

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**SIMONE BARCELOS DOS SANTOS**  
**SHEILA SOARES DA SILVA FONSECA**  
**SANDRA MARIA QUINTÃO**

**A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
NO SETOR DE EMERGÊNCIA  
DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL  
(PROJETO DE IMPLANTAÇÃO)**

Brasília

2010

**SIMONE BARCELOS DOS SANTOS  
SHEILA SOARES DA SILVA FONSECA  
SANDRA MARIA QUINTÃO**

**A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
NO SETOR DE EMERGÊNCIA  
DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL  
(PROJETO DE IMPLANTAÇÃO)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Planejamento, Gestão e Auditoria do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista Planejamento, Gestão e Auditoria.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

Brasília

2010

Santos, Simone Barcelos dos.

A classificação de risco no setor de emergência do Hospital de Base do Distrito Federal: projeto de implantação. Simone Barcelos dos Santos; Sheila Soares da Silva Fonseca; Sandra Maria Quintão. – Brasília, 2010.

26f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde) – Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

1. Serviço de saúde-emergência. 2. Atenção à saúde. 3. PNH/MS. 4. Saúde pública Título.

CDU 614.2

**SIMONE BARCELOS DOS SANTOS  
SHEILA SOARES DA SILVA FONSECA  
SANDRA MARIA QUINTÃO**

**A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
NO SETOR DE EMERGÊNCIA  
DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL  
(PROJETO DE IMPLANTAÇÃO)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Planejamento, Gestão e Auditoria do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista Planejamento, Gestão e Auditoria.

Aprovado em    /    /

BANCA EXAMINADORA

---

**Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)**

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo-USP

"Nem tudo o que se enfrenta pode ser modificado, mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado."

*Helena Besserman Viana*

## **RESUMO**

Nas últimas décadas os serviços de emergência passaram a representar importante porta de entrada ao sistema de saúde. Isto decorre de muitos fatos, inclusive a mudança no perfil da morbimortalidade da população brasileira e a ineficácia do sistema de saúde.

Tais fatores contribuíram para o aumento da utilização dos serviços de emergência, o que levou vários serviços a pensarem em uma maneira de selecionar quais usuários deveriam ser atendidos prioritariamente.

Deste modo, o presente trabalho traz o relato da implantação de triagem estruturada com classificação de risco em um Serviço de Emergência Pública do Distrito Federal. Ressaltamos que todo o projeto de implantação foi norteado pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde – PNH/MS, onde os princípios da co-gestão, a participação coletiva e colegiada fez parte de todo o processo como importante estratégia que permitiu que pacientes mais graves fossem atendidos primeiro e também aos trabalhadores e usuários o contato com um novo modelo de atenção em saúde, dentro dos princípios de acessibilidade e equidade.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2. OBJETIVO</b> .....	<b>10</b>
<b>3. CENÁRIO</b>	
3.1 O processo de implantação .....	<b>10</b>
3.2 Objetivos Gerais da Classificação de Risco .....	<b>11</b>
3.3 Plano de Implantação .....	<b>11</b>
<b>4. O ACOLHIMENTO E A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>	
4.1 Processo do Acolhimento e Classificação de Risco .....	<b>15</b>
4.2 Missão do Acolhimento e da Classificação de Risco .....	<b>15</b>
4.3 Por que Classificar o Risco? .....	<b>15</b>
4.4 Rotinas da Classificação de Risco .....	<b>16</b>
4.5 Condutas pactuadas para Classificação de Risco .....	<b>16</b>
4.6 Indicadores .....	<b>17</b>
4.7 Metas .....	<b>18</b>
4.8 Monitoramento e Avaliação .....	<b>18</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>19</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>20</b>
<b>7. APÊNDICE</b> .....	<b>22</b>
<b>8. ANEXOS</b> .....	<b>23</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O processo de triagem foi introduzido nos Serviços de Emergência (SE) para tentar minimizar o problema da superlotação, permitindo cuidados imediatos para os pacientes mais urgentes (ROCHA,2005).

Segundo Carret et al (2009), existem problemas referentes a superlotação nos serviços de saúde, dentre eles, o grande tempo de espera até o primeiro atendimento, a dificuldade de avaliação da gravidade pelo médico e a demora na verificação das necessidades reais de atendimento imediato.

Segundo Albino et al (2007, p.71) para tentar reduzir estes problemas no acesso às unidades de emergência foi criado o processo de triagem. A palavra triagem (do francês *trier* = classificar), tão estigmatizada no meio de saúde, é uma palavra francesa que significa classificar, definindo o termo como: "um processo sistemático para determinar quem vai ser visto e tratado primeiro, com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade dos pacientes nos serviços de emergência.”.

A origem remonta às guerras napoleônicas, quando Baron Dominique Jean Larrey, cirurgião chefe de Bonaparte, priorizou os cuidados de acordo com a gravidade de cada caso, na medida em que os pacientes eram retirados dos campos de batalha e levados ao serviço cirúrgico em grande número (GIOTTONI, 2006).

Os departamentos de Emergência da Austrália foram os primeiros a formalizarem a triagem estruturada. Hoje ela é aplicada 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 (GARCIA, 2006).

O processo de triagem, em todo o mundo, é realizado por enfermeiros, após um treinamento específico. No Canadá, o curso é oferecido aos enfermeiros periodicamente, sob a forma de *workshop* durante todo um dia e, para facilitar o acesso ao treinamento, a partir de 2004, a Associação Hospitalar de Ontário passou a oferecer o curso *on-line* (TANABE, 2004). Na Espanha, inicialmente, o processo de triagem era realizado por médicos e só a partir de 1999, depois de muitas dúvidas e controvérsias, a Sociedade Espanhola de Enfermeiros de Urgência acolheu e propôs ser esta uma atividade própria de enfermeiros (GÓMEZ, 2003).



Segundo a portaria 2048 de 05 de novembro de 2002 - Ministério da Saúde, “... a classificação de risco deve ser realizado 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.”

Como o objetivo da triagem é identificar pacientes que necessitam ser vistos primeiro e aqueles que podem esperar por atendimento em segurança, ela é fundamental em qualquer serviço onde haja superlotação. Atualmente existem cinco modelos de escalas de triagem estruturada em uso: NTS – *National Triage Scale* (Austrália), CTAS – *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale* (Canadá), MTS – *Manchester Triage System* (Reino Unido), ESI – *Emergency Severity Index* (Estados Unidos) e MAT – *Model Andorra de Triatje* (Espanha) (GARCIA, 2006).

Segundo Murray (2003), todos os sistemas de triagem estruturada devem ter uma escala de priorização útil, válida e reprodutível e as evidências científicas atuais apontam para a validade e reprodutibilidade desses sistemas.

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco pressupõem a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004a).

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas do Pronto Socorro tornando-se necessário a reorganização do processo de trabalho desta unidade de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos de forma que, a assistência prestada fosse de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada.

Assim torna-se necessária a implantação da Classificação de Risco para minimizar os efeitos do aumento do número de atendimentos e diferentes graus de complexidade dos usuários através de um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

## **2. OBJETIVO**

Elaborar projeto de implantação da Classificação de Risco para o setor de Emergência do Hospital de Base do Distrito Federal.

## **3. CENÁRIO**

### ***3.1. O Processo de Implantação***

O Hospital de Base do DF foi o primeiro hospital do Distrito Federal inaugurado em 12 de setembro de 1960. Nominado na época como Hospital Distrital de Brasília.

Em 2004 com a criação das Plataformas Regulatórias insere-se, segundo o Complexo Regulador do DF, na *Unidade Referencial em Regulação I* em decorrência da complexidade dos serviços oferecidos.

Constitui-se hoje na referência maior de alta complexidade do D.F. E em virtude das mudanças demográficas que ocorreram, com grande repercussão nas necessidades assistenciais de saúde da população do DF e Entorno, especialmente, na atenção as urgências e emergências sofre com a grande demanda.

Por questões históricas e também por encontrar dificuldades para o acesso à atenção primária e secundária do sistema público de saúde, a população procura a urgência como porta de entrada para resolução de seus problemas. Estes serviços são freqüentemente criticados pela população e seus trabalhadores sentem-se desmotivados com a pressão por atendimento em maiores quantidade e rapidez. Vários trabalhos confirmam este cenário caracterizado por um custeio elevado, grande demanda, saturação dos serviços, usuários e trabalhadores insatisfeitos e violência cotidiana contra os trabalhadores (MAGALHÃES, 1998; SANTOS JÚNIOR, 2004; ROCHA, 2005).

Muitos estudiosos do processo de organização em saúde, com formação e olhares diversos, vêm pesquisando e apontando a necessidade da mudança do paradigma assistencial vigente como saída mais provável e eficaz para os problemas citados.

Em virtude deste histórico e a grande determinação de quebrar paradigmas, iniciou-se uma etapa de mudanças no processo de gestão do HBDF que vêm sendo consolidado através do apoio e cooperação técnica de consultoria da PNH/MS (2006). Assim foi colocada como meta a

implantação da Classificação de Risco na Emergência do HBDF como ferramenta importante de ordenamento interno do setor, provocação da reorganização da rede de saúde do D.F e principalmente a melhora da assistência prestada ao usuário como endereço prioritário para a assistência de alta complexidade, seja no nível ambulatorial e eletivo, quanto na atenção as urgências e emergências.

### ***3.2. Objetivos Gerais da Classificação de Risco***

- Avaliar o usuário logo na sua chegada ao Pronto Socorro humanizando o atendimento
- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do cidadão que busca os serviços de urgência/emergência;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade;
- Informar tempos de espera;
- Utilizar o encontro com o cidadão como instrumento de educação no que tange ao atendimento de urgência/emergência;
- Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando a rede dos serviços de prestação de assistência à saúde.

### ***3.3. Plano de Implantação***

A Implantação da classificação de risco no serviço de emergência do HBDF seguiu as etapas descritas na planilha abaixo.

Cabe ressaltar que os responsáveis por todas as etapas foi a Gerencia de Enfermagem (GENF) com apoio da Direção Geral (DG), de Atenção à Saúde (DAS) e Administrativa (DA), Gerencia da Emergência (GEMERG) do hospital e também do Ministério da Saúde.

<b>Etapa</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Atividade</b>	<b>Período</b>	<b>Participantes</b>	<b>Custo</b>
01	Capacitar Multiplicadores na diretriz da PNH/MS – Classificação de Risco (CR)	Realização de cursos de formação de enfermeiros multiplicadores da diretriz CR	NOV/2009	Enfermeiros do setor de emergência	-
02	Sensibilizar a equipe multiprofissional da Emergência sobre os dispositivos da PNH/MS – Acolhimento e CR	Realização de oficinas e rodas de conversa nos três turnos de trabalho no setor de emergência	NOV/DEZ/2009	Equipe multiprofissional da emergência	-
03	Elaborar adequação da área física do setor de emergência	Discussão e elaboração de proposta em colegiado da emergência sobre reestruturação da área física para adequação da CR e fluxo de atendimento	NOV/2009	Representantes da Equipe multiprofissional da emergência	-

<b>Etapa</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Atividade</b>	<b>Período</b>	<b>Participantes</b>	<b>Custo</b>
04	Adequar área física da emergência a CR	Execução da reestruturação da área física da emergência	DEZ/2009	DA	Doações e mão de obra própria.
05	Equipar área física para atendimento	Realocação de equipamentos e materiais	DEZ/2009	DAS/GENF/ GEMERG	-
06	Adequar e pactuar Protocolo de CR de Campinas a realidade do HBDF	Discussão com representantes da equipe médica da emergência, enfermeiras, gerência da emergência e representantes da Direção para adaptação e pactuação do Protocolo de CR	NOV/DEZ/2009	DG/ DAS/GENF/ GEMERG/ Equipe multiprofissional	-
07	Organizar fluxo da CR	Realização de oficinas com equipe multiprofissional para elaboração e pactuação de fluxos da CR	NOV/DEZ/2009	DG/ DAS/GENF/ GEMERG	-

<b>Etapa</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Atividade</b>	<b>Período</b>	<b>Participantes</b>	<b>Custo</b>
08	Instrumentalizar Enfermeiras da emergência para atendimento na CR	Capacitação no processo de CR	NOV/DEZ/2009	MS/DG/ DAS/GENF/ GEMERG	-
09	Integrar equipe multiprofissional	Articulação e elaboração de fluxo do serviço social para classificação de risco	JAN/2009	GENF/ GEMERG	-
10	Monitorar e avaliar o processo	Discussão em colegiado para elaboração de plano de monitoramento da CR	JAN/2010	GEMERG	-

A capacitação da equipe do acolhimento e classificação de risco deverá ocorrer de forma continuada abrangendo não somente normalizações administrativas, mas discussões de temas científicos e estudo de caso contribuindo para o monitoramento, avaliação e readequação das estratégias sempre que necessário.

## **4. O ACOLHIMENTO E A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

### ***4.1. Processo do Acolhimento e da Classificação de Risco***

O usuário ao procurar a Emergência do HBDF será abordado pelos servidores e/ou participantes do Projeto Universitário que Acolhe e/ou Acolhimento ou então deverá direcionar-se ao Balcão de Acolhimento e Informações que terá como objetivos:

- Direcionar e organizar o fluxo através da identificação das diversas demandas do usuário;
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Realizar a Triagem Administrativa baseada no protocolo de situação/queixa encaminhando os casos que necessitam da avaliação para a classificação de risco realizada pelo enfermeiro.

### ***4.2. Missão do Acolhimento e da Classificação de Risco***

Ser instrumento dinâmico capaz de acolher e identificar o usuário que necessita de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento garantindo um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência.

### ***4.3. Por que Classificar o Risco?***

Em virtude da crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas das Emergências tornando-se necessário a reorganização do processo de trabalho desta unidade de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos de forma que, a assistência prestada fosse de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada.

#### ***4.4. Rotinas da Classificação de Risco:***

A classificação de Risco do HBDF segue o Protocolo de Risco de Campinas Adaptado, cabe ressaltar que o HBDF constitui-se em um hospital de alta complexidade onde nem sempre haverá referência para atendimento a situação/queixa do usuário, principalmente no que tange a algumas classificações Verdes e a todas Azuis. Assim a contra-referência se dará de forma responsável através da classificação de risco realizada pelo enfermeiro utilizando protocolo pactuado pelas chefias médicas e assistenciais e oficializado pela Direção do HBDF.

O Protocolo de Classificação de Risco se baseia nas queixas do usuário e em seus determinantes que são sinais e sintomas associados. A avaliação destes incide em uma classificação por cores de acordo com a gravidade/prioridade de atendimento.

*O protocolo segue a seguinte classificação:*

**Vermelho:** prioridade zero - emergência, necessitam de atendimento imediato;

**Amarelo :** prioridade 1 - urgência, atendimento em no máximo 30 minutos;

**Verdes :** prioridade 2 - prioridade não urgente;

**Azuis:** prioridade 3 - consultas de baixa complexidade (Atenção Primária).

A identificação das prioridades é feita através de pintura colorida no canto superior direito da Guia de Atendimento de Emergência (GAE).

#### ***4.5. Condutas pactuadas para Classificação de Risco***

Os pacientes classificados como **VERMELHO** deverão ser rapidamente encaminhados para Box de Emergência, onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos.

Os pacientes classificados como **AMARELO** devem aguardar atendimento médico se possível dentro do consultório ou em local de espera em frente ao consultório, assentados, onde deverão estar sob supervisão contínua de toda a equipe da Unidade. Deverão ser reavaliados idealmente a cada 15min ou imediatamente em caso de alteração do quadro clínico, durante a espera para o atendimento médico.



Os pacientes classificados como **VERDE** também aguardam atendimento médico em sala de espera separada, tendo sido orientados que serão atendidos, por ordem de chegada, após os pacientes classificados como **VERMELHO** ou **AMARELO**. Deverão ser reavaliados em caso de alteração do quadro clínico. Pacientes classificados como **VERDE** podem também receber encaminhamento à unidade básica de referência pelo serviço social e/ou enfermeiro, via contato telefônico.

Pacientes classificados como **AZUL** serão encaminhados pelo serviço social, através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de referência.

Ressalta-se que todos os pacientes classificados como **VERDE** e **AZUL**, se desejarem, serão atendidos pela Equipe de Saúde.

Alguns grupos de pacientes foram descritos no protocolo como situações especiais, são eles: idosos, deficientes físicos, deficientes mentais, acamados, pacientes com dificuldade de locomoção, gestantes, algemados, escoltados ou envolvidos em ocorrência policial, vítimas de abuso sexual e pacientes que retornam em menos de 24h sem melhora.

Esses pacientes devem merecer atenção especial da equipe da Classificação de Risco e, dentro do possível, a sua avaliação deve ser priorizada, respeitando a situação clínica dos outros pacientes que aguardam atendimento.

#### **4.6. Indicadores**

Propõe-se que sejam avaliados, entre outros, os seguintes indicadores:

- Percentual de usuários segundo classificação de gravidade (VERMELHO, AMARELO, VERDE e AZUL);
- Tempos de espera (chegada do paciente até a classificação, classificação até o atendimento médico) e de permanência de acordo com a classificação;
- Percentual de encaminhamentos por regional e regiões do entorno de Brasília.

#### ***4.7. Metas***

- Auxiliar na construção e definição do Protocolo de Classificação de Risco referencia da Rede;
- Informatização da emergência e do HBDF;
- Aprimoramento da Estatística;
- Adequar o quantitativo de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem para a realização do acolhimento e classificação de risco;
- Diminuir o Tempo de resposta do atendimento médico;
- Abertura do 3ª turno da CR ( até 24h);
- Garantir educação continuidade da equipe;
- Formação e implantação de Plantonistas Emergencistas;
- Cumprimento integral da nossa MISSÃO.

#### ***4.8. Monitoramento e Avaliação***

- Realizar reuniões diárias com a equipe de acolhimento e classificação de risco do período para discussão e fechamento de estatística;
- Realizar reuniões mensais com toda equipe da classificação para discussão da estatísticas e condução do processo de trabalho;
- Reuniões com equipe multiprofissional, principalmente médica para reavaliação do protocolo adaptado;
- Visitas técnicas quinzenais com participação no Colegiado da Emergência e dos consultores da PNH/MS;
- Elaborar estratégias de avaliação e monitoramento do Colegiado da Emergência.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio não é suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade” (Merhy et al, 1999).

É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso – todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde – e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos indivíduos. Isto deve ser implementado com a conseqüente constituição de vínculos entre os profissionais e a população, empenhando-se na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, onde a defesa e afirmação de uma vida digna de ser vivida seja uma bandeira de toda a rede de atenção à saúde.

A classificação de risco é uma ferramenta que possibilita este processo de (re)organização da atenção, onde o modelo de gestão estratégico e participativo é motivado a acontecer a todo instante como instrumento que possibilita a construção de redes voltadas ao atendimento regionalizado e responsável do cidadão.

A implantação deste dispositivo possibilitou além da melhora da interação da equipe multiprofissional, o reconhecimento do perfil de atendimento da emergência do HBDF, isto é apenas 23,5% dos usuários classificados apresentam perfil de acordo com a missão do hospital que é referencia ao atendimento de alta complexidade (vermelhos e amarelos) e também comprovou a falência e fragmentação da rede de atenção básica do Distrito Federal.

## 6. REFERÊNCIAS

ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com classificação de risco**. Campinas: Hospital Municipal Mário Gatti, 2000.

ALBINO, R.M. GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **ACM arq. catarin. med.**, v.36, n.4, p.70-75, 2007.

ARANGUREN, E.; CAPEL, J.A. et al. Estudio de la validez pronostica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario. **Anales Sis San Navarra**, v.28, n. 2, p.177- 188, 2005.

ATAK, L.R.N.; MCLEAN, D.; LEBLANC, L. et al. Preparing ED Nurses to Use the Canadian Triage and Acuity Scale With Web-based Learning. **J Emerg Nurs**, v.30, n.3, p.273-74, 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.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção às urgências**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 244p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria 2048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/samu/arquivos/portarias/port2048.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CARRET, M.; FASSA, A.; DOMINGUES, M. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, n.25, p. 7-28, jan. 2009.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, n.13, p.1-13, 1997.

\_\_\_\_\_.; MERHY, E. **A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003.

FRANCO, T.; BUENO, V.; MERHY, E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, abr./jun.1999.

GARCIA, I. M.; JAÉN, C. A. et al. Gestión y recepción, acogida y clasificación (RAC). **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 4, 2007. Disponível em: [www.file://A:\RAC](http://www.file://A:\RAC). Acesso em: 23 ago. 2006.

MEZ, J.J. Clasificación de pacientes de los servicios de urgencia y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. **Emergencias**, n.15, p.165-74, 2003.

GIOTTONE, G.R. **Disaster medicine**. 3. ed. Mosby. 2006.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Urgência e emergência: a participação do município. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. Parte 3. p.265-286.

MERHY, E. et al. Acolhimento um relato de experiência de Belo Horizonte. In CAMPOS, C. R.; MALTA, D.; REIS, A. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

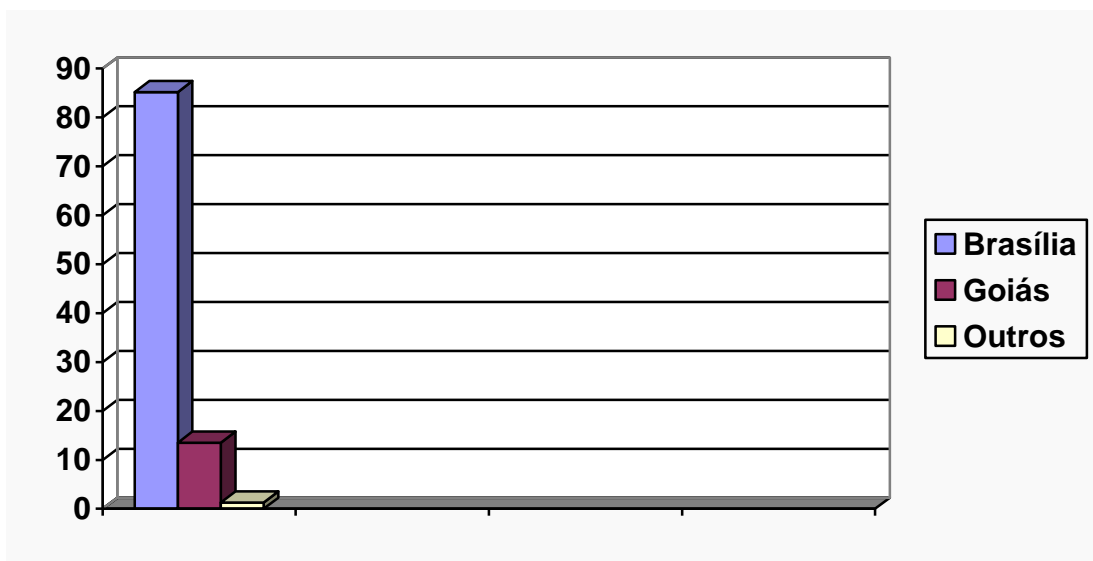
MURRAY, M. J. The Canadian triage and acuity scale: a Canadian perspective on emergency department triage. **Emerg Med**, n.15, p.6-10, 2003.

PROTOCOLO de acolhimento e classificação de risco do Pronto Socorro do Hospital Municipal “Dr. Mário Gatti”. Campinas, SP. 2000.

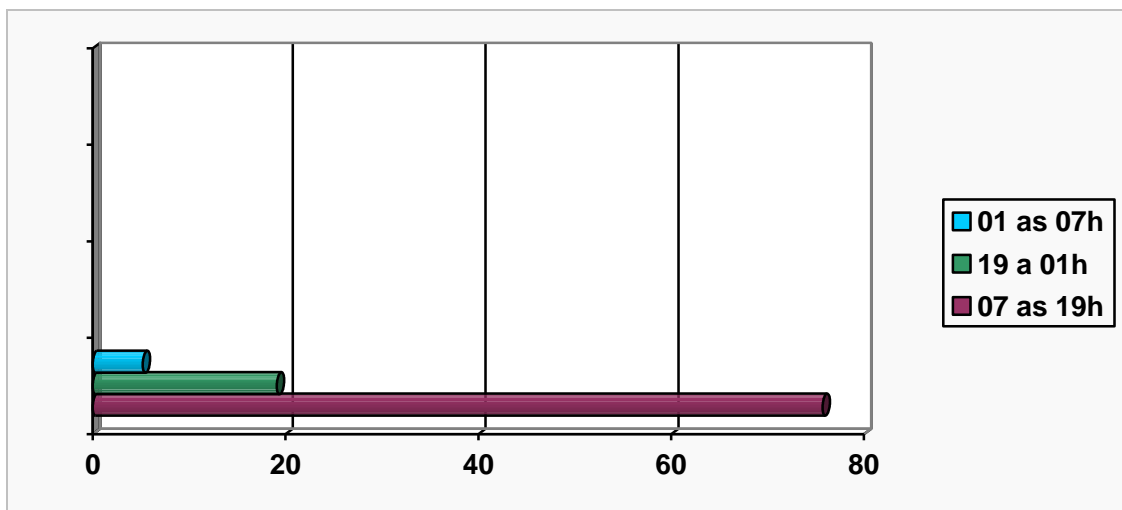
ROCHA, A. F. S. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 2006. 98f. Dissertação Mestrado - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

## 7. APÊNDICES

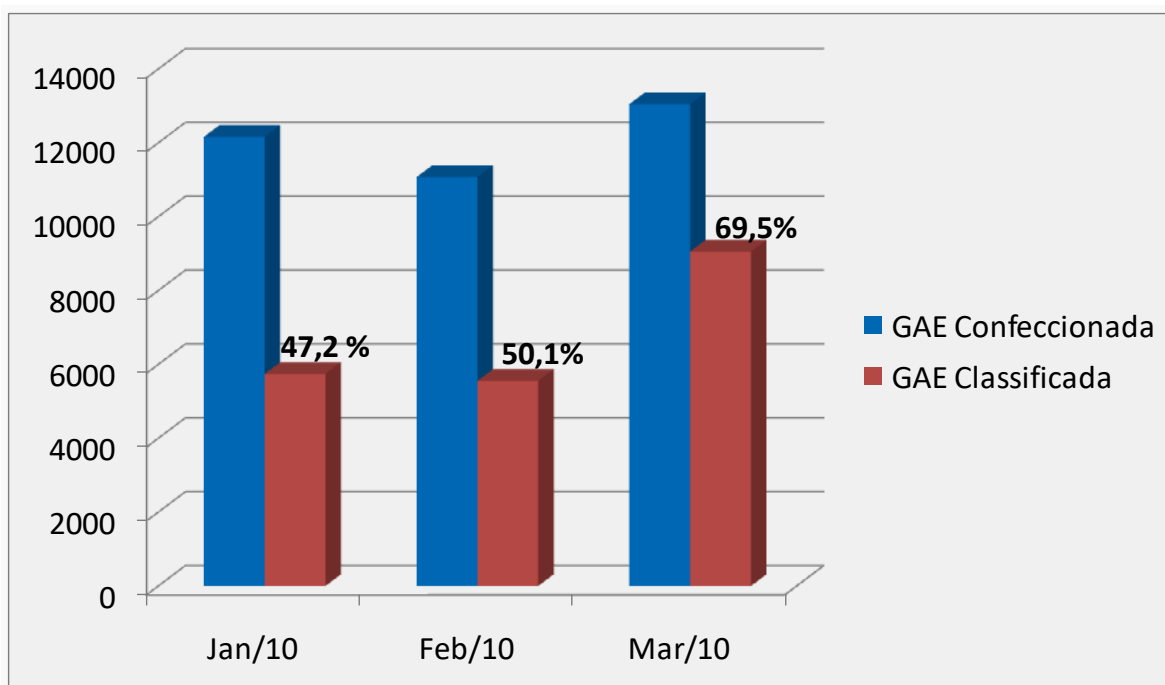
Resultados Alcançados no primeiro trimestre após a implantação da classificação de risco



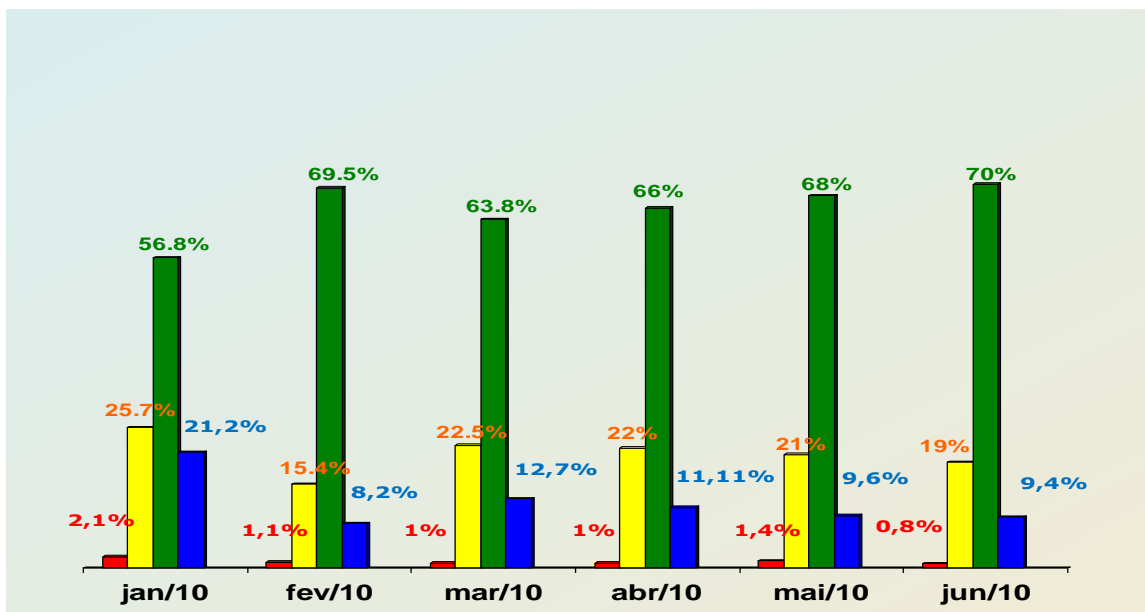
**Gráfico 1:** Atendimento da classificação de risco segundo procedência do usuário, HBDF, 2010



**Gráfico 2:** Distribuição dos atendimentos por turno no período de 24 horas após a implantação da Classificação de Risco, HBDF, 2010.



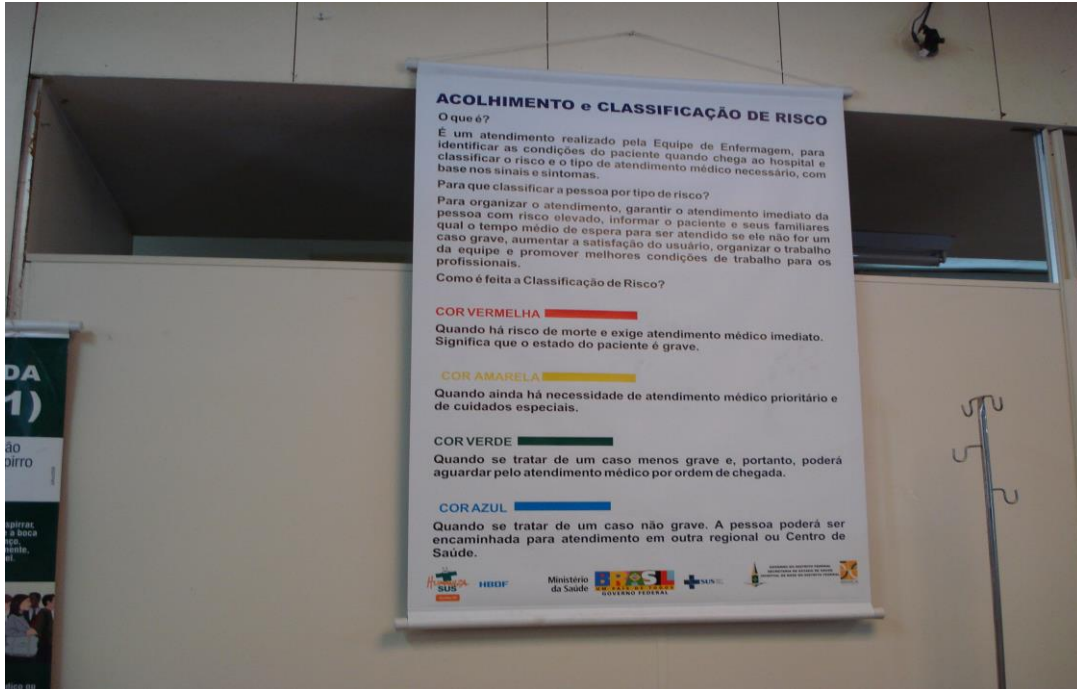
**Gráfico 3:** Relação percentual de Guias de Atendimento em Emergência (GAE) confeccionadas e classificadas no primeiro trimestre de 2010, HBDF.



**Gráfico 4:** Distribuição do atendimento quanto a classificação de risco no primeiro semestre de 2010, HBDF.

## 8. ANEXOS

### Banner Informativo



### Folder Informativo (frente)

**Apoio:**

A **MISSÃO** do HBDF é prestar assistência integral em serviços de saúde de **alta complexidade** a população referenciada do Distrito Federal.

Isto que dizer que o **HBDF** é referencia na rede de saúde do Distrito Federal para atendimento a paciente de maior gravidade que necessitam de atenção especializada.

Assim antes de procurar o **HBDF** é importante ser atendido pela unidade de saúde mais próxima de sua casa.

Ajude-nos a preservar o seu hospital para Alta Complexidade.

**HUMANIZA SUS**  
Acolhe-DF

**HBDF**

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL

O atendimento do HBDF mudou para melhor!  
Prioridade para as situações mais graves,  
encaminhamento para as menos graves.  
Quem ganha é você cidadão e usuário do SUS.

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Cada caso uma cor,  
cada cor uma prioridade de atendimento

[www.saude.gov.br/humanizausus](http://www.saude.gov.br/humanizausus)  
OUVIDORIA/HBDF:(061)33151366  
DIREÇÃO HBDF(061) 33151350/33151352



## Folder Informativo (verso)

Para melhor atendê-lo estamos implantando o acolhimento com classificação de risco.

O atendimento será priorizado de acordo com a gravidade de cada situação e não por ordem de chegada. Cada situação é uma cor e cada cor determina a prioridade do atendimento.

**Emergência: Atendimento Imediato**

**Urgente: Atendimento prioritário**

**Pouco Urgente: Atendimento por ordem de chegada**


**Não Urgente: Encaminhamento a unidade de saúde de referência**

**ACOLHIMENTO e CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

É um dispositivo da Política Nacional de Humanização-PNH, do Ministério da Saúde, uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde, possibilita que aqueles usuários que precisam mais, sejam atendidos com prioridade e não por ordem de chegada.

Garante a rapidez e a qualidade no atendimento aos pacientes mais graves reduzindo risco, assim como o encaminhamento a unidade de saúde referenciada dos pacientes SEM GRAVIDADE.

O acolhimento e classificação de risco muda a lógica da porta de entrada do serviço de saúde. Ao chegar ao Pronto-Socorro, a situação de saúde da pessoa é avaliada e ela é encaminhada de acordo com a gravidade de seu caso, o que agiliza o atendimento. O funcionamento do PS será então organizado por cores.



A **cor vermelha** indica necessidade de atendimento imediato, pois há risco de morte para o paciente.

A **cor amarela** indica a necessidade de atendimento prioritário.

A **cor verde** indica que o caso é menos grave e o paciente será atendido sim, mas pode aguardar.

A **cor azul** indica que o caso poderá ser atendido no Hospital Regional ou no Centro de Saúde quer dizer, não necessita de atendimento no Serviço de Urgência.

**VISITA ABERTA**

Além do acolhimento e classificação de risco, o Hospital de Base de Brasília ampliou a participação da família e amigos da pessoa internada: a "visita aberta" é outra maneira de reconhecer os direitos dos usuários do SUS, expandindo o horário de visita. **FIQUE ATENTO AOS HORÁRIOS!**

**Política Nacional de Humanização**

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, desde 2003 propõe diretrizes para qualificar a atenção e gestão em saúde pública no Brasil, atuando em todas as políticas do SUS. A redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso, o atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco, a garantia dos direitos dos usuários, a valorização do trabalho na saúde e a gestão participativa nos serviços **são parte dos resultados buscados** pela PNH.

Para mais informações acesse o site da Política Nacional de Humanização [www.saude.gov.br/humanizaus](http://www.saude.gov.br/humanizaus)

## Acolhimento e Sala de Classificação de Risco



*Classificação de Risco*

