

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA REDE HOSPITALAR E SEU IMPACTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

IMPLEMENTATION OF HOSPITAL WITH RISK CLASSIFICATION IN THE HOSPITAL NETWORK AND ITS IMPACT ON PRIMARY HEALTH CARE

Reobbe Aguiar Pereira¹

Camila Ferreira Cruz Coelho²

Resumo: Trata-se de um relato de experiência, cujo objetivo é descrever a experiência da implantação do acolhimento com classificação de risco no âmbito hospitalar e seu impacto no planejamento e execução das ações realizadas na atenção primária a saúde. Os resultados evidenciaram que o serviço de acolhimento e classificação, quando sistematizado corrobora para a efetividade da Gestão Municipal de Saúde. O modelo utilizado como referência foi o disponibilizado pelo Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Humanização, realizando as adequações pertinentes a realidade local. Apesar das dificuldades da articulação entre os gestores envolvidos, foi possível desenvolver a migração do atendimento por ordem de chegada para o atendimento por ordem de prioridade, conforme o nível de gravidade e ainda disponibilizar relatórios periódicos para planejamento e gestão dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Acesso de serviço de saúde. Triagem. Planejamento.

Abstract: This is an experience report, whose objective is to describe the experience of the implantation of the host with risk classification in the hospital scope and its impact in the planning and execution of the actions carried out in primary health care. The results showed that the reception and classification service, when systematized, corroborates the effectiveness of the Municipal Health Management. The model used as reference was the one made available by the Ministry of Health through the National Humanization Program, making the pertinent adjustments to the local reality. In spite of the difficulties of articulation between the managers involved, it was possible to develop the migration of the first-order care to the order of priority according to the level of severity and also to provide periodic reports for planning and management of health services.

Keywords: Health Service Access. Screening. Planning.

¹ Enfermeiro; Especialista Enfermagem do Trabalho; Urgência e Emergência; Unidade de Terapia Intensiva - UTI; Informática em Saúde, e Mestrando em Ciências Ambientais. E-mail: reobbeap@hotmail.com

² Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. E-mail: camilacoelho22@hotmail.com

Introdução

A mais de um século, profissionais de saúde utilizam da Classificação de Risco-CR, mesmo que com outra nomenclatura, para priorizar o atendimento a pacientes mais graves. Inicialmente, o termo utilizado para classificar e definir prioridades nas urgências e emergências era triagem.

O processo de triagem está presente nos cuidados de saúde há séculos. Em Londres, ainda em 1898 em um hospital, uma enfermeira triava os pacientes segundo suas queixas para encaminhar para o profissional médico adequado. Nos EUA, a Classificação de Risco foi utilizada no período das grandes guerras para definir quais os soldados feridos que seriam primeiramente tratados. Com o aumento da demanda de pacientes, com número maior que a capacidade de atendimento no final dos anos 50, com a mudança da prática médica em função da diminuição e quase extinção dos médicos de família, quando a população norte-americana passou a procurar por atendimento nos prontos socorros, ocorreu à primeira utilização da CR fora dos períodos de catástrofes, em 1963 em Yale (EUA) (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2009).

A partir de então, foram se desenvolvendo vários sistemas de triagem, os mais utilizados e reconhecidos mundialmente são: Manchester Triage System – Protocolo de Manchester, Canadian Triage Acuity Scale (CTAS®), Emergency Severity Index (ESI), e Australasian Triage Scale (ATS) (SOUZA, *et al.*, 2011). De forma geral, tem sido recomendada a utilização de escalas/protocolos que estratifiquem o risco em cinco níveis, por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do paciente (GILBOY, *et al.*, 2005).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa Nacional de Humanização (PNH) propõe o protocolo que define a prioridade de atendimento, conforme a gravidade do caso, estratificando-o em quatro cores. A cor vermelha identifica o paciente de emergência; a amarela, o paciente que necessita de atendimento urgente; a cor verde, o paciente de prioridade não urgente; e o azul, o paciente que necessita de consulta de baixa complexidade, com última prioridade para atendimento (BRASIL, 2004). As cores verde e azul representam o paciente com baixo risco de agravos que podem receber atendimento na Atenção Primária à Saúde – APS (MENDES, 2011).

Diante do exposto, considerou-se pertinente a Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco - ACR no Hospital Regional de Guaraí do Estado do Tocantins e por meio deste objetivou-se descrever a experiência da implantação do ACR no âmbito hospitalar e seu impacto no planejamento e execução das ações realizadas na atenção primária a saúde.

Materiais Métodos

O Cenário de estudo foi um Hospital Regional, na região central do Estado do Tocantins, no município de Guaraí, polo de uma das 08 regiões de saúde que compõem a Rede Estadual de Saúde, a Região Cerrado Tocantins Araguaia. Esta Região é composta por 23 municípios, totalizando uma população de 146.205 habitantes (BRASIL, 2013).

No Hospital Regional de Guaraí, o Acolhimento com classificação de Risco - ACR foi implantado de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, adaptado para a realidade local, por meio de protocolo institucional, apresentado a Secretaria Estadual de Saúde. Neste protocolo, os pacientes são classificados por quatro cores de acordo com o grau de gravidade, sendo: vermelho (alto risco de morte, atendimento imediato), amarelo (risco iminente de morte, tempo de espera de até 10 minutos), verde (pacientes em condições agudas sem risco iminente de morte) e azul (pacientes com queixas leves ou doenças crônicas sem risco de morte) (BRASIL, 2004).

O processo de implantação iniciou no primeiro semestre de 2013, foi composto por 14 etapas: Reuniões de Planejamento, Sensibilização dos profissionais, Constituição da Equipe de Trabalho, Elaboração do Projeto Piloto, Adequação da área física, Divulgação e Sensibilização da população, treinamento dos profissionais, implementação do Projeto Piloto, avaliação do processo, Implantação do Projeto em sua

plenitude, Sistematização dos dados e Divulgação dos Resultados para planejamento dos fluxos da rede de atenção primária e secundária.

Resultados e Discussão

No primeiro momento, foram realizadas várias reuniões entre a equipe gestora e equipe assistencial da unidade hospitalar para discussão sobre a relevância da implantação do ACR na instituição. Considerou-se necessário inicialmente sensibilizar os profissionais quanto a importância da estratégia de gestão de fluxo, para melhor interação, participação e cooperação, em seguida foi constituída uma equipe para a elaboração do projeto, esta equipe foi composta pela Coordenação de Enfermagem, Gerência de Assistência Hospitalar e enfermeiros assistencialistas da Unidade de Pronto Socorro. A princípio foi elaborado um projeto piloto, para sensibilizar de forma gradativa os profissionais de saúde e comunidade. Este protocolo foi apresentado a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Tocantins, Direção Geral, Técnica e Administrativa do Hospital Regional de Guaraí, Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação Municipal de Atenção Básica.

Para divulgação do novo sistema de atendimento e sensibilização da população, foi elaborado folders de divulgação, movimentos educativos junto à comunidade com a parceria dos acadêmicos do curso de enfermagem da Faculdade Guaraí, programas de Rádio e imprensa local.

Houve uma preocupação com relação a área física, uma vez que apesar de haver um planejamento da Secretaria Estadual de Saúde, para reestruturação física do Hospital Regional de Guaraí, não havia data prevista e se fazia necessário várias readequações, mas no intuito de organizar o serviço de atendimento de urgência/emergência e implementar o projeto proposto, a falta de estrutura física não foi considerada fator impeditivo. Realizou-se a redistribuição das salas já existentes para contemplar de sala vermelha e amarela, bem como sala de triagem. Optou-se ainda pela utilização de pincel para identificar a ficha de atendimento dos pacientes conforme o nível de complexidade e necessidade específica.

Antes de iniciar o ACR todos os profissionais envolvidos receberam orientações a respeito do protocolo de atendimento e treinamento específico para desenvolver suas atribuições. Os métodos utilizados para as capacitações foram oficinas de sensibilização, aula expositiva e dialogada e estudo de casos clínicos.

O projeto piloto foi implementado apenas durante o turno diurno, que apresentava maior demanda de atendimento. Todos os pacientes classificados como não urgente (azul), era encaminhado ao serviço social para orientações quanto a necessidade de receber atendimento na Unidade de Saúde mais próxima de sua residência, assegurando assim a continuidade do atendimento pela Estratégia de Saúde da Família. Os pacientes eram orientados e a eles dado o direi de decidir se aguardaria o atendimento hospitalar sem prioridade ou se gostaria de ser encaminhado a Unidade de Saúde, após contato telefônico e preenchimento de formulário próprio. Nos primeiros três meses percebeu-se grande insatisfação por parte da comunidade, que insistia em receber atendimento por ordem de chegada. O projeto piloto foi implementado durante seis meses.

Durante toda a implementação do projeto piloto, a equipe responsável pela implantação realizou observação e supervisão direta do novo processo de atendimento para avaliação. Foi realizado novas discussões para avaliação dos pontos positivos, pontos negativos e necessidade de readequações e em sequência implementou-se o projeto em total plenitude nas 24 horas de atendimento e com a disponibilidade de recursos humanos necessários, a saber uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro, técnicos em enfermagem, assistente social, médicos clínico geral, cirurgião, obstetras, pediatra, odontólogo, psicólogos e profissionais administrativos.

Identificou-se variáveis significativas para alimentar um banco de dados e gerar relatórios periódicos, são elas: sexo, faixa etária, município de origem, unidade básica de Saúde mais próximo da residência, cor de classificação de risco, procedimento e segmento após atendimento. Considerando estas variáveis, foi elaborado formulários próprios para preenchimento dos dados no momento do acolhimento

e atendimento. Os formulários disponibilizados e anexados ao projeto foram as Fichas de Acolhimento do adulto, pediatria e gestante com espaço para Sistematização do cuidado de enfermagem, consolidado de faixa etária por cor de classificação do risco, consolidado de segmento clínico e ficha de referência a UBS.

Foi proposto que semanalmente os dados fossem digitalizados para alimentar o banco de dados, possibilitando a impressão dos gráficos e divulgação de relatórios mensais, trimestrais, semestrais e anuais para acompanhamento, monitoramento e divulgação do perfil do pronto socorro, bem como planejamento da esfera municipal de saúde, uma vez que permite analisar se a população está utilizando a UBS como porta de entrada do serviço de saúde e inclusive a Equipe de Estratégia de Saúde da Família e/ou UBS que está realizando maior e/ou menor cobertura da população do município e demais variáveis supracitadas.

Conclusão

A utilização da classificação de risco é uma estratégia de gestão de fluxo utilizada para vários países, com o intuito de agilizar e priorizar os atendimentos nas unidades de pronto socorro (MENDES, 2011).

Atualmente, a estratificação do risco é realizada em praticamente todas as emergências de hospitais do Primeiro Mundo, e são muitas as publicações referentes ao assunto, testando e adaptando as escalas existentes para cada região (ALBINO, et al., 2007).

No Hospital de Guaraí, foi possível, sem grandes dificuldades realizar as adaptações necessárias a realidade. A sensibilização da equipe foi positiva, havendo grande interação e participação dos profissionais, quanto a população houve maior dificuldade de aceitação do processo de mudança apenas no início, durante o projeto piloto, reação já esperada e considerada natural, uma vez que toda mudança traz consigo conflitos e medo.

A experiência foi muito positiva, os objetivos foram alcançados, mas ainda há desafios neste processo, sendo o de maior relevância a interação entre os gestores nas diversas esferas, pois somente assim será possível utilizar as informações como fonte para planejamento e gestão dos serviços de saúde.

Considerando a existência de diretrizes já propostas nas portarias que instituem as Redes de Atenção à Saúde, em especial a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e o fato de a região não contar com Unidade de Pronto Atendimento – UPA, permitindo assim as Unidades Básicas de Saúde, para, estrategicamente, organizarem o fluxo, uma vez que a “porta de entrada” deve ser iniciada na APS e somente os casos de maior complexidade, referenciados ao hospital.

Acredita-se que este trabalho pode contribuir para discussões e reflexões dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, principalmente no âmbito gerencial do processo de melhoria de fluxos assistenciais.

Todos os autores declaram não haver qualquer potencial conflito de interesse referente a este artigo.

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, 2007. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/523.pdf>>. Acesso em: 25 de agosto de 2018.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, Censo**, 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 17 de julho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH. **Acolhimento com classificação de risco nos sistemas de urgência e emergência do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

GILBOY, N.; TANABE, P.; TRAVERS, D.; ROSENAU, A. M. Emergency Severity Index, Version 4: **Implementation Hand book Agency for Healthcare Research and Quality**; 2005. Disponível em: < <http://www.ahrq.gov/research/esi/esihanbk.pdf> >. Acesso em: 10 de agosto de 2018.

Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. **Histórico da Classificação de Risco**. Hospital João XXIII. 2009. Disponível em: <<http://www.classificacaoderisco.com.br/>>. Acesso em: 10 de julho de 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

SOUZA, C. C.; TOLEDO, A. D.; TADEU, L. F. R.; CHIANCA, T. C. M. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Vol. 19, nº 1, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf >. Acesso em: 17 de agosto de 2018.

Recebido em 7 de abril de 2019.

Aceito em 16 de agosto de 2019.