

TICIANA CARDOSO ALVES BORBA

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: CAPACITAÇÃO PARA EQUIPE DE ENFERMEIROS
DE UM CENTRO MÉDICO HOSPITALAR**

RECIFE (PE)

2014

TICIANA CARDOSO ALVES BORBA

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: CAPACITAÇÃO PARA EQUIPE DE ENFERMEIROS
DE UM CENTRO MÉDICO HOSPITALAR**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dra. Monica Motta Lino

RECIFE (PE)

2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 OBJETIVOS.....	8
2.1 OBJETIVO GERAL	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3 REFERENCIAL TEÓRICO	9
3.1 ABORDAGENS INICIAIS.....	9
3.2 SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER.....	13
3.3 IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO PARA A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	14
4 METODOLOGIA.....	16
5 RESULTADOS.....	17
5 CRONOGRAMA.....	18
REFERÊNCIAS.....	18

1INTRODUÇÃO

No Brasil a maioria dos hospitais funciona acima de sua capacidade máxima, com taxa de ocupação de leitos superior a 100%, número reduzido de recursos humanos, profissionais sem capacitação, excesso de demanda e demanda inadequada, déficit financeiro, gerenciamento precário de recursos, número de leitos insuficientes e sem planejamento efetivo (ROSSANEIS, 2011).

O esgotamento das emergências é algo facilmente visualizado. A falta de definições políticas, a baixa resolutividade e qualidade dos serviços prestados, a dificuldade nas mudanças de hábitos e crenças da população com forte determinação cultural tem levado o usuário a buscar assistência de saúde nas instituições onde exista a porta aberta. Essa crise torna-se ainda mais grave pela falta de um sistema de classificação de risco vigente, uma vez que o atendimento em muitas emergências é realizado por ordem de chegada, sem avaliação do quadro clínico do usuário, causando sérios prejuízos a sua saúde pela intervenção tardia (SHIROMA, 2011).

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se um enorme fluxo de circulação desordenada dos usuários nas portas de pronto-socorros, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho destes serviços de saúde para possibilitar uma maneira de atender os variados níveis de especificidade, com resolutividade na assistência prestada, de forma que o atendimento oferecido seja de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada (BRASIL, 2004).

A percepção deste fenômeno pelos gestores, gerentes e profissionais bem como pelos usuários e população levou o início do Programa Nacional de Humanização (PNH) em 2004, conhecido como HumanizaSUS, que entre suas diretrizes e dispositivos define uma estratégia de modificação do processo de trabalho em saúde utilizando ferramentas do Acolhimento e da Avaliação com Classificação de Risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Para dar início à utilização do Acolhimento em Serviços de Urgência e Emergência, o Ministério da Saúde cria a ferramenta do Acolhimento com Classificação de Risco, qual pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário,

proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004).

A maioria dos usuários, ao procurarem atendimento, não recebia informações adequadas. Eles eram obrigados a esperar longos períodos para que pudessem receber assistência mesmo que estivessem extremamente debilitados e, ao serem atendidos, eram meramente espectadores da promoção de sua saúde, pois não havia o princípio da integralidade e a visão holística de todo o caso (SILVA, 2008).

A estratégia do Acolhimento é uma ação implantada visando o alcance do objetivo de oferecer serviços de saúde a partir de critérios técnicos, éticos e humanísticos. Acolher no contexto dos serviços de saúde é “receber bem”, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar com ela (SILVEIRA, 2004).

Segundo Souza e Lopes, (2003) o Acolhimento deve ser realizado por toda a equipe multiprofissional, sendo ele um processo a ser realizados antes, durante e após o atendimento. Toda unidade de emergência tem o compromisso de acolher o usuário, mesmo nas situações em que essa não é a sua missão. Acolher não significa acolher a todos, mas abrir as portas do sistema de saúde ao usuário de forma a recolocá-lo no local mais adequado para o atendimento de suas necessidades e demandas (MARQUES, 2007).

O Acolhimento com Classificação de Risco é uma ferramenta prevista na legislação brasileira pela portaria n.º 2048/GM do Ministério da Saúde que regulamenta a organização das urgências no país. Nesta portaria diz que o processo deve ser realizado por profissionais de saúde, de nível superior, com treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos, objetivando a avaliação das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento, e não por ordem de chegada (BRASIL, 2002).

A classificação de risco vem sendo utilizada em diversos países, inclusive no Brasil. Para essa classificação foram desenvolvidos diversos protocolos, que objetivam, em primeiro lugar, não demorar em prestar atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata. Por isso, todos eles são baseados na avaliação primária do paciente, já bem desenvolvida para o atendimento às situações de catástrofes e adaptada para os serviços de urgência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Dentre os protocolos de saúde já existentes, destaca-se o Sistema de Triagem de Manchester. Trata-se de um sistema muito usado na União Européia e Reino Unido, majoritariamente operado por enfermeiros, que visa padronizar os atendimentos nas emergências e garantir um tempo de espera condizente com a gravidade dos casos (FERNANDES, 2010).

Em contra partida a inserção da tecnologia do Acolhimento com Avaliação e Classificação de risco nos setores emergenciais ainda é um processo em andamento que passa por dificuldades e questionamentos tanto por parte dos profissionais que resistem ao processo de trabalho bem como dos usuários que se veem obrigados a aguardar e não aceitam que outros passem na sua frente, pois desconhecem os preceitos que amparam tal conduta alicerçada pela gravidade do caso e não mais pela ordem de chegada (ANDRADE, 2009).

Nesse contexto, o Centro Médico Hospitalar da Polícia Militar de Pernambuco (CMH-PMPE) é um hospital de médio porte, gerido pela Secretaria de Defesa Social do Estado de Pernambuco, situando-se num bairro central da capital, tem como público alvo os policiais militares, bombeiros e familiares, além de seus servidores. Conta com o serviço de maternidade, pediatria, clínica médica, clínica cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva, Bloco Cirúrgico, urgência e emergência, além da rede ambulatorial em diversas especialidades, inclusive traumatologia.

O CMH existe há mais de 50 anos e há um ano, foi implantado o setor de Classificação de Risco, conforme reorientação do SUS no que se refere a melhoria da Assistência em Urgência e Emergência nos hospitais públicos, como também os privados visando maior resolutividade e organização do serviço para atender ao seu usuário (BRASIL, 2007).

A implantação do setor de Classificação de Risco no CMH se deu então de uma forma rápida e pouco divulgada, onde os usuários e profissionais foram conhecendo o serviço aos poucos de acordo com as oportunidades surgidas para cada um.

Dessa forma, o serviço iniciou o seu funcionamento sem que os profissionais escolhidos para atuar fossem devidamente capacitados, nem tampouco, os demais profissionais envolvidos no serviço de urgência, onde até hoje, mais de 1 (um) ano após sua implantação, ainda percebe-se a inexistência de capacitação em Classificação de Risco para os profissionais envolvidos com o setor, bem como, conhecimento insipiente sobre o tema, dos demais profissionais envolvidos com o serviço de urgência e emergência do CMH-PMPE, comprometendo o serviço desde a falta de padronização de condutas, como possíveis condutas equivocadas prejudiciais a integridade da saúde do usuário.

Assim, se torna evidente a necessidade de instrumentalizar os profissionais através de capacitações, e então, surge a inquietação de minha parte em colaborar com a elaboração de um projeto para capacitações em Classificação de Risco direcionado aos profissionais lotados no setor citado (PNEPS, 2007).

O acolhimento com classificação de risco, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2006).

O projeto sugere então, uma capacitação direcionada aos enfermeiros do setor, buscando convênios com instituições de ensino habilitadas, propõe cronograma de atividades, visando organização e processo de trabalho mais adequado e por consequência, a melhor qualidade da assistência, além de condutas respaldadas legalmente pelas portarias ministeriais e conselho de ética das diversas categorias.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar projeto de capacitação em Acolhimento com Classificação de Risco para a Equipe de Enfermeiros deste setor do CMH PMPE.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Organizar um evento educativo em Acolhimento e Classificação de Risco para Equipe de Enfermeiros deste setor do CMH PMPE;
- Elaborar cronograma de atividades educativas para o ano de 2014 para a Equipe de Enfermeiros deste setor do CMH PMPE;
- Buscar firmar convênios com instituições de ensino habilitadas que se comprometam em ministrar as capacitações em Classificação de Risco;
- Apresentar a proposta educativa às coordenações de enfermagem, coordenação médica e direção do CMH-PMPE para apreciação.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ABORDAGENS INICIAIS

A estratégia proposta pela Política Nacional de Humanização objetiva acolher todos os indivíduos que procuram o serviço de emergência e urgência, garantindo-lhes a escuta às suas necessidades e o atendimento resolutivo, incluindo-se aí as situações que exigem encaminhamento. Além disso, o Acolhimento pressupõe uma atitude que o profissional deve adotar em todos os momentos e locais durante o percurso do usuário junto à atenção em saúde (BRASIL, 2004).

O Acolhimento é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo da produção da saúde (BRASIL, 2006).

O Acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona a clínica no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o acesso aos serviços. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A PNH traz o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco como um dispositivo que deverá servir de base para oferecer ao usuário um atendimento que leve em consideração as suas necessidades, no entanto, priorizando os casos mais graves sem omitir-se das outras situações (BRASIL, 2004).

As atividades médicas e os seus métodos de atendimento a saúde, em alguns momentos, subestima as necessidades emocionais e psíquicas dos usuários, pois observa-se certo distanciamento com a qualidade do atendimento destinado ao paciente que apresenta-se sem qualquer rastro de humanização.

Atender de forma humanizada é desenvolver um atendimento fraterno, o qual é desenvolvido através de atendimento com os conhecimentos aperfeiçoados continuamente, valorizando a assistência e o aspecto emocional daquele que procura uma unidade de saúde.

Humanizar a saúde é uma forma de melhorar e qualificar as práticas realizadas nas unidades de saúde é promover o acesso a todos com um acolhimento de atenção integral realizado com responsabilidade e com a criação de vínculo e valorização dos usuários, pois, a humanização é voltada para a prevenção, cuidados, proteção, tratamento, recuperação e a produção da saúde, defendendo a vida com os direitos da saúde (BRASIL, 2006).

Através desse pensamento, o acolhimento passa a ser visto com responsabilidade por todos profissionais da área da saúde em relação ao seu usuário, que deve contar com a compreensão, com ética, afetividade, coerência e capacidade e, dessa forma, através de todo contato, identificar o problema ou o risco do paciente (COREN- 2010). Neste sentido, este mesmo paciente passará a ter suas queixas compreendidas e melhor acolhidas, garantindo assim o direito de um atendimento humanizado.

De acordo com Ramos e Lima (2003) o acolhimento é uma atitude do profissional da enfermagem de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, dentro do possível, atendê-las ou direcionar ao sistema de resolução. Esse acolhimento pode dar-se através do acesso de assistência de modo seguro, tratando o ser observando seus direitos, intervindo em seu sofrimento do outro, reconhecendo seus riscos e o tratando de forma humanizada.

Para que exista esse acolhimento, ele deve e precisa ser organizado, dando outra direção as atividades desenvolvidas nos hospitais, além de ser realizada de forma eficaz na produção da saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o acolhimento interfere nos processos de trabalho que tem a finalidade da resolução das situações e dos problemas de saúde das pessoas que procuram as unidades de saúde. Além disso, ele deve ser adequado ao volume de atendimento na percepção da privacidade e o conforto dos usuários.

A avaliação e classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de riscos, agravos a saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004).

Conforme Silva e Alves (2008), o Acolhimento deve ser executado por todos os profissionais de saúde, porém o enfermeiro torna-se o profissional mais indicado para essa função, devido sua formação de base coletiva e centrada na atenção integral ao ser humano, o que se considera uma habilidade imprescindível para avaliação de riscos, uma vez que, além de avaliar as vulnerabilidades físicas, leva em consideração o sofrimento psíquico do usuário que busca o serviço.

Mediante a tal processo, Franco; Bueno; Merhy (1999) defendem que o atendimento a todos os usuários que buscam o serviço de saúde deve ser universal, com equidade e comprometimento, além de humanizado.

Diante dessa visão, constata-se a necessidade de mudanças que faz com que os serviços de saúde que adotou a classificação de riscos como um dispositivo de atendimento e organização para as atividades exercidas na unidade hospitalar.

O COREN (2010, p.23), destaca que: a classificação de riscos é uma ferramenta de organização no serviço de saúde, que definirá a prioridade do atendimento pela gravidade. Já o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) apontou acolhimento com classificação de risco como uma ferramenta utilizada para proporcionar a atenção por nível de gravidade. A classificação de risco considera as áreas de emergência e de pronto atendimento.

Já em 2004, o Ministério da Saúde informa que o acolhimento através da classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento. Desta forma, a utilização da Avaliação e Classificação de Risco deve ser por observação ou por explicitação (BRASIL, 2004).

O Acolhimento com Classificação de Risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O Acolhimento com Classificação de Risco em Serviços de Urgência e Emergência necessita do aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade

das atividades exercidas por cada categoria buscando o atendimento por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução, além do aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde em seu contexto existencial e elevação dos coeficientes de vínculo e confiança entre eles e da operacionalização de uma clínica ampliada (ABBÊS; MASSARO, 2006).

O objetivo da classificação de riscos é avaliar o paciente em sua chegada a unidade de saúde, atendendo-o de forma humanizada, diminuindo sempre o volume de pacientes na unidade de saúde, além de reduzir o tempo de atendimento, constatando o tipo de gravidade e o atendimento a receber, além de garantir prioridade aos pacientes que necessitem de atendimento ágil e tratamento (BRASIL, 2004).

No processo de classificação de risco, o profissional da enfermagem deve avaliar os sinais vitais e dosagem de glicemia, realizar exame físico, estabelecendo a gravidade do paciente que procura o serviço de urgência e emergência da instituição (BELLAGUARDA, 2009).

O Sistema de Triagem Manchester é um método que consiste em identificar a queixa inicial, seguir o fluxograma de decisão e, por fim, estabelecer o tempo de espera, que varia de acordo com a gravidade do paciente e que tem o objetivo de estabelecer um tempo de espera pela atenção médica dos usuários das unidades de urgência e emergência.

De acordo com Abbês e Massaro (2006) esse sistema pode servir de instrumento para qualificar a assistência nas unidades hospitalares, humanizando o atendimento, identificando através dos riscos e padronização dos medicamentos. Ele também se apresenta como instrumento que serve para encaminhar e reordenar a demanda, através do auxílio e participação efetiva da equipe multidisciplinar e que os mesmos sejam aprovados também pelo gestor (HORR, 2008)

Na visão de Albino, Grosseman e Riggensbach (2007) o processo de classificação de risco é desempenhado pelo enfermeiro que, por sua vez, deve estar capacitado para desenvolver uma atividade dinâmica e eficaz. Daí então, os profissionais da enfermagem devem ter conhecimento acerca do processo de classificação de risco, pois contribui de forma significativa para a demanda do hospital e a população atendida, pois é através desse conhecimento que os mesmos podem realizar uma assistência mais qualificada e diferenciada.

Este enfermeiro que atua na classificação de risco deve capacitar-se e assim adquirir habilidades para promover este trabalho que se realiza através da escuta, da

avaliação, do registro correto da queixa, trabalhar em equipe e com raciocínio para que possa ser ágil nos encaminhamentos na rede assistencial para que se efetive a continuidade do cuidado (SOUZA, TADEU e CHIANCA, 2011).

Sendo assim e de acordo com Baggio, Callegaro e Erdman (2008), os profissionais que atuam em unidades de emergência devem demonstrar destreza, agilidade, habilidade e serem capazes de distinguir as prioridades abordando o paciente de uma maneira incisiva, objetiva e intervindo de forma consciente e segura.

Neste sentido, observa-se a importância da capacitação profissional para o atendimento com classificação de risco, para que se possa alcançar o objetivo de uma unidade de saúde, logo precisa-se capacitar toda a equipe de enfermagem utilizando estratégias educativas (TEXEIRA, 2003)

Daí então expõe-se a necessidade das atividades a serem realizadas em um projeto para que haja a aprendizagem de conhecimento, valorizando saberes e práticas que visem o bem estar de todos os usuários e daqueles que também prestam serviços na unidade de saúde.

3.2 SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

A demora no atendimento de um paciente em um serviço de Urgência e Emergência, dependendo do seu quadro clínico, pode levar a um sofrimento desnecessário e até a morte. Nesse contexto, há muitos casos de desistência, provocando possíveis pioras ou cura por motivos naturais, mas sempre levando à insatisfação dos usuários. Diante desse quadro, em 1997 na cidade de Manchester na Inglaterra, foi criado o Sistema de Triagem de Manchester (STM) ou Protocolo de Manchester, o qual é responsável pelo atendimento dos pacientes não por ordem de chegada, mas por gravidade dos seus sinais e sintomas, o que solucionaria alguns dos aspectos prejudiciais do atendimento de emergência (DIOGO, 2007).

Conforme Mackaway-Jones (2006), no STM a Classificação de Risco dos pacientes não deve ser baseada em diagnósticos médicos ou de enfermagem, mas deve usar uma metodologia de tomada de decisão embasada em prioridades clínicas.

No Protocolo de Manchester, o enfermeiro é o responsável por acolher os pacientes e classificá-los dentro de uma prioridade clínica. É responsável pela atribuição correta das prioridades e o reconhecimento do risco de deterioração do estado dos pacientes (MACKAWAY-JONES, 2006).

O Sistema de Triagem de Manchester tem como objetivo estabelecer um tempo de espera pela atenção médica e não de estabelecer diagnóstico. O método consiste identificar a queixa inicial, seguir o fluxograma de decisão e, por fim, estabelecer o tempo de espera, que varia de acordo com a gravidade do paciente (ULBRICH, 2010).

Segundo Ulbrich et. al. (2010) a classificação de risco é definida por coloração da área:

- Vermelha: deve estar devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas.

- Amarela: área destinada à assistência de vítimas críticas e semicríticas já com terapêutica de estabilização iniciada.

- Verde: acolhe vítimas não críticas, em observação ou internadas aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.

- Azul: recebe as vítimas de atendimento de consultas de baixa e média complexidade. Área de acolhimento com fluxo obrigatório na chegada.

A cor vermelha (emergência) tem prioridade no atendimento, ou seja, atendimento imediato. A cor amarela (urgente) prevê atendimento em dez minutos, pacientes críticos e semicríticos. A cor verde é pacientes não críticos, mas que requerem atendimento, de duas a três horas de espera. E a cor azul que é paciente de média e baixa complexidade, encaminhando para rede básica (ULBRICH, 2010).

O STM também prevê que paciente pode ter agravamento de seu quadro clínico durante a espera pela avaliação médica. Dessa maneira, ele pode ser reclassificado, e ter sua prioridade alterada. Sendo que nesses casos, é importante o olhar acurado e atento do enfermeiro que realiza a classificação (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010).

No Brasil, o papel do enfermeiro no ACCR esta previsto nas portarias do MS que regulamentam os serviços de urgência e emergência. Essa responsabilidade foi reforçada em 2009 pela PNH (BRASIL, 2006; 2009). É importante ressaltar que a capacitação dos enfermeiros para operar o STM é realizado unicamente pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Além disso, o protocolo ainda não conta com estudos de validação aqui no Brasil, do mesmo modo o STM não é abordado nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde (SOUZA et.al, 2011).

3.3 IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO PARA A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Observamos na nossa prática profissional, que as portas de entrada de serviços de emergências hospitalares e pronto-atendimentos continuam sendo vistas pelos usuários como

a melhor forma de buscar atendimento. Com isso, colaborando com a superlotação desses serviços e na dificuldade desses locais em satisfazer as necessidades da população, além da dificuldade de eleger as prioridades de atendimento.

Conforme Santos et al. (2003) a superlotação de usuários nas portas hospitalares de Serviços de Urgência e Emergência é um fenômeno bem conhecido dos gerentes, dos gestores e dos profissionais de saúde, bem como dos usuários.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde passa a desenvolver políticas de saúde voltadas para a qualificação e melhoria dos processos de trabalho no atendimento às Urgências e Emergências. No ano de 2004, através da criação do Programa Nacional de Humanização, o Humanizaus, houve uma definição da estratégia de modificação do processo de trabalho em saúde utilizando as ferramentas de Acolhimento e da Avaliação com Classificação de Risco (BRASIL, 2008).

Além disso, com a portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011 na qual reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, tem como uma das diretrizes a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos (MS, 2011).

O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção (MS, 2011)..

Justifica-se a necessidade de uma política pública que oriente as ações dos Serviços de Urgência e Emergência na tentativa de alterar uma assistência baseada na produção de consultas de urgência na pouca seletividade protagonizada por estes serviços sobrecarregados com atendimentos que poderiam ser realizados em outros níveis de assistência e ainda têm dificuldade de reconhecer as prioridades de atendimentos dentre os usuários que os acessam (BRASIL, 2006).

4 METODOLOGIA

Essa monografia está inserida na tecnologia de concepção do curso de especialização em linhas de cuidado em enfermagem – Urgência e Emergência. Trata-se, pois, de um projeto de capacitação a ser realizado no âmbito do acolhimento com classificação de risco em setor de emergência hospitalar.

O setor de Classificação de Risco do hospital-foco funciona em regime de plantão diurno e noturno com carga horária de 12hx60h, ou seja, há um total de 6 (seis) enfermeiras (os) a serem capacitados inicialmente.

Devido a importância da capacitação como já foi exposto, buscando a uniformização das orientações e a oportunização de uma discussão democrática, é sugerido que a capacitação se dê em um momento único para os 6 enfermeiros.

Para isto, é importante que fique claro, tanto para o paciente quanto para os demais profissionais, através de comunicação interna e informes afixados no serviço, orientando que no período estabelecido, não haverá assistência deste setor por motivo de capacitação para melhor servir ao usuário.

Outra demanda que deve ser ressaltada é a necessidade de que o serviço se comprometa em disponibilizar solicitação da presença destas (es) enfermeiras (os) no período estabelecido, pois possivelmente algumas (uns) tem outros compromissos nos dias e horários definidos, disponibilizando ainda, o certificado de participação ao término da capacitação.

5 RESULTADOS

A proposta sugere uma capacitação de 20 horas, durante uma semana, quatro horas por dia, oferecendo o seguinte conteúdo programático:

- Introdução: Humanização, Acolhimento, Redes de contra- Referência;
- Políticas de Saúde em Urgência: Portarias;
- Papel da (o) Enfermeira (o) em Acolhimento e Classificação de Risco;
- Sistema de Manchester;
- Assistência Informatizada;
- Estudo de caso/Prática;
- Reorganização da Implantação do Acolhimento no CMH;
- Avaliação das atividades.

Material utilizado para elaborar solicitação de presença na capacitação:

- certificado;
- carta-convite às instituições de ensino;
- apresentação do projeto à direção, coordenação de enfermagem;
- comunicação interna para liberação dos funcionários do setor;
- convite ao setor de informática.

O cronograma do curso será o seguinte:

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
Introdução: Humanização, Acolhimento, Redes de contra- Referência; Políticas de Saúde em Urgência: Portarias.	Papel da Enfermeira no Acolhimento e Classificação de Risco	Sistema de Manchester Sistema de Manchester	Assistência Informatizada Assistência Informatizada;	Estudo de caso/Prática; Reorganização da Implantação do Acolhimento no CMH; Avaliação das atividades.

REFERÊNCIAS

- ABBÊS, C.; MASSARO, A.. Acolhimento com Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e de Gestão do SUS**. Brasília – DF: MS, 2006. Cap. 5, p. 24-36. Disponível em <www.slab.uff.br/textos/texto84.pdf> Acesso em 27/04/2014.
- ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. **Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade**. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 36, n. 4, p. 70-75, out./dez. 2007. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf. Acesso em: 27/04/14.
- BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. **Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, n. 5, p. 552-557, out. 2008. Disponível em: <http://worldwidescience.org/topicpages/p/pacientes+em+suporte.html>. Acesso em: 28/04/14.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BELLAGUARDA, M. L. R. Parecer COREN/SC Nº. 001/CT/2009 **Acolhimento em Urgência e Emergência com Classificação de Risco**. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a23.pdf>. Acesso em: 29/04/14
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 2006c. 448p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º2048/GM de 5 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico das urgências e emergências e sobre os serviços de atendimento móvel de urgências e seus diversos veículos de intervenção. Brasília, 2002.
- 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, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2008.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Consolidação da Legislação e ética Profissional**. Florianópolis: COREN-SC, 2010.
- DIOGO, Carla Silva. Impacto da relação cidadão – Sistema de Triagem de Manchester na Requalificação das urgências do SNS. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Serviços de

saúde). Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa. Escola de Gestão ISCTE. Dezembro de 2007. Disponível em:

FERNANDES, I. A, Protocolos no serviço de urgência. Revista nursing. Portugal, 2010.

FERREIRA, Berta Weil. Análise de conteúdo. Revista Aletheia. junho,2000.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun.1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em: 29/04/14

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Sistema Manchester de Classificação de Risco. Classificação de Risco na Urgência e Emergência. 1º ed. Brasil, 2010.

MACKAWAY-JONES, K.; MARSDEN, J; WINDLE, J. Emergency Triage: Manchester Triage Group. 2. ed.: Paperback 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de atenção a Saúde; Núcleo da política nacional de humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (Brasil): Ministério da saúde; 2008.

POLIT DF, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas;1995.

RAMOS, D.; LIMA, M. A.. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300015&script=sci_arttext. Acesso em 28/04/14.

ROSSANEIS, M.A; HADDAD, M.L; BORSATO, F.G; Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. Rev. Eletrônica, 2011.

SHIROMA, L.M.B; PIRES, D.E.P; REIBNITZ, K.S; Reflexões acerca da implantação de um protocolo de classificação de risco no serviço de emergência. Rev. Aben Nacional, 2011.

SILVA, L.G; ALVES, M.S; O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. Rev. APS, 2008.

SILVEIRA, M.F.A; FELIX, L.G; ARAUJO, D.V; SILVA, I.C; Acolhimento no programa saúde da família: um caminho para humanização da atenção a saúde. Rev. Cogitare, 2004.

SOUZA, C.C, et.al. Classificação de risco na emergência domiciliar: Comparação entre o sistema Brasileiro e o protocolo de Manchester. Rev. Latino-Am de Enfermagem. V.19, N. 1. Brasil, 2011.

SOUZA, C.C, TADEU, L.F.R, CHIANCA, T.C.M. **Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester.** Rev

Latinoam Enferm. 2011 jan-fev; 19(1):26-33. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf. Acesso em: 28/04/2014.

TEIXEIRA, R.R. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações**. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 49-61.

ULBRICHI, Elis Martins; MANTOVANI, Maria de Fátima; BALDUINO, Anice de Fátima; REIS, Bruna Karoline dos. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. CogitareEnferm. 2010. Abr/Jun; 15(2):286-92.

WOOD GL, Haber J. Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4 ed. Rio de Janeiro. (RJ): Guanabara Koogan; 2001.