



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**FRANCISCO DAS CHAGAS SANTOS SILVA**

**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**  
**Implantação na Unidade Mista do Coroadinho**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**FRANCISCO DAS CHAGAS SANTOS SILVA**

**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:  
Implantação na Unidade Mista do Coroadinho**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção 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:** Dra. Keyla Cristiane do Nascimento

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Implantação na Unidade Mista do Coroadinho** de autoria do aluno **FRANCISCO DAS CHAGAS SANTOS 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. Dra. Dra. Keyla Cristiane do Nascimento**  
Orientadora da Monografia

---

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

---

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

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>09</b>
2.1 O Acolhimento com Classificação de Risco.....	09
2.2 Triagem: Breve Histórico.....	11
2.3 Escalas de Classificação de Risco.....	12
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>16</b>
3.1 Cenário do projeto de intervenção.....	16
3.2 Elementos do plano de intervenção.....	17
3.3 Cronograma do projeto.....	19
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>20</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>23</b>

## RESUMO

A Política Nacional de Humanização – PNH tem por objetivo efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão e fomentar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e produção de sujeitos, visando à melhoria da qualidade de vida e o exercício da cidadania. A Unidade Mista do Coroadinho, em São Luís/MA foi o local escolhido para implantação deste projeto, que tem como objetivo promover a implantação do dispositivo da Política Nacional de Humanização: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR). Serão realizadas oficinas para sensibilização dos trabalhadores e usuários acerca da proposta deste projeto de intervenção e reuniões para discussão do plano de implantação com usuários, gestores e trabalhadores para a composição do espaço coletivo que se deseja implantar neste momento. Os resultados possibilitaram também as mudanças de atitudes/estratégias com a implantação do AACR, principalmente na forma de abordar os problemas adotando uma atitude mais propositiva. Para o alcance dos resultados precisamos do envolvimento dos gestores, da mobilização dos trabalhadores e inclusão dos usuários nos espaços de discussão. Portanto com este trabalho pretendemos contribuir para a construção de um novo modelo de assistência que traga satisfação para todos e que possa servir de referencial para as outras unidades da rede municipal.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e garante em seus princípios o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. A lei 8.080 de 1990 que caracteriza o SUS, determina que a saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 2009).

Entretanto, não é esta a realidade que encontramos na maioria dos serviços hospitalares de urgência e emergência do Brasil. A dificuldade de acesso e de organização para responder e modular a demanda aos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) faz com que os serviços de urgências e emergências hospitalares sejam frequentemente utilizados para problemas não urgentes, constituindo em importante porta de entrada da população ao sistema de saúde, o que resulta em grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser pela hora da chegada (BRASIL, 2009), sendo esse um fator agravante em alguns casos pelo não-atendimento no tempo adequado, reflexo de uma atenção centrada na doença e não no sujeito e suas necessidades (BRASIL, MS 2009).

Contribui também para este fenômeno a modificação do perfil epidemiológico de morbimortalidade nas áreas metropolitanas e, especialmente, o crescimento da importância das causas externas. Com isso o atendimento de urgência ganhou mais relevância e indica a proporção desigual entre a oferta de recursos e demanda dos usuários, ressaltando um cenário nacional e internacional de serviços de emergência “porta aberta” superlotados (BITTENCOURT, HORTALE, 2007).

Essa crise torna-se ainda mais grave pela falta de um sistema de classificação de risco, uma vez que o atendimento é realizado por ordem de chegada, sem avaliação do quadro clínico do usuário, causando sérios prejuízos a sua saúde pela intervenção tardia. Nesse tipo de serviço o acolhimento é sinônimo de ambiente de recepção administrativa ou funciona apenas como triagem que organiza filas por ordem de chegada sem avaliar o grau de sofrimento do usuário e/ou potencial de risco à saúde (BRASIL 2004).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde lançou em 2004 a Política Nacional de Humanização (PNH), que visa a humanização em todos os serviços de saúde. Saliente-se, também, a importância dessa política nos atendimentos de urgência/emergência, pois por meio dela ficam consolidados pontos relevantes, tais como: redução das filas e do tempo de espera com atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios que classificam o risco; os usuários saberão o tempo de espera, quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial; as unidades de saúde garantirão as informações ao usuário e os direitos do código dos usuários do SUS, bem como a gestão participativa aos profissionais e usuários (BRASIL, 2004).

Como forma de reorganizar as portas de entrada das unidades de urgência e emergência e para enfrentamento da superlotação foi priorizada a implantação do dispositivo Acolhimento e Classificação de Risco, ferramenta de gestão da atenção da Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde (BRASIL, MS 2009).

O MS (BRASIL, 2006a) descreve acolhimento como uma ação técnico-assistencial que possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações. Implica uma modificação na relação entre profissional, usuário e sua rede social, bem como entre profissional e usuário, frente a parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como um sujeito participante e ativo no processo de produção da saúde. Para o MS (BRASIL, 2006a), é uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude na afirmação de acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ético-estética/estética/política da PNH.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2006; 2010).

Para Marques et al. (2007) 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 atender 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.

O Acolhimento com Avaliação e 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 a equipe identifica a necessidade pela observação do usuário, sendo aqui (necessário capacitação mínima para tanto) ou por explicitação (o usuário aponta o agravo) (BRASIL, 2004).

As duas tecnologias do MS de (BRASIL, 2006a) – o Acolhimento e a Avaliação com Classificação de Risco – visam a garantir prioridade aos pacientes que necessitem de atendimento ágil e tratamento. Gestores e trabalhadores de hospitais e serviços de pronto-atendimento, de emergências e urgências implantaram ambas as tecnologias no SUS.

Os principais objetivos destas tecnologias de classificação de risco do MS (BRASIL, 2004) são: avaliar o paciente logo em sua chegada ao pronto-socorro, humanizando o atendimento, descongestionar o pronto-socorro, reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto de acordo com a sua gravidade, e determinar a área de atendimento primário, ou de especialidades.

Diferente do modelo anterior e ainda vigente em alguns serviços de urgência e emergência, o acolhimento com avaliação e classificação de risco é um processo que se desenvolve de forma multiprofissional otimizando o atendimento e possibilitando uma escuta qualificada dos problemas de quem busca o serviço (BRASIL, 2004).

Para Marques et al (2007) o enfermeiro, pelas peculiaridades da profissão, é um dos profissionais de saúde que está mais próximo dos usuários, seja em uma unidade de saúde da família, um pronto-atendimento ou serviço de emergência e internação hospitalar. Este fato confere ao enfermeiro papel central no processo de acolhimento e atuação na avaliação e classificação de risco reconhecendo e atuando sobre as reais necessidades dos usuários.



A motivação para a realização deste trabalho foi ter observado enquanto enfermeiro assistencial do serviço de urgência e emergência da Unidade Mista do Coroadinho, estabelecimento da rede municipal de saúde de São Luís/MA, situações problema levantadas com relação ao atendimento inicial direcionado a demanda espontânea, como: filas de espera na recepção do serviço, tempo de espera no atendimento, recusas no atendimento de usuários que não se encaixam nos critérios para atendimento, encaminhamentos inadequados de usuário para outros serviços de apoio, e ausência de vínculo entre sujeito, trabalhador e gestor. Problemas relacionados à triagem como atendimento inicial do usuário de demanda espontânea. Desta forma, surge a preocupação da equipe de atendimento que percebe a necessidade de mudança na maneira de classificar este usuário com busca direta, isto é, buscar humanizar o serviço.

Portanto, para ordenar e orientar de forma adequada o atendimento de demanda espontânea no serviço levantou-se a necessidade de melhorar o atendimento no serviço de urgência e emergência da UMC por meio da diretriz da PNH, Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. Surge essa necessidade, uma vez que o primeiro atendimento ao usuário com busca direta ao serviço caracteriza-se como excludente. Com a implantação do Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco no serviço de urgência e emergência da UMC serão reduzidas as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseados em critérios de risco.

Este projeto de intervenção tem como **objetivo geral** implantar o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco na Unidade Mista do Coroadinho e garantir a qualidade da assistência pela padronização do atendimento e da priorização do paciente mais grave.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 O Acolhimento com Classificação de Risco**

O acolhimento representa uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), pois busca por mudanças no modo de gerir e cuidar da saúde, visando atender o ser humano como um todo, respeitando sua integridade física, psíquica e moral. Com isso, atendendo os princípios do SUS e ao mesmo tempo garantindo o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros. (SOLLA, 2005).

Acolher de acordo com as políticas de saúde é uma forma de humanizar o atendimento, fazer com que os profissionais de saúde atendam melhor aos usuários e aos outros profissionais que fazem parte da equipe, de uma forma respeitosa, com empatia, ou seja, da mesma forma que gostariam ser atendidos. Essa abordagem deve ser ética e humana, pois garante um melhor vínculo entre profissional-usuário e profissional-profissional (FILHO; SOUZA; CASTANHEIRA, 2010).

De acordo com Ramos e Lima (2003) o acolhimento constitui-se em ações técnico-assistenciais para a reorganização dos serviços e mudanças nas relações entre profissionais de saúde e usuários, por meio de parâmetros éticos, solidários e humanitários, que garantam o acesso universal com resolutividade no atendimento.

Outro fator a ser almejado com o acolhimento é que o mesmo saiba identificar prioridades, atendendo a todos que procuram os serviços de saúde sem distinção, ouvindo seus pedidos, escutando seus problemas e sabendo oferecer respostas aos mesmos e quando for preciso encaminhar esses pacientes para outros serviços, garantindo a continuidade da assistência (SILVA; ALVES, 2008).

Carvalho et al (2008) complementam que o acolhimento representa uma reorganização dos serviços, cujo principal objetivo é a resolutividade e humanização do atendimento, o qual consiga identificar as demandas dos usuários, sabendo direcioná-los para um atendimento mais adequado e que quando houver necessidade que os encaminhe para outras redes de saúde, garantindo a continuidade do atendimento.

Portanto, observa-se que o acolhimento é um transformador do processo de trabalho nos serviços de emergência por meio da identificação dos problemas e busca de soluções dos mesmos. O acolhimento representa a investigação das necessidades de saúde dos pacientes que procuram esses serviços, visando solucionar suas necessidades e quanto preciso encaminhá-los para outros serviços da rede assistencial. Tudo isso com foco principal na reorganização dos serviços, a fim de garantir o acesso universal e a humanização do atendimento. (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Há uma crescente demanda nos serviços de emergência, pois grande parte da população não tem acesso a um sistema regular de saúde, o que contribui para uma desorganização dos mesmos. Grande parte dos atendimentos está relacionada a doenças crônicas ou problemas simples que poderiam ser resolvidos em níveis menos complexos de atenção, o que acarreta em superlotação dos serviços de emergência, dificultando o atendimento dos mesmos. (SCHIROMA; PIRES, 2011).

Em virtude desse crescente número de atendimentos nos setores de emergência, houve uma maior preocupação por parte dos serviços de emergência no Brasil e no mundo, quanto ao uso de alguma metodologia que consiga identificar melhor os atendimentos prestados nesses sistemas. Esse movimento atingiu importante repercussão, pois se verificou que muitas vezes os atendimentos estavam sendo feitos por ordem de chegada ou por exclusão e em consequência nem sempre os casos mais graves estavam sendo priorizado, o que pode levar ao agravamento da saúde desses pacientes (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Conforme toda essa problemática apresentada o Ministério da Saúde busca por medidas que visem amenizar esses fatores, buscando soluções para os mesmos e para isso tem criado alguns dispositivos de trabalho, entre eles o Acolhimento com Classificação de Risco (MARQUES; LIMA, 2007).

Acolhimento com classificação de risco é uma ferramenta de organização do serviço de saúde cuja finalidade é definir prioridades de atendimento pela gravidade, por riscos de agravamento do quadro clínico dos pacientes e por maior sofrimento ou vulnerabilidade dos mesmos (BRASIL, 2006).

Conseguir adotar protocolos com acolhimento e classificação de risco como diretriz operacional requer novas atitudes de pensamentos e transformações nos sistemas de saúde. Trata-se de questionamentos sobre as relações clínicas nos serviços de saúde, nos modelos de atenção e gestão das redes assistenciais do país, as quais precisam estar adaptadas para implementação desse sistema classificatório, o qual visa melhorar as condições de atendimento prestado aos usuários que buscam pelos serviços de emergência (BRASIL, 2004).

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que precisam ser atendimentos imediatamente ou não, seguindo critérios de risco, agravos à saúde ou sofrimento dos mesmos. Esse sistema classificatório visa por ações de atenção e gestão que incentivem um relacionamento de confiança entre equipes, usuários e serviços de saúde (BRASIL, 2009).

O acolhimento com classificação de risco se dissemina em todo o país, não apenas pelo fato de organizar os serviços de emergência, mas também por fazer que seja adotado em outros estabelecimentos de saúde tanto intra-hospitalares como nas redes de atenção primária, o que comprova ser um modelo que visa a um atendimento com mais qualidade (FILHO; SOUZA; CASTANHEIRA, 2010).

Para realização do acolhimento com classificação de risco foi introduzido nos serviços de emergência o processo de triagem, objetivando reduzir as superlotações, adequando o atendimento conforme o grau de gravidade, identificando os pacientes que precisam ser vistos primeiro e aqueles que possam esperar com segurança, sem que haja qualquer risco para o mesmo (CARVALHO et al, 2008).

## **2.2 Triagem: Breve Histórico**

O termo triagem vem do verbo Frances *trier*, que significa tipar, escolher, separar. A triagem foi utilizada pelos militares como método de apoio a guerra. É atribuído a Jean Dominique Larrey, cirurgião do exercito de Napoleão na Revolução Francesa, a concepção do método, que constituía em avaliar rapidamente e identificar os soldados feridos, separar os que

exigiam atenção médica urgente e priorizar o tratamento para recuperá-los o mais rápido possível para o campo de batalha. Esse processo aperfeiçoou-se ao longo dos anos, mas sempre relacionado às guerras ou às grandes catástrofes, não sendo aplicado à população civil até a década de 60, quando se notabilizou nos Estados Unidos o crescente processo de mudança da prática médica, com reflexos na procura pelos serviços de urgência. Essa situação levou à necessidade de classificar os doentes e determinar aqueles que necessitavam de cuidado imediato (GBCR, 2009).

A triagem com classificação de risco é aplicada na maioria das emergências do Brasil e do mundo, especialmente nos hospitais de países mais desenvolvidos, como por exemplo, nos Estados Unidos que desde a década de 80 realiza essa prática como forma de ser acreditado pelos programas governamentais (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

O mesmo autor complementa que o processo de triagem é realizado por enfermeiros em quase todo o mundo, após a realização de um treinamento específico. Em muitos países, o serviço de triagem era realizado por médicos, contudo foi identificado que o enfermeiro é o profissional mais indicado para esse atendimento inicial que têm por finalidade verificar quais pacientes precisam ser atendidos primeiramente e quais podem esperar em segurança.

O enfermeiro deve realizar o primeiro contato com o paciente com a finalidade de verificar prioridades de assistência à saúde, por meio de um conjunto de observação do mesmo, através de uma visão holística, ou seja, saber ouvir as queixas que o levaram a procurar esse serviço sejam elas físicas, psíquicas ou sociais (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

### **2.3 Escalas de Classificação de Risco**

A avaliação de 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 (BRASIL. MS, 2009).

A classificação de risco surge como 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 (BRASIL. (MS, 2009).

Existem diversas escalas de classificação de risco em todo o mundo, como por exemplo, NTS- National Triage Scale (Austrália), CTAS- Canadian Emergency Department Triage e Acuity Scale (Canadá), MTS- Manchester Triage System (Reino Unido), ESI- Emergency Severity Index (Estados Unidos) e MAT- Model Andorra de Triatje (Espanha). Todas essas escalas têm o mesmo objetivo, ou seja, de realizar uma triagem adequada, definindo prioridades (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

No Brasil, o primeiro protocolo de classificação de risco aprovado pelo Ministério da Saúde foi a Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em 2004 do PNH, a qual foi disponibilizada para todo o país, onde foi implantada em diversos hospitais, como por exemplo, no GHC (Grupo Hospitalar Conceição)- RS (FEIJÓ, 2010).

O Acolhimento com Classificação de Risco utiliza quatro níveis de risco para classificação dos usuários que buscam atendimento médico, sendo cada um dos níveis representados por uma cor: a vermelha indica a necessidade de atendimento imediato, pois há alto risco de morte para o usuário; a amarela indica a necessidade de atendimento prioritário, ou seja, o mais rápido possível; a verde indica que o caso é menos grave, o usuário será atendido, mas seu caso não é prioritário, pode esperar; a azul indica que não há gravidade, o usuário será atendido de acordo com horário de chegada ou poderá ser encaminhado para outra Unidade de Saúde de referência com garantia de acesso (Brasil, 2009).

Também há outra ferramenta adotada pelo Ministério da Saúde que é a Cartilha de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, no ano de 2009, cujo principal

objetivo é o de reafirmar as políticas do humaniza SUS com a finalidade de consolidar as redes assistenciais e fortalecer o vínculo entre usuários, profissionais de saúde e gestores. Também com finalidade humanitária e acolhedora, segue a mesma classificação da cartilha de 2004 (BRASIL, 2009).

Outro método adotado no Brasil e reconhecido pelo Ministério da Saúde é o protocolo de Manchester, que também realiza a triagem com classificação de risco aos pacientes que procuram os serviços de emergência. A classificação é feita por indicação clínica e por cor, cada cor determina um tempo máximo para realização do atendimento, o qual vai do zero - atendimento imediato ao não urgente, com tempo máximo de 240 minutos (SHIROMA; PIRES, 2011).

Todo esse processo de acolhimento com classificação de risco tem como principal objetivo identificar as reais necessidades dos usuários, visando resolver seus problemas, por meio de um atendimento qualificado e humanizado (SILVA; ALVES, 2008).

Compreende-se que a classificação de risco é um instrumento que serve para vários fatores, como organização da fila de espera, priorizar o atendimento de acordo com grau de gravidade e não por ordem de chegada. Além disso, visa garantir um atendimento rápido nos casos mais críticos, melhorar as condições de trabalho da equipe de emergência, atender as exigências dos usuários de forma que os mesmos sintam-se mais satisfeitos e realizar o serviço de referência quando preciso, de forma que seja garantida a continuidade da assistência (NASCIMENTO et al, 2011).

A realização do acolhimento com classificação de risco isoladamente de outras estratégias não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção (BRASIL, MS, 2009).

É necessário desenvolver articulações com a atenção básica, ambulatórios de especialidade, serviços de atenção e internação domiciliar, etc. Promover uma reinserção do usuário em áreas do sistema que qualificam a alta do usuário da unidade de urgência e emergência, produzindo possibilidades de vínculo e responsabilização (BRASIL, MS 2009).

A realização do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) não trata de fazer um diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico. A classificação de risco é realizada por enfermeiro baseada em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente (BRASIL, MS 2009).

Os protocolos de classificação são instrumentos úteis e necessários que sistematizam a avaliação – que, em muitos casos, é feita informalmente pela enfermagem – e devem ter sempre respaldo médico. Promove uma facilidade na interação entre a equipe multiprofissional e valorização dos trabalhadores da urgência. É importante que serviços de uma mesma região desenvolvam critérios de classificação semelhantes, buscando facilitar o mapeamento e a construção das redes locais de atendimento (BRASIL, MS 2009).

A redução do tempo de espera por atendimento é um dos resultados que a implantação da Política Nacional de Humanização busca atingir com a implantação do AACR (BRASIL, MS, 2012), sendo o tempo de espera uma variável de avaliação dessa política. É determinado de acordo com o nível de classificação de risco do usuário, como: Nível 1 – Vermelho o atendimento médico deve ser imediato ou em até 15 minutos, Nível 2 - Amarelo é necessário uma avaliação médica em até 30 minutos, Nível 3 – Verde o usuário pode aguardar por uma avaliação médica por até uma hora, e Nível 4 – Azul a avaliação médica pode ser realizada por ordem de chegada, não tendo um tempo máximo para atendimento ou pode ser encaminhado por escrito a outro centro de saúde com contato telefônico prévio e garantia de atendimento.



### **3 MÉTODO**

Trata-se de um projeto de intervenção que visa à implantação do dispositivo da PNH: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) e se destina aos usuários, trabalhadores e gestores da Unidade Mista do Coroadinho (UMC). O período de aplicação do projeto é abril a outubro de 2014 e 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.

#### **3.1 Cenário do projeto de intervenção**

O cenário deste projeto de intervenção é a Unidade Mista do Coroadinho, uma unidade hospitalar vinculada a Secretaria de Saúde do município de São Luís/MA e que realiza atendimento médico de urgência/emergência. Conta com médicos nas especialidades: clínica geral, cirurgia, e obstetrícia. Oferece, ainda, serviços de curativo, retirada de pontos, aplicação de injeção, nebulização, imunização e internação. O Hospital possui 24 leitos para internação que correspondem a 10 leitos femininos e 10 leitos masculinos e 04 leitos para isolamento respiratório.

O setor de urgência e emergência funciona 24 horas e foi inaugurado em 1991. No setor há 04 leitos para observação, 02 consultórios médicos, 01 sala para triagem, uma sala de reanimação/estabilização, 01 sala para administração de medicamentos, posto de enfermagem e serviço de radiografia que só funciona durante o dia.

A população estimada da área de atendimento é de 17.358 pessoas e o hospital realiza uma média de 3.900 atendimentos mensais no setor de urgência e emergência.

A unidade é referência para os usuários dos bairros Coroadinho, Vila São Sebastião, Parque Pindorama, Parque dos Nobres, Bairro de Fátima, Sacavém e Coheb.

### **3.2 Elementos do plano de intervenção**

Este projeto de intervenção pretende fomentar a implantação do dispositivo proposto pela PNH (Política Nacional de Humanização), que é o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) uma ação concreta pensada a partir dos princípios e diretrizes da própria política, portanto é um instrumento para execução. Neste sentido apresentamos um plano para implantação:

#### **Etapa I – Sensibilização dos trabalhadores**

As atividades de implantação do ACCR no Serviço de urgência e emergência da UMC iniciarão em abril/2014. A princípio será realizada a sensibilização dos trabalhadores por meio da distribuição de folhetos informativos e da realização de reuniões entre gestores e trabalhadores do Serviço.

#### **Etapa II – Criação de grupos de trabalho**

Em abril de 2014 será criada o Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), constituído por trabalhadores das diversas áreas da UMC e coordenado por enfermeiros e gestores. O objetivo desse grupo é auxiliar na disseminação dos conceitos e propósitos de humanização no atendimento contidos no HumanizaSuS. (BRASIL,2010).

#### **Etapa III – Visitas aos Serviços Hospitalares de Emergência que implantaram o ACCR no atendimento**

Para melhor interação e conhecimento de como o dispositivo ACCR funciona, os enfermeiros da UMC realizarão visitas a outros serviços que adotaram o ACCR no atendimento. Será observado os fluxos de atendimento, a participação do enfermeiro na Classificação de Risco e as adequações realizadas na ambiência.

#### **Etapa IV – Ações de ambiência**

As adequações de ambiência se referem às mudanças necessárias no ambiente para proporcionar acolhimento e conforto ao usuário (BRASIL, 2004) como: instalação de placas de identificação nos corredores e na Sala de Espera; disposição de um servidor para organizar a entrega de roupas na rouparia; criação de janela de acesso da rouparia ao SHE; instalação de

divisórias na Sala de Observação (divisão entre observação masculina e feminina); ordenação de fluxo de atendimento e disposição de equipamentos na Sala de Sutura; elaboração de proposta para readequação de estrutura física, entre outra.

#### **Etapa V – Instituição de formulários/manuais/protocolos**

Durante os meses de setembro a novembro de 2014 os profissionais envolvidos no processo de implantação e padronização do atendimento no ACCR, por meio do sistema de cores, irão elaborar o Formulário de Atendimento para a Classificação e Avaliação de Risco; o Manual e o Protocolo do ACCR no Serviço de Urgência e Emergência da UMC.

#### **Etapa VI – Oficinas para implantação do ACCR na UMC**

Têm por objetivo capacitar trabalhadores para conduzirem as oficinas de implantação do ACCR.



## **4 RESULTADO E ANÁLISE**

Avaliar resultados da implantação de um novo projeto é uma tarefa que exige a realização de pesquisa bem estruturada para que sejam obtidas as respostas que se busca e que são de extrema importância no processo gerencial. Essa pesquisa necessita ser planejada de tal forma que os procedimentos que serão realizados deverão estar definidos para que sejam seguidos durante sua execução.

A adoção da metodologia científica permite atingir resultados e descobertas embasados em procedimentos reconhecidos na comunidade científica. Portanto, a seleção, escolha e adoção da metodologia adequada ao nosso estudo é que propiciará uma visão segura da realidade (GIL, 2002).

Os instrumentos de avaliação serão questionários de satisfação respondidos por usuários e trabalhadores, entrevistas com os gestores a cada fase de implantação do projeto, destacando os avanços e as dificuldades encontradas.

No primeiro encontro ocorrerá a elaboração do plano de ação e cada integrante será convidado a ser uma espécie de guardião deste plano, cuidando para que as atividades sejam cumpridas dentro do prazo e com qualidade.

A cada fase do plano de ação será produzido um relatório das atividades realizadas e que será encaminhado também ao Conselho Municipal de Saúde para a discussão.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito é contribuir para a melhoria da atenção à saúde da Unidade Mista do Coroadinho, a partir da apresentação desse projeto, quando estimulará a discussão da proposta e a efetiva implementação, com a colaboração de usuários, trabalhadores e gestores.

A partir da opinião de alguns usuários, ainda que colhidas de maneira informal, percebemos que ainda é grande a insatisfação com o atendimento prestado, apesar dos esforços dos profissionais em prestar um atendimento qualificado. Há o que melhorar em vários aspectos, como por exemplo, a escuta qualificada, a referência e contra-referência com segurança, a participação dos usuários e trabalhadores na gestão e o investimento na qualificação dos trabalhadores com uma política de valorização do servidor que contemple a garantia de direitos e a educação permanente.

É importante salientar, em especial aos profissionais da área de saúde, que não basta elaboração de propostas e planos de ação, se sua aplicação não é efetiva e, principalmente, se não atender aos anseios do cidadão.

Sendo assim, essa proposta terá como foco a apresentação e execução de uma estratégia que busca a melhoria no atendimento e acolhimento humanizados dos usuários desta instituição pública de saúde, a partir do reconhecimento da realidade desta unidade.

## REFERÊNCIAS

ALBINO, M. R.; 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, 2007. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/523.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2014.

BITTENCOURT, R.J; HORTALE, V.A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(7): 1439-54.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília; 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e em todas as instâncias do SUS. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus\\_2004.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_2004.pdf). Brasília (DF); 2004. Acesso em: 11 março 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Mais saúde: direito de todos 2008-2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Portal da Saúde. Ministério da Saúde, 2012. (disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=2821](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=2821); acessado em: 10 mar. 2014.

CARVALHO, C. A. P. et. al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 15, n. 2, p. 93-95, abr/jun. 2008. Disponível em: < [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-2/iD%20253.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/iD%20253.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2014.

FEIJÓ, V. B. E. R. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: análise da demanda atendida no pronto socorro de um hospital escola**. 2010. 112 p. Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em:<<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/113.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

FILHO, A. D. D.et. al. **Acolhimento com Classificação de Risco: humanização nos serviços de emergência**. 2010. 10 p. Curso de Enfermagem, Universidade Salgado de Oliveira, Campus Goiânia, 2010. Disponível em: <<http://revista.universo.edu.br/index.php/1reta2/article/viewFile/311/238>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2002.

Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Historia da Classificação de Risco. Belo Horizonte, MG. [Citado em 2009 abr. 12]. Disponível em: <[http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com\\_content&task=blogsection&id=8&Itemid=39](http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=39)> > acesso em: 11 março 2014.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev. Latino-americana de enfermagem*, V.15, n.2, p. 13-19, jan./fev. 2007.

Martins EC, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Rev. Eletrônica de Enfermagem [Internet]*. 2009 [citado 2009 Mar. 31]; 11(1); [cerca de 7p.]. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n1/pdf/v11n1a19.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a19.pdf)>. Acesso em: 11 mar. 2014

Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). *Ambiência*. Brasília(DF); 2004

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*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2004.

NASCIMENTO, E. R. P. Classificação de Risco na Emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 84-88, jan/mar. 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf>>. Acesso em 11 mar.. 2014.



OLIVEIRA, M.; TRINDADE, M. F. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. **Revista Hórus**, v. 4, n. 2, out/dez. 2010. Disponível em:  
<[http://www.faeso.edu.br/horus/num2\\_1/atendimento\\_urgencia.pdf](http://www.faeso.edu.br/horus/num2_1/atendimento_urgencia.pdf)> Acesso em: 10 mar. 2014

RAMOS, Donatela; LIMA, Maria Alice. 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.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. Classificação de Risco em emergências- um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em foco**, v. 2, n. 1, p. 14-17. 2011. Disponível em:<<http://revista.portalcofen.gov.br>> Acesso em: 10 mar. 2014.

SILVA, L. G.; ALVES, M. D. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan/mar. 2008. Disponível em:<<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/204>>. Acesso em: 10 mar.2014

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v.5, n.4, p.493-503, out/dez. 2005. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2014.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 23, v. 2, p. 331-340, fev. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília; 2ª ed.; Série B. Textos Básicos de Saúde, 2006. Disponível em:  
<[portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS\\_PNH.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf)> Acesso 10 mar. 2014.