



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MAIZE RODRIGUES FERREIRA MIRANDA

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE CUIABÁ-MT**

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MAIZE RODRIGUES FERREIRA MIRANDA

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO NO MATO GROSSO**

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 obtenção do título de Especialista.

Prof^ª. Orientadora: Eleine Maestri

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2014**

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado Acolhimento com Classificação de Risco no Serviço de Urgência em um Hospital Público no Mato Grosso de autoria do aluno Maize Rodrigues Ferreira Miranda 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. Ms. Eleine Maestri
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

AGRADECIMENTOS

A Deus que nos guiou, protegeu e encorajou durante esse período.

Aos meus pais e familiares que me ensinaram e ajudaram a perseverar nessa caminhada com muita fé e paciência.

Ao corpo docente da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que durante todo o curso estavam sempre prontos para ajudar.

A minha orientadora Prof^a. Eleine Maestri por ter auxiliado em todo o trabalho.

A todos que contribuíram para a otimização do trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
1 INTRODUÇÃO	6
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
3 MÉTODO	13
3.1 Tipo de estudo	13
3.2 Local do estudo	13
3.3 Plano de trabalho.....	14
3.4 Análise dos dados	14
3.5 Aspectos éticos.....	14
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	15
4.1 Acesso e caracterização da demanda do serviço.....	15
4.2 Fluxos e critérios adotados para a organização da atenção ao usuário.....	15
4.3 Contribuição do Ministério da Saúde com a implementação da PNH em hospital público de Cuiabá.....	17
4.4 A Humanização do usuário e funcionários do hospital	17
4.5 Dificuldade no atendimento com o Acolhimento e Classificação de Risco no hospital	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS	20

RESUMO

O Acolhimento com Classificação de Risco pretende aperfeiçoar o sistema de atendimento de urgências e emergências, pautado em uma diretriz ética, estética e política, que inclui a ausculta e a construção de vínculo, para a garantia do acesso com responsabilização e resolutividade dos serviços para o bem estar dos usuários. Assim, foi traçado como objetivo geral analisar o acolhimento do usuário em busca de atendimento na unidade de urgência de um hospital público de Cuiabá-MT, seguindo a Classificação de Risco estabelecida pela Política Nacional de Humanização. A metodologia consiste no relato de experiência da observação realizada em um hospital público no período de março à setembro de 2012. Para o seu desenvolvimento foi utilizado um roteiro de investigação que guiou a observação sobre os seguintes tópicos: acesso e caracterização da demanda do serviço; fluxos e critérios adotados para a organização da atenção ao usuário. O estudo permitiu algumas reflexões sobre o acesso e as características da demanda, fluxograma de organização do serviço, contribuições do Ministério da Saúde para a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco, humanização dos usuários e funcionários, bem como as dificuldades para implementação na instituição. Concluímos que esta é uma estratégia de reorganização/reorientação da atenção à demanda espontânea que pode ter efeitos significativos na racionalização dos recursos, no perfil ocupacional dos profissionais e nas relações destes com os usuários até no estabelecimento de processos de mudança na concepção da população à cerca suas necessidades de saúde.

1 INTRODUÇÃO

Urgência são os casos resultantes de acidentes pessoais, como eventos ocorridos em datas específicas provocadas por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários, causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalações de gases (ANS, 2005).

O Ministério de Saúde (MS) caracteriza os procedimentos dos serviços de emergência em três modalidades, tendo como critério a gravidade (acuidade) e a complexidade do caso a ser tratado: urgência de baixa e média complexidade, quando não há risco de morte; urgência de alta complexidade, não há risco de morte, porém o paciente apresenta um quadro crítico ou agudo; emergência – são casos em que há risco de morte (VALENTIM, 2009).

No cuidado à saúde, a humanização do usuário está incluída na Constituição Federal Brasileira de 1988, que garante a todos o acesso à assistência a saúde de forma resolutiva, igualitária e integral (ANDRADE et al., 2009).

Acolhimento é atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e compactuar, dando respostas mais adequadas às necessidades dos usuários hospitalizados e de seus familiares, sendo estes considerados os indivíduos que necessitam de cuidados em saúde no cenário hospitalar (MARTINS et al., 2008).

O Ministério da Saúde propôs por meio do programa Humaniza SUS, a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. De acordo com tal programa, humanizar é: ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, como melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (CARVALHO et al., 2008).

O atendimento inicial do usuário é feito pelo enfermeiro que realiza aferição dos sinais vitais, verificação da queixa principal, avaliação dos fatores de risco e breve exame físico direcionado. Quando possível, o enfermeiro avalia o potencial de risco de morte e/ou

complicações dos usuários no estado atual e o classifica de acordo com as prioridades de atendimento (OLIVEIRA et al., 2011).

A classificação de risco identifica os usuários por cores, sendo elas: vermelho (o paciente tem risco de morte iminente e é encaminhado diretamente à sala de emergência); amarelo (o paciente deve ser atendido o mais rápido possível, porém não corre risco iminente); verde (o paciente não corre riscos, mas apresenta queixas que deveriam ser atendidas na rede básica de saúde) (OLIVEIRA et al., 2011).

A escolha por este tema foi motivada pela constatação, na prática, das dificuldades que os profissionais da área de saúde, no âmbito hospitalar, possuem em identificar e acolher o usuário no setor de urgência.

Como profissional de saúde, a autora da presente pesquisa tenta programar, planejar e trabalhar de forma criativa e variada meios para que as estratégias e os protocolos do acolhimento sejam mais bem entendidos pelos usuários, por isso é necessário a reorganização do processo de trabalho das unidades de urgência de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos, de forma que a assistência prestada seja de acordo com os diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada. O profissional da área da saúde é potencialmente capaz de gerar transformações, sobretudo em conjunto com outras práticas, garantindo um atendimento com qualidade e identificação imediata do problema apresentado pelo usuário.

Busca-se também fornecer conhecimentos sobre o assunto e subsídios para o acolhimento, construindo novas práticas de saúde, tendo em vista a participação dos usuários no planejamento terapêutico.

A relevância deste trabalho reside na necessidade de se contribuir com mais estudos sobre este assunto, tendo em vista que o enfermeiro como um dos principais integrantes da equipe de saúde, deve estar ciente da sua responsabilidade frente ao acolhimento. Bem como também se destina aos profissionais da área da saúde de uma forma geral, que pretendem trabalhar no setor de urgência e emergência.

Assim, foi traçado como objetivo geral analisar o acolhimento do usuário em busca de atendimento na unidade de urgência de um hospital público de Cuiabá-MT, seguindo a Classificação de Risco estabelecida pela Política Nacional de Humanização. E como objetivos específicos: descrever o fluxo de atendimento na unidade de urgência; descrever o

acolhimento segundo o protocolo de Classificação de Risco; e conhecer o trabalho de acolhimento da equipe de saúde segundo o protocolo de Classificação de Risco.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Acolhimento é um processo que deve ocorrer em articulação com as várias diretrizes propostas para as mudanças nos processos de trabalho e gestão dos serviços: clínica ampliada, cogestão, ambiência, valorização do trabalho em saúde. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um estar com e perto de, ou seja, uma atitude de inclusão de estar em relação com algo ou alguém (BRASIL, 2004).

A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudanças no processo de trabalho e gestão dos serviços (co-gestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

O acolhimento significa também a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema (SOLLA, 2005).

Acolher, no contexto dos serviços de saúde, envolve a recepção adequada da clientela, a escuta da demanda, a busca de formas para compreendê-la e solidarizar-se com ela, devendo ser realizado por toda a equipe de saúde em toda relação profissional de saúde-pessoa em cuidado (CARMEN; MINUZI, 2008).

A Política Nacional de Humanização (PNH) pode ser compreendida como um conjunto de princípios e instrumentos que pretendem influir na qualidade. Nessa direção, a qualidade precisa englobar mudanças em diversos âmbitos, abarcando desde a organização e as relações institucionais de trabalho até as características/condições da prestação de serviços e dos produtos oferecidos à população (BRASIL, 2011).

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco pressupõe 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, 2004).

Desta maneira exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos. Estas duas tecnologias, acolhimento e avaliação/classificação de risco, portanto, tem objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho (BRASIL, 2004).

O critério de Classificação de Risco clínica dos pacientes 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 cinco níveis distintos e que tem sido referido por cores para facilitar a visualização (SOUZA et al., 2011).

Os eixos e suas áreas – eixo vermelho, este eixo está relacionado à clínica do paciente grave, com risco de morte, sendo composta por um agrupamento de três áreas principais:

- a) Área vermelha: nesta área está à sala de emergência, para atendimento imediato dos pacientes com risco de morte, e a sala de procedimentos especiais invasivos.
- b) Área amarela: composta por uma sala de retaguarda para pacientes já estabelecidos, porém, que ainda requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semi-críticos).
- c) Área verde, composta pelas salas de observação, que devem ser divididas por sexo (feminino e masculino) e idade (crianças e adultos), a depender da demanda (BRASIL, 2009).

Nas salas amarelas e verdes, além da adequação dos espaços e dos mobiliários a uma funcionalidade que facilite o processo de trabalho, é importante que se considere questões relativas a som, cheiro, cor, iluminação etc. Uma vez que o tempo de permanência do paciente nestas áreas é mais prolongado que na área vermelha (BRASIL, 2009).

Na sala vermelha o paciente não permanecendo por um período prolongado, também é importante observar os elementos acima apontados, modificadores e qualificadores do espaço, de modo a propiciar um ambiente confortável e agradável para os trabalhadores, além da funcionalidade necessária à realização do trabalho (BRASIL, 2009).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi instituído pelo Ministério da Saúde através da portaria nº 881, de 19 de junho de 2001, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001).

O PNHAH faz parte de um processo de discussão e implementação de projetos de humanização do atendimento a saúde e de melhoria da qualidade do vínculo estabelecido entre trabalhador da saúde, pacientes e familiares (SALICIO; GAIVA, 2006).

Silva (2010), afirma que as unidades de emergência se constituem numa importante porta de entrada para o usuário no Sistema Único de Saúde, porém, se constata uma utilização indevida dos serviços hospitalares de emergência em nosso meio. Isto ocorre por conta da fragilidade da atenção básica de saúde traduzida na falta de acesso à atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar, impactando no atendimento das unidades de emergência, que passam a ser a principal forma de acesso para especialidades e tecnologias médicas, o que as transforma em depósito dos problemas não resolvidos.

A agilidade e a resolutividade dos serviços de urgência e emergência estão alicerçadas em alguns fundamentos dentre os quais se destacam: capacitação e treinamento dos membros da equipe, estrutura organizacional adequada e qualidade das anotações nas fichas de atendimento (AVANZI; SILVA, 2005).

Os profissionais que atuam na unidade de urgência e emergência devem receber treinamento específico, tanto técnico como científico quanto uma educação continuada voltada para o autoconhecimento o que exige deles domínio de suas próprias emoções e conhecimento de seus limites e de suas possibilidades, por outro lado, a angústia e a ausência de informações aos familiares são também fontes de tensão nesse ambiente (TACSI; VENDRUSCOLO, 2004).

Garlet et al. (2009), relatam que o enfermeiro de unidade de emergência é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem, gerencia o cuidado de enfermagem visualizando as necessidades do paciente de forma integral, conciliando os objetivos organizacionais com os objetivos da equipe de enfermagem.

Porém, quando os profissionais prestam atendimento em situações de urgência e emergência não conseguem visualizar a trajetória dos usuários e as dificuldades de saúde, desse modo é importante à compreensão dessas situações para tornar o atendimento mais acolhedor, utilizando uma abordagem que leve à solução competente e satisfaça o usuário (GARLET et al., 2009).

É direito do paciente ter pleno conhecimento do seu diagnóstico, prognóstico e tratamento de uma maneira clara e verdadeira, para que possa tomar suas próprias decisões, exercendo assim, o princípio da autonomia. O código de ética dos profissionais de

enfermagem, no seu artigo 26, prevê o dever de prestar adequadas informações ao cliente e à família a respeito da assistência de enfermagem, possíveis riscos e consequências que possam ocorrer (VISENTIM; LABRONICI; LENARDT, 2007).

O planejamento e a realização do cuidado contemplam não só a relação dos enfermeiros com os usuários, mas também com os familiares dos pacientes e acompanhantes, pois cabe a esses profissionais, via de regra, decidir quanto à entrada e permanência deles no serviço de emergência (SANTOS, 2010).

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Tratando-se de um relato de experiência ligado a tecnologia da administração toma-se o rumo de uma abordagem qualitativa que possibilita “compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos (...)” (LEOPARDI et al., 2001, p. 135), possibilitando a análise do acolhimento voltado para bem atender. Uma das características deste tipo de pesquisa é que ele é utilizado quando não se podem usar instrumentos de medida precisos e pretende-se obter dados subjetivos.

3.2 Local do estudo

O hospital do presente estudo é uma unidade de saúde pública, cuja finalidade principal é prestar serviço médico hospitalar à comunidade em geral, integrada de toda a sua equipe de saúde, bem como às demais unidades da Secretária Municipal de Saúde de Cuiabá.

Este hospital é referência para o estado onde está inserido, outros estados vizinhos. O atendimento diário pela urgência e emergência em média, de 900 pessoas/dia, perfazendo um total mensal médio de 20.000 pessoas atendidas (AMORIM, 2008). Adota como missão: “Garantir a saúde das pessoas através da assistência humanizada em situação de urgência de média e alta complexidade”. E a visão deste hospital público é: “Ser uma referência no atendimento de média e alta complexidade” (AMORIM, 2008).

3.3 Plano de trabalho

O estudo foi realizado no período de março à setembro de 2012. Para o seu desenvolvimento foi utilizado um roteiro de investigação que guiou a observação sobre os seguintes tópicos: acesso e caracterização da demanda do serviço; fluxos e critérios adotados para a organização da atenção ao usuário.

3.4 Análise dos dados

Os resultados foram apresentados por meio de categorias analíticas e interpretados conforme reflexões da pesquisadora e com respaldo na literatura sobre os temas que emergiram dos dados. Os dados foram analisados e agrupados nas seguintes categorias: Acolhimento segundo Classificação de Risco na unidade de urgência de um hospital público de Cuiabá; Acolhimento pelo profissional de saúde na unidade de urgência de um hospital público de Cuiabá.

3.5 Aspectos éticos

Por não se tratar de pesquisa a proposta não foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisas com Seres Humanos. No entanto, os princípios éticos foram respeitados conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que traça as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2003).

Foi enviado um ofício à direção da instituição solicitando permissão para o plano de trabalho e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos.

4 RESULTADO E ANÁLISE

4.1 Acesso e caracterização da demanda do serviço.

O atendimento começa a partir do momento em que geralmente o usuário vem encaminhado das Policlínicas, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e de outros Municípios. A maioria deles são traumas, chegam também clínicos, cardíacos e pacientes oncológicos, incluindo, crianças, jovens, adultos e idosos. Os mais graves chegam com acesso venoso periférico e entubado. Havendo a necessidade o usuário grave é entubado ou já chegam entubado colocado em Respirador Mecânico, monitorizado, muitas vezes já puncionado acesso venoso periférico ou central, passado SNE/SNG/VSD, sendo anotados sinais vitais de uma em uma hora, colhidos exames laboratoriais/RX, e outros exames conforme necessidades, exemplo: tomografia, ECG; e medicados. Os demais pacientes são avaliados pelos enfermeiros aferido SSVV e encaminhados aos médicos. Por eles serão avaliados, solicitados exames/RX conforme necessidade, puncionado acesso venoso periférico e medicados.

A Classificação de Risco tem como avaliar o paciente logo na sua chegada ao hospital, humanizando o atendimento, descongestionar os prontos socorros, reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja avaliado precocemente de acordo com a sua gravidade, determinar a área de atendimento primário, informar o tempo de espera e retornar as informações aos familiares, devendo ser levados em conta os seguintes fatores: números de atendimentos, pessoal disponível, sistema de redirecionamento de consultas ambulatoriais ou outros serviços de atendimento, bem como área física (GODOY, 2010).

4.2 Fluxos e critérios adotados para a organização da atenção ao usuário.

Ao adentrar na instituição o usuário é recepcionado pelo segurança e técnico de enfermagem, e é encaminhado à sala de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) onde

passará pela Consulta de Enfermagem. O enfermeiro classificará de acordo com a necessidade e gravidade do caso. Os casos de não urgência são enviados para outras instituições como: Policlínicas, Centro de Saúde, Estratégia de Saúde da Família.

Para o atendimento percorre-se o seguinte fluxograma: portaria, recepção, sala de ACCR, encaminhado ao destino certo, Sala Vermelha ou Sala de Trauma (cirúrgico).

A escuta funciona conforme a demanda dos usuários e gravidade, que querem ser atendidos todos de uma só vez, gerando tumultos. Alguns são encaminhados sem poderem ser escutados, somente pela escrita.

Usuários que são encaminhados diretamente a Sala Vermelha devido à necessidade de atendimento imediato apresentam como características de situação/queixa: politraumatizado grave, lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG<12; Queimaduras com mais de 25% da área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios; Trauma crânio encefálico grave; ECG<12; comprometimento da coluna vertebral; Estado mental alterado ou em coma; ECG<12; história de uso de drogas; desconforto respiratório grave; dor no peito associado à falta de ar e cianose; perfurações no peito, abdome e cabeça; intoxicações exógenas; tentativa de suicídio; Glasgow abaixo de 12; parada cardiorrespiratória; hemorragias não controláveis; infecções graves.

O tempo para o atendimento e a definição de prioridades parte dos requisitos:

Vermelho – prioridade zero, emergência, necessita de atendimento imediato;

Amarelo – prioridade 1, urgência, atendimento em no máximo 15 minutos;

Verde – prioridade 2, prioridade não urgente, atendimento em até 30 minutos

(MALTA et al., 1998).

Devido à demanda de usuários, existem lacunas no acolhimento, pois há muitos pacientes graves que chegam de uma só vez, e deverão ser atendidos imediatamente, enquanto isso, os outros ultrapassam o tempo para serem atendidos.

Acesso ao acolhimento é elemento essencial do atendimento para que se possa incidir efetividade sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade. É necessário incorporar o atendimento individual, agregando recursos humanos capazes de fazer vigilância sanitária e epidemiológica. Para tal, acesso ao acolhimento, vínculo e resolutividade são eixos centrais do modelo tecnoassistencial em defesa da vida (RAMOS; LIMA, 2003).

4.3 Contribuição do Ministério da Saúde com a implementação da PNH em hospital público de Cuiabá

Com a implementação da PNH, pode ser observado que há capacitações dos acadêmicos de enfermagem, reforçando o Acolhimento com Classificação de Risco através de Cartilhas do Ministério da Saúde e outros dispositivos para a equipe de saúde, havendo uma grande participação dos porteiros e recepcionistas. Esses assuntos são entendidos como tecnologias ou modo de implementação para a humanização.

Foi observado também, que as informações nas capacitações são repassadas para profissionais de outros setores, que possibilitam a mudança de visão dos que se envolvem, facilitando o planejamento e priorizando as ações frente às dificuldades que se encontra no atendimento ao usuário.

Avanzi e Silva (2005) ressaltam que os serviços que se propõem realizar o atendimento de urgência e emergência devem, antes de tudo, ter profissionais plenamente conscientes do real significado do termo urgência e emergência, é serviço que significa estar apto a tratar de situações que envolvam risco imediato, ou quase imediato de morte, e que, naturalmente, necessitam de atenção de qualidade em um curto espaço de tempo.

4.4 A Humanização do usuário e funcionários do hospital

Os funcionários, de modo geral, aceitam e cobram capacitações, reclamam muito que o Ministério da Saúde não traz maiores treinamentos, apresentam interesse de mudança pessoal, se unem em busca de um trabalho mais resolutivo, propostas e ações.

Em relação aos usuários foi observado que a maioria encontra-se satisfeita com o atendimento, ou se calam diante da situação. A insatisfação, quando presente, se manifesta principalmente, por expressões corporais relacionadas com a demora no atendimento.

O acolhimento assume a condição de reorganizador do processo de trabalho, de diretriz de serviço, identificando demandas dos usuários e reorganizando o serviço. As atividades de acolhimento tem o objetivo de ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento e impulsionando reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde (SOLLA, 2005).

4.5 Dificuldade no atendimento com o Acolhimento e Classificação de Risco no hospital

As dificuldades encontradas no Acolhimento com Classificação de Risco são:

- o aumento da demanda no atendimento,
- a rotatividade de gestor,
- dificuldade de relacionamento entre gestor e funcionário,
- a crise nos recursos humanos,
- o descaso com a saúde do trabalhador (funcionário doente tem que trabalhar para não perder a produtividade),
 - baixo salário,
 - a falta de estrutura,
 - a falta de condições de trabalho,
 - a mudança de chefia.

Foi observado que no aumento da demanda no atendimento, a sala fica lotada, com difícil acolhimento aos usuários, o setor não tem privacidade para atender casos isolados, como mulheres vítimas de violência.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético-estética-política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilidade e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2006).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatamos que o Ministério da Saúde contribui muito por meio de cartilhas na Política Nacional de Humanização adotada no hospital do presente estudo, por despertar o caminho para que o atendimento seja eficaz conforme o protocolo preconizado.

Existem algumas lacunas que podem ser minimizadas por meio de capacitações dos envolvidos nesse processo de aperfeiçoamento da PNH. Talvez se pense que não exista uma solução local para os graves problemas de saúde, porém, existe a conscientização de que a construção da humanização se faz necessária.

A humanização surge como estratégia de interferência nos processos de produção à saúde, tendo como pressuposto que os sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de mudar realidades e a si próprios.

A PNH é de interesse geral e deve ser cuidadosamente trabalhada nas unidades de saúde, pois lida com a diversidade cultural do usuário, que tem diferentes idéias, pensamentos, saberes e experiências que devem ser ouvidas e respeitadas.

Concluimos que esta é uma estratégia de reorganização/reorientação da atenção à demanda espontânea que pode ter efeitos significativos na racionalização dos recursos, no perfil ocupacional dos profissionais e nas relações destes com os usuários até no estabelecimento de processos de mudança na concepção da população à cerca suas necessidades de saúde.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. J. **Análise da implementação da Política Nacional de Humanização – PNH no Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá- HPSMC**. Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/analise-da-implementacao-da-politica-nacional-de-humanizacao-pnh-no-hospital-e-pronto-socorro-municipal-de-cuiaba-hpsmc-%5B104-020210-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2012. Cuiabá-MT, 2008.

ANDRADE, L. M.; MARTINS, E. C.; CAETANO, J. A.; SOARES, E.; BESERRA, E. P. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 151-157, 2009.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Carência, doenças e lesões preexistentes, urgência e emergência**: prazos de carência, cheque-caução, preenchimento da declaração de saúde. 3. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: ANS, 2005. Série Planos de Saúde – conheça seus direitos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_carencia_doenca_urgencia.pdf>. Acesso em: 21 maio 2012.

AVANZI, M. P.; SILVA, C. R. G. Diagnósticos mais frequentes em serviço de emergência para adulto de um hospital universitário. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 14, n. 2, p. 175 - 185, mar/abr., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos** (Res. CNS 196/96 e outras). 2. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARMEN, L. C. B.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica, **Saúde**, Santa Maria, v. 34, n 1-2, p. 37-43, 2008.

CARVALHO, C. A. P.; MARSICANO, J. A.; CARVALHO, F. S.; SALES-PERES, A.; BASTOS, J. R. M.; SALES-PERES, S. H. C. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq Ciênc Saúde**, v.15, n. 2, p. 93-95, abr/jun, 2008.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHIZZOTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

GARLET, E. R.; LIMA, M. A. D. S.; SANTOS, J. L. G.; MARQUES, G. Q. Finalidade do Trabalho em Urgências e Emergências: concepções de profissionais. **Revista Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, julho/agosto, 2009.

GODOY, F. S. F. **Organização do trabalho em uma unidade de urgência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco**. 2010. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Londrina, 2010.

LEOPARDI, M. T.; BECK, C. L. C.; NIETSCHE, E. A.; GONZALES, R. M. B. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

MALTA, D. C. et al. Acolhimento – O relato de experiência de Belo Horizonte. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A. T. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 121-142.

MARTINS, J. J.; NASCIMENTO, E. R. P.; GEREMIAS, C. K.; SCHNEIDER, D. G.; SCHWEITZER, G.; MATTIOLI NETO, H. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 4, p. 1091-1101, 2008.

OLIVEIRA, G. N.; SILVA, M. F. N.; ARAUJO, I. E. M.; CARVALHO FILHO, M. A. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 09 telas, maio-jun, 2011.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, v. 1, p. 27-34, jan-fev, 2003.

SALICIO, D. M. B.; GAIVA, M. A. M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 370-376, 2006.

SANTOS, J. L. G. **A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência**. 2010. Mestrado (Dissertação). Universidade Federal do Rio

Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, 2010.

SILVA, M. E. **Fatores predisponentes à síndrome de *Burnout* no trabalho em unidade de emergência.** 2010. Mestrado (Dissertação). Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, 2010.

SOLLA, J, J. S. P. Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde, **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out /dez, 2005.

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*, v. 19, n. 1, p. 08 telas jan./fev. 2011.

TACSI, Y. R. C.; VENDRUSCOLO, D. M. S. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. **Revista Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 477-484, maio/junho, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1998.

VALENTIM, M. R. S.; SANTOS, M. L. S. C. Políticas de Saúde em Emergência e a Enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 285 -289, abr./jun. 2009.

VISENTIM, A.; LABRONICI, L.; LENARDT, M. H. Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 509-513, out/dez, 2007.