

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CLEITIANE DE JESUS GOMES SILVA

**IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE MISTA ITAQUI
BACANGA EM SÃO LUÍS – MA.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CLEITIANE DE JESUS GOMES SILVA

IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE MISTA ITAQUI BACANGA EM SÃO LUÍS – MA.

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: Andréa Mara Bernardes da Silva

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE MISTA ITAQUI BACANGA EM SÃO LUÍS – MA**, de autoria do aluno **CLEITIANE DE JESUS GOMES SILVA** 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. Ms. Andréa Mara Bernardes da Silva
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

AGRADECIMENTOS

A Deus, por está presente em todos os momentos da minha vida e pela sua infinita bondade ajudando-me nessa caminhada.

A Minha família por serem a minha base e o meu exemplo de vida, pelo apoio em todas as minhas escolhas e pelo incentivo a sempre seguir em frente.

A Prof^a Andréa Mara Bernardes da Silva, por ter me orientado e acreditado neste trabalho, pela ajuda e incentivo a sempre seguir em frente nos momentos de dificuldade e tantos outros momentos que eu recorri a ela para me ajudar.

LISTA DE QUADROS

Quadro1. Níveis de Classificação de Riscos por prioridades.....	13
Quadro2. Cronograma de Atividades.....	14

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
3 MÉTODO.....	12
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS.....	22
APÊNDICES E ANEXOS.....	21

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo descrever a implantação da classificação de risco na Unidade Mista Itaqui Bacanga em São Luís- MA, utilizando protocolo de Manchester que se subdivide em cinco níveis de urgências determinados pela cor e tempo de atendimento. A implantação do sistema de acolhimento e classificação de risco foi subdividida nas etapas: realização do diagnóstico situacional, elaboração do projeto de implantação, capacitação e sensibilização dos profissionais, readequação da estrutura física da unidade de saúde, execução do planejamento e avaliação. Dentre os fatores que dificultam a implantação do programa estão os profissionais que manifestaram dificuldade de reconhecer que a mudança contribuiria para melhoria das condições de trabalho e levaria a maior eficiência no atendimento ao usuário. Diante de toda a complexidade no atendimento da unidade de Urgência e Emergência, a implantação de um sistema de acolhimento e classificação de risco surgiu com os objetivos de melhorar a qualidade na prestação dos serviços de saúde; garantia de atendimento e acesso compatível com as suas prioridades clínicas; e otimizar e sistematizar o atendimento dos usuários.

Descritores: Classificação de risco; Urgência Emergência, Humanização da Assistência.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, surgiram algumas iniciativas de organização do setor saúde, com criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves que eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Em 1933 houve a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que organiza-se por categorias funcionais e aos poucos foram substituindo as CAPs (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985).

Em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para atender exclusivamente as pessoas que possuíam carteira de trabalho. Em 1982, implantou-se a AIS – Ações Integradas de Saúde, o primeiro desenho estratégico de co-gestão, de desconcentração e de universalização da atenção à saúde, além da possibilidade de participação criada entre INAMPS (curativo) e Ministério da Saúde (Preventivo) onde criou-se uma gerência compartilhada, com a presença de representantes de instituições e da população. No ano de 1987 foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado (SUDS), que representou a desconcentração das atividades do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde (CARVALHO e SANTOS, 1995).

Com a democratização das ações e dos serviços de saúde em 1990, criou-se o Sistema Único de Saúde, regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, os serviços de saúde deixam de ser restrito aos trabalhadores e passam a ser universais (BRASIL, 1990).

Percebeu-se, então, a necessidade de uma mudança na conjuntura política da saúde no Brasil e a reorientação das práticas de saúde, devido ao aumento da população, até então sem nenhuma cobertura e a desorganização do sistema de saúde, resultou nas manifestações sociais por melhorias no atendimento hospitalar que culminou na criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2001, e posteriormente o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.048/2002, que dispõe sobre a regulamentação técnica dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, e a Portaria nº 1.863/2003, institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, visando à regulamentação de serviços de atendimento móvel às urgências – SAMU. Tais Portarias foram instituídas a fim de contribuir para a regionalização da assistência,

garantindo a implantação de uma rede de assistência pré-hospitalar; qualificação permanente e contínua dos profissionais de urgência e emergência (Brasil 2001; 2002; 2006).

Apesar dos esforços das Políticas Públicas de Saúde em tentar absorver a demanda na atenção primária; a falta de estrutura das unidades de saúde e a reduzida oferta de serviços bem como os altos índices de acidentes os altos índices de acidentes, justificavam cada vez mais, no aumento da demanda dos serviços de urgência e emergência. Os pacientes procuram os hospitais que oferecem atendimento de emergência, como alternativa para a falta de atendimento na atenção básica, a fim de alcançarem agilidade e resolutividade no tratamento, ocasionando a superlotação dos serviços, mistura de demandas, na qual, os pacientes em situação de urgência e emergência dividem o mesmo espaço/ambiente, com outros pacientes que necessitam de atendimento de baixa complexidade. O resultado disso é a dificuldade de estabelecer a prioridade no atendimento (MENDES, 2008; DESLANDES, 2008).

As condições agudas apresentadas, exigem a implantação de Modelos de Atenção à Saúde, decorrentes dessas condições o Ministério da Saúde em 2003, institui a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH), o Humaniza SUS, que garante a assistência baseada na igualdade, universalidade e equidade. Entre as estratégias da PNH está o acolhimento e a classificação de risco, que deve ser visto como um dispositivo que visa atender à exigência de acesso; propiciar vínculo entre equipe e população; trabalhador e usuário e questionar o processo de trabalho desencadear cuidado integral. Para operacionalização dessa estratégia é necessária a qualificação do profissional para lidar com as singularidades dos sujeitos, a exemplo: o profissional precisa saber ouvir a queixa do usuário e pactuar a estratégia mais adequada a cada indivíduo; garantir assistência integral e humanizada com resolutividade no atendimento e acesso a serviços de saúde (Brasil 2009).

Considerando a importância do serviço de emergência e a demanda crescente de clientes, o acolhimento com classificação de risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência, que garante o atendimento rápido e com qualidade, priorizando o atendimento de clientes graves.

De acordo com Bellucci 2010, em estudo realizado, na cidade de Ourinhos - SP constatou-se que a implantação do acolhimento com classificação de risco resultou na diminuição das filas de espera, na priorização do atendimento dos casos graves e organização do serviço.

Diante da necessidade organizar a espera nos serviços de saúde, utilizando outra ordem de atendimento que não seja a ordem de chegada, o Humaniza SUS propõe a implantação do serviço de acolhimento com classificação de risco nos serviços de saúde de urgência e emergência, utilizando o protocolo de Manchester que possui uma metodologia de tomada de decisão baseada em prioridades clínicas e o estabelecimento de cores que pode ser assim discriminado: Vermelho - emergência; Amarelo - urgência; Verde - menor urgência; e Azul - não urgência, de acordo com a clínica apresentada pelo usuário (FREITAS, 1997; Brasil 2009).

Englobado nessa realidade, encontra-se serviço de urgência da Unidade Mista Itaquí-Bacanga, que atende uma grande demanda de atendimentos nas mais diversas complexidades, porém a unidade não ainda não implantou em sua rotina de atendimento o Protocolo de Acolhimento com classificação de risco proposto pela Portaria nº 2.048 do Ministério da Saúde. A estratégia de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco facilita os processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reorganizar e estruturar as práticas assistenciais, resultando em ações humanizadas e compartilhadas, já que trata-se de um trabalho coletivo e participativo (BRASIL, 2002).

A unidade em questão, funciona apenas com uma recepção que organiza o atendimento por ordem de chegada, ou seja, são formadas filas para o atendimento, sem avaliar o grau de risco e o comprometimento à saúde do usuário. Resultando na demora do atendimento, insatisfação e revolta na população em geral. Mediante a necessidade de estabelecer mecanismos que viabilizem a melhoria da qualidade do atendimento, faz-se necessário, à elaboração do plano de ação para implantação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco no atendimento da urgência da Unidade Mista Itaquí – Bacanga (UMIB) de acordo com os protocolos da PHN já estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

O presente estudo tem por objetivo Implantar o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco na Unidade Mista Itaquí Bacanga em São Luis, MA e classificar,

mediante o protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência; reduzir o tempo para o atendimento médico e humanizar o atendimento.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O atendimento médico pré-hospitalar de emergência no Brasil, foi iniciado no final da década de 40, implantando o Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência (SAMDU), pelo Governo Federal, porém a falta de um planejamento adequado aliado à quebra de continuidade de ações governamentais inviabilizou o projeto, que foi desativado cerca de 20 anos após sua criação, somente em meados da década de 80 foi implantado o serviço de atendimento pré-hospitalar nos moldes atuais, na cidade do Rio com ambulâncias ligadas a hospitais públicos (SUSEME/RJ) e os Corpos de Bombeiros Estaduais (SCARPELINI, 2007).

As unidades de urgência e emergência são locais de assistência de maior complexidade, estas unidades devem operar com um nível elevado de resolutividade, demandando uma retaguarda dotada de recursos de apoio ao diagnóstico (imagenologia, traçados gráficos, laboratório de análise clínica, etc), pronto tratamento (centro cirúrgico, centro obstétrico e UTIs), observação e internação compatíveis com a complexidade dos procedimentos nelas praticados (FERRER; TOLEDO, 2002).

De acordo com Gomes 1994 apud Papaléo (2001, p. 44):

Urgência são situações em que haja instalação de problemas de uma forma súbita, porém sem risco de vida, mas com a necessidade de uma pronta assistência. Emergência entende-se como situação em que haja acontecimentos, imprevisíveis, inesperados, com risco de vida eminente e que necessitem de atendimentos e medicação.

A Portaria 2.048/2002, estabelece parâmetros de criação da rede assistencial de urgências e emergências, estimulando a tomada de decisões em nível municipal e estadual, garante a implantação de uma rede de assistência pré-hospitalar, a qualificação permanente e contínua dos profissionais de urgência e emergência e reforça a importância do acolhimento na atenção básica para evitar o deslocamento desnecessário dos pacientes de sua área de origem para tratamento nos pronto-socorro, superlotando-os e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. O Ministério da Saúde, buscando incentivar ainda a humanização nos serviços de saúde em 2004, publicou a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH), que trata do acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2004).

A avaliação com Classificação de Risco pressupõe a agilidade no atendimento a partir da análise do agravo á saúde, respaldado em protocolo preestabelecido, levando em consideração o grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade, e não na ordem de chegada (BRASIL, 2006).

Segundo Carret et al. (2009) a utilização inadequada dos serviços de emergência traz prejuízo tanto para os pacientes graves, que precisam atendimento de imediato, e para os não graves, que ao buscarem o atendimento hospitalar, não têm garantido o atendimento.

A PNH impulsionou no Brasil à adoção da classificação de risco baseado no Sistema de Protocolo de Manchester, que foi utilizado pela primeira vez em 1997, na cidade de Manchester na Inglaterra. Em 2000, o protocolo foi implantado em dois hospitais portugueses, no ano seguinte foi criado em Portugal o Grupo Português de triagem (GPT), devido à necessidade de enfermeiros e médicos, estabelecerem um consenso, baseado em evidencias clinicas, para priorização do atendimento dos usuários (PORTUGAL O GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 1997).

Nos hospitais públicos de urgência e emergência na Triagem do atendimento, é adotado para a classificação de risco O “Protocolo de Manchester”, que classifica e prioriza o atendimento, através da definição da situação clínica de casos em função da maior ou menor gravidade da sua situação clínica. Tal instrumento tem facilitado a operacionalização do atendimento em saúde, otimizando tempo e resolutividade das ações. O sistema de Manchester consiste na avaliação do paciente por um enfermeiro, o qual procede à avaliação da situação, seguindo um protocolo, e conclui pela atribuição de uma cor qual é a prioridade de atendimento do caso. Ou seja, se caracterizado como vermelho, a prioridade é zero, o atendimento deve ser imediato. Na triagem guiada pelo protocolo de Manchester, as cores utilizadas são o vermelho, amarelo verde e azul (FREITAS, 1997):

Vermelho: significa prioridade zero – emergência, atendimento imediato;

Amarelo: significa prioridade 1 - urgência, atendimento em no máximo 15 minutos;

Verde: significa prioridade 2 - prioridade não urgente, atendimento em até 30 minutos;

Azul: significa prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada – tempo de espera pode variar até 3 horas de acordo com a demanda destes atendimentos, urgências e emergências.

Quadro 1 - Níveis de Classificação de Riscos por prioridades.

Nº	PRIORIDADE	COR	TEMPO
1	Emergente	VERMELHO	0 minutos
2	Muito Urgente	LARANJA	10 minutos
3	Urgente	AMARELO	60 minutos
4	Pouco Urgente	VERDE	120 minutos
5	Não Urgente	AZUL	240 minutos

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2012.

No Brasil o Ministério da Saúde através da PNH, estabelece que a classificação de risco seja de responsabilidade do enfermeiro, pautado em um protocolo definido (BRASIL, 2009). O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução Nº 423/2012, permite que enfermeiro realize o acolhimento com classificação de risco, levando em consideração há não exclusão de usuários, garantia do atendimento médico e agilidade do atendimento de forma digna.

A humanização do atendimento que permeia as ações de acolhimento e classificação de risco não passa somente pelo saber técnico, mas pela capacidade de o profissional ver o paciente como um ser humano que, além do seu agravo de saúde, traz consigo medos, crenças, valores que devem ser considerados, para que, além de ser aliviado de sua dor, seja respeitado como ser humano.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva exploratória que teve por objetivo implementar o acolhimento com classificação de risco, à metodologia empregada foi a implementação do plano de ação, por não se tratar de pesquisa, o 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).

População **Alvo:** população atendida no serviço da Unidade Mista Itaqui- Bacanga, São Luís- MA, unidade hospitalar que atende a demanda espontânea no setor de urgência e emergência. A unidade de saúde está localizada na Avenida dos Portugueses, S/N, localizada na Vila Isabel, foi fundada em 1989, é uma instituição destinada ao atendimento 24 horas nos serviços de urgência, possui 26 leitos adultos para internação hospitalar, atende varias especialidades médicas na área ambulatorial: clínico geral, nefrologista, psicólogos, fisioterapeutas, dentista, serviços de enfermagem e serviço social, oferece atendimentos nos programas de controle de tuberculose e hanseníase, Hipertensão, pré-natal, competindo-lhe atender indistintamente a população

Período: Este projeto será desenvolvido entre março a dezembro de 2014.

3.1 Estratégias do plano de ação

Para a implantação do sistema de acolhimento e classificação de risco formou-se um Grupo de Trabalho, constituído por equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, médicos, assistente social e a diretoria, da unidade com objetivo de direcionar as atividades para implantação do acolhimento e classificação de risco com reuniões quinzenais entre os integrantes do grupo.

O grupo elaborou um diagnóstico situacional, onde identificou a desorganização do fluxo de atendimento, inadequação da estrutura física, atendimento por ordem de chegada, falta de capacitação dos profissionais em atendimentos de urgência e emergência. Após os levantamentos dos problemas, o grupo estabeleceu um plano de trabalho com as seguintes ações:

Atividades desenvolvidas:

3.1.1 Reunião quinzenal com a equipe de implantação da classificação de risco e realização do diagnóstico situacional da Unidade Mista Itaquí - Bacanga.

A equipe responsável pela implantação se reunirá quinzenalmente para definir as metas e estratégias para a implantação do acolhimento e classificação de risco, realização do diagnóstico situacional através do levantamento dos principais problemas ocorrido na urgência por meio de conversa com os profissionais de saúde e observação “*in locu*” do funcionamento do setor de urgência.

3.1.2 Reuniões com os coordenadores dos serviços da Rede de Atenção à Saúde do município para divulgação do novo fluxograma de atendimento.

A direção da Unidade apresentará a proposta de implantação do acolhimento e classificação de risco para a Secretaria de Saúde, além de pleitear a reestruturação física da unidade e os materiais de insumo para operacionalização do acolhimento com classificação de risco.

3.1.3 Curso de capacitação para os profissionais de saúde que atua no serviço de urgência abordando a classificação de risco.

Realização de curso com os profissionais sobre a classificação de risco e seu funcionamento, o curso será realizado durante três dias com carga horária 20 horas abordando a Política Nacional de Humanização em Saúde; o processo de trabalho nos serviços de urgência e emergência; apresentação do Protocolo de Acolhimento com avaliação e classificação de risco; cronograma de implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco na unidade.

3.1.4 Distribuição folder e fixação de banner informativo para a população, conscientização dos usuários.

Distribuição folder contendo os conceitos de urgência, emergência segundo Papaléo (2001), fluxograma da classificação de risco proposto pela Secretaria de Saúde do Município, objetivando a informação dos usuários do novo sistema de atendimento. Os folders serão distribuídos na recepção do serviço de urgência. Os banner, terão o fluxograma de atendimento e

serão afixados na sala de espera da urgência e na recepção do ambulatório, tanto os folders e banners serão disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Município de São Luís.

3.1.5 Adequação da estrutura física e sinalização as áreas correspondentes aos eixos vermelho, amarelo, verde e azul.

Estruturação da sala de acolhimento e classificação com: mobiliário como, mesa, cadeira, mesa de exames, escadinha, esfigmomanômetro, termômetro, glicosímetro, eletrocardiógrafo, oxímetro de pulso, ficha de Classificação Estruturada fornecida pela Secretaria de Saúde do Município, identificação dos setores da unidade por cores, conforme padronização estabelecida pelo Protocolo de Manchester.

3.1.6 Realizar avaliação bimestral das ações implantadas.

O processo de avaliação será realizado a cada dois meses pela comissão de implantação do sistema de acolhimento e classificação de risco e compreenderá as seguintes atividades:

- Pesquisas de opinião e satisfação a ser realizadas com os usuários e equipe, através de entrevista utilizando um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas;
- Reuniões com a equipe para elaborar estratégias e metas de melhoria no atendimento baseados no resultado da pesquisa de opinião dos usuários e funcionários;
- Aplicação de medidas corretivas e de adequação nas respectivas estratégias e ações.

Quadro 2 - Cronograma de Atividades.

AÇÕES PROPOSTA.	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	NOV	DEZ
Reunião quinzenal do grupo de implantação do acolhimento e classificação de risco;	x	x							
Elaboração do planejamento situacional;	x	x							
Reuniões com os coordenadores dos serviços da rede de atenção à saúde do município para divulgação do novo fluxograma de atendimento;			x						
Adequação da estrutura física e sinalização as áreas correspondentes aos eixos vermelho, amarelo, verde e azul;			x	x	x				

Estruturação da sala de recepção, acolhimento e classificação de risco,					x				
Confecção de banner informativo para ser afixado na recepção do setor de urgência						x			
Confecção de folder informativo para a população, conscientização dos usuários						x			
Curso de capacitação dos profissionais de saúde						x	x		
Operacionalização do acolhimento e classificação de risco;							x		
Realizar avaliação bimestral das ações implantadas.			x			x			x

4. RESULTADO E ANÁLISE

Com a proposta de implantação da classificação de risco na unidade Mista foi necessário criar um grupo de trabalho multiprofissional com o objetivo de estabelecer metas e definir ações para a implantação do acolhimento e classificação de risco baseado no Protocolo de Manchester, realização do diagnóstico situacional da unidade através de levantamento as informações do funcionamento da urgência e observação “*in locu*”. Após a elaboração do diagnóstico foi possível perceber, que a instituição precisa de algumas transformações/adaptações na estrutura física; capacitação e sensibilização dos profissionais, além disso, faz-se necessário a elaboração de campanhas de conscientização e esclarecimento das ações em saúde à comunidade.

A capacitação dos profissionais e conscientização da população está previsto para o segundo semestre de 2014, precisamente no mês de agosto de 2014, seguido da implantação dos serviços de acolhimento e classificação de risco, com realização prevista para o mês de setembro de 2014, com a implantação e funcionamento da classificação de risco. As avaliações serão realizadas a *posteriori*, dezembro de 2014, contemplando ações voltadas ao funcionamento e organização dos serviços, através de pesquisa de opiniões com os funcionários e usuários dos serviços conforme modelo de avaliação no Apêndice B.

Segundo Bittencourt e Hortale (2007), a complexidade no atendimento de Urgência/Emergência, trouxe a necessidades das instituições de desenvolver habilidades e competências para gerenciar as mudanças organizacionais e culturais, além da implementação da qualificação na assistência, o redesenho de normas e valores, participação dos trabalhadores, de forma descentralizada, autônoma e democrática.

Conforme Azevedo e Barbosa (2007), a implementação do acolhimento com classificação de riscos em estudo realizado na emergência do Hospital das Clínicas de Goiânia, ficou evidente o aumento da resolutividade e o ordenamento dos atendimentos, tendo em vista que o sistema prioriza atender as demandas dos usuários.

Em seu estudo, Sousa et. al. (2008) afirma que os profissionais de saúde apontaram como ponto positivo, a organização das demandas e do fluxo de atendimento, apesar da difícil execução

e embates entre os usuários e os profissionais de saúde, superando, principalmente, as dificuldades decorrentes da resistência dos profissionais às mudanças propostas; da profissionalização gerencial necessária à concretização de ações e da frequente descontinuidade gestora.

A utilização do acolhimento e classificação de risco é uma ferramenta fundamental para organizar o fluxo de atendimento nos serviços de saúde de urgência e emergência, propicia maior acessibilidade, assistência humanizada resolutiva para os usuários em situações de risco a saúde e encaminhamento adequado as necessidades dos usuários (SANTOS, 2007).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário pensar que o processo de classificação de risco se consolida como um processo de inovação, além de uma reorganização do trabalho coletivo em saúde, objetivando a mudança no atendimento dos usuários.

Com a implantação das ações sugeridas para o setor de urgência da Unidade Mista, esperamos que os profissionais de saúde envolvidos consigam otimizar o atendimento e classificar o paciente de acordo com as suas necessidades e prioridades de atendimento. Minimizando reclamações e insatisfações geradas pelo longo tempo de espera. Além disso, possibilitar o desenvolvimento do trabalho em equipe, permitindo estabelecer laços, fortalecer as ações em saúde, qualidade no atendimento, com ações humanizadas e sistematizadas ao usuário.

Outro aspecto importante é a participação da comunidade, no processo de melhoria continua dos serviços oferecidos, maior esclarecimento sobre situações de urgência e emergência, diminuição do tempo de espera dos atendimentos, assistência de acordo com o agravo à saúde apresentado.

Inclui-se ainda como resultados esperados: a diminuição do risco de mortes evitáveis; extinção da triagem por porteiro ou funcionário não qualificado; obrigatoriedade de encaminhamento responsável do usuário a outro serviço quando houver necessidade, garantindo o acesso e aumento da eficácia do atendimento.

Percebe-se com o presente estudo que, o desafio em implantar o acolhimento e a classificação de risco consiste na resistência por parte dos profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência, em decorrência da introdução de conceitos novos que exigem mudanças de paradigmas, além da dificuldade dos profissionais em adquirir competência profissional capaz de envolver conhecimento interdisciplinar e novas habilidades técnicas.

No entanto, a adoção da educação permanente na capacitação dos profissionais de saúde poderá contribuir de forma positiva para a modificação das condições de trabalho, tendo em vista que a educação permanente propõe as transformações das práticas, profissionais baseadas nas reflexões críticas sobre as práticas reais no ambiente de serviços. Nessa perspectiva, à

implantação e consolidação Acolhimento com Classificação de Risco, tem por objetivo, humanizar e qualificar o atendimento; conseguir investimentos para melhorar a estrutura física (ambiência) e de recursos humanos; bem como a busca pela melhoria contínua dos processos de atendimento e envolvimento gradativo dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, S. C.; MIBRATH, V. M.; CESTARI, M. E.; THOFEHRN, M. B. Educação permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. **Ciências, Cuidado e Saúde**, Rio Grande do Sul, v.7,n. 1,p.83-88, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidsaúde/article/viewFile/4910/3213>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A. **Triagem em serviços de saúde: Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 33-39, jan.-mar. 2007.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde)**. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências: portaria n. 2048**. Brasília: GM/MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Humanizaus Acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético no fazer em saúde**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048/GM, de 05 de Novembro de 2002. **Dispõe sobre o regulamento técnico das urgências e emergências e sobre os serviços de atendimento móvel de urgências e seus veículos de intervenção**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003. **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão**. Brasília, 2003 a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. **Institui o componente pré hospitalar móvel da política nacional de atenção as urgências, por intermédio da implantação de Serviços de atendimento móvel de urgência em municípios e regiões de todo território brasileiro: SAMU 192**. Brasília 2003b.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência a Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília (DF); 2001.

BELLUCCI, Jr. A.; MATSUDA, L. M. Implantação do Programa Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador [resumo]. In: 9º Congresso da Rede Unida. Saúde é Construção da Vida no Cotidiano: Educação, trabalho e cidadania; 2010 Jul 17-21; Porto Alegre. **Anais**. Porto Alegre: Interface; 2010. p. 974-81.

CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. Sistema **Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

CARRET, M. L. V.; FASSA A. G.; DOMINGUES M. R.; Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. **Cad Saúde Pública** 2009; 25(1):7-28.

COFEN. Resolução COFEN Nº 423/2012. **Normatiza no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos**.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S.; LIMA, M. L. C. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 24, n. 6, p. 430-440, dez. 2008.

FREITAS, P et.al. **Triagem no Serviço de Urgência/emergência: Grupo de Triagem de Manchester. Portugal: Grupo Português de Triagem** – BMJ Publishing Group. Lisboa. 1997.

FERRER, M. V.; TOLEDO, L. C. **As unidades de urgência e emergência: primeiros cuidados projetuais**. Disponível em <http://materquitectura.com.br/conteudo/publicacoes/5CAP4_O_.pdf> Acesso em 02 fev. 2014.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – **Diretrizes para implementação do sistema Manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências**, 2012.

GRUPO PORTUGUÊS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - **Triagem no serviço de Emergência. Portugal: Publishing Group**, 1997.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – **Sistema Manchester de classificação de riscos. Classificação de Riscos na Urgência e Emergência**. 1º Ed. Brasil, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, supl. 4, p. 3-11, 2008.

OLIVEIRA, J.A.A.; (Im) previdência Social: **60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

PAPALÉO, N. M.; BRITO, F. C. de. **Urgências em geriatria: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico, controles terapêutico**. São Paulo: Atheneu, 2001.

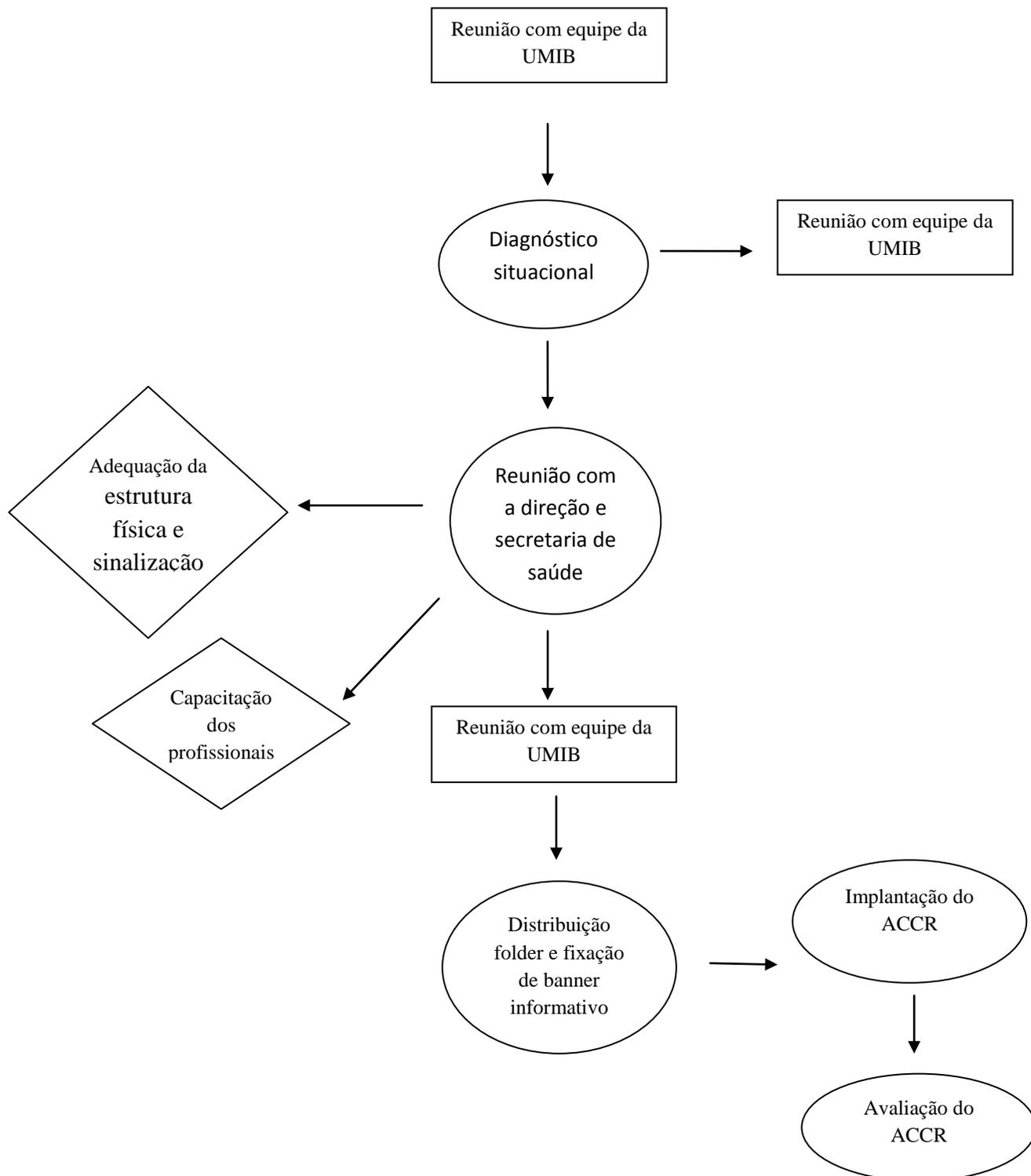
PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Sistema Único de Saúde (SUS). Hospitais Municipais/ São Luís/MA. [2012].

SCARPELINI S. **A organização do atendimento às urgências e trauma**. Medicina (Ribeirão Preto) 2007.

SANTOS, F. S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FLUXOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE MISTA ITAQUI- BACANGA.



APÊNDICE B – PESQUISA DE OPINIÃO SOBRE O ATENDIMENTO DA URGÊNCIA DA UNIDADE MISTA ITAQUI BACANGA (UMIB).

1. Como você avalia o ambiente durante o atendimento?

	Ótimo	Bom	Regular	Insuficiente
Organização	()	()	()	()
Conforto	()	()	()	()
Limpeza	()	()	()	()
Iluminação	()	()	()	()

2. O que você achou do atendimento do serviço de urgência da UMIB?

Ótimo Bom Regular Insuficiente

3. No serviço de urgência, foi esclarecido a respeito do sistema de triagem dos usuários?

Sim Não Não sabe

4. Como foi o atendimento do serviço de Classificação de Risco ?

Ótimo Bom Regular Insuficiente

5. Como classifica a informação prestada pela Unidade Mista Itaqui-Bacanga, em relação ao Sistema de Triagem de Doentes (Protocolo de Manchester)?

Ótimo Bom Regular Insuficiente

6. Tendo em conta o atendimento prestado, como classifica o desempenho dos seguintes profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e outros):

Médicos

Ótimo Bom Regular Insuficiente

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

Ótimo Bom Regular Insuficiente

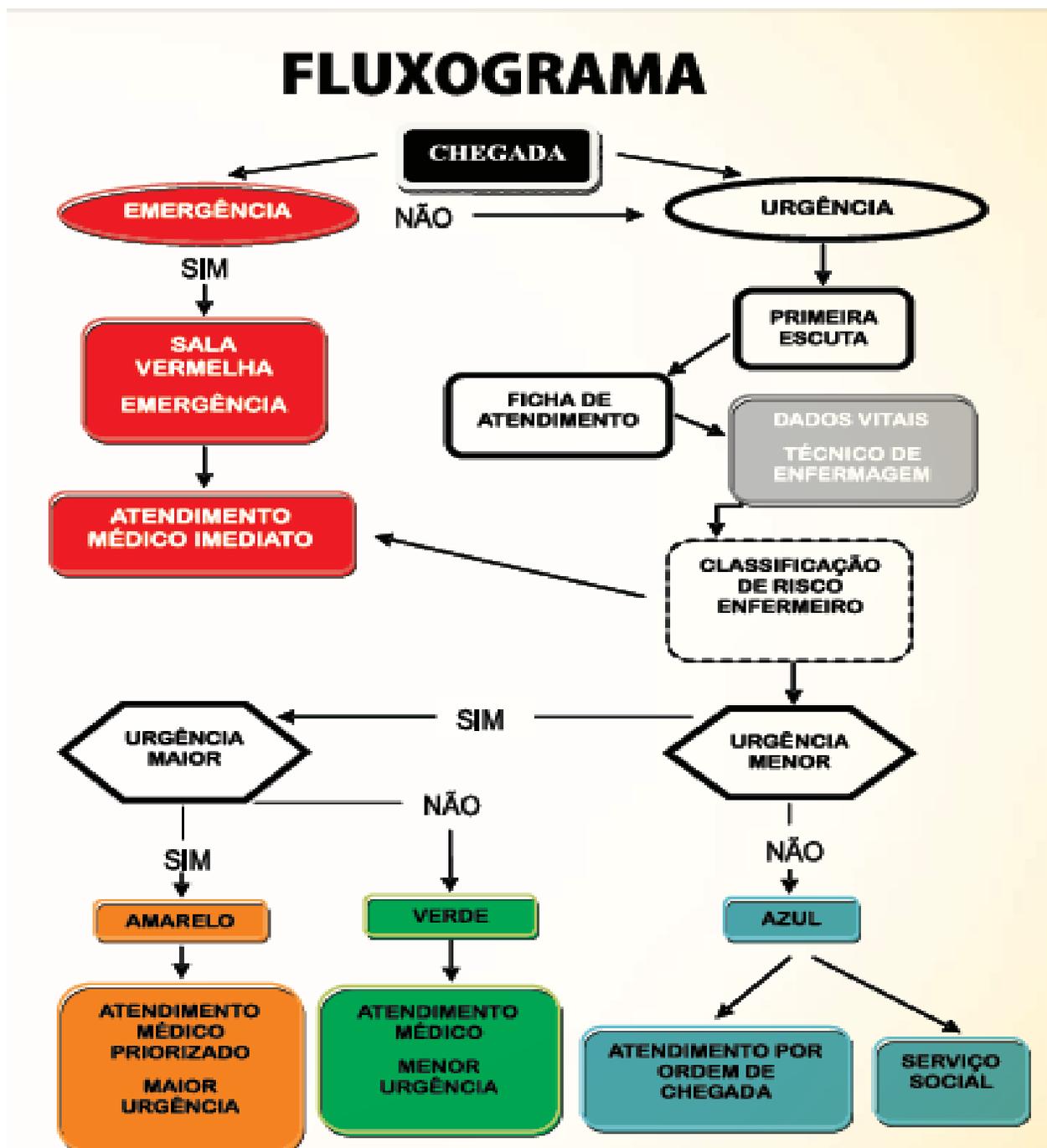
7. No caso de uma nova situação de Urgência voltaria a Unidade Mista Itaqui-Bacanga?

Sim Não

8. Indique sugestões para a melhoria do Serviço da Unidade Mista Itaqui-Bacanga?

ANEXOS

ANEXO A – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO E ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS HOSPITAIS MUNICIPAIS DE SÃO LUIS / MA.



Fonte: Protocolo de Classificação com Acolhimento e Classificação de Risco dos Hospitais Municipais de São Luís – Ma.