

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**JACQUELINE FERNANDES CAVALCANTE DOMINGOS**

**PROPOSTA DE REESTRUTURAÇÃO  
DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PEQUENO PORTE**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**JACQUELINE FERNANDES CAVALCANTE DOMINGOS**

**PROPOSTA DE REESTRUTURAÇÃO  
DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PEQUENO PORTE**

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: Fernanda Maria Vieira Pereira**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **PROPOSTA DE REESTRUTURAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PEQUENO PORTE** de autoria do aluno **JACQUELINE FERNANDES CAVALCANTE DOMINGOS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado \_\_\_\_\_ no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência.

---

**Profa. Fernanda Maria Vieira Pereira**  
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 à todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para esta conquista, especialmente à Deus; à equipe docente da UFSC, em especial a professora Fernanda Maria Vieira Pereira, orientadora deste trabalho, meus colegas profissionais de saúde e familiares.

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, que através de seu Programa de Pós Graduação em Enfermagem (EAD), em parceria com o Ministério da Saúde, viabilizaram a realização do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência, contribuindo efetivamente com o aperfeiçoamento técnico-profissional e a qualidade dos serviços desempenhados por todos que colaboram com o Sistema de Saúde Pública de nosso país.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVOS.....	10
2.1 GERAL.....	10
2.2 ESPECÍFICOS.....	10
3 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE.....	11
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
5 PLANO DE AÇÃO.....	15
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS.....	19
ANEXOS	

## **RESUMO**

O presente trabalho teve como objetivo propor a reestruturação do serviço de acolhimento de um hospital público de pequeno porte, com a implantação de um sistema de classificação de risco que possibilite a solução dos problemas atualmente enfrentados, tais como superlotação, falta de humanização e demora no atendimento aos usuários, e sobrecarga de trabalho dos profissionais. A observação e o exercício da prática profissional serviram como ferramentas balizadoras na identificação dos problemas existentes e, através da pesquisa bibliográfica, buscou-se fundamentação técnica e científica para a solução dos problemas detectados. O elemento central de toda a proposta fundamenta-se na aplicação de protocolos de classificação de riscos, que vêm sendo utilizados com sucesso em diversos países. O Sistema de Triagem Manchester subsidiou as principais soluções sugeridas. A aplicação da presente proposta obterá êxito havendo o envolvimento e o compromisso de todos os profissionais envolvidos, constituindo intervenção decisiva na promoção da saúde e reorganização dos serviços, contribuindo efetivamente com a Política Nacional de Humanização.

Palavras chaves: acolhimento; humanização; classificação de risco

## 1 INTRODUÇÃO

O acolhimento do usuário nos serviços de saúde constitui-se um grande desafio enfrentado pelos profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo nos serviços de urgência, caracterizado pela grande demanda de atendimento. Assim, a não distinção de riscos e grau de complexidade dos casos torna-se um fator de agravamento para muitos pacientes.

Com o objetivo de organizar o fluxo de pessoas que procuram os serviços de urgência/emergência, o Ministério da Saúde (MS) propôs a criação da classificação de risco como dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH), a fim de proporcionar um atendimento resolutivo e humanizado.

O principal critério de classificação prioriza o atendimento daquele usuário que apresente estado de saúde com maior risco de agravamento do seu quadro clínico, maior sofrimento, maior vulnerabilidade e que esteja mais fragilizado, não podendo este simplesmente submeter-se a uma fila de espera, formada por ordem de chegada (BRASIL, 2004).

Neste sentido, a avaliação com classificação de risco implica analisar sob a ótica de um protocolo preestabelecido o grau de necessidade do usuário, a fim de proporcionar um atendimento pautado no nível de complexidade sem considerar a ordem de chegada, favorecendo, deste modo, agilidade no serviço (BRASIL, 2004).

Diversos são os protocolos baseados na avaliação com classificação de risco, tendo sido o Australian Triage System (ATS), criado no final dos anos 80, o primeiro a apresentar uma proposta de padronização de triagem. Na década seguinte surgiram os principais sistemas de triagem, destacando-se o Sistema de Triagem Manchester (STM), utilizado como ferramenta na priorização dos atendimentos em emergência, que se tem mostrado acurado (LAHDET et al., 2009), de fácil manejo e uniformidade das decisões pelos enfermeiros (CRONIN, 2003).

No Brasil, o protocolo utilizado para a classificação de risco baseia-se no Sistema de Triagem Manchester, sistema muito utilizado na União Europeia e Reino Unido, sendo operado por enfermeiros. No ano de 2007, em Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais, realizou-se o primeiro curso sobre STM, ministrado pelo GPT - Grupo Português de Triagem, para a implantação deste protocolo em 2008 (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

Este protocolo aplicado nos hospitais e unidades básicas de saúde estabelece normas e critérios detalhados para a definição de prioridade no atendimento ao usuário, fundamentado na sua queixa principal apresentada ao profissional da saúde de nível superior (enfermeiro) que deve estar tecnicamente habilitado, mediante treinamento específico na aplicação do protocolo preestabelecido, que obrigatoriamente levará em consideração os sinais e sintomas da enfermidade, sem presumir, no entanto, qualquer diagnóstico médico (BRASIL, 2002).

A prioridade de atendimento deverá ser estabelecida de acordo com o quadro clínico de maior gravidade, seguindo uma escala nacional de triagem, composta respectivamente por números (1, 2, 3, 4, 5), nomes (emergência, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente) e cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), que determinarão o tempo máximo para o atendimento do paciente sem o comprometimento de sua saúde (MACKAWAY-JONES; ARSDEN; WINDLE, 2001).

O profissional da área da saúde que desenvolve sua atividade no setor de urgência/emergência hospitalar conhece a realidade enfrentada pelos usuários que buscam atendimento, bem como problemas administrativos, estruturais, conjunturais e culturais determinam este quadro preocupante.

Desta forma, a proposta de reestruturação do acolhimento com classificação de risco na unidade de emergência deve contar com a participação destes profissionais que atuam no serviço incluindo um grupo de trabalho constituído por uma equipe multiprofissional (enfermeiros, médicos, assistentes sociais e técnicos de enfermagem).

Portanto, a reestruturação do acolhimento com classificação de risco constitui-se em uma intervenção decisiva na promoção da saúde e reorganização dos serviços, além de contribuir efetivamente com a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, proposta pelo Ministério da Saúde.

## **2. OBJETIVOS**

### ***2.1 Geral***

Propor a reestruturação do acolhimento com classificação de risco na unidade de emergência de um hospital público de nível secundário.

### ***2.2 Específicos***

Realizar o levantamento do número de atendimentos realizados diariamente e o número de profissionais do serviço.

Propor a reorganização do fluxo de pacientes de acordo com a Triagem Manchester.

### 3 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

Ao longo da trajetória do profissional da área da saúde, inevitavelmente, este depara-se com graves problemas relacionados à recepção e acolhimento de usuários dos hospitais da rede pública, onde a demanda por atendimento médico é intensa, e a quantidade de profissionais é escassa, causando um serviço de baixa qualidade e eficiência, caracterizado por superlotações, demora no atendimento, insatisfação dos usuários e dos profissionais da saúde.

Foi possível perceber claramente algumas das causas do problema em foco, destacando especialmente: a) gestão administrativa ineficiente; b) falta de planejamento estratégico; c) desmotivação dos profissionais (desde o auxiliar de enfermagem ao médico); d) sobrecarga de trabalho; e) falta de qualificação técnica; f) ambiente de trabalho inadequado, além de outros, que igualmente interferem bastante no desempenho e qualidade do serviço.

O usuário ao procurar o serviço de emergência de um hospital público em busca de atendimento médico depara-se com um ambiente sem a organização e a eficiência necessárias no momento da recepção deste, ou seja, sem um processo que estabeleça critérios de prioridade e disciplina, gerando sempre um grande gargalo já neste momento inicial de atendimento, provocando inevitavelmente a insatisfação do usuário, o estresse dos funcionários, sem promover a necessária relação amistosa e humanizada que deveria existir entre o usuário e trabalhadores da saúde.

A unidade hospitalar que serve de modelo para a realização deste projeto desde outubro de 2013, é um hospital público municipal de pequeno porte, que dispõe de 39 leitos assim dispostos: 20 para internação de adultos, oito para clínica pediátrica, sete para maternidade, sendo: dois de pré-parto, um para parto e quatro pós-parto; e quatro pós-cirúrgico, para as cirurgias eletivas de pequeno porte e cesarianas. Em média são realizados 8.000 atendimentos por mês.

O pronto socorro funciona 24 horas e atende os pacientes encaminhados pelas UBS (Unidades Básicas de Saúde), pelo SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e de demanda espontânea.

A equipe de serviço é composta por enfermeiros (15), médicos (30), assistentes sociais (02), fisioterapeuta (01), nutricionista (01), farmacêutico (01), técnico enfermagem (70) e coordenador de enfermagem (01). 12

Atualmente, o serviço é realizado da seguinte forma: o usuário é recepcionado por um(a) auxiliar de enfermagem, que realiza uma breve triagem e preenche sua ficha de atendimento, priorizando-se, após breve mensuração de níveis pressóricos e de temperatura (caso o usuário refira febre), apenas aos idosos, crianças e gestantes, bem como em casos de acidentes mais graves, que são encaminhados imediatamente ao ambulatório e/ou emergência.

Aparentemente, a forma como estão sistematizados o acolhimento e a triagem dos serviços de urgência/emergência e ambulatorial do hospital demonstra que estes serviços funcionem com eficiência, porém, não ocorre na prática.

Constata-se, facilmente, na sua rotina diária, que o serviço estagnou-se, não existindo eficiência na rotina dos atendimentos, gerando insatisfações de todos os envolvidos (usuários e trabalhadores da saúde). Assim, o referido serviço limita-se a uma prática quase empírica, que provoca os principais problemas vividos no dia-a-dia, tais como: superlotação, fila de espera, recusas de usuários que não se encaixem nos critérios de atendimento, gerando um ambiente de permanente tensão, insatisfação e desgaste.

Este quadro delineado é decorrente de fatores diversos, dentre os quais podem-se destacar: a) deficiência de recursos humanos e materiais, indispensáveis ao bom desempenho do serviço; b) superlotação; c) sobrecarga de serviço; d) falta de capacitação técnica; e) falta de trabalho coordenado (com sinergia), que proporcione a colaboração e o compromisso entre os profissionais e suas equipes; f) conflitos de gestão; g) interferências políticas.

Considerando-se a problemática apresentada, a reestruturação do acolhimento com classificação de risco na instituição trará grandes contribuições aos usuários e também aos profissionais inseridos neste serviço.

#### 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os sistemas de classificação de risco na urgência não são recentes. Remontam às guerras napoleônicas (1799-1815) em que o exército francês inicia o seu uso para separar feridos que necessitavam de atendimento mais precoce. Vem desse período o nome *triage* em francês, que é utilizada com o sentido de separar ou classificar (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

A enfermagem também tem importante contribuição na classificação de risco, representada por Florence Nightingale, atuando na guerra da Criméia em 1854, onde iniciou o agrupamento de pacientes de acordo com o tipo de tratamento e gravidade dos casos (VARGAS et al., 2007).

Em revisão da literatura sobre a evolução dos modelos de triagem, Eric Fortes Lahdet et al. (2009), destacaram que nas décadas de 1950 e 1960 percebeu-se o início da classificação de risco nos hospitais civis dos Estados Unidos (USA), deixando de ser uma atividade apenas militar. Até 1962 somente os médicos realizavam a triagem. Neste ano o Hospital Parkland localizado em Texas, USA, adotou o enfermeiro como triador, o que gerou polêmicas entre a comunidade médica, mas também serviu de modelo para outros serviços.

Os protocolos de triagem foram desenvolvidos e utilizados na maioria das vezes por serviços e hospitais isolados. No fim dos anos 1980, surge a primeira proposta de padronização de um sistema de triagem de urgência na Austrália, que deu origem ao Australasian Triage System (ATS), utilizado pelo sistema de saúde australiano. Na década seguinte surgem os principais sistemas de triagem atuais. O Sistema de Manchester (Manchester Triage System) surgiu no Manchester Royal Infirmary com a equipe do Dr. Kevin Mackway-Jones e logo foi recomendado para todo o Reino Unido e, depois, internacionalizou-se (MACKAWAY-JONES; K.MARSDEN; J.WINDLE, 2001).

No Brasil, os sistemas de triagem foram recomendados pela primeira vez em 2002 pelo Ministério da Saúde na portaria 2048 que dispõem sobre a organização dos sistemas de urgência (BRASIL, 2002). Já nesta normatização o termo internacional triagem foi substituído por classificação de risco, já que não envolvia diagnóstico e sim a priorização no atendimento, o que foi reforçado na Política Nacional de Humanização (PNH) (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

14

A triagem classificatória deverá ser realizada por profissional de saúde, de nível superior, com treinamento específico, por meio da utilização de protocolos preestabelecidos. É proibida nessa triagem, a dispensa de pacientes antes que estes recebam o atendimento médico. Dessa forma, após a triagem, os pacientes são encaminhados aos consultórios médicos. Uma vez realizado o atendimento, o paciente deverá ter sua referência garantida, através do encaminhamento realizado às centrais de regulação ou aos fluxos previamente pactuados (BRASIL, 2002).

Considerando a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, cabe ao enfermeiro realizar a Classificação de Risco, uma vez que a Lei 7.498/86 incumbe, privativamente ao enfermeiro, a consulta de enfermagem e a realização de técnicas de maior complexidade, que exijam conhecimentos científicos adequados e a capacidade de tomar decisões rápidas (NISHIO: FRANCO, 2011).

Tendo em vista que o enfermeiro exerce papel essencial neste processo, faz-se necessário que ele esteja envolvido na criação de estratégias fundamentadas nas teorias dos principais sistemas praticados na atualidade, que venham ao encontro dos objetivos estabelecidos na política de saúde pública do SUS que visem estabelecer melhorias neste serviço.

## **5 PLANO DE AÇÃO**

O projeto de intervenção na prática constitui-se como um processo de reflexão acerca do trabalho cotidiano do profissional, com enfoque no cuidado de qualidade, fundamentado em uma teoria, enfocando o aprendizado para a resolução de problemas (SARRETA, 2009).

Desta forma, como o objetivo de reestruturar o acolhimento com classificação de risco da instituição, algumas ações serão realizadas entre os gestores e profissionais envolvidos no serviço.

Assim, o projeto de intervenção para a reestruturação do serviço de urgência da instituição será baseado nos nós críticos apresentados abaixo:

### **Nós críticos**

1. deficiência de recursos humanos e materiais, indispensáveis ao bom desempenho do serviço;
2. adequações de ambiência;
3. superlotação;
4. sobrecarga de serviço;
5. falta de capacitação técnica
6. falta de trabalho coordenado (com sinergia), que proporcione a colaboração e o compromisso entre os profissionais e suas equipes;
7. conflitos de gestão;
8. interferências políticas.

### **Objetivo**

Propor a reestruturação do acolhimento com classificação de risco em um hospital público de nível secundário.

### **Ação/operação/projeto proposto para superá-lo**

#### **Descrição:**

- ✓ Apresentar aos gestores do hospital um projeto de reestruturação das práticas assistenciais, de treinamento, de aprendizado e de mudança de atitude dos profissionais envolvidos com o setor em foco;

- ✓ Propor um serviço de acolhimento ao usuário fundamentado na avaliação e classificação de risco, proporcionando-lhe um atendimento mais rápido, eficiente e humanizado;
- ✓ Apresentar o fluxograma de classificação de risco de acordo com a Triagem Manchester (Anexo 1) e o tempo de resposta para o atendimento de acordo com a classificação das urgências (Anexo 2);
- ✓ Elaborar proposta para readequação da estrutura física do ambiente proporcionando conforto e bem estar aos usuários e servidores;
- ✓ Propor o aumento do número de profissionais do setor de forma a reduzir o tempo de atendimento, eliminando o problema de superlotação;
- ✓ Analisar e redimensionar as atividades de cada profissional, proporcionando a redução da sobrecarga de trabalho;
- ✓ Habilitar todo o pessoal envolvido no serviço de urgência / emergência, capacitando-os tecnicamente a operacionalizar o novo sistema de classificação de risco proposto;
- ✓ Sensibilizar gestores e profissionais a desenvolver esforços no sentido de priorizar o trabalho em conjunto e colaborativo, proporcionando a otimização dos resultados desejados;
- ✓ Definir claramente as competências de cada gestor e servidor, evitando interferências e conflitos de poder;
- ✓ Eliminar ou reduzir o atendimento por meio de ingerência política, sensibilizando e conscientizando os usuários, os servidores, os gestores e, esclarecendo-lhes as graves consequências no desempenho e qualidade da assistência prestada.

**Atores sociais/ responsabilidades:** Gestores / médicos / enfermeiros / servidores técnicos e administrativos.

**Recursos necessários:** Papéis.

**Gestão, acompanhamento e avaliação.**

A nova forma de acolhimento a ser implantada será avaliada pelos gestores, médicos e enfermeiros envolvidos neste serviço. A resposta dos usuários considerados

elementos centrais desta proposta, será fundamental neste processo de avaliação, pois refletirá seu grau de satisfação às mudanças efetivadas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por se tratar de uma proposta de reestruturação de um serviço, ainda não ter sido aplicada na prática, não é possível fazer uma inferência positiva acerca da aplicabilidade destas ações na instituição, no entanto, este trabalho proporcionou adquirir novos conhecimentos, maior consciência da realidade do SUS dos grandes desafios e da necessidade do envolvimento e comprometimento de cada profissional de saúde.

O plano de ação apresentado, se bem apreendido pela equipe, certamente proporcionará maior eficiência no serviço, retificando os problemas detectados.

Os maiores obstáculos percebidos residem na gestão de recursos humanos e financeiros, que determinam a qualidade dos serviços prestados. Os recursos financeiros são sempre escassos e/ou mal aplicados; os recursos humanos, na maioria dos casos, despreparados, desmotivados e descompromissados. Urge aos gestores a consciência desta grave situação e a promoção de ações que possibilitem maior integração, motivação, qualificação e comprometimento de todos os profissionais.

Portanto, espera-se que o acolhimento do usuário, levando-se em conta a aplicação do protocolo de classificação de risco e do plano de ação proposto, representará resultado significativo para o serviço em qualidade e eficiência, tornando as ações mais humanizadas, organizadas e seguras.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**. Brasília, 2004. P. 17-20.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CRONIN, J.G. The introduction of the Manchester triage scale to an emergency departament in the Republic of Irland. **Accident & Emergency Nursing**, v.11, n 2, p.121-125, 2003.

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

LAHDET, F.E. et al. Analysis of triage worldwide. **Emergency Nursing**. v. 17, n.4, p. 16-19, 2009.

MACKAWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency Triage: Manchester triage Group**. 2. ed. [s.l.]: Paperback, 2001.

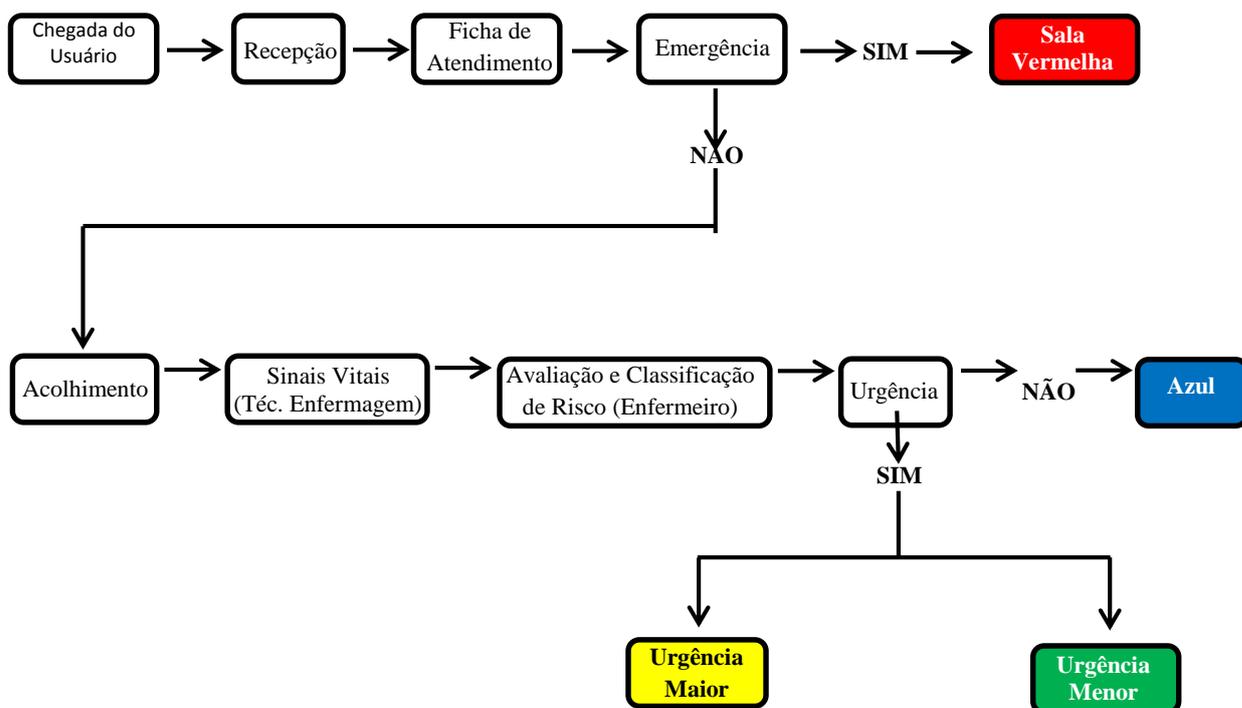
NISHIO, E. A.; FRANCO, M.T. G. **Modelo de Gestão em Enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 07/03/2014.

VARGAS, M.A. et al. Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? **Revista brasileira enfermagem** [online]. 2007, vol.60, n.3 p. 339-343 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300018&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300018>. Acesso em: 24 mar 2014.

## ANEXO 1

## FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



## ANEXO 2

Nome	Cor	Tempo-resposta minutos
Emergência	Vermelho	0
Urgente	Amarelo	30
Pouco urgente	Verde	60
Não urgente	Azul	120