

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**GERMANA MARIA VIANA CRUZ**

**IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: uma proposta para otimização do atendimento no Hospital Geral Manuel Assunção Pires de Aquiraz/CE**

**FORTALEZA (CE)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**GERMANA MARIA VIANA CRUZ**

**IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: uma proposta para otimização do atendimento no Hospital Geral Manuel Assunção Pires de Aquiraz/CE**

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.

**Prof. Orientador: Diego Oliveira Miranda**

**FORTALEZA (CE)**

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: uma proposta para otimização do atendimento no Hospital Geral Manuel Assunção Pires de Aquiraz/CE**, de autoria do aluno GERMANA MARIA VIANA CRUZ foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

**Prof. Dr. Diego Oliveira Miranda**  
Orientador da Monografia

---

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

---

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

**FORTALEZA (CE)**  
**2014**

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, Dário e Maria do Carmo,  
Pelo amor, carinho e incentivo incondicionais.

## AGRADECIMENTOS

Considerando este trabalho de conclusão como resultado de uma caminhada que não começou neste curso, agradecer pode não ser tarefa fácil, nem justa. Para não correr o risco da injustiça, agradeço de antemão a todos que de alguma forma passaram pela minha vida e que contribuíram para o desenvolvimento de quem sou hoje.

Em particular, agradeço a algumas pessoas que contribuíram diretamente na construção deste trabalho:

À professora e tutora Ane Elise Paim, pelo acompanhamento e atenção durante o desenvolvimento de todo o curso, ajudando a fomentar discussões que subsidiaram novas reflexões e reformulações em minha prática profissional.

Ao professor Diego Oliveira Miranda, pela sensibilidade e paciência na orientação deste trabalho de conclusão.

Às amigas Andréa Serpa e Elizete Filizola, pelo incentivo, força, amizade e carinho compartilhados em nosso caminhar neste curso e no trabalho, com quem dividi as angústias dos trabalhos e estudos, bem como a alegria das comemorações.

À amiga Marta Leite, pela amizade, exemplo e parceria na construção do desenho desse trabalho, e por me incentivar na busca de meus objetivos.

Aos colegas de trabalho da emergência do Hospital Geral Manuel Assunção Pires, pelo incentivo que me deram durante todo o trabalho, tanto nesta pesquisa quanto no nosso cotidiano.

Aos meus irmãos, sobrinhos e cunhados, pelo carinho, força e incentivo para que eu lute em busca de meus objetivos, e por estarem presentes nos momentos mais especiais de minha vida.

Às duas pessoas que sobremaneira me auxiliam acadêmica, profissional e afetivamente, meu pai Dário e minha mãe Maria do Carmo.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>03</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>07</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>11</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>15</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>21</b>

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

**Figura 1. Fluxo de Atendimento na Emergência do Hospital Manuel Assunção Pires 12**

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1. Níveis de classificação de risco em usuários de Pronto Socorro.....</b>	<b>05</b>
<b>Quadro 2. Síntese do cronograma de intervenção.....</b>	<b>16</b>

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1. N° de profissionais da emergência por turno de trabalho.....</b>	<b>13</b>
---	-----------

## RESUMO

O crescimento da demanda por atendimentos de urgência e emergência devido ao aumento no número de acidentes e da violência urbana tem contribuído para a superlotação dos prontos-socorros brasileiros, agravada por problemas organizacionais como o atendimento por ordem de chegada, sem estabelecimento de critérios clínicos. A fim de superar tais dificuldades, a Política Nacional de Humanização instituída pelo Ministério da Saúde fomenta o acolhimento com classificação de risco como uma estratégia para humanizar e qualificar o atendimento. Desse modo, esta proposta de intervenção tem por objetivo implementar o protocolo de classificação de risco de Manchester no acolhimento da emergência do Hospital Geral Manuel Assunção Pires, e como objetivos específicos: sensibilizar os profissionais de saúde da emergência para a adoção de um sistema de classificação de risco; implantar uma sala para acolhimento dos pacientes na emergência; treinar os enfermeiros com o protocolo de Manchester; elaborar de ciclos de palestras para esclarecimento da população sobre as modificações no acolhimento; avaliar a implementação do protocolo de Manchester. A proposta desenvolver-se-á entre os meses de abril e julho de 2014, com a participação de todos os trabalhadores do serviço de emergência, e prevê, após mês de implementação, a avaliação dos resultados com base na análise de indicadores e da percepção dos profissionais e usuários da emergência. Espera-se, assim, contribuir para a transformação dos processos de trabalho, com vistas à valorização profissional, à promoção da educação permanente em saúde, à gestão compartilhada, e à assistência em rede preconizada pela Política Nacional de Atenção às Urgências.

## 1 INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência constituem importante componente da assistência à saúde no Brasil. Nos últimos anos, houve crescimento da demanda por atendimentos de urgência e emergência devido, principalmente, ao aumento no número de acidentes e da violência urbana (BRASIL, 2006). A realidade da superlotação dos prontos-socorros brasileiros é agravada por problemas organizacionais como o atendimento por ordem de chegada, sem estabelecimento de critérios clínicos, o que pode acarretar graves prejuízos aos pacientes.

Além dessas características, as unidades de urgência e emergência são, historicamente, consideradas a referência para tratamento de todo e qualquer caso pela população em geral, por serem locais com atendimento rápido e resolutivo. Apoiando-se em tal concepção, a atenção à saúde voltada para o pilar da doença, da cura, e não da prevenção, torna arraigado na cultura geral o foco em pronto atendimento. A população passa a entender o serviço de urgência e emergência não como um serviço voltado para o atendimento de paciente em risco de morte, mas, sim, como alternativa para a falta de retaguarda na atenção básica e procura de agilidade e resolutividade de tratamento (SOUZA e BASTOS, 2008).

Desse modo, os serviços de urgência e emergência de todo o país se veem superlotados, com demandas que se entrelaçam: pacientes com real necessidade de atendimento em urgência e emergência, e pacientes com necessidade de atendimento de baixa complexidade juntos no mesmo ambiente, o que dificulta o estabelecimento de prioridades de atendimento e a prestação de um serviço ágil, adequado e de qualidade. Inserido nessa realidade, o Hospital Geral Manuel Assunção Pires, referência para o atendimento de urgência e emergência do município de Aquiraz, vivencia diariamente esse contexto, gerando insatisfação e inquietação dos profissionais que trabalham nestes setores.

Os profissionais se veem cercados por uma demanda grande e diversa, que não dispõe de outros serviços para o atendimento de suas necessidades de saúde, visto que a atenção primária do município não contempla toda a população, além de haver uma carência de profissionais médicos nas unidades básicas de saúde. Outro agravante é a falta de informação da população, que julga ser uma obrigação do hospital prestar atendimento a todos os que o procuram, independentemente do nível de cuidado, além do fator cultural, que os impele a buscar um serviço que congregue o

atendimento médico, a realização de exames complementares e o recebimento da terapia medicamentosa de modo mais fácil e rápido. Esses fatores contribuem para o aumento da insatisfação e revolta quando há filas e demora para a consulta ou realização de procedimentos, inclusive quando o atendimento aos casos mais graves são priorizados.

Ciente dos problemas existentes na atenção às urgências, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH), na qual aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência. A classificação de risco é processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente, e não com a ordem de chegada ao serviço.

A Classificação de Risco é entendida como “um processo dinâmico que consiste em identificar o risco/vulnerabilidade do usuário, considerando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer, e desta forma orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário” (BELO HORIZONTE, 2002, p. 2).

Mais que uma previsão legal, a classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado àqueles em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza.

De acordo com a Portaria 2.048 do Ministério da Saúde, a classificação de risco

“(…) deve ser realizada por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002, p.).

No Brasil, o sistema de acolhimento com classificação de risco é realizado por enfermeiros, os quais, por meio da consulta de enfermagem, classificam os agravos com base em, no mínimo, quatro níveis ilustrados por cores, conforme pode ser visualizado, em síntese, no Quadro 1.

**Quadro 1 - Níveis de classificação de risco em usuários de Pronto Socorro.**

<b>COR</b>	<b>CRITÉRIO</b>	<b>PRIORIDADE</b>
VERMELHO	Emergência: necessidade de atendimento imediato.	0
AMARELO	Urgência: atendimento o mais rápido possível.	1
VERDE	Prioridade não urgente.	2
AZUL	Baixa complexidade: atendimento de acordo com a ordem de chegada.	3

Fonte: BRASIL, 2009.

Nesse contexto, a adoção de protocolos para proceder a classificação de risco tem se consolidado como uma prática segura e ágil na atuação dos profissionais classificadores, visto que se baseia em métodos de avaliação que ajudam o profissional a priorizar o atendimento conforme o nível ou estado de gravidade do paciente que procura a emergência, e não pela ordem de chegada. Com a utilização dos protocolos, os profissionais garantem a uniformização e responsabilidade no acolhimento ao usuário, contribuindo para a diminuição das filas, das queixas e para a prestação do cuidado em emergência de qualidade.

No Hospital Geral Manuel Assunção Pires, o acolhimento na emergência é realizado pela enfermeira e auxiliar de enfermagem, com base em um instrumento que registra os sinais vitais e as queixas dos pacientes, e lhes classifica pelo sistema de cores conforme o quadro apresentado. Entretanto, essa classificação não se baseia em nenhum critério preestabelecido, o que pode gerar diferenças a depender do profissional que realiza a classificação, principalmente pelo fato de o hospital estar recebendo novos profissionais selecionados em um concurso público, e muitos deles não terem trabalhado em serviços de urgência e emergência. Além disso, não há controle de quem vai ser atendido primeiramente, visto que os pacientes, salvo aqueles que se encontram em estado grave ou que dependem de ajuda para locomoção, dirigem-se sozinhos para o consultório médico, favorecendo o atendimento por ordem de chegada.

O Hospital concentra ainda alguns serviços que não são disponibilizados em outras unidades de saúde do município, como a realização de raios X e de eletrocardiograma, promovendo um alto fluxo de pacientes para a realização de exames eletivos. Outro fato que tem elevado a busca por atendimento no hospital é a falta de profissionais e de estrutura das unidades básicas de saúde, confirmada pelo relato dos pacientes de que suas unidades não dispõem de médicos ou de materiais para a realização de suturas e curativos simples, ou para a aferição de glicemia e de sinais vitais. Desse modo, os profissionais que atuam no acolhimento se expõem diariamente às queixas e

insatisfações dos usuários, tanto pela superlotação gerada pela busca de atendimentos de nível verde e azul e para a realização de exames e procedimentos ambulatoriais, como pela falta de compreensão da população em entender os critérios para o estabelecimento de prioridades, visto que a maioria deseja ser atendida no menor tempo possível, independentemente da necessidade de cuidado.

Com base nessa realidade, os autores deste plano de intervenção sentiram-se motivados a responder a seguinte pergunta: será que a implantação de um protocolo de classificação de risco contribuiria para a melhoria da assistência na emergência, por meio da organização e priorização do cuidado neste setor, e da orientação dos profissionais e da população quanto aos critérios de avaliação e classificação da ordem de atendimento em urgência e emergência?

Assim, o projeto se justifica pelo fato de o Hospital Geral Manuel Assunção Pires não possuir um protocolo instituído de acolhimento com classificação de risco, contrariando as prerrogativas da Política Nacional de Urgência e Emergência e da Política Nacional de Humanização, que o consideram como uma das diretrizes para a humanização do cuidado e como ação potencialmente decisiva na reorganização e implementação da promoção de saúde em rede.

Além disso, como a emergência do Hospital Geral Manuel Assunção Pires realiza em média mais de quatro mil atendimentos médicos (AQUIRAZ, 2013), torna-se imprescindível a utilização de um sistema que aumente a capacidade dos trabalhadores em distinguir e identificar riscos e agravos, garantindo a confiabilidade do profissional e do usuário na prestação do serviço de saúde emergencial.

Desse modo, o objeto em estudo nesse projeto de intervenção é a adoção de um protocolo de acolhimento com classificação de risco para organizar a assistência na emergência de um hospital secundário no município de Aquiraz, de forma a contribuir para a melhor prestação do cuidado em enfermagem na linha de urgência e emergência. O objetivo do projeto é implementar o protocolo de classificação de risco de Manchester no acolhimento da emergência do Hospital Geral Manuel Assunção Pires. Como objetivos específicos, foram elencados: sensibilizar os profissionais de saúde da emergência para a adoção de um sistema de classificação de risco; implantar uma sala para acolhimento dos pacientes na emergência; treinar os enfermeiros com o protocolo de Manchester; elaborar de ciclos de palestras para esclarecimento da população sobre as modificações no acolhimento; avaliar a implementação do protocolo de Manchester no acolhimento da emergência.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fim de subsidiar a discussão sobre a implementação de um protocolo de classificação de risco, decidiu-se fundamentar o processo por meio da apresentação de três temas que se inter-relacionam neste estudo: o Acolhimento com classificação de risco, a Política Nacional de Humanização e a Educação Permanente em Saúde.

Por meio da caracterização e discussão de cada um, pretende-se consolidar a importância desta prática para o atendimento aos princípios e diretrizes propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela Rede de Atenção às Urgências, de modo a promover a assistência de qualidade em urgência e emergência, e a melhoria do processo de trabalho dos profissionais deste setor no Hospital Manuel Assunção Pires.

A palavra triagem (do francês *trier* = classificar) significa um processo sistemático para determinar quem vai ser visto e tratado primeiro (MURRAY, 2003). Ele foi introduzido nos serviços de emergência para tentar minimizar o problema da superlotação, permitindo cuidados imediatos para os pacientes mais urgentes (HAY, BEKERMAN, ROSEMBERG et al., 2001).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) menciona que sempre que houver um desequilíbrio entre a demanda de pacientes e os recursos médicos para atender a essas necessidades, deve-se estabelecer um processo de seleção ou triagem dos casos (OPAS, 1983, p. 21).

Em todo o mundo, o processo de triagem é realizado por enfermeiros, mediante um treinamento específico (ALBINO, GROSSEMAN e RIGGENBACH, 2007). A escolha desse profissional se dá principalmente por sua capacidade em avaliar rapidamente as condições de saúde do paciente, em consonância com sua formação para atuar na gestão e direcionamento do cuidado.

No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução N° 423/2012, normatiza que a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é atividade privativa do Enfermeiro. Para tal, ainda conforme esta resolução, o Enfermeiro deverá estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento.

Para que possa exercer essa atividade com segurança e competência, o Enfermeiro deve passar por treinamentos e cursos para capacitá-lo acerca dos protocolos adotados e da realidade e nível de complexidade do serviço em que atua.

“(…) a tomada de decisão é parte integrante e importante da prática clínica e de enfermagem. Uma adequada avaliação clínica de um paciente requer tanto raciocínio como intuição, e ambos devem se basear em conhecimentos e aptidões profissionais. Assim, como parte de seu processo de aptidão é preciso que você aprenda a interpretar, discriminar e avaliar.” (DAL SASSO, 2013, p. 44).

O conceito de triagem foi substituído pelo de acolhimento pelo fato de, em alguns serviços ou situações, a triagem significar a exclusão de pacientes, ou seja, a sua referencia para outro serviço de saúde em acordo com os níveis de complexidade.

Entende-se acolhimento como uma ação técnico-assistencial que supõe antecipadamente uma mudança na relação entre o usuário e o profissional, colocando o primeiro como participante ativo no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004). Em razão da afetividade que essa tecnologia proporciona, consiste ainda em uma ferramenta potente para humanizar o cuidado.

Nascimento et al (2011, p. 85) falam que

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

A classificação de risco é um processo contínuo e, para ser eficiente, deve ocorrer entre 0 a 15 minutos desde a chegada do paciente ao serviço de emergência. Deve ser realizada de forma rápida e fundamentada em um instrumento de classificação previamente elaborado em conjunto por médicos e enfermeiros com experiência em urgência e emergência.

A fim de editar normas e diretrizes para melhorar a assistência prestada aos usuários do SUS, baseando-se inclusive nas frequentes queixas dos pacientes que procuravam os serviços de emergência superlotados, com déficit de profissionais para atendê-los e com inadequações no atendimento que os levavam ao agravamento dos quadros clínicos e ao óbito, o Ministério da Saúde lançou em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), propondo ações e reformas que promovessem a humanização na atenção e na gestão da saúde, estabelecendo uma nova relação entre usuários, suas redes sociais e os trabalhadores.

O acolhimento com classificação de risco é uma das diretrizes da PNH, concebido como um processo que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Trata-se de uma escuta qualificada que possibilita analisar a demanda, garantir atenção integral, resolutiva e responsável viabilizada pelo acionamento/articulação das redes internas e externas dos serviços com outros serviços de saúde, para promover continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2009).

O sistema Classificação e Avaliação de Risco, somado à diretriz do acolhimento, tem como objetivos principais: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; fornecer informações ao paciente e ao familiar sobre o tempo provável de espera; minimizar a desfragmentação do processo assistencial ao proporcionar pactuações entre redes internas e externas de atendimento, a partir da construção de fluxos, de acordo com o grau de risco de cada usuário (BELLUCCI JÚNIOR e MATSUDA, 2012).

Em unidades hospitalares de emergência, o acolhimento deve abranger os problemas de recepção de demanda, unindo-se às demais diretrizes do Humaniza SUS (clínica ampliada, cogestão, ambiência e valorização do trabalho em saúde), para a mudança nos processos de trabalho e gestão de serviços.

De forma geral, tem sido recomendada a utilização de escalas/protocolos que estratifiquem o risco em níveis, por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do paciente. Dentre os protocolos mais adotados no mundo, destaca-se o Método do Sistema de Triagem de Manchester. O sistema seleciona os pacientes com maior prioridade e funciona sem fazer quaisquer presunções sobre o diagnóstico médico, uma vez que os atendimentos nos serviços de urgência são, na sua maioria, orientados pelos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes (DAL SASSO, 2013).

Ainda de acordo com essa autora, a classificação se baseia em cinco passos: identificação do problema; coleta e análise das informações relacionadas à solução do problema; avaliação de todas as alternativas e seleção de uma delas para implementação; implementação da alternativa selecionada, monitorização da implementação e avaliação dos resultados. A partir deles, o enfermeiro do acolhimento aplica uma das cinco categorias existentes que melhor se adapte à urgência da condição apresentada pelo paciente: emergente (vermelho); muito urgente (laranja); urgente (amarelo); pouco urgente (verde) e não urgente (azul).

O sistema de Manchester estabeleceu 52 problemas pertinentes à triagem, e deve ser realizado com base em uma anamnese e avaliação clínica criteriosas para que a classificação seja bem sucedida. Para tal, é importante que o enfermeiro tenha um espaço adequado para a realização da entrevista e exame clínico do cliente, além de um treinamento específico sobre o protocolo para que o aplique de maneira adequada.

A fim de viabilizar o treinamento para a implementação do acolhimento com classificação no Hospital Geral Manuel Assunção Pires, utilizar-se-ão os princípios norteadores da Política de Educação Permanente em Saúde, que se apresenta como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras (BRASIL, 2004).

Por meio da adoção de seus princípios, espera-se garantir a formação e o acompanhamento dos profissionais de saúde na aplicação do Protocolo de Manchester de maneira contínua, no ambiente de trabalho, e de acordo com as necessidades do serviço, de modo a contribuir para a melhoria dos processos de trabalho, no atendimento aos usuários e na gestão das unidades (BRASIL, 2004; \_\_\_\_\_, 2009).

A educação permanente é realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade, considerando os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem. Propõe que a formação/educação dos trabalhadores da saúde se faça a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que os processos formativos sejam pautados pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Neste estudo, aplica-se pelo fato de congregarem uma necessidade dos profissionais do serviço, e de empreender a educação permanente para a transformação de um processo de trabalho, com vistas à melhoria dos fluxos de pacientes na emergência.

### 3 MÉTODO

O processo de implementação do acolhimento com classificação de risco se constitui em uma proposta de tecnologia de conduta, com vistas a mudança nos processos de trabalho na emergência do Hospital Geral Manuel Assunção Pires.

O estudo classificou-se dessa forma porque visa contribuir para a melhoria da prática por meio de uma padronização de procedimentos da equipe, sob bases científicas, além de envolver toda a equipe da emergência do referido hospital, o que permitirá sua testagem, avaliação e aprimoramento.

O Hospital Manuel Assunção Pires situa-se no município de Aquiraz, e atende a uma população de aproximadamente 76.000 habitantes. É constituído pelas seguintes unidades: emergência, centro cirúrgico, unidade de internação e obstetrícia.

Em 2013, foram atendidos 59.049 pacientes na emergência. De modo geral, o perfil de atendimento do Hospital é caracterizado pelas seguintes especialidades: traumatologia (acidentes de trânsito, lombalgias crônicas); pediatria (gastroenterites, infecções respiratórias); clínica médica (gastroenterites, doenças sazonais – dengue, pneumopatias, cardiopatias, diabetes, AVC); obstetrícia (infecções urinárias, anemias, abortos, partos).

O Hospital dispõe de dois consultórios médicos na emergência, além de sala de raio X, laboratório para exames diagnósticos, sala para pequenos procedimentos (suturas, curativos), sala de estabilização, sala para administração de vacinas e sala de administração de medicamentos. Há também o consultório para atendimento obstétrico, além da sala de exame e de parto normal, que se localiza na obstetrícia.

O fluxo do paciente em atendimento na emergência do Hospital Geral Manuel Assunção Pires, bem como a distribuição dos profissionais que trabalham neste setor por turno pode ser visualizada conforme o fluxograma e o quadro em seguida:

**Fluxograma 1: Fluxo de Atendimento na Emergência do Hospital Manuel Assunção Pires.**



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 1: Número de profissionais da emergência do Hospital Manuel Assunção Pires por turno de trabalho.

DIAS DA SEMANA	Domingo		Segunda		Terça		Quarta		Quinta		Sexta		Sábado	
TURNO	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
Médicos Clínicos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Médicos Obstetras	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Enfermeiros Emergência	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Enfermeiros Acolhimento <sup>1</sup>			1		1		1		1		1			
Técnicos de Enfermagem	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4
Técnico de laboratório	1		1		1		1		1		1		1	
Técnico de Raio X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Técnico em imobilização	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Central de Regulação			1		1		1		1		1			
Recepção	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Fonte: AQUIRAZ, 2013.

<sup>1</sup> Há uma enfermeira somente para o acolhimento de segunda a sexta no turno diurno. Nos outros dias e turnos, a enfermeira da emergência assume essa responsabilidade.

Na primeira etapa da intervenção – sensibilização dos trabalhadores e treinamento com o protocolo de Manchester – os sujeitos envolvidos serão todos os trabalhadores da emergência (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de raio X, de laboratório e de imobilização, recepcionistas, auxiliares de transporte, porteiros, central de regulação, serviços gerais), além da direção geral, administrativa, médica e de enfermagem. Na segunda etapa, serão incluídos os usuários da emergência, de forma a proceder ao esclarecimento da população acerca da classificação de risco, e a avaliação dos resultados dessa intervenção.

O período de implementação da intervenção dar-se-á entre os meses de abril e julho de 2014, sendo programado um cronograma de reavaliação em acordo com as discussões e necessidades da equipe da emergência.

Serão respeitados os aspectos éticos contidos na Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética na Pesquisa, elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que regulamenta a pesquisa em seres humanos. Nesta Resolução, são enfatizados os princípios da bioética – autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e qualidade – assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Deste modo, todos os participantes serão esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa, e ser-lhes-á garantido o anonimato na apresentação dos resultados. Como a intervenção não se configure em um projeto de pesquisa, não foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa para apreciação, tendo em vista que seus resultados serão divulgados internamente para fim de melhorias nos processos de trabalho.

Os resultados obtidos e a tabulação dos dados coletados serão registrados por meio de gráficos e tabelas e apresentados a toda a equipe da emergência e direção, de modo a proceder a avaliação conjunta da intervenção.

#### **4 RESULTADO E ANÁLISE**

Em acordo com os objetivos do projeto, busca-se primeiramente sensibilizar a equipe de trabalho da emergência para a adoção do protocolo de Manchester para o acolhimento com classificação de risco. Para tal, pretende-se utilizar a metodologia das rodas de conversa, de forma a integrar a equipe e discutir o percurso da implementação desse projeto de forma coletiva, para que todos possam compreender e colaborar para as mudanças apresentadas.

Assim, após o consentimento da direção do hospital para a implementação do projeto, programar-se-ão encontros semanais para a discussão sobre a realidade da emergência do hospital com todos os envolvidos (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de raio X, de laboratório e de imobilização, recepcionistas, auxiliares de transporte, porteiros, central de regulação, serviços gerais).

Após a sensibilização e esclarecimento de toda a equipe, efetuar-se-á o treinamento da equipe com o protocolo de Manchester. Dessa etapa participarão apenas os enfermeiros, visto que serão os responsáveis pela classificação.

Conforme o fluxograma apresentado anteriormente, o paciente que chega à emergência do Hospital Geral Manuel Assunção Pires é primeiramente acolhido pela enfermeira, que realiza a investigação primária de seu estado de saúde, e depois se dirige ao técnico de enfermagem para aferição dos sinais vitais e glicemia. Esse atendimento é feito em um balcão de recepção, não se constituindo em um local adequado para a realização do acolhimento com classificação de risco, conforme as prerrogativas da ambiência sugeridas pela PNH. Desse modo, após esse treinamento, iniciar-se-á o período de implementação da classificação, por meio da transferência do acolhimento para sala apropriada que permita a anamnese e o exame físico adequados para a classificação de risco conforme o protocolo de Manchester, e do esclarecimento da população por meio de cartazes e palestras na recepção, de forma a orientá-los acerca do fluxo de atendimento e da priorização dos atendimentos na emergência.

Durante um mês, os enfermeiros serão assessorados pelos propositores da intervenção para a realização da classificação de risco, de forma a garantir a confiabilidade do protocolo e da avaliação. Ao final desse período, propõe-se a realização de uma roda de conversa com esses enfermeiros para debater os pontos positivos e negativos da implementação da classificação, por

meio da avaliação dos seguintes indicadores: tempo de espera no acolhimento; tempo de espera para o atendimento; tempo de permanência na emergência; análise das queixas e sugestões dos pacientes.

Para proceder a obtenção desses indicadores, os profissionais serão solicitados a registrar os horários referentes aos seus atendimentos ao paciente, que serão coletados posteriormente pela equipe de intervenção. Além disso, será colocada à disposição dos usuários uma caixa de sugestões e reclamações, e realizada uma roda de conversa semanal com os pacientes em atendimento, para averiguar o impacto da intervenção.

Os resultados obtidos com as rodas de conversa e tabulação dos dados coletados serão registrados por meio de gráficos e tabelas e apresentados a toda a equipe da emergência e direção, de modo a proceder a avaliação conjunta da intervenção. Nesse momento, serão colhidas sugestões para melhorar aquilo que não foi positivo, e proposto um cronograma de avaliação permanente, de modo a monitorar o impacto das ações postas em prática.

Um quadro síntese com o cronograma de atividades e os participantes de cada etapa é apresentado a seguir:

**Quadro 2: Síntese do cronograma de intervenção.**

<b>ATIVIDADE</b>	<b>PERÍODO</b>	<b>PÚBLICO ALVO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>
<b>Apresentação da proposta para a direção.</b>	Abril de 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direção geral</li> <li>• Direção administrativa</li> <li>• Direção médica</li> <li>• Coordenação de Enfermagem</li> </ul>	Equipe de intervenção.
<b>Rodas de conversa com equipe de trabalho na emergência.</b>	Abril de 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos</li> <li>• Enfermeiros</li> <li>• Técnicos de Enfermagem</li> <li>• Técnicos de raio X</li> <li>• Técnicos de imobilização</li> <li>• Técnicos de Laboratório</li> <li>• Porteiros</li> </ul>	Equipe de intervenção.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recepcionistas</li> <li>• Auxiliares de transporte</li> <li>• Central de regulação</li> <li>• Serviços gerais</li> </ul>	
<b>Treinamento com o protocolo de Manchester.</b>	Maio de 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros</li> </ul>	Equipe de intervenção e Enfermeiro convidado.
<b>Organização da sala de acolhimento com classificação de risco</b>	Maio de 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros</li> <li>• Técnicos de Enfermagem</li> </ul>	Equipe de intervenção e serviços gerais.
<b>Implementação da classificação com protocolo de Manchester.</b>	Junho de 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros</li> <li>• Técnicos de Enfermagem</li> <li>• Usuários da emergência</li> </ul>	Enfermeiros.
<b>Orientação da população sobre a classificação de risco.</b>	Junho de 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuários da emergência</li> </ul>	Enfermeiros, técnicos de enfermagem e equipe de intervenção.
<b>Monitoramento da classificação de risco.</b>	Junho de 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros</li> </ul>	Equipe de intervenção.
<b>Coleta dos indicadores da intervenção.</b>	Junho de 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe da emergência</li> <li>• Usuários</li> </ul>	Equipe de intervenção.

<p><b>Roda de avaliação da proposta e dos indicadores.</b></p>	<p>Julho de 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direção geral</li> <li>• Direção administrativa</li> <li>• Direção médica</li> <li>• Coordenação de Enfermagem</li> <li>• Médicos</li> <li>• Enfermeiros</li> <li>• Técnicos de Enfermagem</li> <li>• Técnicos de raio X</li> <li>• Técnicos de imobilização</li> <li>• Técnicos de Laboratório</li> <li>• Porteiros</li> <li>• Recepcionistas</li> <li>• Auxiliares de transporte</li> <li>• Central de regulação</li> <li>• Serviços gerais</li> </ul>	<p>Equipe de intervenção e enfermeiros.</p>
<p><b>Definição do cronograma de avaliação</b></p>	<p>Julho de 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe da emergência</li> </ul>	<p>Equipe de intervenção.</p>

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de intervenção desenvolvido teve como objetivo traçar os métodos para a implementação do acolhimento com classificação de risco na emergência do Hospital Geral Manuel Assunção Pires, estabelecimento este de nível secundário que atende a todos os casos de emergência do município de Aquiraz/CE.

O interesse pela proposta foi fundamentado pela prática profissional como enfermeira da emergência desta unidade de saúde, convivendo diariamente a falta de uma organização e protocolo para atender ao alto fluxo de pacientes que buscam o serviço, de modo a prestar uma assistência de qualidade e diminuir as filas e reclamações, além dos problemas relacionados à má avaliação e monitoramento dos pacientes em estado mais grave.

Desse modo, a proposta se desenvolveu em etapas sucessivas que englobam não só a mudança no processo de trabalho, mas também o envolvimento e esclarecimento de todos os profissionais e usuários envolvidos no atendimento na emergência.

Assim, propôs-se primeiramente a sensibilização da direção e dos demais profissionais frente ao problema da falta de organização do atendimento e do local adequado de onde fazê-lo, de modo a encontrar soluções conjuntas e angariar o apoio de todos os trabalhadores do setor para que a implementação da proposta funcione.

Em seguida, sugere-se o treinamento dos enfermeiros acerca de um protocolo validado internacionalmente – Sistema de Classificação de Manchester – de modo a regulamentar e uniformizar a avaliação e a classificação por parte de todos os profissionais do acolhimento, em acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), que vê na adoção de um sistema estruturado uma ferramenta útil e necessária para sistematizar a avaliação (muitas vezes desenvolvida informalmente e sem embasamento científico) e facilitar a interação entre a equipe multiprofissional e a prestação da assistência de qualidade ao usuário da emergência (BRASIL, 2009).

Ainda respeitando as diretrizes contidas na PNH, propõe-se a mudança do local onde é realizado o acolhimento atualmente na emergência do referido hospital para um ambiente mais adequado para a realização da classificação, onde se possa efetuar a escuta qualificada e a

avaliação dos riscos e vulnerabilidades apresentados pelos pacientes, de modo a promover a melhoria do acesso dos usuários; a mudança das relações entre eles e os profissionais de saúde; a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas; e a pactuação com o usuário da resposta possível à sua demanda, de acordo com a capacidade do serviço (BRASIL, 2009).

Após a implementação da classificação de risco com o Protocolo de Manchester, recomenda-se a realização de uma avaliação da intervenção por parte tanto dos profissionais como dos usuários da emergência, de forma a identificar os pontos positivos e negativos e propor novas intervenções que assegurem os objetivos pretendidos e garantam o cuidado humanizado e de qualidade, além da participação e empoderamento de todos os sujeitos envolvidos nesse processo.

Assim, espera-se contribuir para a transformação dos processos de trabalho, com vistas à valorização profissional, à promoção da educação permanente em saúde, à gestão compartilhada, e à assistência em rede preconizada pela Política Nacional de Atenção às Urgências.

## REFERÊNCIAS

ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina** Vol. 36, no. 4, de 2007.

AQUIRAZ. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Auditoria e Gestão Hospitalar, Indicadores Hospitalares 2013. 2013.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Proposta de regulação da porta de entrada das unidades de urgência e emergência de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, MG: SMSA; 2002.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L.M. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 217-25

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Humaniza SUS – acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Política Nacional de Atenção as Urgências**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

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** – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências** / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética na Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. 1996

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. **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. Disponível em < [http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012\\_8956.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html)> Acessado em 20/03/2014 às 10:49.

DAL SASSO, Grace Teresinha Marcon. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Classificação de risco e acolhimento** / Grace Teresinha Marcon Dal Sasso; Maria Célia Barcelos Darli; Lucieli Dias Pedreschi Chaves; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. 115 p.

HAY, E.; BEKERMAN, L.; ROSEMBERG, G. et al. Quality Assurance of Nurse Triage: Consistency of Results Over Three Years. **Am J Emerg Med** 2001; 19(2):1 13-17

MURRAY MJ. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. **Emerg Med** 2003; 15(1): 6-10.

NASCIMENTO, E.R.P; HILSENDEGER, B. R.; Neth, C.; et al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19 (1): 84-8

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Manejo de multitud de heridos. In: **Administración sanitaria de emergencia con posterioridad a los desastres naturales**. Washington; 1983. p. 21-2.

SOUZA, R. S.; BASTOS, M.A. R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**. Disponível em <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/304>>. Acessado em 25/03/14 às 13:30.