serão encontradas até a conclusão e implantação deste sistema, dentre elas destaca-se a estrutura física inadequada, a falta de materiais e insumos e principalmente de qualificação da equipe, contudo este projeto se apresenta como o ponto de partida para que cidadãos que buscam as portas deste serviço de urgência e emergência sejam atendidos de forma humana, digna e satisfatória.

Com as oficinas de capacitação os profissionais serão sensibilizados e envolvidos e terão a oportunidade de exporem suas dificuldades e anseios quanto a nova rotina de atendimento. Com certeza a política de humanização leva a uma maior sensibilização de trabalhadores e gestores em relação a uma nova conduta frente ao atendimento aos usuários diferente da cultura existente.

Este projeto vislumbra atender a enorme demanda por atendimento no serviço de urgência e emergência, utilizando do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco como ferramentas que ampliam a ação dos profissionais de saúde que atuam neste serviço, permitindo a promoção do acesso e da atenção em saúde as reais necessidades de cada usuário.

## 5. BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p.il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2048/GM**. Em 5 de novembro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da saúde, 2009. 56 p.il. color. – (série B. textos Básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 6 reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>> Acesso em 23 de novembro de 2011

HILSENDEGER, Bárbara et al. **Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco na Percepção dos Profissionais de Enfermagem de um Serviço de Emergência**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis 2010.

JONES, Kevin Mackway. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Belo Horizonte, Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 1. ed. Setembro/2010.

MARTINI, Jussara et al. **Políticas de Redes na Atenção à Saúde**. Módulo II. Curso de Especialização em linhas de cuidado em enfermagem. UFSC/Enfermagem/PEN. Florianópolis, 2013.

MACKWAY-JONES, Kevim; MARSDEN, Janet; WINDLE, Jill. **Sistema Manchester de Classificação de Risco: Classificação de Risco na Urgência e Emergência**. Tradução do Livro Emergency Triage. 2ª ed. Setembro, 2010.

MERHY, E. et al. **Acolhimento** - um relato da experiência de Belo Horizonte. In CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C. Reis et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o Público. São Paulo: Xamã, 1998.

NEGRI, Barjas. **Manual PNHAH**. Ministério da Saúde. Brasil, s/d. p. 1-20.2004.

SANTOS, José S. dos et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às Urgências e de Humanização. Medicina, Ribeirão Preto. **Ribeirão Preto-SP**. 36:498:515, abr./dez. 2003.

6. ANEXO

