

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

REGIANE CHRISTINE DE CARVALHO

CAPACITAÇÃO PARA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

CURITIBA
2011

REGIANE CHRISTINE DE CARVALHO

CAPACITAÇÃO PARA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Projeto Técnico apresentado à
Universidade Federal do Paraná para
obtenção do título de especialista em
Gestão em Saúde.

Orientador: Professora Luciana
Schleder Gonçalves

CURITIBA
2011

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	04
1.1 Apresentação/Problemática.....	05
1.2 Objetivo Geral do Trabalho.....	05
1.3 Justificativa do Objetivo.....	05
2 REVISÃO TEÓRICO EMPÍRICA.....	07
3 METODOLOGIA.....	15
4 A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA.....	16
4.1 Descrição geral.....	16
4.2 Diagnóstico da Situação Problema.....	17
5 PROPOSTA.....	20
5.1 Desenvolvimento da Proposta.....	20
5.2 Plano de Implantação.....	20
5.3 Recursos.....	21
5.4 Resultados esperados.....	21
5.5 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo corretivas.....	22
6 CONCLUSÃO.....	23
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação/ Problemática

O projeto visa a Capacitação da equipe Multiprofissional quanto à proposta do Ministério da Saúde do Acolhimento com Classificação de Risco em um serviço de Urgência no Município de Curitiba.

O assunto principal é o Protocolo de Manchester recentemente implantado na Instituição de Saúde. A importância da realização do projeto consiste em inserir, aprimorar e esclarecer os profissionais de saúde a atuar com entendimento, qualificação e responsabilidade para com o usuário e com o sistema de saúde através do novo protocolo.

Vale ressaltar que o estabelecimento em que será realizada a capacitação é público e a grande maioria dos profissionais são servidores públicos e muitas vezes não tem a oportunidade e o incentivo de se capacitar, receber treinamento, conhecer as inovações antes de serem impostas.

A organização pública só tem a ganhar e se beneficiar com profissionais motivados, capacitados, instruídos, com atitudes e posturas profissionais perante o usuário. O acolhimento não pode ser realizado de maneira mecânica, automática e sem compromisso com o usuário e a sociedade.

O gestor em saúde deve se preocupar, primeiramente, em capacitar e preparar seus profissionais de saúde antes da implantação de um novo protocolo. Quem trabalha diretamente com o usuário, quem está inserido na assistência ao paciente é que deve ser informado, consultado e inserido num processo de mudança para que o engajamento e a aceitabilidade sejam mais natural e pacífica possível a fim de obter resultados positivos.

O serviço público e o funcionalismo público são muitas vezes mal vistos pela sociedade, taxou-se que o privado se sobrepõe ao público por considerar que o primeiro tem mais recursos financeiros, qualidade de recursos humanos, organização e respeito aos seus clientes.

As inovações em saúde são custosas e de difícil adesão por parte da sociedade e dos profissionais de saúde e se estes não cumprirem com o seu papel de educador para com o usuário só contribuirão para maiores

gastos e desperdícios para o sistema de saúde, gerando insatisfação, desentendimento e o não cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2 Objetivo Geral do Trabalho

Capacitar a equipe multiprofissional quanto a implantação do Protocolo de Manchester, Classificação de Risco, em um Serviço de urgência no Município de Curitiba.

1.3 Justificativas do Objetivo

Entender o novo processo de trabalho é difícil para a maioria dos trabalhadores na área da saúde, pois estes são relutantes a mudanças. A capacitação promove a estes trabalhadores conhecimento, esclarecimento e direcionamento do novo processo com vistas à melhoria do atendimento ao usuário e do relacionamento profissional/profissional.

A capacitação promove um ambiente de discussão, de surgimento de novas idéias, de críticas construtivas, de propostas e contra propostas, de opiniões e de envolvimento de todos os responsáveis diretamente e indiretamente pela saúde do cidadão, diminui as discordâncias entre os mesmos e nivela a responsabilidade de todos perante o usuário sem um se sobrepor ao outro.

A equipe multiprofissional precisa ser preparada para um novo fazer em saúde e para isso a capacitação multiprofissional quanto ao novo protocolo fará com que esta se sinta confiante e responsável perante o usuário do novo processo de trabalho implantado na Instituição, sem dúvidas ou discordâncias que prejudicam o andamento do trabalho, o acolhimento e o atendimento ao usuário.

A capacitação dos profissionais quanto ao novo protocolo, que foi implantado primeiramente na Inglaterra, e atualmente está sendo utilizado nas instituições de saúde de Curitiba também se faz importante, porque a realidade brasileira é diferente da Europa. E cada Instituição de Saúde tem suas

particularidades e devido a este fator a capacitação é de suma importância para que os objetivos do Ministério da Saúde, Constituição Brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS) sejam atingidos. E a partir daí a sociedade ser beneficiada com a nova mudança de atendimento nos serviços de urgência que é um dos serviços que menos se aderem aos princípios do SUS.

2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

A saúde brasileira sofreu transformações no decorrer do tempo e o marco desta mudança começou com a Reforma Sanitária; tudo pela busca de uma organização na atenção à saúde. As ações de saúde encontram-se interligadas através de uma rede que une os três níveis de atenção: a primária, secundária e terciária (TOLEDO, 2011).

Uma conquista importante da população brasileira consiste na Constituição Brasileira Federal que estabelece que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, devendo o Estado garantir, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, apud SOUZA, 2009).

Estes níveis de atenção devem trabalhar em sintonia funcionando com efetividade e resolubilidade. Quando isso não ocorre no primeiro nível os demais saem prejudicados e acabam se sobrecarregando com repercussão negativa para a população e para os profissionais da saúde (TOLEDO, 2009, apud BRASIL, 2002).

O Brasil de acordo com TOLEDO (2009 apud BRASIL, 2001) vem apresentando transformações demográficas, sociais e econômicas como queda na fecundidade, diminuição da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida com aumento do envelhecimento populacional, que modifica o perfil e a demanda da população aos serviços de saúde.

Outra questão também importante é quanto ao aumento do número de atendimentos em serviços de urgência superlotando-os devido ao elevado número de acidentes e violência urbana SOUZA (2011). Para tentativa de melhoria deste problema, dentre outros, como causa a inexistência de uma organização do atendimento ao usuário o Ministério da Saúde (MS) lança proposta de humanização na saúde.

Os serviços de urgência se dedicam a atender pacientes em situação aguda. Vale ressaltar que, para o Conselho Federal de Medicina os termos emergência e urgência têm conceitos diferentes o mesmo não sendo para o

Ministério da Saúde que sugere utilizar o termo urgência uma vez que os conceitos são semelhantes em seus significados (TOLEDO, 2011, apud BRASIL, 2002).

Em 2001 a estratégia para humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) consistia no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) cujo objetivo era a melhoria da assistência aos usuários e tendo como foco estes usuários e os profissionais da saúde. Em 2003 passou a ser uma Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção e neste o objetivo era a efetivação do SUS, com os seus princípios, e o foco foi ampliado para usuários, profissionais da saúde e gestores (REDE HUMANIZA SUS citado por FEIJÓ, 2010).

Ainda sobre a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS esta objetiva inovação nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Esta proposta de humanização na saúde surge através das Políticas Públicas com o propósito de discutir e propor mudança na cultura de atendimento realizado no SUS, nos modelos de atenção e gestão, tendo como meta as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o processo de trabalho em saúde (ANDRADE, 2011).

A escolha da mudança do acolhimento nos serviços de urgência se deve porque este nível de atenção ainda encontra dificuldades de articulação com os demais níveis, tem um processo de trabalho fragmentado, superlotação, exclusão dos usuários na porta de entrada e desrespeito a estes, conflitos de poder, dentre outros (BRASIL, 2009).

De acordo com a Portaria 2048 GM/2002 é atribuição das Unidades não hospitalares de atendimento as urgências realizar as ações de saúde através do trabalho de equipe interdisciplinar tendo por objetivo acolher, intervir na condição clínica do usuário e ainda referenciar este para a rede básica de saúde ou para a rede especializada ou ainda para a internação hospitalar para que haja uma continuidade do tratamento contribuindo para um impacto positivo na saúde individual e coletiva dos usuários.

Para tal faz-se necessário estabelecer protocolos técnicos e administrativos para realizar o acolhimento com classificação de risco, tudo isso construído junto com a gestão municipal.

Ainda de acordo com a Portaria 2048/2002 as Unidades de Urgência devem contar no mínimo com equipe de saúde composta por médico e enfermeiro nas 24 horas para atendimento ao usuário, tanto na questão de clínica médica quanto pediatria. Caso estes profissionais estejam ausentes deve-se ser definido protocolos de atendimento da Unidade contemplando as resoluções dos Conselhos de Classe profissionais e do Ministério da Saúde.

Entende-se por Acolhimento, segundo o Ministério da Saúde (MS) citado por Ulbrich (2010), recepcionar o usuário tratando-o na sua integralidade, ouvindo suas queixas e sendo resolutivo na sua situação e articulando-o com os outros serviços de saúde. E o propósito do acolhimento é o reconhecimento do usuário como sujeito participante do processo (TOLEDO, 2009, apud BRASIL, 2004).

Acolhimento não se limita à adequação da estrutura física e material do atendimento ao usuário, mas também à postura ética do profissional durante este processo. Este ato deve ser multiprofissional, todos os profissionais aptos a ouvir e compartilhar necessidades, angústias e saberes (TOLEDO, 2009, apud BRASIL, 2004).

“Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolher em suas diferenças, dores, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida” (BRASIL, 2009).

Segundo Feijó (2010) entende-se o Acolhimento com Classificação de Risco como a necessidade de melhor organizar o fluxo do paciente que requer atendimento no serviço de urgência e emergência, com intuito de ser resolutivo e humanizado atendendo-o em suas necessidades tendo como objetivo reduzir as filas de espera dos pacientes mais graves sendo estes os priorizados.

Nascimento (2011) além de citar os objetivos do Acolhimento por Classificação de Risco (ACR) já citado no parágrafo anterior complementa que esta nova estratégia propõe outra forma de atendimento que não a ordem de chegada, promove o trabalho em equipe, melhora as condições de trabalho dos profissionais devido à implantação do cuidado horizontalizado, aumenta a satisfação do usuário e, ainda, estimula a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

O ACR diminuiu a possibilidade de insatisfação dos usuários e dos profissionais, porque agiliza o atendimento, percebe prioridades e oferece

continuidade do tratamento (NASCIMENTO, 2011). O acolhimento inclui e não exclui, não se limita e nem se esgota na recepção, mas ocorre em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2009).

Vale ressaltar que o termo triagem que, em português, significa a separação de pessoas, ou coisas, em qualquer número de classes não condiz com a PNHAH, pois este exclui pessoas, por isso o termo adequado é avaliação e classificação de risco (BRASIL, 2004 citado por TOLEDO, 2009).

De acordo com Feijó (2010) “triagem significa classificação ou priorização de itens e classificação de risco não pressupõe exclusão”.

O profissional de nível superior, o enfermeiro, é indicado para avaliar e classificar o risco dos pacientes no serviço de urgência e este deve seguir um protocolo direcionador. Este protocolo estratifica o risco em cinco níveis, pois oferece maior confiabilidade, fidedignidade e validade na avaliação clínica do paciente (SOUZA, 2011).

A classificação de risco é baseada na avaliação primária do usuário e não se trata de fazer diagnóstico e nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico e nem reencaminhar o usuário a outra pessoa sem atendimento, objetiva não demorar em prestar atendimento aos que necessitam de conduta imediata (BRASIL, 2009).

De acordo com Misoczky e Bordin citado por Toledo (2009) um protocolo pode ser definido como “algo que se pré dispõe a por algo pronto a ser utilizado, através de recursos a ele atribuídos”.

Os protocolos de classificação de risco são instrumentos que sistematizam a avaliação e devem ter respaldo médico (BRASIL, 2009).

O enfermeiro para trabalhar com a classificação de risco requer habilidade qualificada de escuta, da avaliação, registro correto da queixa principal, além de saber trabalhar em equipe, de ter raciocínio clínico e ágil nas decisões a serem tomadas e conhecer todo o sistema de rede do sistema para um efetivo e correto encaminhamento dos pacientes (SOUZA, 2011).

Segundo Mafra (2005) considera-se importante a capacidade de comunicação, boa interação com os profissionais da saúde, pacientes, familiares, polícia e SAMU. Além de paciência, trato, compreensão, discrição, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, ética e solidariedade.

Os protocolos mais utilizados no mundo nos serviços de urgência são: o Emergency Severity Index (ESI), o Australian Triage Scale (ATS), o Canadian Triage Acuity Scale (CTAS) e o Manchester Triage System ou protocolo de Manchester, este último que será referenciado neste trabalho. Vale ressaltar que existem outros protocolos inclusive o utilizado no Hospital Odilon Behrens, em Minas Gerais, Brasil, que utiliza o método canadense de coleta de dados (SOUZA, 2011).

No Brasil, o Hospital Mário Gatti de Campinas-SP implantou o protocolo no serviço de urgência, em 2001, baseado no de Canadá. Outro exemplo é o Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo de Mogi das Cruzes-SP e o Hospital Odilon Behrens, Minas Gerais, que estruturou seu próprio protocolo (TOLEDO, 2009).

Faz-se necessário ressaltar a importância da adaptação cultural quando se utiliza instrumentos de outra realidade, de outra língua para se evitar problemas advindos desta intervenção (SOUZA, 2011).

De acordo com Mafra (2005) “cada serviço deverá adaptar a classificação com base em sua experiência, recursos, padrões de doença, dados epidemiológicos e ambientais, diferenças culturais, área física, leitos de retaguarda disponíveis, risco ou existência de superlotação, uso de protocolos, etc.”

Como exemplo de adaptação institucional do protocolo, Souza (2011) menciona a diferença entre o Protocolo instituído no Hospital Odilon Behrens e o do Manchester. Os critérios de classificação de risco incluem: “os níveis de prioridade e cor atribuída, o tempo de espera para o atendimento médico (é diferente nos dois protocolos), a reavaliação de enfermagem (este critério não existe no de Manchester) e o método de avaliação da queixa principal, estratificando o risco em cinco níveis distintos (por fluxograma no Hospital e por sintomatologia no de Manchester) e que têm sido referidos por cores para facilitar a visualização”.

Vale ressaltar que, no Brasil, ainda não há estudos que validem a utilização do Protocolo de Manchester (SOUZA, 2011).

O Protocolo de Manchester foi criado na própria cidade de Manchester, na Inglaterra, em 1997. Teve sua segunda edição traduzida para o português,

em 2002, pelo Grupo Português de Triagem. Seu objetivo é facilitar a gestão clínica dos doentes e a gestão do serviço de urgência (TOLEDO, 2009).

Este protocolo tem por objetivo estabelecer um tempo de espera pela consulta médica e não estabelecer diagnóstico (MG, 2011).

Os cinco níveis de classificação quanto a cor e tempo de espera consistem em:

Cor	Prioridade	Tempo
Vermelho	Emergente	Zero
Laranja	Muito urgente	10 minutos
Amarelo	Urgente	60 minutos
Verde	Pouco urgente	120 minutos
Azul	Não urgente	240 minutos

É recomendado pelo Ministério da Saúde identificar o usuário, de acordo com a cor, na ficha de atendimento e não diretamente no usuário como vem sendo utilizado as pulseiras, porque a classificação pode sofrer modificação devido a alterações clínicas do cliente.

O Protocolo de Manchester baseia-se na identificação da queixa principal do paciente, a partir desta queixa o enfermeiro segue fluxogramas que são orientados por discriminadores que consistem em sinais e sintomas, estes apresentados em forma de perguntas. Seguindo o fluxograma, ao final das respostas o sistema nos fornece a classificação de risco do usuário (FREITAS, 2002 citado por TOLEDO, 2009).

Abaixo segue o índice dos fluxogramas de apresentação utilizados para a classificação de risco aos pacientes.

Sinal/ sintoma de apresentação		
Agressão		Embriaguez aparente
Alergia		Erupção Cutânea
Alteração de comportamento	químicos	Exposição a agentes
Asma, história de		Feridas
Autoagressão		Gravidez
Bebê chorando		Hemorragia digestiva
Cefaléia		Infecções locais e
Convulsões	abcessos	

Corpo estranho		Mal estar em adulto
Criança irritadiça		Mal estar em criança
Criança mancando		Mordeduras e picadas
Desmaio em adulto		Overdose e
Diabetes, história de	envenenamento	
Diarréia e/ou vômitos		Pais preocupados
Dispnéia em adulto		Palpitações
Dispnéia em criança		Problemas dentários
Doença mental		Problemas em
Doença sexualmente transmissível	extremidades	
Dor abdominal em adulto		Problemas em face
Dor abdominal em criança		Problemas em olhos
Dor cervical		Problemas em ouvidos
Dor de garganta		Problemas urinários
Dor lombar		Quedas
Dor testicular		Queimaduras
Dor torácica		Sangramento vaginal
		Trauma cranioencefálico
		Trauma maior
		Trauma toracoabdominal
Situação de múltiplas vítimas- Avaliação primária	vítimas-	Situação de múltiplas
		Avaliação secundária

Para que os objetivos da Política Nacional de Humanização (PNH) sejam atingidos faz-se necessário qualificar as equipes, promover protocolos de atendimento e de classificação, quantificar os atendimentos diários e adequar a estrutura física dos estabelecimentos de urgência (ULBRICH, 2010).

O Ministério da Saúde (2009) ressalta que o Acolhimento com Classificação de Risco tem por objetivo melhorar a qualidade dos serviços de urgência e com isso traz algumas mudanças nas práticas dos trabalhadores e por isso sugere algumas etapas que ajudarão com que gestores, trabalhadores e usuários participem do novo processo.

Dentre eles está a capacitação específica da enfermagem; a realização de oficinas para todos os trabalhadores do sistema ligados diretamente ou indiretamente com o serviço de urgência; sensibilização dos gestores, usuários, dirigentes dos sistemas de urgência e atenção hospitalar; acompanhamento e avaliação das ações (BRASIL, 2009).

Por fim, “O acolhimento como diretriz que se alinha aos princípios do SUS torna-se uma estratégia micropolítica de afirmação de uma Política Pública Universal e Redistributiva” (BRASIL, 2009).

3. METODOLOGIA

Para a realização deste projeto, será utilizada a técnica de oficinas e dinâmicas organizadas nos três turnos e de acordo com a escala dos funcionários, de modo a captar 90% dos funcionários. Vale ressaltar que a meta será de captar 100%, porém a realidade dos centros de Urgência é diferente dos centros de Atenção Básica, pois o número de funcionários e turnos de trabalho é grande e ocorre alta rotatividade dos profissionais quanto a trocas de plantões e mudanças de turno para “repor” o funcionário faltante.

Os funcionários receberão convite individual de participação além de convites em mural e também será disponibilizado na Instituição caixas para sugestões e perguntas para serem trabalhadas na capacitação.

As oficinas e dinâmicas serão trabalhadas através de aulas dialogadas e estudos de caso com problemas sugeridos pelos próprios participantes e pelos capacitadores baseados em situações problemas da realidade do trabalho.

4. A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA

4.1 Descrição Geral

Trata-se de um Serviço Público de Urgência situado na região sul de Curitiba que tem como referência o Hospital de Clínicas, como nível terciário de atendimento.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) o Serviço de Urgência é um setor intermediário em complexidade, situado entre hospitais de referência e Unidades Básicas de Saúde e faz parte do componente pré hospitalar fixo e está relacionado ao serviço móvel de urgência (SAMU) que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação.

O projeto de criação destes serviços foi de iniciativa do Ministério da Saúde para reorganizar o fluxo de atendimento na rede pública com o objetivo de melhorar a assistência à saúde da população. Esta criação integra a Política Nacional de Atenção às urgências e Emergências, criada em 2002, e teve sucesso em Campinas (SP), Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR) e Rio de Janeiro (RJ).

O estabelecimento passou por uma reforma e esta foi concluída em 2006 e se adequou às exigências estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Oferece serviço de atendimento médico e de enfermagem de urgência, de clínica médica e pediatria, além de sutura e curativos de pequenos traumas, atendimento aos usuários vítimas de envenenamento e acidentes com animais peçonhentos.

Contém quatorze leitos de internamento adulto incluído um leito para isolamento e seis leitos de internamento pediátrico incluindo também um leito para isolamento.

Dispõe de uma recepção ao usuário tanto adulto como pediátrico, de uma sala de avaliação adulto e infantil para o acolhimento de classificação de risco, uma sala de injeção, uma farmácia, oito consultórios médicos para atendimento adulto e dois consultórios médicos para atendimento de pediatria. Um posto de enfermagem pediátrico e um posto de enfermagem adulto, uma

sala de central de material, uma copa, uma sala de serviços gerais, banheiros, salão de espera aos usuários adultos, um salão de espera aos usuários pediátricos, uma sala de inalação, uma sala de soro destinado a observação de pacientes que não estão internados e o anexo administrativo que inclui: uma sala de coordenação de enfermagem e uma sala de coordenação médica, uma sala de reunião, o almoxarifado, o refeitório dos funcionários, uma sala de descanso para a equipe médica, uma sala de descanso para a equipe de enfermagem, uma sala de descanso para a equipe do SAMU, uma sala onde fica localizada a caixa de água do estabelecimento, banheiros masculino e feminino.

O número de funcionários de enfermagem totaliza noventa e nove sendo todos servidores públicos municipais; dois enfermeiros sendo um da coordenação de enfermagem e uma autoridade sanitária; conta com uma equipe médica de trinta profissionais cujo vínculo empregatício é contrato e de alta rotatividade, um coordenador médico, uma farmacêutica recentemente no serviço, dois auxiliares de farmácia, dois administradores, funcionários de serviços gerais terceirizadas sendo três equipes num total de quinze funcionários e oito guardas municipais dentre os três turnos e incluindo os finais de semana.

Quanto ao orçamento anual não foi disponibilizado informações a respeito.

4.2 Diagnóstico da Situação Problema

A idéia do projeto surgiu após avaliação de problemas encontrados na Instituição à nova adaptação dos profissionais da saúde no Acolhimento ao usuário por Classificação de Risco.

Observou-se a dificuldade de profissionais de nível superior em se adequar ao novo protocolo, da dificuldade dos outros profissionais quanto ao direcionamento correto do usuário dependendo da queixa relatada na recepção do estabelecimento.

Detectou-se também a dificuldade de alguns profissionais de esclarecer a nova mudança aos usuários por também não terem sido capacitados para o

novo processo de trabalho e não estarem familiarizados com a nova proposta do Ministério da Saúde.

A proposta de humanização estabelecida pelo Ministério da Saúde que inclui o Protocolo de Classificação de Risco se faz urgente e necessária nos serviços de urgência não somente para organizar o sistema e melhorar o direcionamento do usuário na rede, mas também para que os profissionais de urgência se engajem na rede de saúde e se considerem como peça não mais importante, mas em igualdade de importância em relação às Unidades Básicas e o setor hospitalar.

A Classificação de risco para a realidade brasileira precisa se adequar a esta e a cada realidade institucional. Mas de maneira geral é de extrema importância, direciona e padroniza a ação profissional em relação ao usuário e protege o profissional de eventuais resultados negativos em relação a vida do paciente com menos risco de viés.

A Classificação de risco visa à melhorar o serviço de urgência que tem como realidade um setor sempre lotado e que atende usuários que deveriam ser atendidos nas Unidades Básicas. Oportuniza ao Enfermeiro, profissional de nível superior, a fazer parte do acolhimento e direcionamento do usuário no serviço, qualificando o trabalho em saúde à população. Descaracteriza a antiga triagem e propõe uma classificação de risco para proteção do próprio paciente atendendo de imediato às pessoas com risco de vida, protegendo-as.

Para a gestão em saúde o acolhimento com Classificação de Risco reforça os princípios do Sistema Único de Saúde e da valoriza o “andar” do usuário na rede fazendo com que este entenda que a porta de entrada no sistema é a Unidade Básica de Saúde, quando necessário este usuário é encaminhado ao serviço secundário e terciário em saúde e que, por fim, deve retornar a porta de entrada no sistema, sendo tratado integralmente.

Ainda faz-se necessário para a Gestão propiciar melhores condições de trabalho aos profissionais de Saúde na Unidade Básica, aumentar o número de profissionais médicos nestas Unidades para que a população não precise recorrer aos serviços de urgência para atendimento eletivo e, ainda, capacitar e aumentar o número de profissionais enfermeiros para atuar nos serviços de urgência, porque ao mesmo tempo em que aumentou o campo de trabalho para o profissional também o sobrecarregou. E no serviço de urgência todas as

atividades privativas do enfermeiro são importantes e não somente a Classificação de Risco que tem sido colocada como destaque. Além de que, o Enfermeiro precisa estar presente em todas as atividades que envolvem a enfermagem sendo supervisor do auxiliar e técnico de enfermagem.

5 PROPOSTA

5.1 Desenvolvimento da Proposta

Primeiramente, por meio de exposição dialogada, apresentar uma breve história das mudanças em saúde com início na Reforma Sanitária, o que é acolhimento pelo Ministério da Saúde e suas propostas, breve história do protocolo de Manchester, apresentar alguns artigos sobre protocolo já instituído em Minas Gerais e depois apresentação de estudos de casos com os problemas enfrentados no próprio estabelecimento de urgência.

Estes estudos de caso utilizando nomes dos funcionários, situações problemas reais que têm ocorrido no serviço e resolução dos mesmos (uma resolução pronta) no caso a proposta e os participantes opinarem com outras resoluções (contra proposta) até que as idéias entrem em conformidade e de maneira mais adequada e viável para a realidade do estabelecimento.

Organizar grupos aleatórios e heterogêneos entre os participantes de maneira que mesclem médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e auxiliares de serviços gerais. A intenção é que um sinta a dificuldade do outro e perceba a necessidade do trabalho multiprofissional em prol do usuário e da melhoria do serviço.

5.2 Plano de Implantação

As etapas serão:

*Comunicação e exposição do projeto técnico com a coordenação de enfermagem e médica da proposta de capacitar os profissionais

*Reunião com os enfermeiros e médicos para expor a proposta e escolher os capacitadores interessados

*Estipular datas, horários (incluindo os três turnos) e os capacitadores responsáveis

*Convite individual para toda a equipe

*Colocação de convites coletivos através de cartazes no estabelecimento quanto a horário, datas e local da capacitação

*Deixar no estabelecimento uma caixa de sugestão e idéia para a capacitação para que os profissionais que não querem se expor pessoalmente possam participar do projeto.

5.3 Recursos (humanos, financeiros, materiais, instalações)

A palestra será ministrada por enfermeiros e médicos interessados em envolver todos os profissionais a fim de melhoria do próprio processo de trabalho na Instituição.

O espaço físico a ser utilizado será no próprio estabelecimento de saúde, sendo ou o refeitório ou a sala de reunião, pois é um ambiente amplo e de fácil acesso a todos.

Será utilizado um quadro negro para expor os estudos de caso e cartolinas para escrever e expor as idéias dos participantes e um dos colaboradores registrará em livro toda a capacitação registrando as propostas dos profissionais.

Será proposto que todos tragam algo para o café, pois isso já é feito na Instituição e a equipe gosta e colabora de maneira que o ambiente torna mais agradável e menos custoso para o estabelecimento e ou a coordenação de enfermagem e médica.

5.4 Resultados Esperados

- O objetivo é capacitar 100% dos profissionais, mas como já foi esclarecido anteriormente, teremos a meta de 90%.

Espera-se que com a capacitação a equipe multiprofissional direta ou indiretamente envolvido com o usuário possa:

*Compreender o que de fato é um acolhimento com Classificação de Risco

- *Entender e participar das mudanças necessárias no próprio Acolhimento
- *Refletir e perceber as melhorias do processo de trabalho
- *Perceber a satisfação do usuário quanto ao atendimento organizado e padronizado
- *Melhorar o fluxo de atendimento
- *Perceber a satisfação do usuário em entender o fluxo dentro do serviço de urgência e a responsabilidade do mesmo em usufruir da Atenção Básica nas situações que realmente são desta
- *Compreender a necessidade de trabalho multiprofissional
- *Melhorar a relação usuário/profissional e profissional/profissional
- *Entender que o serviço de urgência está interligado com a rede do sistema SUS não sendo o mais importante que os demais, mas tão importante quanto os outros níveis de atenção

5.5 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Corre-se o risco de, primeiramente, a coordenação não aceitar o projeto técnico e inviabilizar a capacitação.

De o número de participantes ser reduzido e ou mínimo e ocorrer pouco impacto para melhoria do processo de trabalho. Apesar de que, mesmo assim sempre há quem semeia melhorias, porém pode encontrar dificuldades e barreiras para tal.

Não haver possibilidade de abranger pelo menos 90% dos profissionais, pois muitos trabalham em outro emprego, estão de atestado, em licença maternidade, troca de plantão, licença prêmio e até mesmo desinteressado.

6 CONCLUSÃO

É sabido que a humanização é um processo demorado e complexo para isso faz-se necessário a capacitação de todos os envolvidos, diretamente ou indiretamente, na questão saúde. Capacitar desde porteiros até os diretores, com o intuito de se fazer prevalecer e efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que é a equidade e a integralidade da atenção.

Ainda persiste a idéia de que a equipe de saúde é a dona do saber e que detém o poder, mas esta deve ter a técnica e a humanização para atender seu cliente e que este também tem seus saberes e poder. Estimular o usuário a conhecer o que de fato vem a ser a rede de saúde, como usufruir do serviço e como fazê-lo adequadamente e também reivindicar melhorias recorrendo aos órgãos competentes.

O conteúdo do projeto é a Capacitação da equipe multiprofissional para o Acolhimento com Classificação de Risco com propostas e contra propostas dos próprios profissionais.

Após esta primeira capacitação outros problemas serão detectados no decorrer do trabalho e se objetiva elaborar outro encontro para resolução dos problemas emergentes com o objetivo de melhoria do serviço na instituição.

Outra proposta mais ousada e abrangente é propor para a coordenação do serviço que o setor de Gestão de Pessoas programe encontros para que uma parcela de profissionais de todos os serviços de urgência possam se capacitar e aprimorar quanto a Classificação de Risco no decorrer do processo de trabalho. Pois isto já é realizado com relação a outros assuntos em saúde e tem tido resultados positivos.

Porém para a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco somente médicos das Unidades Básicas e enfermeiros das Unidades Básicas e de urgência foram capacitados desconsiderando os outros profissionais envolvidos em saúde e por isso a grande dificuldade de adesão de alguns ao novo protocolo.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; ARTMANN, Elizabeth, *et al.* Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, 2011.

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, 2009.

FEIJÓ, Vivian Biazon El Reda. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: Análise da demanda atendida no Pronto Socorro de um hospital escola. Londrina, 2010.

GALLO, Adriana Martins; MELLO, Helen Caroline. Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência. **Revista F@pciência**, Apucarana-PR, v.5, n.1, 2009.

MAFRA, A. A; BELEZIA, F. B, *et al.* Protocolo: acolhimento com classificação de risco nas portas de entrada de urgências e emergências do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, 2005.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; HILSENDEGER, Bárbara Rosso; *et al.* Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista de enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, jan/mar, 2011.

Portaria GM/MS n.2048, de 5 de novembro de 2002.

SECRETARIA DE ESTADO DE MINAS GERAIS. Disponível em <http://www.conass.org.br/arquivos/file/rede_urgencia_emergencia_mg.pdf>. Acesso em: 15/08/2011.

SOUZA, Cristiane Chaves de; TOLEDO, Alexandre Duarte, *et al.* Classificação de risco em pronto socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, jan/fev, 2011.

SOUZA, Cristiane Chaves de. Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto socorro utilizando diferentes protocolos. Belo Horizonte, 2009.

TOLEDO, Alexandre Duarte. Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal de Belo Horizonte, 2009.

ULBRICH, Elis Martins; MANTOVANI, Maria de Fátima *et al.* Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, abril/junho, 2010.