

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Sabrina da Silva de Souza

Acolhimento com classificação de risco: proposta de material educativo para um hospital de ensino

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Sabrina da Silva de Souza

Acolhimento com classificação de risco: proposta de material educativo para um hospital de ensino

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dra Lucieli Dias Pedreschi Chaves

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado Acolhimento com classificação de risco: proposta de material educativo para um hospital de ensino de autoria do aluno Sabrina da Silva de Souza 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. Lucieli Dias Pedreschi Chaves
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

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	07
3 MÉTODO.....	11
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	12
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

RESUMO

Os Serviços Hospitalares de Emergência (SHE) têm se caracterizado por longas filas de espera, superlotação e pressão por atendimento, percebe-se que há divergência no conceito de urgência e emergência quanto a finalidade do atendimento dos profissionais de saúde e as necessidades dos usuários. Para potencializar o enfrentamento da superlotação das emergências, o Ministério da Saúde estabeleceu que a atenção às urgências deve acontecer em todos os pontos de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Para atender essa demanda reprimida nas emergências, desde 2004, vem sendo implementado, nas unidades de emergência, o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco o qual visa reorganizar a fila de espera, fortalecer o sistema de referência e contra-referência e assim direcionar os usuários na rede de atenção. Na proposta do Humaniza SUS, o enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem, classifica os casos fundamentando-se em um sistema de cores representado por: vermelho-emergência; amarelo-urgência; verde-menor urgência e azul-não urgência. Este estudo teve como objetivo elaborar material educativo para usuários do serviço de emergência adulto do Hospital Universitário HU/UFSC acerca do acolhimento com classificação de risco. O trabalho foi realizado para atender a necessidade da Emergência Adulto do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Florianópolis, SC. Espera-se que o material elaborado possa contribuir com as propostas do SUS reorganizando a rede de assistência, acolhendo o usuário no serviço esclarecendo quanto as políticas e organização do sistema de saúde nas emergências.

Palavras chaves: emergência, classificação de risco, humanização

1INTRODUÇÃO

Os Serviços Hospitalares de Emergência (SHE) têm se caracterizado por longas filas de espera, superlotação e pressão por atendimento (ALBINO et al, 2007; ZANELATTO, PAI,2007; VITURI et al 2013)

A realidade da superlotação dos serviços de emergência brasileira é agravada por problemas organizacionais do SUS. A grande quantidade de pessoas que aguardam por atendimento nas filas de espera é uns dos principais fatores que influenciam de forma negativa na qualidade do atendimento neste setor. (BELLUCCI, MATSUDA, 2010)

O SHE é um dos mais complexos, pelo fato de, cotidianamente, estar superlotado; excluir a pessoa na porta de entrada; atuar sob processos de trabalho fragmentados e tenso; apresentar conflitos e assimetria de poder e na maioria das vezes divergir das expectativas da população (BRASIL,2009).

No entanto, evidencia-se a frequente procura para o atendimento nas unidades de urgência e emergência, de pessoas em condição de saúde sem caráter agudo. Conforme o entendimento de O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009) a demanda espontânea desses serviços sem caráter de urgência são caracterizadas por barreiras encontradas nos serviços com relação ao acesso as especialidades médicas e as densidades tecnológicas.

Dentre outros fatores, a pouca resolutividade da atenção básica à comunidade repercute na procura frequente dessas unidades para resolutividade dos problemas de saúde (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009). Frente a essa realidade, as unidades de emergência tornam-se a porta de entrada para o usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esses superlotados por essa demanda espontânea que busca soluções para o seu problema de saúde, acarretando a demora do atendimento e enormes filas de espera, além de sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde (BRASIL, 2006).

Neste íterim, percebe-se que há divergência no conceito de urgência e emergência quanto a finalidade do atendimento dos profissionais de saúde e as necessidades dos usuários. Os profissionais que atendem nas unidades de emergência sustentam uma

concepção do atendimento focando as condições agudas à saúde, já os usuários procuram o atendimento por alterações que consideram importantes (GARLET et al., 2009).

Pesquisa realizada por Carret, Fassa e Domingues (2009) a qual indentificou que 70% dos usuários que aguardavam atendimento em uma unidade de pronto socorro consideraram que a sua situação de saúde era grave, ainda quando questionados sobre o motivo da procura pelo serviço acreditavam que o serviço possui recursos para resolver o problema de saúde devido à facilidade do acesso aos exames e medicações de alívio de sintomas.

Pesquisa realizada na cidade de Pelotas (RS), em 2007, identificou que a população procura os serviços de emergência por condições de saúde não agudas. A justificativa para a procura por esse serviço pela população com menos de 50 anos era pela recusa de atendimento na atenção básica e pelo horário reduzido de funcionamento das unidades básicas de saúde (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2007).

O estudo de Souza, Figueiredo e Pinto (2010) apontou que o usuário busca no serviço de saúde, atendimento imediatista, sendo a consulta médica e a terapia medicamentosa valorizadas por esses usuários (SOUZA; FIGUEIREDO; PINTO, 2010).

A busca das pessoas pelo atendimento das unidades de emergência estão relacionados a ineficácia da atenção básica quanto: dificuldade do acesso, tempo de espera para realizar consulta médica, dificuldade de agendamento de consultas médicas e o turno de funcionamento (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009).

Para Bittencourt e Hortale (2007) a qualidade nos serviços de saúde é obtida quando esses satisfazem as necessidades e expectativas dos usuários, e de suas famílias, por meio da resolubilidade, eficácia e efetividade da atenção à saúde com redução dos riscos e humanização das relações.

Embora muitos avanços já tenham sido alcançados na proposta de reorganizar o modelo de atenção, o SEH ainda representa a principal porta de acesso da população à rede de atenção em saúde, uma vez que os serviços de atenção básica não têm sido suficientes e eficazes no atendimento à saúde da população. Essas situações contribuem para a superlotação dos SEH, o que resulta em conflitos e insatisfação para os trabalhadores de saúde e usuários em decorrência do convívio com a sobrecarga de trabalho e relações tensionadas com colegas e usuários. A insatisfação também atinge os usuários, que permanecem em longas filas,

recebem atendimentos em corredores, estabelecem uma relação desumana e até desrespeitosa com os trabalhadores, evidenciando o descumprimento ao direito constitucional de atenção à saúde (PAI, LAUTERS, 2011)

Para potencializar o enfrentamento da superlotação das emergências o MS estabeleceu que a atenção às urgências deve acontecer em todos os pontos de atenção do SUS, e desse modo desconcentrar a procura espontânea como porta de entrada exclusivamente nas emergências, assim reduzindo a superlotação e garantindo integralidade da assistência (BRASIL, 2011).

As unidades de urgência e emergência inserem-se no sistema de saúde como importante componente para garantir à integralidade assistencial às urgências da população. Considerando a necessidade de estruturar a atenção às urgências, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) foi implantada em território nacional pela Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, instituindo os serviços de urgência e emergência compostos pelas unidades pré-hospitalar fixa (UBS, unidades saúde da família, equipe de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia e unidade não-hospitalar de atendimento às urgências), pré-hospitalar móvel (Serviços de Atendimento Móvel à Urgência (SAMU), serviços de salvamento e resgate), hospitalar (PS e unidades hospitalares), pós-hospitalar (modalidades de atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral) (BRASIL, 2003).

Para atender essa demanda reprimida nas emergências, desde 2004, vem implementando nas unidades de emergência o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco o qual visa reorganizar a fila de espera, fortalecer o sistema de referência e contra-referência e assim direcionar os usuários na rede de atenção (BRASIL, 2004).

A reorganização da fila de espera nas emergências possibilita agilidade no atendimento para o usuário em estado grave (SHIROMA; PIRES, 2011).

Com o propósito de melhorar a qualidade do atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) tem reafirmado a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) da qual faz parte o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). O acolhimento se caracteriza pela escuta qualificada e pactuação entre a necessidade do usuário e a capacidade do serviço em responder à sua demanda, com vistas à qualificação da atenção e à responsabilização quanto ao

direcionamento seguro a outro serviço. A classificação de risco implica a agilidade do atendimento mediante a aplicação de um protocolo que determina o grau da necessidade da pessoa, conforme a complexidade e não a ordem de chegada (BRASIL, 2004)

Para a realização do ACCR existem diferentes protocolos que foram idealizados, validados e implantados no contexto internacional (BRASIL, 2004) e que são estruturados em níveis de classificação, segundo cores predefinidas e que determinam a gravidade dos casos – escala de priorização.

Na proposta do Humaniza SUS, o enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem, classifica os casos fundamentando-se em um sistema de cores representado por: vermelho-emergência; amarelo-urgência; verde-menor urgência e azul-não urgência (BRASIL, 2004).

Com a Política Nacional de Humanização (PNH), os serviços públicos de emergência hospitalar têm implementado estratégias de acesso e acolhimento, como tentativas de construção de atendimento integral que requerem o uso de critérios de avaliação de risco de forma a classificar as diferentes especificidades das pessoas que procuram este serviço de acordo com o potencial agravamento à saúde e, ainda, referenciar aos demais níveis de atenção (RAMOS, LIMA 2003; BRASIL, 2004)

As mudanças na lógica de atendimento dos serviços para melhorar a qualidade da assistência prestada são cada vez mais necessárias, especialmente nos serviços de urgência e emergência, cujas especificidades induzem os trabalhadores a se posicionar de maneira impessoal, com dificuldade de atuação de forma humanizada, em virtude de deficiências estruturais do sistema de saúde como um todo, elevada demanda de atendimento, fragmentação do cuidado (GUEDES, HENRIQUE, LIMA, 2013)

Para reorganizar os processos de trabalho em saúde e promover maior resolutividade das ações de saúde é necessário que as pessoas que buscam atendimento sejam acolhidas e conheçam a política implantada nos serviços de emergência para que não criem expectativas divergentes para que os pressupostos da política possam ser concretizados.

As perspectivas em relação ao ACCR são por vezes contraditórias e divergentes, se, por um lado, desperta no usuário um sentimento de confiança em relação ao profissional que presta assistência (LIMA et al, 2007).

Entretanto, essa lógica tem produzido desestímulo dos profissionais, menor qualidade da capacitação técnica, pela falta inserção do conjunto de profissionais ligados a assistência, e a exclusão dos saberes que os usuários tem sobre sua saúde, seu corpo e seu grau de sofrimento, contradizendo todos os princípios estabelecidos para a realização efetiva do acolhimento.

No serviço de emergência adulto do Hospital Universitário UFSC, as práticas de acolhimento com classificação de risco são atribuições do enfermeiro, os quais receberam capacitação de 20 horas no ano de 2008, fornecido pelo Ministério da Saúde. Entretanto o quadro funcional modificou ao longo destes anos. Alguns dos enfermeiros que entraram após este período participaram de uma aula de duração de aproximadamente 2 horas em 2011, os que entraram no serviço após esta data se auto capacitaram. Para dar prioridade aos casos graves, essa equipe de enfermeiros realiza a avaliação de risco, que consta de um processo de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial agravo à saúde.

Tendo em vista a complexidade envolvida nos processos de trabalho da equipe de enfermagem na realização do acolhimento nos serviços de emergência, este estudo busca elaborar um folder para os usuários deste serviço de emergência.

É preciso, portanto, a partir da compreensão da inserção dos serviços de urgência na rede local, repensar e criar novas formas de agir em saúde que levem a uma atenção resolutiva.

2 OBJETIVO

Elaborar material educativo para usuários do serviço de emergência adulto do Hospital Universitário HU/UFSC acerca do acolhimento com classificação de risco.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ao atuar no cuidado em situações de urgência e emergência nos diferentes contextos da Rede de Atenção à Saúde, o enfermeiro se depara com diversos desafios.

A organização do Sistema de Redes de Atenção à Saúde tem sido concebida como estratégia voltada para responder de forma contínua e integral as necessidades de saúde da população, em especial as condições crônicas e/ ou agudas (DAL SASSO, 2013)

A partir da necessidade de superar o modelo fragmentado das ações e serviços de atenção à saúde voltada para as condições agudas, o Ministério da Saúde normatizou a Portaria 4.279/2010, que institui as Redes de Atenção à Saúde (RAS), compreendida como uma rede de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2010).

Sabendo da importância da área de urgência e emergência o MS elegeu como um dos compromissos prioritários a Rede de Atenção às Urgências (RAU), instituída pela Portaria 1.600/GM, de 07 de julho de 2011. Esta portaria além de instituir a RAU, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, revogando a Portaria 1.863/GM, de setembro de 2003 (DAL SASSO, 2013)

A organização da RAU tem o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

De acordo com esta portaria

Os usuários em situações agudas de saúde devem ser atendidos em todas as portas de entrada de serviços de saúde do SUS, podendo ser transferidos para serviços de maior complexidade, dentro de um sistema regulado, organizado em redes formando elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade (BRASIL, 2012).

A proposta da RAU configura-se em diferentes níveis de atenção. É dividida em componentes como promoção, prevenção e vigilância à saúde, atenção básica, serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) com centrais de regulação médica, sala de

estabilização, Força Nacional de Saúde do SUS, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços 24 horas, Hospitalar e Atenção Domiciliar (DAL SASSO, 2013)

Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde. Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, tais como: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros (DAL SASSO, 2013)

Com vistas a melhoria da qualidade na assistência a saúde no Brasil, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS) no ano de 2004. Para os serviços de emergências instituiu a diretriz Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e destaca que compete ao enfermeiro, realizar, por meio da Consulta de Enfermagem, a Classificação de Risco a qual resulta na distribuição dos usuários para o atendimento, de acordo com o grau de prioridade.

De acordo com as portarias ministeriais a estrutura física para o Acolhimento com Classificação de Risco deveria promover conforto ao usuário e acompanhante, entretanto no dia a dia dos serviços de emergência observa-se que:

- Não ocorrem reuniões e treinamentos periódicos para os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco.
- O espaço físico para consulta médica e de enfermagem não proporcionam privacidade ao usuário.
- O espaço físico não é suficiente para acolher o acompanhante.
- A sinalização do ambiente não é clara e suficiente para o direcionamento do usuário ao atendimento no Acolhimento com Classificação de Risco.
- Os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco não se comunicam frequentemente com toda equipe do setor.
- As condutas a serem tomadas descritas no protocolo de Acolhimento com Classificação e Risco não são conhecidas por todos que trabalham no setor.
- As lideranças desse serviço não discutem com os funcionários de forma democrática e acolhedora as propostas de mudanças no serviço de Acolhimento com Classificação de Risco.

- Nem sempre os Profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco contribuem para que o usuário se sinta seguro e confortável, muitas vezes a figura do profissional representa a válvula da ineficiência do serviço, pois pessoas são classificadas de acordo com protocolos que não são amplamente discutidos na instituição de forma global;

- O Fluxograma de atendimento do Acolhimento com Classificação de Risco não é discutido com a equipe e não é avaliado periodicamente quanto a clareza e objetividade.

- Nem sempre os profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco estão treinados para atender ao usuário e acompanhante de forma acolhedora e humana.

Os profissionais que atuam nesse setor se sentem insatisfeitos com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no atendimento, apontam a pouca resolutividade como um dos principais desafios a serem enfrentados na consolidação do sistema e na promoção da saúde da população (GARLET et Al, 2009)

As necessidades do profissional de saúde, que experimenta acolher classificando o risco em meio a um ambiente complexo cercado de demandas que não se referem à finalidade do trabalho nos serviços de urgência e emergência, nem sempre são consideradas, o que o tem tornado um espaço tensionador das relações humanas (PAI, LAUTERT, 2011)

O estudo de Pai e Lautert (2011) abordou o sofrimento dos trabalhadores de enfermagem no ACCR. A lacuna entre o que deveria ser feito e o que vem sendo feito tem implicado diretamente nos sentimentos dos profissionais de enfermagem, os quais se veem obrigados a sustentar um discurso “vazio”, do qual nem mesmo eles acreditam.

A realização da classificação de risco isoladamente não garante a melhoria da qualidade da atenção, são necessárias pactuações internas e externas ao serviço para a viabilização do processo, com a construção de rede de atenção em saúde.

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 onde 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, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente, e não com a ordem de chegada ao serviço (BRASIL, 2004) Entretanto tem se observado na prática a falta de conhecimento por parte do usuário quanto a esta política.

Os critérios de classificação do risco clínico dos pacientes, estabelecidos nos protocolos incluem os níveis de prioridade e cor atribuída, o tempo de espera para o atendimento médico, a reavaliação de enfermagem e o método de avaliação da queixa principal, estratificando o risco em níveis distintos e que têm sido referidos por cores para facilitar a visualização. Entretanto, existem diferenças entre os protocolos no que se refere, especialmente, ao tempo de espera para atendimento médico, ao tempo para reavaliação de enfermagem, ao método de avaliação da queixa principal, estratificada por fluxogramas no ou por sintomatologia.

O acolhimento colabora para a garantia de um atendimento de qualidade e humanizado, facilita a promoção da assistência integral, de forma que cada profissional possua uma visão holística do ser humano a ser atendido (GUEDES, HENRIQUE, LIMA, 2013).

4 MÉTODO

4.1.Local

Propõe- a realização do trabalho no Serviço de Emergência Adulto do **Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago**, Florianópolis, SC. O setor de emergência adulto do HU possui uma demanda de 120 a 200 pacientes ao dia. Nele, são atendidos usuários por livre demanda além dos que são encaminhados pelo Corpo de Bombeiros, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), polícia militar, encaminhamentos pelas unidades básicas de saúde, pronto atendimento, ambulatórios e outros. Atende, principalmente, casos clínicos e, em menor proporção, casos cirúrgicos. O setor é dividido em três áreas de assistência: Acolhimento com Classificação de Risco, Serviço de Emergência Interno (SEI) e Repouso.

No serviço de emergência adulto do Hospital universitário UFSC, as práticas de acolhimento com classificação de risco são atribuições do enfermeiro, os quais receberam capacitação de 20 horas no ano de 2008, fornecido pelo Ministério da Saúde. Entretanto o quadro funcional modificou ao longo destes anos. Alguns dos enfermeiros que entraram após este período participaram de uma aula de duração de aproximadamente 2 horas em 2011, os que entraram no serviço após esta data se auto capacitaram. Para dar prioridade aos casos graves, essa equipe de enfermeiros realiza a avaliação de risco, que consta de um processo de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial agravo à saúde.

A equipe deste serviço é composta por um psicólogo, um assistente social, um farmacêutico, um nutricionista, 18 enfermeiros, nove auxiliares de enfermagem, 42 técnicos de enfermagem, 14 cirurgiões, 16 clínicos, um assistente administrativo.

O material educativo produzido se destina aos usuários do Serviço de Emergência Adulto do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago e ficará disponível na recepção deste serviço para acesso de todos os profissionais e usuários.

Será feito uma distribuição piloto da cartilha com a devida autorização da direção do Hospital Universitário, atendendo as exigências éticas da instituição, para sua definitiva implantação no serviço.

O material educativo contempla informações sobre a Política de Acolhimento com Classificação de Risco, explicando ao usuário como ocorre o atendimento dentro das Normas do Ministério da Saúde e do Hospital universitário.

5 RESULTADO E ANÁLISE

O material educativo



Olá Caro usuário, seja bem vindo à emergência do Hospital Universitário (HU-UFSC).

Este material irá ajudá-lo a conhecer a dinâmica de atendimento desta emergência bem como o atendimento de saúde a partir da Portaria 2.048 do Ministério da Saúde que propõe o atendimento de urgências com acolhimento e a “triagem classificatória de risco”.

Para reorganizar os processos de trabalho em saúde e promover maior resolutividade das ações de saúde é necessário que as pessoas que buscam atendimento sejam acolhidas e conheçam a política implantada nos serviços de emergência para que não crie expectativas divergentes.

As unidades de urgência e emergência inserem-se no sistema de saúde como importante componente para garantir à integralidade assistencial às urgências da população. Considerando a necessidade de estruturar a atenção às urgências, o Ministério da implantou em todo o

Brasil os serviços de urgência e emergência que são compostos pelas unidades pré-hospitalar fixa (Unidades Básicas de Saúde, unidades saúde da família, equipe de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia e unidade não-hospitalar de atendimento às urgências), pré-hospitalar móvel (Serviços de Atendimento Móvel à Urgência (SAMU), serviços de salvamento e resgate), hospitalar (PS e unidades hospitalares), pós-hospitalar (modalidades de atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral) (BRASIL, 2003).

Para atender a população nas emergências foi criado o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco o qual visa reorganizar a fila de espera, ou seja, agilizar o atendimento das pessoas em estado grave.

Nesta proposta, o enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem, classifica os casos fundamentando-se em um sistema de cores representado por:

Nome Categoria	Cor	Tempo previsto para atendimento
Emergente	Vermelho	00
Muito Urgente	Laranja	10
Urgente	Amarelo	60
Pouco Urgente	Verde	120
Não urgente	Azul	240

Importante saber: Os pacientes classificados como **verde** podem ser encaminhados ou ir por livre demanda à unidade básica de saúde de referência. Os pacientes classificados como **azul** também poderão ser encaminhados para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de referência saúde.



FIQUE LIGADO: Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde. Os pontos de atenção à saúde são: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas (Policlínicas), os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, as UPAs (Unidades de Pronto Atendimento). **Assim você pode procurar espontaneamente estes serviços e não somente as emergências!**



Florianópolis

Veja onde pode ser atendido em

DISTRITOS SANITÁRIOS	CENTROS DE SAÚDE
<p>Distrito Sanitário Centro</p> <p>Endereço: Avenida Rio Branco, n° 90 no prédio Centro Fone: 3952 0118, 3952 0122</p> <p>Vigilância Epidemiológica - 3952 0115/3952 0121</p> <p>Vigilância Sanitária - 3952 0117</p> <p>CTA - 3852 0120 Email: dscentro@pmf.sc.gov.br</p>	<p>Agronômica Centro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi) Monte Serrat Policlínica Centro Prainha Trindade</p>
<p>Distrito Sanitário Continente</p> <p>Endereço: Rua Coronel Pedro Demoro, 1923</p> <p>1° andar Fone: 3244-3955 e Fax:32442557</p> <p>Vigilância Epidemiológica - 3244 3955/32442557</p> <p>Vigilância Sanitária - 3240 8282</p> <p>CTA - 3248 2401 Email: distritocontinente@gmail.com</p>	<p>Abraão Almojarifado Balneário Capoeiras Centro de Atenção Psicossocial para Alcool e drogas (CAPSad) Coloninha Continente Coqueiros Estreito Jardim Atlântico Laboratório - CTA Monte Cristo Morro da Caixa Policlínica Continente Sapé Vila Aparecida</p>
<p>Distrito Sanitário Leste</p>	<p>Barra da Lagoa Bem Estar Animal</p>

<p>Endereço: Rua. José Henrique Veras, 203 Lagoa da Conceição CEP: 88062-030 Fone: 3234-9557 / 3234-0097</p> <p>Vigilância Epidemiológica - 3234 9557</p> <p>Vigilância Sanitária - 33381217 Email: regionalleste@pmf.sc.gov.br / dsleste@gmail.com</p>	<p>Canto da Lagoa Centro de Atenção Psicossocial para Alcool e drogas (CAPSad Ilha) Centro de Controle de Zoonoses Córrego Grande Costa da Lagoa Farmácia Escola UFSC/PMF Itacorubi João Paulo Lagoa da Conceição Pantanal Saco Grande</p>
<p>Distrito Sanitário Norte</p> <p>Endereço: 3° andar Policlínica Norte Rua Francisco Faustino Martins, Confluência SC 401 e SC 403 Fone: 3266 7355</p> <p>Vigilância Epidemiológica - 3369 3608 3° Andar</p> <p>Vigilância Sanitária e Ambiental - 3369 4497 Rodovia José Carlos Daux, SC 401, 17.500 Lojas 01 e 02 Email: nortedistrito@gmail.com</p> <p>UPA Norte: 3261-0614</p>	<p>Cachoeira do Bom Jesus Canasvieiras Ingleses Jurerê Policlínica Norte Ponta das Canas Ratoes Rio Vermelho Santinho Santo Antônio de Lisboa Unidade de Pronto Atendimento (UPA) <u>Norte da Ilha</u> Vargem Grande Vargem Pequena</p>

<p>Distrito Sanitário Sul</p> <p>Endereço: Av. Pequeno Príncipe n° 2859 - Campeche</p> <p>E-mail do distrito sanitário: dssul.pmf@gmail.com</p> <p>E-mail da vigilância epidemiológica: vedssul@gmail.com</p> <p>Telefones do distrito sanitário: 3234-8749</p> <p>Telefones da vigilância epidemiológica: 3234-3136</p> <p>Telefones da vigilância sanitária: 3234-5317</p> <p>UPA Sul: 3239-1701</p>	<p>Alto Ribeirão Armação Caeira da Barra do Sul Campeche Carianos Costeira do Pirajubaé Fazenda do Rio Tavares Morro das Pedras Pântano do Sul Policlínica Sul Ribeirão da Ilha Rio Tavares Saco dos Limões Tapera Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Sul da <u>Ilha</u></p>
--	--

Elaboração:
Enfermeira Sabrina da
Silva de Souza

Fonte: Secretaria Saúde Florianópolis, 2014

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho procurou dar resposta às inquietações pessoais e nesse sentido construir uma nova forma de organizar a prática assistencial junto às pessoas em situação de emergência, melhorar a qualidade nos serviços de saúde das emergências, satisfazer as necessidades e expectativas dos usuários, e de suas famílias, por meio da resolubilidade, eficácia e efetividade da atenção à saúde com redução dos riscos e humanização das relações.

O trabalho interdisciplinar e em rede surge como uma necessidade dos serviços com um envolvimento efetivo de toda a equipe de saúde, no sentido não só de reconhecer e mobilizar a rede de cuidado, como também se constituindo num dos elos mais relevantes para o usuário.

A cartilha auxiliará no serviço de emergência adulto diminuindo as expectativas da população frente às situações consideradas pelo usuário como sendo de emergência. Sendo uma cartilha que apresenta a Classificação de Risco poderá ser utilizada por profissionais de saúde de todas as áreas.

REFERÊNCIAS

ALBINO Rubia Maria, GROSSEMAN Sueli , RIGGEMBACH Viviane. **Classificação de Risco:** uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. ACM: Arq Catarinenses Med. 2007; 36(4):70-5.

BELLUCCI Jr Jose Aparecido, MATSUDA, Laura Misue. **Implantação do Programa Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma** Analisador. In: Anais do 9º Congresso da Rede Unida. Saúde é Construção da Vida no Cotidiano: Educação, trabalho e cidadania; 2010 jul 17-21; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre: Interface; 2010. p. 974.

BITTENCOURT, Roberto José.; HORTALE, Virginia Alonso. **A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro.** Ciência & Saúde Coletiva, v.12, n.4, p.929-934, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências.** Portaria Nº 1863/GM Em 29 de setembro de 2003

BRASIL.Ministério da Saúde (BR). **Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização-PNH.** Cartilhas da PNH: acolhimento com classificação de risco. Brasília(DF); 2004.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** acolhimento com avaliação e classificação de risco - um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção às Urgências.** Série E. Legislação de Saúde. Brasília, 2006 .

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Urgência.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009

BRASIL. **Implementação da Rede de Atenção às Urgências/Emergências,** 2011

BRASIL. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** 1ª edição. Brasília (DF), 2013.

CARRET, Maria Laura Vidal; FASSA, Ana Claudia Gastal and DOMINGUES, Marlos Rodrigues.**Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors.**Cad. Saúde Pública . 2009, vol.25, n.1, pp. 7-28.

DAL SASSO, Grace Teresinha Marcon et al. Acolhimento com classificação de risco conforme o ministério da saúde do Brasil. **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

GARLET, Estela Regina et al. **Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência**. Texto contexto - enferm., Jun 2009, vol.18, no.2, p.266-272.

GARLET, Estela Regina et al. **Finalidade do trabalho em urgências e emergências**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009, vol.17, n.4, pp. 535-540.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira ; LIMA, Morgama Mara Nogueira. **Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários**. Rev. bras. enferm. 2013, vol.66, n.1, pp. 31-37. ISSN 0034-7167.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al. **Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários**. Acta paul. enferm. 2003, vol.19, n.1, pp. 27-34.

O'DWYER, Gisele Oliveira; OLIVEIRA, Sergio Pacheco de; SETA, Marismary Horsth de. **Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS**. Ciênc. saúde coletiva. 2009, vol.14, n.5, pp. 1881-1890.

RAMOS, Donatela Dourad; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre**, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003, vol.19, n.1, pp. 27-34.

SHIROMA, Lícia Mara Brito.; PIRES, Denise Elvira Pires de. **Classificação de Risco em Emergência – um Desafio para as/os Enfermeiras/os**. Revista Enfermagem em Foco. v.2, n.1, p.14-17, 2011.

VITURI Dagmar Willamowius, et al LM. **Acolhimento com classificação de risco em hospitais de ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. set.-out. 2013 1, 21(5).

ZANELATTO Daiana Maggi, PAI Daiane Dal. **Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem**. Cienc Cuid Saúde. 2010; 9(2):358-65.