

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

LÍCIA MARA BRITO SHIROMA

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA NO
CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS
– UM DESAFIO PARA ENFERMEIROS/AS**

FLORIANÓPOLIS
2008

LÍCIA MARA BRITO SHIROMA

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA NO
CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS
– UM DESAFIO PARA ENFERMEIROS/AS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde.

Orientador: Dra. Denise Elvira Pires de Pires

FLORIANÓPOLIS
2008

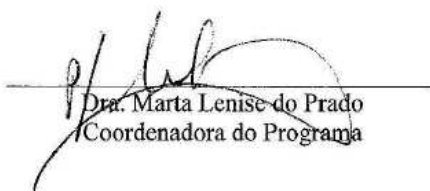
LÍCIA MARA BRITO SHIROMA

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA NO
CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS –
UM DESAFIO PARA OS ENFERMEIROS (AS)**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

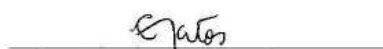
MESTRE EM ENFERMAGEM

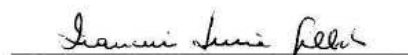
e aprovada em 02 de dezembro de 2008, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

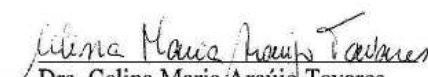

Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa


Banca Examinadora:


Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Presidente


Dra. Eliane Matos
Membro


Dra. Francine Lima Gelbcke
Membro


Dra. Celina Maria Araújo Tavares
Membro Suplente


Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

Quão valioso e prazeroso é este momento...
Parar para agradecer a todos que contribuíram...
A Deus pela imensidão do seu amor...
Aos meus pais, por terem me ensinado a lutar...
Aos que há tempos estão ao meu lado me incentivando a buscar...
Aqueles que chegaram a pouco e prontamente compartilharam dos meus
sonhos...
Aos especiais...
A minha orientadora Dra Denise Pires, pela presença constante em cada
passo dado, pela paciência e excelentes ensinamentos...
Dra Eliane Matos pela amizade, carinho e por ter me auxiliando desde a
confeção do projeto para ingresso no mestrado, a Dra Francine, pela sua
colaboração em todos os momentos, como diretora, como professora e como
amiga, a Dra Eliane Nascimento, Dra Celina Araújo e Dda Hossana, membros
da banca, meus sinceros
agradecimentos pelas riquíssimas contribuições.
A Universidade Federal de Santa Catarina, ao Departamento de Enfermagem,
ao
Programa de Pós-Graduação, ao Hospital Universitário, aos colegas do curso
de mestrado e ao grupo PRÁXIS que me acolheu de braços abertos.
A toda equipe de trabalhadores da Emergência Adulto, em especial aos
Enfermeiros(as) e amigos(as) pela
disponibilidade em participar da pesquisa.
Aos amigos, fundamentais na composição do significado da vida, em especial
a bibliotecária Tânia pelas suas excelentes contribuições.
A minha família, ao meu sogro e minha sogra, verdadeiros pais que muito
contribuíram nesta caminhada...
Ao meu amor e incansável esposo Hélio, por estar sempre ao meu lado
motivando minhas escolhas e
minhas conquistas.
E por fim, a razão de toda e qualquer luta, mas também de toda e qualquer
alegria, meus filhos Yuri e Vinícius que com sua simplicidade e meiguice
souberam entender ou pelo menos aceitar os momentos que não pude estar
junto, prometo que de agora em diante não desgrudarei um só segundo de
vocês...

SHIROMA, Lícia Mara Brito. **Classificação de Risco em Serviço de Emergência no Contexto da Política Nacional de Humanização do SUS – Um Desafio para Enfermeiros/as**, 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 117P.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada na Emergência (EMG) Adulto de um Hospital público localizado na região sul do Brasil. Teve como objetivo identificar e analisar a visão dos enfermeiros quanto ao Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) no contexto da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS). O presente estudo foi precedido de um processo de aproximação do pesquisador com a temática de investigação, que constou de duas etapas. Inicialmente foi aplicado um questionário com 20 profissionais da equipe de saúde (enfermeiros, médicos e auxiliares/técnicos em enfermagem) para identificar os agravos de saúde de maior ocorrência neste serviço. A seguir foram realizados 3 encontros chamados de grupos de reflexão. A população foi o universo de enfermeiros que trabalha no setor de EMG e teve como objetivo discutir os dados coletados no questionário e refletir acerca do protocolo de classificação de risco proposto pelo Ministério da Saúde (MS) com vistas a adaptá-lo para ser utilizado na classificação de pacientes na EMG. Posteriormente, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 8 enfermeiros da EMG com o objetivo de conhecer sua percepção quanto as potencialidades e fragilidades envolvidas na implantação do sistema de AACR na EMG. Para o tratamento dos dados foi realizada a análise de conteúdo de Bardin. Na voz dos enfermeiros(as) a estratégia do AACR significa a reorganização do serviço para atender o usuário avaliando e classificando suas necessidades conforme a prioridade em Emergência. Identificaram como possibilidades de mudanças positivas a agilidade e maior eficácia no atendimento, diminuição da demanda e da sobrecarga de trabalho. O protocolo de classificação de risco é visto como um instrumento que auxilia na melhor avaliação e classificação das necessidades do usuário, mas consideram a experiência profissional em Emergência o principal atributo para realizar uma adequada classificação de risco. Conclui-se que essa estratégia é positiva, mas ainda insuficiente para a qualificação da assistência em Emergência, face a crescente complexidade de demanda e de fatores envolvidos na organização dos serviços de saúde.

Palavras-chave: organização e administração; enfermagem; classificação; triagem; enfermagem em emergência.

SHIROMA, Lícia Mara Brito. **Risk Classification in Emergency Room within the Context of the Brazilian Politics of Health Care Humanization – a Challenge to nurses**, 2008. Dissertation (Máster in Nursing) – Postgraduate Nursing Programme, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. 117 P.

ABSTRACT

It is about a qualitative, descriptive and exploratory research which has been set in the Adult's Emergency Room of a public Hospital located in the south region of Brazil. It aims to identify and analyze the view of the nurses about the User Embrace with Evaluation and Risk Classification (UEERC) within the Context of the Humanization National Politics of the Brazilian Health Care System (SUS). The present study has been developed by two distinct steps. First, a questionnaire has been applied to twenty professionals of the health care team (nurses, doctors, nurse assistants/technicians) with the purpose to identify the most frequent health problems occurred in this service. Following three meetings, known as reflection groups, have been done. The population was a hundred percent of nurses who work in the ER and had the aim to discuss the collected data by the questionnaires and reflecting about the Brazilian Risk Classification Protocol intending to adjust it to be used in the studied ER. After that, semi structured interviews have been done with eight ER nurses aiming to know their perception about the potential and fragility to implant the Brazilian Program of UEERC in the ER. The data analysis was done supported by the Bardin analysis of content. The UEERC strategy in the nurses' voice means the service' reorganization to attend the users needs classifying them according to emergency priorities. The agility and better effectiveness in attendance, the decreasing of the demand and the decreasing of workloads have been identified as possibilities for positive changing. The risk classification protocol is seen as helpful instrument to a better evaluation and classification of the user needs, but the professional experience in Emergency has to be considered the essential tool. It is concluded that this strategy is positive, but still not enough to qualify the emergency care due to the increasing of the demand complexity and some other factors involved in the health service organization.

Keywords: organization and management; nursing; classification; triage; emergency nursing.

SHIROMA, Lícia Mara Brito. **La Clasificación del Riesgo en el Servicio de Emergencia en el Contexto de la Política Nacional de Humanización del SUS – Un desafío para los Enfermeros y Enfermeras**, 2008. Dissertación (Máster em Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 117P.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, realizada en la Emergencia para Adultos, de un Hospital Público situado en la región sur del Brasil. Su objetivo fue identificar y analizar la percepción de los enfermeros y enfermeras en relación a la Atención con Evaluación y Clasificación del Riesgo (AACR), en el contexto de la Política Nacional de Humanización del SUS. El presente estudio fue precedido de un proceso de aproximación del investigador con el lugar del estudio y con la temática de investigación, la cual constó de dos etapas. Al inicio del estudio se realizó una encuesta con veinte profesionales del equipo de salud (enfermeros, médicos, y auxiliares/técnicos en enfermería) para conocer los males de salud con mayor índice de ocurrencia en ese servicio. En una etapa posterior, se realizaron tres encuentros llamados de grupos de reflexión. La población seleccionada fueron los enfermeros que trabajan en el sector de Emergencia (EMG). El objetivo de esta etapa fue discutir los datos recolectados en los cuestionarios de la encuesta, así como reflexionar sobre el protocolo de clasificación del riesgo propuesto por el Ministerio de Salud, con el objetivo de adaptarlo para ser empleado en la clasificación de los pacientes en la EMG, para conocer su percepción en relación a las potencialidades y debilidades presentes en la implementación del sistema AACR en la EMG. Los datos fueron interpretados por medio del análisis de contenido de Bardin. Según los enfermeros, la estrategia del AACR significa la reorganización del servicio para atender al usuario evaluando y clasificando sus necesidades según sea la prioridad en la Emergencia. Como posibilidades positivas de cambio se identificaron la agilidad y una mayor eficiencia en la atención, así como la disminución de la demanda y de la sobrecarga de trabajo. El protocolo de clasificación de riesgo es considerado como un instrumento que auxilia para la mejoría de la evaluación y clasificación de las necesidades del usuario, sin embargo, la experiencia profesional en la Emergencia es considerada como la mejor herramienta. En conclusión, se puede decir que esa estrategia es positiva pero es insuficiente para la clasificación de la asistencia en Emergencia, dada la creciente complejidad de la demanda y de los factores presentes en la organización de los servicios de salud.

Palabras Clave: Organización y administración; Enfermería; Clasificación; Triage; Enfermería en emergencia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Atitudes e conceitos presentes no Acolhimento - Pág 36.

Quadro 1: Série histórica do número de atendimentos do Setor de Emergência - Pág 4.

LISTA DE ABREVIATURAS

AACR :Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco – Pág 5.

Ações Integradas de Saúde:AIS – Pág 9.

ACEP :American College of Emergency Physicians - Pág 16.

ATLS :Advanced Trauma Life Support – Pág 16.

ALS :advanced life support – Pág 16.

ATS :Protocolo Australiano - Pág 39.

BLS :basic life support – Pág 16.

CONASP:Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – Pág 9.

CTAS :Protocolo Canadense – Pág 39.

CEPSH:Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos-Pág 64.

DPOC :Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica-APÊNDICE 4.

DM :Diabetes Mellitus – Apêndice 4.

EMG :Emergência – Pág 1.

EUA :Estados Unidos da América - Pág15.

ESI :Protocolo Americano – Pág 39.

FR :Frequência Respiratória- Apêndice 4.

FC :Frequência Cardíaca- Apêndice 4.

FAB :Ferimento por Arma Branca- Apêndice 4.

GPT :Grupo Português de Triagem – Pág 39.

GBACR:Grupo Brasileiro de Avaliação e Classificação de Risco – Pág 40.

HAS :Hipertensão Arterial Sistêmica- Apêndice 4.

IAM :Infarto Agudo do Miocárdio- Apêndice 4.

ICC :Insuficiência Cardíaca Congestiva- Apêndice 4.

MTS :Protocolo de Manchester – Pág 39.

MMSS:Membros Superiores- Apêndice 4.

MMII :Membros Inferiores- Apêndice 4.

MS :Ministério da Saúde – Pág 4.

MAST:Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma – Pág 16.

OMS :Organização Mundial de Saúde -Pág 10.

PSF :Programa de Saúde da Família – Pág 4.

PNHAH:Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – Pág 6.

PNH :Política Nacional de Humanização – Pág 6.

PIASS :Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - Pág 9.

PREV-SAÚDE:Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – Pág 9.

PNAU :Política Nacional de Atenção às Urgências- Pàg 13.

PA :Pronto-Atendimentos – Pág 13.

PRF :Polícia Rodoviária Federal – Pág 17.

PCR :Parada Cárdio-respiratória- Apêndice 4.

PA :Pressão Arterial- Apêndice 4.

PAd :Pressão Arterial diastólica- Apêndice 4.

PAs :Pressão Arterial sistólica- Apêndice 4.

PAF :Projétil de Arma de Fogo- Apêndice 4.

SAMU:Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Pág 2.

SUS :Sistema Único de Saúde – Pág 5.

SUDS :Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – Pág 10.
SOBET:Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma -Pág 17.
SPO2 :Saturação de Oxigênio- Apêndice 4.
TLS for nurses:Trauma Life Support Courses for Nurses – Pág 16.
T :Temperatura- Apêndice 4.
TCE :Traumatismo Crânio Encefálico- Apêndice 4.
TEP :Trombo Embolismo Pulmonar- Apêndice 4.
USB :Unidade de Suporte Básico – Pág 17.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	01
2	REVISÃO DE LITERATURA	09
2.1	Resgatando a história do Sistema Único de Saúde.....	09
2.2	Os Serviços de Emergência	14
2.3	Debate sobre políticas públicas x humanização x acolhimento	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO	31
3.1	Política Nacional de Humanização (PNH)	31
3.2	Processo de trabalho	42
3.2.1	Trabalho e o contexto do trabalho em saúde	42
3.2.2	Processo de trabalho em saúde e na enfermagem	44
4	METODOLOGIA	49
4.1	Tipo de pesquisa	49
4.2	Contexto da pesquisa	50
4.3	População de estudo e coleta de dados.....	52
4.3.1	Primeiro momento da pesquisa	53
4.3.2	Segundo momento da pesquisa	55
4.4	Análise e interpretação dos dados	56
4.5	Aspectos éticos	57
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
5.1	Artigo 1 - Reflexão acerca da implantação de um protocolo de classificação de risco no serviço de emergência	59
5.2	Artigo 2 - Classificação de risco em emergência – um desafio para os enfermeiros	70
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

Em minha trajetória profissional atuei durante alguns anos em dois hospitais públicos em Brasília e Salvador, voltados para a atenção de pessoas com doenças crônicas, especificamente na área de reabilitação. Naquelas instituições, os serviços prestados, desde as consultas ambulatoriais, cirurgias e internações funcionavam com agendamento prévio. Esta lógica de funcionamento auxiliava na organização do trabalho e no gerenciamento da prestação dos serviços.

Desde 2002, encontro-me atuando no Serviço de Emergência de um hospital de ensino em Santa Catarina. Nesta realidade, convivo diariamente com uma demanda elevada de usuários que recorrem ao serviço nas mais variadas situações, desde aquelas que caracterizam urgência/emergência (EMG), até situações de agravo à saúde que poderiam ser atendidas na rede de atenção básica.

A grande demanda de pacientes atendidos, ultrapassando os limites da capacidade instalada, a imprevisibilidade desses atendimentos, o espaço físico reduzido para comportar o grande número de pacientes internados, a falta de classificação de risco com conseqüente priorização do atendimento pelo nível de gravidade, dentre outros fatores, faz do Serviço de Emergência um local com extrema dificuldade de organização do trabalho.

Cecílio (1997a) comenta este assunto, afirmando que a busca indevida pelos Serviços de Emergência, mobiliza desnecessariamente recursos humanos e materiais especializados, reforça a desvalorização da ação preventiva e soluciona, paliativamente, os problemas de saúde da população, acarretando um agravamento tanto das condições de trabalho nestes serviços como da qualidade da atenção prestada. As razões que levam os usuários dos serviços de saúde a procurarem os Serviços de Emergência são várias, tem relação direta com a estrutura do sistema de saúde, com a cultura da população de que o Setor de Emergência consegue propiciar um atendimento mais ágil e com maior potencial de resolubilidade para os problemas de saúde, devido a característica do serviço de centralizar o atendimento em um único local, dentre outros.

Marques e Lima (2007) justificam a busca incessante do usuário pelos serviços onde há porta aberta, devido a falta de definições políticas, a baixa resolutividade e qualidade oferecida nos serviços da rede básica, aliada à dificuldade de mudança nos hábitos e crenças da população.

Afirmam, ainda, que a oferta restrita de serviços leva o usuário a procurar atendimento nas emergências hospitalares e pronto-atendimentos, pois estes atendem de forma mais ágil e concentrada. Com a elevada demanda, estes serviços apesar de superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, disponibilizam recursos como consultas médicas, medicamentos, raio X, exames laboratoriais, procedimentos de enfermagem, internações etc. enquanto as unidades básicas, na maioria das vezes, oferecem basicamente a consulta médica (MARQUES; LIMA, 2007).

A busca pelos Serviços de Emergência para solucionar problemas que poderiam ser resolvidas em outras instâncias do sistema de saúde, tem agravado a situação destes serviços, que convivem com elevada demanda de usuários. Na Emergência do referido Hospital, observa-se, pelo levantamento da estatística de usuários que recorrem a este serviço, que existe uma demanda de cerca de 300 a 350 atendimentos /dia, provenientes, geralmente, da capital do estado e região. São pessoas que procuram a instituição por conta própria ou são trazidos por familiares, bombeiros, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), polícia militar, encaminhados pelas unidades básicas de saúde, ambulatórios e outros.

Não existe na instituição, estudos atuais que avaliem e classifiquem os atendimentos neste serviço e nem o caráter de urgência/emergência, porém, a prática empírica nos faz acreditar que, na maioria dos casos, não haveria indicação destes atendimentos.

O último estudo desta natureza realizado na instituição, foi em 1991 e avaliou a gravidade dos atendimentos no setor de clínica médica do Serviço de Emergência. Neste estudo foi feita uma comparação entre a avaliação de gravidade do usuário pelo mesmo e pelo médico. Os usuários consideraram-se em situação de Emergência em 16,6% dos casos, enquanto os médicos o fizeram em apenas 2,6% dos casos. 65% dos pacientes poderiam ter sido atendidos em ambulatório, segundo a avaliação dos profissionais. Houve 117 razões mencionadas pelos usuários como motivos para não procura por um serviço ambulatorial, dentre elas: rapidez no atendimento na emergência, atendimento 24horas, confiança nos profissionais, desconhecimento do atendimento da rede básica, preferência pelo atendimento da Emergência, encaminhamento de outras unidades de saúde, médicos ausentes na rede básica, hábito de procurar a Emergência, dentre outros (FILHO et al, 1991).

Sobre este aspecto, dados de trabalhos sobre o perfil da demanda em serviços de pronto socorro na cidade de Santa Maria, revelam que 60,6% dos usuários atendidos não se caracterizavam como urgência (SALLA et al, 1989).

Outro estudo tratando do perfil epidemiológico das internações em um pronto-socorro do município de São Paulo, revelou que 94,5% dos usuários atendidos não necessitaram de

internação. Esclarecem os autores que isto é reflexo de uma estrutura de saúde distorcida e limitada na atuação preventiva, levando a população a buscar pronto atendimento em hospital. Das internações ocorridas 56,4% tiveram como origem da doença causas não naturais e 43,6% causas naturais (IDE et al, 1988).

Avaliando os dados disponibilizados pelo Núcleo de Processamento de Dados da instituição em estudo, observa-se que nos últimos 8 anos, houve decréscimo no número de atendimentos no Setor de Emergência. No ano de 2000, foram atendidos cerca de 119.000 usuários e em 2006 o total de atendimentos foi em torno de 94.000, conforme exemplificado no quadro abaixo¹:

Quadro 1: Série Histórica do Número de Atendimentos do Setor de Emergência

SÉRIE HITÓRICA DO NÚMERO DE ATENDIMENTOS NO SETOR DE EMERGÊNCIA									
1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
3325	9463	16.797	15.280	24.664	30.529	34.864	54.405	65.064	78.139
1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
62.773	71.073	86.781	93.405	94.113	102.947	111.048	107.999	113.835	119.127
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007			
117.642	114.713	110.861	111.807	100.346	94.713	72.230			

Fonte: Seção de Arquivo e Estatística 2006 (Boletim estatístico)

1981: ano de inauguração da EMG.

Apesar da redução no número total de atendimentos, é digno de nota o acréscimo no número de pacientes internados neste mesmo setor, sendo constatado, também, maior número de internações de casos considerados de maior gravidade. Em 2001, ano em que iniciou efetivamente o registro estatístico de internações no Setor de Emergência, foram registradas 1755 internações. No ano de 2006, os registros são de 1878 internações. Apesar do aumento do número de internações não ser um dado tão elevado, é considerado importante para o setor haja vista que não houve neste período aumento da capacidade de absorção desse serviço em face da demanda, já que os recursos humanos e a planta física são por si só fatores limitantes.

A respeito dos dados estatísticos, cabe esclarecer que o número de internações não corresponde à realidade, no Setor de Emergência Adulto uma vez que o sistema de estatística computa, somente, o número máximo de 13 internações/dia, as quais correspondem ao número formal de leitos disponíveis neste setor. Os demais leitos são considerados “leitos virtuais”, ou seja, nestes leitos são internados os usuários para os quais não se dispõe de leito

¹ No ano de 2007 a Emergência permaneceu parcialmente fechada por 3 meses para reforma, justificando a diminuição do seu atendimento neste ano.

hospitalar real, são aqueles que mesmo internados, ficam “acomodados” em macas ou cadeiras nos corredores.

No entanto, atualmente, os registros de enfermagem do Setor de Emergência acusam uma média de 25 a 30 usuários internados/dia. A análise dos dados nos leva a considerar a carência de leitos para internação no município, onde os usuários superlotam as Emergências com “leitos improvisados” gerando estresse, sobrecarga de trabalho e desestruturando as condições de atendimento.

No que se refere ao número total de atendimentos no Serviço de Emergência da referida instituição, a redução do número de usuários que buscaram o serviço entre 2005 e 2006, provavelmente se deve a ampliação dos atendimentos na rede básica com expansão do PSF (Programa de Saúde da Família) e abertura de novos pronto-atendimentos na região.

Desde 1980 até julho/2007, o atendimento dos usuários neste serviço acontecia obedecendo ordem de chegada, excetuando as situações declaradas de urgência/emergência, visualmente identificáveis, como por exemplo, paradas cardíaco-respiratória, quadro respiratório grave, trauma com sangramento grave, entre outros. Outra exceção são os casos gerenciados pelos serviços de socorro médico como, por exemplo, bombeiros, SAMU que via de regra, fazem contato prévio informando a chegada do usuário, facilitando a dinâmica do serviço. Nas demais situações, quem recebia o usuário na porta de entrada da Emergência era um assistente administrativo.

No dia-a-dia esta situação proporcionava insatisfação dos usuários e equipe, ocorrendo em alguns casos, distorções, como a supervalorização ou desvalorização da queixa e/ou sintomas do cliente ocasionando esperas indevidas e invertendo prioridades no atendimento.

Visando incorporar a estratégia de atendimento do HumanizaSUS, no primeiro semestre de 2007 a planta física da Emergência foi reformada, elaborada de modo a dar condições para a implantação deste projeto. Os profissionais que ali atuam foram incentivados a visitar instituições que já implantaram o programa. Com a reforma da área física houve aumento do número de leitos (passando de 8 para 13 leitos), ampliação e reestruturação da sala de medicação, consultórios e recepção, aquisição de novos equipamentos e mobiliários.

No mês de junho de 2007 recebemos consultores do Ministério da Saúde (MS) que promoveram para a equipe da Emergência e representantes da rede básica uma sensibilização inicial sobre o HumanizaSUS.

Concomitantemente, ocorreu a capacitação da equipe, com o intuito de aprimorar o atendimento aos usuários, melhorar as condições de trabalho dos profissionais e contribuir para a efetivação do novo modelo de atendimento proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Na tentativa de conquistar melhorias na humanização do atendimento ao usuário que chega na Emergência, desde julho de 2007, juntamente com sua reinauguração, após a reforma da área física, foi implantado o “acolhimento”, realizado por acadêmicas de enfermagem. Estas, ficam na recepção da Emergência, conversam com os usuários que chegam, verificam sinais vitais quando julgam necessário e buscam ajuda da enfermeira de plantão quando verificam alterações que justifiquem a prioridade no seu atendimento.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, o acolhimento deve permear todas as atividades assistenciais e estar presente em todos os momentos de atuação ao usuário. Nesta instituição, após diversas discussões com equipe da Emergência e direção do Hospital chegou-se ao consenso que o profissional mais indicado para realizar o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) seria o enfermeiro, auxiliado pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, devido seu conhecimento técnico-científico e também por este profissional lidar mais constantemente e mais proximamente com o usuário e com a organização do trabalho em saúde. No entanto, este procedimento se configura na inclusão de uma nova atividade na rotina dos enfermeiros. Para realizá-la, necessitam reflexão e conhecimento a serem buscados em discussões com os demais enfermeiros e com troca de experiências para amadurecimento.

Até o momento a proposta de implantação de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) não foi completamente concretizada em nosso serviço pela falta de recursos humanos para realizá-la, pois após a reforma da Emergência não foi possível a contratação de novos profissionais necessários para atender esta nova demanda de trabalho.

Convivendo no dia-a-dia no Serviço de Emergência observa-se o rápido esgotamento da estrutura física do local, assim como da equipe que ali atua. Somente neste hospital de ensino, serviço que existe há 27 anos, o Setor de Emergência já passou por três ampliações sem que se tenha observado mudanças significativas na dinâmica de atendimento. Em relação à equipe de saúde que trabalha na Emergência, observa-se uma alta rotatividade, pois os profissionais, geralmente recém-formados, estão sempre buscando alternativas para sair deste setor.

Acredito que é necessário se pensar em melhorias na estrutura organizacional, no atendimento humanizado e na satisfação do usuário, assim como em estímulos para a equipe que atua no Serviço de Emergência.

Atualmente no Brasil, tem-se falado muito em satisfação do usuário e, conseqüentemente, os temas humanização e acolhimento têm sido bastante enfatizados nos debates.

A preocupação com a “humanização” surgiu vinculada à saúde da mulher e humanização dos partos, sendo uma reivindicação dos movimentos sociais. No ano 2000, o governo federal lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Em 2002, foi aprovado o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Em 2004, o PNHAH passou a **Política Nacional de Humanização (PNH) - HumanizaSUS** com o desafio de viabilizar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ampliou-se no contexto da atenção à saúde a discussão acerca do acolhimento, do vínculo e da garantia de acesso aos serviços de saúde. Casate e Correa (2005) enfatizaram que a temática do acolhimento nos serviços de saúde vem crescendo amplamente e cada vez mais o debate tem sido aprimorado e requalificado. O tema tem sido relacionado à recepção e acesso dos usuários e, muitas vezes, está associado a organização do serviço, principalmente de enfermagem ou até mesmo como estratégia operacional para reorganização da assistência .

Atualmente as Emergências são alvo central de discussão sobre o acesso dos usuários à rede hospitalar. O acolhimento tem sido foco em todos os níveis de atenção à saúde e a classificação de risco é vista como uma ferramenta eficaz para auxiliar na avaliação e classificação do usuário para o atendimento no Setor de Emergência, sendo de fundamental importância o apoio da rede básica para que todo esse processo se consolide.

Em 2007, como parte das atividades da disciplina “Prática Assistencial” do Curso de Mestrado em Enfermagem, foi realizada juntamente com os enfermeiros do Setor de Emergência uma reflexão com vistas a discutir a adaptação de um protocolo de classificação de risco para o referido serviço. Esta reflexão se deu em 3 encontros, que serão melhor descritos na metodologia e resultados.

Assim, esta pesquisa foi motivada pela intenção de contribuir para a reorganização do Serviço de Emergência com melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários e propiciar um trabalho mais satisfatório e com menos carga para os profissionais que atuam nesta área .

Neste sentido, esta pesquisa busca responder a seguinte pergunta: O que pensam os enfermeiros do Setor de Emergência Adulto de um Hospital Universitário acerca da implantação de um protocolo de classificação de risco no contexto da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS?

Este estudo tem como **Objetivo Geral**: Conhecer, a partir da percepção dos enfermeiros do Serviço de Emergência Adulto de um Hospital de Ensino, quais potencialidades e dificuldades para a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco proposto pela PNH do MS.

Os objetivos específicos do estudo são:

- Conhecer a opinião dos enfermeiros da Emergência quanto a importância de utilização do protocolo de classificação de risco.

- Identificar a percepção dos enfermeiros da unidade de Emergência acerca dos problemas de saúde mais incidentes e suas propostas para adaptação de um protocolo de classificação de risco para os mesmos.

Os pressupostos formulados são:

- Refletir com os enfermeiros e conhecer sua percepção sobre as potencialidades e fragilidades acerca da implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco na Emergência Adulto auxiliará na busca de alternativas para sua efetiva implantação;
- A implementação da PNH pressupõe um processo de mudanças que inclui um complexo articulado de medidas de reorganização do espaço físico e do trabalho coletivo da equipe. Este processo distancia-se da simples execução das diretrizes de um programa governamental e aproxima-se de um processo participativo que estimule o olhar crítico sobre a própria prática cotidiana;
- A participação em processos de mudança depende de múltiplos fatores envolvendo, dentre outros, os valores e crenças dos sujeitos, a disposição individual e grupal de mudar, o conhecimento e a identidade ou não dos sujeitos com o prescrito institucionalmente, assim como o julgamento individual e coletivo dos benefícios e riscos (para si e para o sujeito do cuidado) presentes na proposta.

Neste sentido, o presente estudo desenvolvido no âmbito do processo de implantação da PNH preconizada pelo Ministério da Saúde pretende contribuir para compreensão dos seus limites e possibilidades, bem como, para demonstrar a sua complexidade e a distância entre o prescrito e o real.

Destaca-se aqui a importância de focalizar o processo de mudanças na escolha das melhores alternativas para obtenção de resultados que incluam melhoria na qualidade e condições de trabalho dos profissionais que atuam nesta área melhorando também a qualidade da assistência prestada aos usuários.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O levantamento bibliográfico que fundamenta a revisão de literatura deste estudo foi efetuado nas bases de dados Bireme, Scielo, BVS, CAPES utilizando como descritores: organização e administração; enfermagem; classificação; triagem; enfermagem em emergência. Foi também efetuada pesquisa bibliográfica na base de dados da Biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina, em teses e dissertações do Centro de Ciências da Saúde, em livros e periódicos. Os temas utilizados como referência para a pesquisa foram: trabalho em emergência; enfermagem em emergência relacionados a humanização do atendimento e classificação de risco.

A revisão de literatura evidenciou grande quantidade de artigos e livros tratando do tema humanização da assistência, especialmente nos últimos 8 anos, quando cresce a produção científica neste campo e também as publicações do Ministério da Saúde. No que diz respeito a experiência de implantação da PNH nos serviços de Emergência, as publicações são escassas, embora muitos trabalhos científicos salientem a necessidade de reestruturação dos Serviços de Urgência/Emergência.

2.1 Resgatando a História do Sistema Único de Saúde (SUS)

Nos últimos 20 anos houveram intensas transformações no sistema de saúde brasileiro. Na década de 80 ocorreu o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira com a participação de uma parcela de intelectuais universitários e profissionais da área de saúde, incorporando após, as centrais sindicais, os movimentos populares de saúde, parlamentares de partidos políticos identificados com as causas populares, além de intelectuais do campo sanitário. Esse Movimento defendia a construção de uma nova política de saúde democrática, descentralizada, universal e unificada.

Várias propostas de implantação de uma rede de serviços, inspirada nos preceitos da atenção primária à saúde já vinham sendo discutidos desde o final dos anos 70, com experimentações de duração variada. Neste cenário destaca-se em 1976, o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento); em 1980 foi criado o PREV-SAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde) que não saiu do papel; em 1982 foi criado

o CONASP (Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária) e em 1983 foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS) (BRASIL, 2006). Verifica-se que no início da década de 80 ocorre um processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela OMS (Organização Mundial de Saúde) na Conferência de Alma-ata (1978), que preconizava “Saúde para todos no ano 2000”, principalmente por meio da atenção primária à saúde (BRASIL, 2006).

Em março de 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde que consagrou os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária destacando-se o direito à saúde, a universalização do acesso aos serviços de saúde e a descentralização (BRASIL, 1986). O SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) é implementado em 1987 como consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS), e adota como diretriz a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos (BRASIL, 2006).

Em 1988, foi aprovada a nova Constituição Federal identificada como um marco no processo de redemocratização do Brasil. O capítulo dedicado à saúde na nova Constituição Federal, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dos mais de 15 anos, criando o Sistema Único de Saúde e determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art.196) (BRASIL, 2006).

Em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica 8.080 que instituiu o SUS, tendo sido complementada pela Lei 8.142. O sistema de saúde vigente no Brasil é baseado nesta legislação e implementado por meio de Normas Operacionais e Portarias Ministeriais. O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal (BRASIL, 2006).

A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, ampliou as diretrizes implementadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, estabelecendo como princípios básicos a universalização, a hierarquização, a regionalização, a descentralização do atendimento médico, a resolutividade, a unificação e descentralização dos serviços, a municipalização, a distritalização e participação da comunidade (BRASIL, 1993).

Os Conselhos de Saúde são os órgãos de controle do SUS pela sociedade, nos níveis municipal, estadual e federal. Eles foram criados para permitir que a população possa

participar na gestão da saúde, defendendo os interesses da coletividade para que estes sejam atendidos pelas ações governamentais (BRASIL, 2006).

Santos et al (2003) relatam ainda que a legislação do SUS definiu as competências de cada esfera do governo, delegando aos gestores federal, estadual e municipal e aos Conselhos de Saúde a autonomia para a edição e aplicação de medidas, normas técnicas e estratégias com o objetivo de implantar e implementar as diretrizes de universalidade, igualdade e integralidade.

Conforme preconiza o SUS, as ações de saúde devem ser descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas. A rede de atenção deve agregar serviços de complexidade crescente com 3 níveis de atenção: as unidades de atenção primária ambulatoriais que devem prover cuidados básicos de promoção, manutenção e recuperação da saúde; atenção secundária ambulatoriais e hospitalares, devem prestar cuidados nas várias especialidades para afecções de maior prevalência e; as unidades de atenção terciária constituída pelos centros hospitalares, com unidades ambulatoriais, unidades de Emergência e unidades de internação, devem prover cuidados de maior complexidade. Para o desenvolvimento da atenção básica na perspectiva de mudança do modelo assistencial em saúde e para o socorro em situações de emergência estão os Programas de Saúde da Família (PSF) e o SAMU (SANTOS et al, 2003).

Nessa rede a figura clássica que representa o modelo tecno-assistencial é de uma pirâmide e representa a distribuição dos componentes do SUS, onde na base estaria localizado um conjunto de Unidades de Saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura. Estes constituiriam uma verdadeira “porta de entrada” para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde. Na parte intermediária da pirâmide estariam localizados os serviços ditos de atenção secundária, basicamente os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços com apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de Urgência/Emergência e os hospitais gerais. O topo da pirâmide estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade, tendo no seu vértice os hospitais terciários ou quaternários. A pirâmide representa a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haja um fluxo ordenado de usuários tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas sejam trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados (SANTOS et al, 2003).

Cecílio (1997b) defende a idéia de que o sistema de saúde deveria ser mais adequadamente pensado como um círculo, com múltiplas “portas de entrada”, localizadas em vários pontos do sistema, assim o usuário teria a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada. Justifica que da atual forma, piramidal, o usuário que realmente necessita exclusivamente do SUS (80% da população) busca os serviços onde é possível, pois não tem acesso onde de fato deveria recorrer. O autor esclarece que a rede básica de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde; que o perfil de morbidade da clientela atendida nos pronto-socorros mostra que a maioria dos atendimentos poderia ser resolvido no nível das unidades básicas de saúde e que o acesso aos serviços especializados e cirurgias eletivas através das unidades básicas é bastante difícil.

O mesmo autor assegura que necessitamos definir melhor o verdadeiro papel das Unidades Básicas de Saúde, dos hospitais, principalmente dos Serviços de Emergência e ambulatoriais (CECÍLIO, 1997b).

Santos et al (2003, p.501) deixam claro a necessidade de maior participação e responsabilização dos vários níveis de assistência à saúde no processo de atendimento ao usuário:

A regionalização e a hierarquização, por si só, não garantem a redução do afluxo desnecessário de usuários aos níveis de maior complexidade. É esperado que os usuários não só sejam acolhidos no nível primário, mas que, fundamentalmente, recebam atenção resolutiva. Ou seja, a resolubilidade das unidades básicas e secundárias de saúde é condição fundamental para evitar a maioria dos encaminhamentos desnecessários aos centros de complexidade terciária e, particularmente, aos hospitais de maior porte, permitindo que seus leitos sejam ocupados por usuários que realmente deles necessitem.

Alguns centros urbanos, como é o caso de Florianópolis, optaram, em consonância com a PNAU (Política Nacional de Atenção às Urgências) e com a PNH, pela organização de uma rede de assistência às Urgências à partir da atenção básica. As Unidades Básicas e de atenção domiciliar devem atender as pequenas urgências e as agudizações dos casos crônicos de sua clientela adscrita, no seu horário de funcionamento. Estas unidades são chamadas de Pronto-Atendimentos (PA). Estes, devem funcionar nas 24h, acolher a demanda, fazer a triagem classificatória de risco, solucionar os casos de média complexidade, estabilizar os casos graves e realizar a interface entre a atenção básica e as unidades hospitalares. Para tanto, os Pronto-Atendimentos devem possuir dimensão arquitetônica, tecnológica e de recursos humanos compatível com o seu papel na rede assistencial (SANTOS et al , 2003).

A dificuldade na organização de atenção às Urgências, tem levado a adoção de estratégias assistenciais e elaboração de políticas públicas com o intuito de difundir

conceitos, diretrizes e novas práticas na tentativa de melhorar a eficácia da atenção ou assistência.

A partir de 1999 a atenção às Urgências passa a ser regulamentada pelo Ministério da Saúde. Em 2000 o governo lançou o **PNHAH** (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar) numa iniciativa de melhoria da assistência prestada pelas instituições hospitalares. Em 2001, o PNHAH foi ampliado e passou a denominar-se PNH (Programa Nacional de Humanização), colocando-se com um desafio para viabilizar os princípios do SUS, no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, priorizando o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários, em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2002).

Em artigo publicado sobre a avaliação do modelo de organização da unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, adotando como referência a PNAU (Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências) e a PNH, Santos et al, (2003, p. 502) relatam que:

Em que pese os avanços recentes, em termos normativos, a atenção às Urgências ainda reúne muitas das fragilidades encontradas no SUS. A descentralização da assistência é insuficiente e a configuração de redes habilitadas, hierarquizadas e articuladas, bem como a ordenação do fluxo, ainda são incipientes. A estruturação das grades de referência ainda sofre influências das concepções políticas e culturais, e a inclusão de recursos de acolhimento e humanização são iniciativas ainda isoladas. Todavia, a implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas, é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. Há comprovação de que a ordenação do acesso à rede assistencial de Urgência por meio da regulação médica, pode transformar o cenário dos hospitais de referência em Urgência e induzir a reorganização, com o aumento da resolutividade e da qualidade dos serviços.

Um passo importante para garantir a qualificação da atenção nos Serviços de Urgência é a adequação da estrutura assistencial. A comunicação entre os serviços deve ser feita por meio de pactuações, utilizando instrumentos tais como formulários de referência e contra-referência, telefone, fax, rádio etc. É imprescindível esta rede de conversações para que cada serviço se reconheça como parte integrante do sistema, acolhendo e atendendo adequadamente, incorporando os princípios do SUS e se responsabilizando pelo redirecionamento da clientela remanescente. É fundamental que os profissionais envolvidos remodelem sua prática, revejam os processos arcaicos de organização do trabalho em saúde, superando limites, preconceitos, desenvolvendo novas formas de abordagens interpessoais e criando alternativas para o cumprimento da missão e dos projetos institucionais.

O Ministério da Saúde lançou inicialmente o HumanizaSUS para 27 regiões metropolitanas das capitais brasileiras e para cerca de 80 hospitais com Serviços de Emergência, visando melhorar a qualidade da atenção à saúde realizada pelo SUS, buscando, assim, maior satisfação do usuário com o sistema de saúde. O programa iniciou no Rio de Janeiro, onde os Serviço de Emergência passavam por intensa crise com precariedade geral dos serviços de saúde (BITTENCOURT; HORTALE, 2007).

A PNH desde 2004 deixou de ser um programa e passou a ser uma Política Nacional de Humanização governamental que tem como objetivo resgatar a qualidade na atenção à saúde, incluindo resolubilidade, eficácia e efetividade da atenção à saúde; redução dos riscos à saúde; humanização das relações em todos os níveis; presteza e conforto no atendimento ao usuário; motivação dos profissionais de saúde; controle social na atenção e organização do sistema de saúde. Propõe, portanto, implantar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para prestar assistência imediata em situações de risco de vida, no domicílio ou via pública; instalar a Central de Regulação de Emergência; melhorar a qualidade de atendimento nas Emergências hospitalares; definir a retaguarda de leitos hospitalares e atenção domiciliar e organizar os pronto-atendimentos (BRASIL, 2004a).

O HumanizaSUS propõe, através do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, a gestão de cuidados por nível de gravidade do usuário; o direcionamento dos leitos de internação a partir da demanda das Emergências; a instalação do Comitê Gestor reunindo os setores críticos responsáveis pela assistência; a instalação do Conselho Gestor formado pelos usuários, trabalhadores da saúde e gestores; a instalação da ouvidoria e articulação com o SAMU.

Coelho (2007) esclarece que, quanto ao financiamento, o SUS é responsável pela assistência a 140 milhões de habitantes, e conta com recursos de aproximadamente R\$ 60 bilhões/ano (somando-se os valores repassados pelas três esferas do governo para cuidar das questões assistenciais, da vigilância à saúde, vigilância de portos e aeroportos e vacinas). Ao mesmo tempo, o subsistema de saúde suplementar movimenta cerca de R\$ 40 bilhões/ano, destinados quase exclusivamente à assistência médica. Isto mostra que o SUS tem menos recursos para a assistência à saúde do conjunto dos brasileiros do que o utilizado pela saúde suplementar para um segmento da população. É preciso considerar, ainda, que uma parcela significativa dos usuários da saúde suplementar, tem parte da sua assistência feita pelo SUS.

2.2 Os Serviços de Emergência

Bossaert (1993) aponta que o primeiro protótipo ocidental de um serviço de Emergência² foi criado no século XI, pelas ordens cruzadas de Malta e de St. John originando um serviço de cuidados emergentes para vítimas da Guerra Santa.

O conceito de cuidado médico de Emergência nasceu aproximadamente em 1940, nos Estados Unidos, a partir do corpo de bombeiros, que foram os primeiros a prestar cuidados médicos aos enfermos durante o transporte (ALBINO; RIGGENBACH, 2004).

No que se refere aos serviços de Emergência e sua trajetória na prestação de serviços de saúde, Rodriguez (2002) comenta que com o desenvolvimento da medicina, no último século, modificações importantes aconteceram, também no âmbito da saúde. Anteriormente, os usuários que buscavam os hospitais eram atendidos e medicados juntamente com todos os tipos de pacientes, internados ou não, independentemente do tipo de assistência que necessitavam receber.

Os Serviços de Emergência, a partir da década de 50, ganham grande relevância, especialmente nos EUA. Isto ocorreu devido ao aumento do número de vítimas de “causas externas”, sobretudo dos acidentes de trânsito e também, devido ao desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e de atendimento aos grandes traumas decorrentes da experiência acumulada nas guerras da Coreia e do Vietnã (POWERS, 1973).

Outro marco importante ocorreu na década de 60 quando o alemão Ahnefeld descreveu as seqüências funcionais, formas de intervir e manejo quanto aos primeiros socorros na ressuscitação cardíaco-pulmonar. Delineia-se assim, uma padronização de rotinas para intervenção imediata em situações de risco de vida (BOSSAERT, 1993).

Nos últimos 40 anos foi fundada a maioria das redes nacionais de assistência às urgências/emergências na Europa e América do Norte. O Sistema Nacional de Emergência

² Neste estudo as nomenclaturas Urgência e Emergência foram usadas como sinônimos referindo-se às unidades ou setores de atendimento de Emergência.

O Ministério da Saúde define:

Urgência: situação clínica onde há necessidade de assistência médica em curto prazo, porém, sem implicar em risco de morte imediato para o paciente.

Emergência: é a unidade destinada a assistência de doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato.

Pronto-atendimento: é a unidade destinada a prestar, dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde, assistência a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato (BRASIL, 1985).

Obs: atualmente utiliza-se o termo “risco de morte” ao invés de risco de vida.

francês, o SAMU (Service D'Aide Médicale Urgente), foi criado na década de 60 e nesta mesma década foi iniciada a organização do sistema inglês de Emergência (AQUINO, 1987).

A partir de 1966 se formou uma rede nacional de atenção ao trauma nos EUA. Em 1968 foi fundado naquele país o American College of Emergency Physicians (ACEP), servindo como órgão orientador quanto às normativas e diretrizes para assistência (MONTGOMERY, 1980).

Nos Estados Unidos da América (EUA) os serviços de Emergência existem há cerca de 20 anos. À partir da década de 70 os hospitais sentiram necessidade de desenvolver a qualidade do atendimento de Emergência e começaram a investir nos profissionais que atuavam neste setor como médicos e enfermeiros, pois o atendimento ao traumatizado era superficial, não havia um programa padronizado para treinamento de pessoal (WEHBE; GALVÃO, 2001).

Foi criado, então, o primeiro curso do ATLS (Advanced Trauma Life Support) para médicos, que ressalta que o atendimento inicial dado de forma adequada e em tempo hábil, poderia melhorar de, forma significativa, o resultado do atendimento ao traumatizado grave. Foi desenvolvido, também, um programa educativo para o aperfeiçoamento dos enfermeiros de unidade de Emergência, que foi denominado de Trauma Life Support Courses for Nurses (TLS for nurses) e Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma (MAST) (WEHBE; GALVÃO, 2001).

No fim da década de 1970, ocorreu em Toulouse - França um encontro promovido pelo Escritório Europeu da Organização Mundial de Saúde (OMS), no qual foram enfatizadas recomendações para o planejamento e organização dos sistemas de Emergência. Nesse encontro foi orientada a necessidade de suporte de comunicação, facilitando a localização e resgate das vítimas. Foi estabelecido o uso de um número de telefone único, fácil de ser memorizado e com ligação gratuita, recomendando, também, que houvesse integração entre a comunicação, as ambulâncias e os serviços de Emergência. As unidades de resgate, deveriam dispor de equipamentos mínimos e padronizados (AQUINO, 1987).

Embora as diretrizes gerais da OMS sejam parâmetros mundiais, observa-se uma grande divergência organizacional dos vários sistemas de Emergência. Em alguns países europeus (Bélgica, Finlândia, Itália, Áustria e Suécia), os Serviços de Emergência podem ser considerados uma extensão das atividades hospitalares locais. Em outros países (França, Espanha, Portugal e Inglaterra), o sistema de emergência trabalha sem uma dependência direta dos hospitais locais. Dentre os distintos modelos europeus, alguns possuem suporte básico de vida (basic life support – BLS) outros de recursos de suporte avançado (advanced

life support – ALS). Alguns países dispõem de resgate com profissionais médicos, outros com paramédicos treinados (BOSSAERT, 1993).

Os Serviços de Emergência contemporâneos contêm uma especificidade que os distingue de quaisquer outros serviços de saúde. Trata-se de uma atenção realizada de forma imediata, eficiente e integrada. Exige amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e o emprego de recursos tecnológicos (GEMMA et al, 1973).

No Brasil, a partir da década de 80, foi dada maior atenção na capacitação da equipe que atua no atendimento de Emergência. Em 1985, foi criada a Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma (SOBET), que se constituiu na primeira associação de enfermagem especializada em trauma (WEHBE; GALVÃO, 2001).

O SAMU no Brasil possui uma Unidade de Suporte Avançado (USA) à vida baseado no modelo francês, porém o que o diferencia deste modelo é o fato de possuir uma Unidade de Suporte Básico (USB) à vida, na qual não está presente a figura do médico e sim a figura de um técnico em enfermagem e um motorista socorrista. Este fato diferencia o seu nome, passando de Serviço de Atendimento Médico de Urgência para Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE SANTA CATARINA, 2007).

O Estado de Santa Catarina, desde junho de 2006, é o único estado brasileiro a ter cobertura total do SAMU e o único a possuir serviço aéreo médico em parceria com a Polícia Rodoviária Federal (PRF) desde janeiro de 2006, o que tem auxiliado na chegada mais rápida de usuários às emergências onde o fator tempo é fundamental no atendimento (SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE SANTA CATARINA, 2007).

Mesmo com esta maior atenção nos últimos anos, voltada para os Serviços de Emergência, ainda observa-se que a grande maioria dos profissionais que trabalha nas Emergências e pronto-atendimentos é mal preparado. Ainda vemos na prática, equipes de trabalho reduzidas e grande volume de usuários a serem atendidos, o que desmotiva os trabalhadores. Observamos grande número de macas nos corredores das Emergências, com pacientes em precárias condições de instalação, profissionais recém-formados pouco estimulados com a sobrecarga de trabalho, aguardando a primeira oportunidade para mudar de setor.

No Hospital em estudo há grande rotatividade de enfermeiros no Setor de Emergência e normalmente são os recém-formados ou recém-contratados que atuam neste setor. Estes enfermeiros são alocados na Emergência não por opção, mas porque quando entram na instituição é neste local que há vaga para o profissional.

Isto porque a enfermagem adota um sistema de remanejamento interno no qual os profissionais são avaliados segundo tempo de casa, currículo, desempenho na instituição e outros critérios que permitem, com o tempo, ser alocado nos locais de sua preferência de atuação. Diversos fatores, dentre eles a sobrecarga de trabalho no Serviço de Emergência, não contribuem para a permanência deste profissional no setor, nem para que os profissionais mais experientes, com maior tempo de instituição concorram para as vagas de Emergência. Nas últimas 4 vezes que houve abertura de vaga para enfermeiro no Serviço de Emergência Adulto, não houve candidato.

Rodriguez (2002) refere que atualmente as equipes dos Serviços de Emergência do País são formadas por profissionais que recentemente entraram na instituição. Os profissionais da área médica são, em grande parte, recém formados e em processo de capacitação cursando Residência Médica. Quanto à equipe de enfermagem, geralmente são os trabalhadores mais novos no âmbito hospitalar que estão atuando neste serviço. Isto tem como vantagem, uma equipe com grande capacidade de trabalho, suportando bem a pressão e sobrecarga do Serviço de Emergência que é visivelmente maior que em outros setores do hospital. Os seus conhecimentos são muito recentes, podendo ser considerados atualizados, porém a maior desvantagem é a falta de experiência .

Acredito que ainda falta maior investimento em capacitação e incentivo profissional assim como melhores condições de trabalho para os profissionais que atuam nestes setores. É necessário também políticas públicas que condizam com a realidade do Brasil e dos serviços públicos e que sejam possíveis e incentivadas a sua efetiva implantação.

Nas Emergências e pronto-atendimentos brasileiros ainda nos deparamos com a violência aos profissionais de saúde. Usuários e familiares irritados com a falta de condições dignas de atendimento, agredem profissionais gritando por socorro. Cezar e Marziale (2006) pesquisaram os problemas de violência ocupacional em um Serviço de Urgência Hospitalar de Londrina - PR e identificaram que estas violências eram motivadas pelas precárias condições de atendimento ao público, devido às péssimas condições de trabalho, demora no atendimento e desigualdade social vigente no País. Estas e outras situações de violência rotineiras neste ambiente de trabalho fazem deste um dos setores mais estressantes do hospital.

A unidade de Emergência é um complexo cenário, onde os profissionais devem estar suficientemente preparados para oferecer atendimento imediato e de elevado padrão à clientela que dele necessita. No Brasil entretanto, o número de profissionais preparados para atuar nesta área ainda é restrito.

Fatores estressantes permeiam o dia-a-dia do enfermeiro na Emergência. Batista e Bianchi (2006) realizaram estudo sobre o estresse com 73 enfermeiros/as que trabalhavam em Emergência no Estado de São Paulo e evidenciaram que os fatores que lhes causavam maior stress estavam relacionados com as condições de trabalho para o desempenho das atividades de enfermeiro e as relacionadas à administração de pessoal, com indicativo para alto nível de estresse.

Almeida (2007) realizou em 2007 um estudo sobre o conflito no processo de trabalho da equipe de emergência de um Hospital Universitário no Sul do Brasil e evidenciou que os fatores desencadeantes de conflitos negativos estavam relacionados ao espaço físico da Emergência, grande demanda de usuários, tempo elevado de espera para atendimento dos usuários, duplo vínculo empregatício de muitos profissionais e as características individuais de personalidades de alguns integrantes da equipe.

Inicialmente, no Brasil, a população buscava o serviço hospitalar somente quando referenciado pelos médicos assistenciais domiciliares. Com o passar do tempo, esta atitude foi substituída pela procura espontânea ao Serviço de Emergência como sinônimo de atendimento rápido, o que levou ao rápido esgotamento das Emergências. Isto se deve em grande parte à incapacidade dos serviços de saúde da atenção básica darem resposta à grande afluência de pacientes (RODRIGUEZ, 2002).

Cecílio (1997a) comenta sobre o esgotamento das Emergências públicas como algo facilmente visualizado, seja pelas longas e constantes esperas por atendimento, pelo grande número de pacientes internados, em situações totalmente improvisadas em macas ou cadeiras nos corredores, seja pela constante busca do usuário por atendimento no Setor de Emergência para resolução de problemas de baixa complexidade, visto que a rede básica de saúde mostra-se fragilizada para atender as necessidades primárias de saúde da população.

Conforme o Ministério da Saúde:

A atenção básica ocupou um segundo plano, com o desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde centrado no hospital, nas especialidades médicas e na utilização de alta tecnologia. Esse modelo revelou-se caro e pouco eficaz para resolver os problemas sanitários da população brasileira. Por isso a consolidação do SUS exige não apenas a ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas uma reestruturação da prática assistencial focada na organização de serviços básicos de qualidade e eficientes, capazes de solucionar cerca de 80% dos problemas de saúde (BRASIL, 2005, p. 10).

Até hoje no Brasil, o modelo de saúde vigente é o hospitalocêntrico, centrado no uso indiscriminado de tecnologias e baixa resolubilidade levando à insatisfação de gestores, profissionais de saúde e população (BRASIL, 2005).

Na tentativa de reestruturar o Setor de Emergência dos hospitais brasileiros o Ministério da Saúde propôs o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR). Trata-se de um processo dinâmico que visa identificar o usuário que necessita ser atendido primeiro, sendo ordenado conforme o grau de sofrimento, potencial de risco de vida ou agravos a saúde do usuário e não por ordem de chegada (BRASIL, 2004b). Esta ferramenta também auxilia na organização do processo de trabalho no Setor de Emergência .

Mesmo com todas as dificuldades que sofre o Setor de Emergência, o mesmo têm contribuído eficazmente para a redução da morbidade e mortalidade por trauma, crises cardiovasculares e outras emergências, assim como, para o alívio e minimização dos efeitos adversos causados pelos desastres naturais. Para esta diminuição, muito contribuíram os serviços de emergência pré-hospitalares, que diminuíram o tempo de atendimento às vítimas permitindo que estas cheguem aos hospitais em condições de receberem cuidados mais específicos e diferenciados (OMS, 1998).

2.3 Debate sobre Políticas Públicas X Humanização X Acolhimento

Discutimos aqui algumas experiências de implantação de acolhimento, reflexões e opiniões diferenciadas de autores sobre humanização, acolhimento e políticas públicas.

Na saúde pública brasileira verifica-se inúmeros avanços como o tratamento das pessoas com problemas renais crônicos, ampliação de imunização, erradicação da paralisia infantil, controle do sarampo, descentralização e regionalização da atenção e da gestão da saúde com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social. No entanto, estes avanços se contrapõem a presença de problemas de diversas ordens como a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho que esgarçam as relações entre os diferentes profissionais e entre estes e os usuários, assim como a falta de preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas, presentes nas práticas de atenção.

Alguns autores visualizam que a organização do processo de trabalho é a principal questão a ser enfrentada para que ocorram mudanças no serviço de saúde, devendo operar de forma centrada no usuário e em suas necessidades. A assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação da clientela. O atual modelo assistencial se desenvolveu ao longo do século XX, motivado por uma clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico industrial, que mantém a

acumulação de capital no setor da saúde com alto consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, utilizados como os principais recursos de diagnóstico e terapêutica (FRANCO; JÚNIOR, 2003).

Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem, na verdade, uma só realidade, de tal forma que não há como mudar a maneira de atender a população em um serviço de saúde sem que se mude também a organização do processo de trabalho, a dinâmica de atendimento da equipe, os planejamentos, as tomadas de decisão, de avaliação e de participação. Para isso, são necessários dispositivos que interfiram nas formas de relacionamento nos serviços e nas outras esferas do sistema, garantindo co-responsabilização, co-gestão e grupalização (CAMPOS, 2000).

Neste cenário, o acolhimento e a humanização são vistos por diferentes olhares, abordados de diversas formas e tomados por efetivas discussões travadas por estudiosos deste assunto.

Para Entralgo (1983) o acolhimento é visto como uma “relação de ajuda”, na qual as pessoas que procuram o serviço de saúde são ao mesmo tempo objetos e agentes de ação. São objetos porque precisam de ajuda e agentes de ação porque participam dando sua opinião. Ressalta a importância da equipe de saúde estar preparada para participar desta relação de ajuda com o usuário, fornecendo tranquilidade e clareza.

Campos (1997) trabalha com a idéia de que o acolhimento possibilita regular o acesso através da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a prestação de um atendimento mais eficiente ao usuário. O vínculo entre o trabalhador e o usuário estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço.

O acolhimento é visto como processos intercessores que devem ser praticados por todos os trabalhadores em saúde com uma visão centrada no usuário. É um dispositivo que pode ser utilizado para questionar as relações estabelecidas no cotidiano dos serviços de saúde e revelar como se processam os modelos assistenciais na prática, além de avaliar e refletir sobre o vínculo e a responsabilização, construídos na relação usuários-trabalhadores-gestores. Enquanto estratégia, propõe inverter a lógica de organização e atendimento do serviço de saúde, garantindo acessibilidade, reorganizando os processos de trabalho, deslocando o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional que se compromete a resolver o problema de saúde do usuário, bem como busca qualificar a relação trabalhador-usuário que deve conter parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O acolhimento na saúde, para Carvalho e Campos (2000), é um arranjo tecnológico que tem como objetivo escutar todos os usuários, resolver os problemas de acordo com a competência do serviço e referenciá-los quando necessário.

Camelo et al (2000) nos fazem pensar que para acontecer o acolhimento a equipe de saúde não deve centrar suas atividades apenas em procedimentos técnicos e sim buscar refletir e atuar considerando a importância do envolvimento com o usuário e em ter uma relação mais próxima com as pessoas que buscam ou precisam de ajuda. Entende que o relacionamento humano nos serviços de saúde é essencial para melhorar a assistência.

Para Malta et al (2000) o acolhimento possibilita mudança do processo de trabalho, podendo atender a todos que procuram o serviço de saúde, ultrapassando até mesmo o atendimento humanizado. Deve ser entendido e praticado como conteúdo, como um momento tecnológico importante que pode imprimir qualidade nos serviços de saúde.

Diferenciam o ato de escuta do “ato de bondade”. O acolhimento requer que o trabalhador utilize seu saber para a construção de respostas às necessidades dos usuários. Resgata princípios e responde concretamente com a ampliação do acesso e humanização das relações. É de fundamental importância a inserção do conjunto dos profissionais diretamente ligados na assistência na proposta de acolhimento, sendo necessária a capacitação das equipes, definição de atribuições entre as categorias e padronização de condutas assistenciais (MALTA et al, 2000).

A estratégia do acolhimento é uma ação implantada visando oferecer serviços de saúde a partir de critérios técnicos, éticos e humanísticos. Deve ser realizada por todos os profissionais de saúde em todas as relações profissionais de saúde X usuário. Receber bem, ouvir a necessidade e buscar formas de solucioná-la são etapas fundamentais para se alcançar o bom acolhimento (PAIDÉIA, 2001).

Rizzoto (2002) afirma que o acolhimento consiste em uma ferramenta utilizada para promover mudanças no processo de trabalho, garantindo o acesso universal, tornando a atenção resolutiva, de qualidade e com responsabilização de todos os trabalhadores de saúde. É uma proposta que viabiliza a implantação do SUS. Refere, ainda, que há urgência em humanizar a assistência em nível local, mas que o processo só se concretizará se houver mudanças no todo, quando as políticas sociais forem colocadas acima das políticas econômicas.

Matumoto et al (2002) chamam a atenção para a presença fundamental da alteridade nesta relação que pode configurar um elemento que contribua para o processo de mudança do modelo assistencial.

O acolhimento pode ser entendido como uma espécie de mola-mestra da lógica assistencial e como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecno-assistencial de um serviço de saúde. Tem o papel de interligar os espaços, de conectar os diálogos entre trabalhador/usuário, serviço/serviço. O acolhimento é proposto como uma técnica de conversa operada por qualquer profissional em qualquer momento do atendimento “acolhimento dialogado”. É definido como uma rede de conversações (TEIXEIRA, 2003).

Silva Jr e Mascarenhas (2004) entendem o acolhimento como uma postura da equipe comprometendo-se em atender, ouvir e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários.

No âmbito da saúde e das políticas públicas de saúde, conforme está colocada na atualidade, a humanização significa a conciliação do acolhimento e respeito com tecnologia, de modo que seja favorável tanto para os profissionais quanto para os usuários (LAMEGO et al, 2005).

Alguns estudos foram realizados com o objetivo de conhecer, na prática dos serviços de saúde, como ocorreram os processos de implantação do acolhimento, suas implicações no cotidiano das Unidades de Saúde e seus impactos na consolidação dos princípios do SUS.

Leite et al (1999) analisam o acolhimento implantado na Rede Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG (SMSA/BH) em 1996, como uma ferramenta utilizada para produzir mudanças no processo de trabalho em saúde, com vistas a garantir o acesso a serviços de saúde humanizados, resolutivos, de qualidade e com responsabilização coletiva dos trabalhadores com as necessidades do usuário. A atividade realizada constituiu-se de modificação do critério de marcação de consulta médica, qualificação da escuta das demandas e necessidades, avaliação das situações apresentadas a partir do critério de risco e definição das condutas a serem tomadas. Os trabalhadores dispunham de protocolos técnicos e houve treinamento inicial da equipe.

As autoras descrevem, ainda, que o acolhimento na SMSA/BH representou uma estratégia de mudança sustentada na adesão dos profissionais; humanização da relação serviço X profissional X usuário; inversão da lógica atual do atendimento a partir da demanda espontânea, por ordem de chegada e atendimento orientado para as ocorrências clínicas. Relatam, que a equipe de enfermagem, principalmente os auxiliares, eram os profissionais que assumiam com maior responsabilidade a acolhida do usuário e que, na equipe médica o processo de trabalho quase não foi alterado (LEITE et al, 1999).

Ao analisar as respostas referentes às dificuldades que os trabalhadores encontraram na realização do acolhimento, evidenciaram a falta de protocolos clínicos adequados,

dificuldade na organização do serviço e em relação aos recursos humanos, excesso de demanda e inadequação da área física. As facilidades encontradas foram disponibilidade e integração entre os profissionais. Os gerentes, também pesquisados neste trabalho, fazem referência à importância de implantar o acolhimento em todas as Unidades e a necessidade de aumentar o respaldo da instituição à nova prática (LEITE et al, 1999).

Franco, Bueno e Merhy (1999) referem que ao implantar o acolhimento, os encontros e desencontros nessa etapa podem gerar estranhamento para um olhar analisador, revelar uma dinâmica instituidora que abre novas possibilidades do modo de se trabalhar em saúde, modificando o cotidiano do trabalho e centrando-o nas necessidades do usuário.

Os mesmos autores falam sobre a implantação do acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde, em 1999, e relatam que o impacto da reorganização do trabalho na unidade se dá principalmente sobre os profissionais não-médicos que fazem a assistência (enfermeira, assistente social, técnico e auxiliar de enfermagem). Afirmam que os protocolos contribuem na orientação da equipe sobre os procedimentos a serem adotados. Relatam, também, que com a implantação do acolhimento, os enfermeiros reorganizaram o seu processo de trabalho e vêm-se mais dotados de autonomia. Os auxiliares e técnicos de enfermagem, realizam a escuta qualificada do usuário e se sentem parte de uma equipe multiprofissional. A assistente social participa do acolhimento e organiza os grupos de atenção a saúde. O processo de trabalho do médico não foi tão modificado a ponto de causar impacto na assistência (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999).

Destacam, ainda, que foram aplicados indicadores para medir a avaliação da Unidade de Saúde e do acolhimento e chegaram as seguintes conclusões:

- Acessibilidade aos serviços de saúde: houve aumento extraordinário do atendimento geral da unidade com a implantação do acolhimento e a reorganização do processo de trabalho;
- Rendimento profissional: houve aumento do rendimento de trabalho da enfermagem e da assistente social confirmando que com a reorganização do processo de trabalho os profissionais utilizam todo o seu potencial para a assistência. Associando-se ao rendimento dos auxiliares e técnicos de enfermagem resultando em grande impacto positivo no acesso aos usuários;
- Resolubilidade da equipe do acolhimento (enfermeiro, assistente social, auxiliar e técnico em enfermagem) e alguns fatores que atuam conjuntamente:
 - * discussões entre a equipe para avaliação do acolhimento;
 - * capacitação e aquisição de experiência pela equipe;
 - * utilização de protocolos elaborados pela equipe da Unidade Básica de Saúde;

* interação da equipe;

* funcionamento dos grupos programáticos (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999).

Malta et al (2000), relatam a experiência de implantação do acolhimento na rede pública de saúde em Belo Horizonte e revelam que a mudança no processo de trabalho possibilitou melhorias na relação com os usuários, estreitando os vínculos e levando a uma ampla reflexão das equipes sobre sua responsabilização com os mesmos. O acolhimento significou a ruptura do modelo hegemônico centrado nas fichas para consulta médica, integrando todos os profissionais na assistência, permitindo o resgate do sentido do trabalho multiprofissional em saúde. Com a implantação do acolhimento houve possibilidade de implantação também dos protocolos assistenciais, tanto para qualificar o ato em saúde, quanto para definir condutas clínicas, capacitar profissionais e definir critérios de risco. O acolhimento permitiu, portanto reorganizar o serviço à partir do processo de trabalho, com a ampliação de espaços de discussão, escuta, trocas e decisão coletiva.

As concepções que os profissionais do PSF de Campina Grande têm sobre acolhimento são referentes a: receber bem, ouvir o usuário, estar atento, compreender, solidarizar-se e dar resposta positiva aos questionamentos dos usuários (SILVEIRA et al, 2004).

Schimith e Lima (2004) estudaram o acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família e detectaram que com o acolhimento a equipe pode propiciar aos usuários ações de desospitalização e ampliação da função da rede básica. Pode ser utilizado como importante ferramenta de organização do serviço e como componente do processo de criação de vínculo de toda equipe e ainda solucionar o que é de competência da rede básica durante o horário de seu funcionamento auxiliando na diminuição da superlotação dos Pronto-atendimentos e Emergências .

Ao conviver com a experiência do acolhimento em um programa interdisciplinar de extensão universitária, Hennington (2005) corrobora com o conceito de que acolhimento é mais do que uma simples prática de atendimento à população, é considerado uma diretriz central do programa, que atravessa estruturalmente o processo de trabalho. Reduz a fragmentação dos atendimentos prestados pelas diversas áreas, resolve os problemas da demanda e evita as listas de espera, substituindo a triagem pela intervenção, buscando resgatar princípios fundamentais da prática em saúde: integralidade, humanidade e cuidado .

Estudo de caso com abordagem qualitativa realizado por Rossi, Lima em 2005, identificou a utilização das tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro e a sua interferência na produção do cuidado em um setor de internação de um hospital geral no Rio

Grande do Sul. Entre as tecnologias leves utilizadas, foram evidenciadas o acolhimento, a centralidade dos indivíduos nos processos de trabalho, a escuta e a resolutividade das ações do enfermeiro. As tecnologias leves são tecnologias de relações, como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho. A utilização destas tecnologias nos processos gerenciais do enfermeiro pode interferir na produção do cuidado.

Takemoto et al (2007) realizaram um estudo com a implementação do acolhimento em Programa de Saúde da Família e detectaram diferentes concepções entre os trabalhadores sobre o que é acolhimento. Este é visto como a garantia de acesso e humanização na recepção das unidades, sendo entendido, também, como uma postura diante das necessidades dos usuários em todos os momentos de encontro dele com o serviço.

Observa-se que a categoria profissional de enfermagem se sobressai quando se discute acolhimento, notando-se maior envolvimento e interesse desses profissionais em utilizar esta estratégia de trabalho.

Contudo, uma incursão pelos referidos estudos nos permite entender que o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, que as ações do atendimento em saúde não podem ser restritas a aspectos técnico-científicos, porém não devem ser vistas exclusivamente pelo ângulo da humanização. O acolhimento deve permear todas as atividades realizadas por todos os profissionais de saúde, buscando constantemente um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las. Resultando assim, em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial, tendo relação com a tecnologia e ética, com responsabilidade profissional e respeito ao próximo.

Quando se pesquisa sobre humanização verifica-se que ainda existem muitas controvérsias sobre a utilização do termo e do seu conceito. Nota-se que os autores ainda mostram-se dispostos a discutir mais o tema e propõem novas formas de utilizá-lo e defini-lo.

Na enfermagem geralmente relaciona-se com o cuidado, assistência, direito e relação humana.

Rizzoto (2002) discute sobre o tema da 63ª Semana Brasileira de Enfermagem “Humanização e trabalho: razão e sentido na Enfermagem”, buscando o real significado da palavra humanização e refere que na enfermagem a humanização apresenta-se intrínseca ao seu fazer, uma vez que este se caracteriza como uma relação de ajuda, cuja essência

constitui-se uma atitude humanizadora. Entretanto, isso não garante, por si só, que o trabalho da enfermagem, em particular, e da saúde, em geral, sejam humanizados.

Relata, ainda, que com o surgimento do SUS, como resultado do Movimento de Reforma Sanitária e lutas populares, houve uma proposta mais humanizadora de assistência à saúde no País, garantindo o acesso universal, gratuito e integral a todos os brasileiros. Critica que o Sistema Único de Saúde mantém-se inacabado, carecendo de determinação e de vontade política para sua efetivação, pois a distância entre o projeto humanizador do SUS e a realidade de saúde do País são imensas. A desumanização nas imensas filas nas portas dos serviços de saúde, nas esperas de leitos hospitalares, nos corredores dos pronto-socorros dos hospitais públicos é algo visível e complexo (RIZZOTO, 2002).

O termo humanização tem sido empregado freqüentemente no âmbito da saúde, geralmente designando a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional (DESLANDES, 2004).

O movimento pela humanização é, em última instância, também uma busca pela qualificação da produção ou prestação de serviços, mas delinea-se, na sua implementação, como uma força e um potencial de crítica e ruptura com um compromisso mercadológico. Nos serviços de saúde a humanização se traduz em melhorar a relação médico-paciente, organizar atividades de convívio, garantir acompanhante na internação da criança e idoso, implementar novos procedimentos na atenção psiquiátrica, na atenção ao parto e ao recém-nascido de baixo peso, amenizar as condições do atendimento aos pacientes em regime de terapia intensiva, agilizar o atendimento aos pacientes nas Emergências, denunciar a mercantilização da medicina entre outros (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

A humanização é um movimento com crescente e disseminada presença, assumindo diferentes sentidos segundo a proposta de intervenção eleita. Assim, com as propostas de humanização, cresce a valorização das inter-relações humanas, em resistência à superioridade moral do mercado e eleva-se a um valor superlativo, a busca da dignidade humana (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

A humanização é uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também dos trabalhadores. A humanização do trabalho em saúde se dá quando combina a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade de vida para sujeitos concretos. Não há como realizar esta síntese sem a participação dos usuários, não há saber técnico que realize por si só este tipo de integração (CAMPOS, 1997).

A humanização depende de mudanças nas pessoas, de desalienação e de transformação do trabalho em algo criativo e prazeroso. Necessita construção de vínculos entre equipes e usuários, com a definição de responsabilidades, sendo estes instrumentos poderosos para conseguir mudanças. Os trabalhadores devem considerar que lidam com outros seres humanos durante todo o tempo e que estes seres humanos, como eles próprios, têm interesses e desejos. Este é um caminho forte para se construir um novo modo de convivência. A humanização tende a lembrar que necessitamos de solidariedade e de apoio social (CAMPOS, 1997).

Benevides e Passos (2005a), enfatizam que em 2003 foi debatido no Ministério da Saúde temas da humanização, como aspecto fundamental a ser contemplado nas políticas públicas de saúde, no qual este se fazia a partir da tensão entre concepções diferentes. Havia escolhas, de um lado, que visavam os “focos e resultados” dos programas e de outro, os que problematizavam os processos de promoção de saúde e de sujeitos, alterando os modelos de atenção e gestão. Neste contexto, verificava-se a necessidade de reavaliação de conceitos e práticas tidas como humanizadas. O diagnóstico ratificava a complexidade da tarefa de se construir de modo eficaz um sistema público que garantisse acesso universal, equânime e integral a todos os cidadãos brasileiros.

Os autores referem que o SUS é uma conquista nascida das lutas pela democracia no País, que em 1988 ganha estatuto constitucional. Esta conquista porém mostrava-se desestruturada, os programas nomeados de humanização: projetos, atividades, propostas, estavam fragmentados e desvinculados desta iniciativa. Via-se a necessidade de redefinição do conceito de humanização e de reconstrução de uma política pública transversal de humanização na saúde, com este propósito foi proposta a PNH (Política Nacional de Humanização). A política de Humanização só será efetivada se conseguirmos sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, a teoria com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

Afirmam, ainda, que a humanização se apresentava como estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que os sujeitos envolvidos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se neste mesmo processo (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

Deslandes (2005a) corrobora com Benevides e Passos aceitando sua proposta e reflete sobre os desafios conceituais e metodológicos postos no projeto ético-político da humanização da produção de cuidados em saúde. Afirma que, dois desafios se apresentam à

construção deste modelo: a produção de um cuidado orientado pelo reconhecimento da pessoa (como grupo, cultura) e de sujeito (referindo a autonomia, identidade, ética).

Em contra-partida, Gastaldo (2005, p.397) critica e teoriza as reflexões do texto de Benevides e Passos sugerindo que :

a teoria desenvolvida por eles se beneficiaria de maior atenção aos conflitos e tensões que o processo de humanização poderá desencadear, inclusive nos processos de produção de subjetividades, de uma pauta de diversidade para assegurar a inclusão social, o que é benéfico para a saúde de toda população e, finalmente, de uma reflexão do significado da proposta de humanização do SUS no contexto da desumanidade dos determinantes sociais da saúde, aos quais a maioria da população brasileira está submetida em seu cotidiano.

Refere ainda, que a política de humanização tem diante de si um desafio incomensurável: o de humanizar numa sociedade em que prevalecem tantas e tão profundas formas de injustiça e violência no cotidiano, a desumanidade à brasileira (GASTALDO, 2005).

Em estudo realizado no Rio de Janeiro sobre a visão dos gestores quanto a humanização, foi encontrado como definição que: a humanização deve estar associada à qualidade da relação interpessoal entre profissionais e usuários; estar ligada ao reconhecimento dos direitos do paciente; estar agregada a uma perspectiva de maior democratização das relações de poder entre profissionais e pacientes; estar relacionada a um modelo de desmedicalização da atenção; é reconhecido como um conjunto de iniciativas para promover o vínculo entre familiar e paciente e também deve estar vinculado à valorização dos profissionais de saúde (DESLANDES, 2005b).

Almeida (2007), constatou em seu estudo na fala dos médicos, que uma influência negativa era a inexistência de triagem/classificação de risco. Estes profissionais consideram esta uma ferramenta que auxilia na organização, na agilidade do atendimento e possibilita uma resposta mais adequada às necessidades de cada indivíduo.

No contexto da Política Nacional de Humanização, o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco é utilizado no serviço de Emergência como uma ferramenta para auxiliar na organização do processo de trabalho, assim como para agilizar o atendimento dos usuários que necessitem ter prioridade no atendimento, segundo os critérios estabelecidos.

Nos últimos anos verificou-se avanços na assistência hospitalar pública, incluindo estratégias para o atendimento no Setor de Emergência, rede básica, investimento em equipamentos, desenvolvimento de novas tecnologias e melhorias na estrutura física e de gestão. Entretanto, apesar de serem observadas melhorias, mesmo que discretamente, muito ainda se tem para investir na valorização dos usuários e trabalhadores das instituições de

saúde. O acolhimento, a humanização, a classificação de risco são peças fundamentais deste *quebra-cabeça* que se chama serviço de saúde e quanto mais nos aprofundamos nos assunto percebemos que temos ainda muitas peças para encaixar e que estes ainda são aspectos merecedores de muita reflexão (BECK et al, 2007).

Os estudos aqui resgatados demonstram a relevância, a atualidade do tema, e o diálogo do mesmo com áreas que, em si, são campos profícuos para estudos em profundidade como a história do SUS, a constituição dos Serviços de Emergência, e o tema Humanização no contexto do debate de políticas públicas. Neste sentido, duas considerações são procedentes. Primeiro, investigar sobre “classificação de risco em Serviços de Emergência” é um tema que não pode ser tratado como uma tecnologia descontextualizada do cenário e das condições postas para sua utilização. Segundo, como tecnologia é parte do conjunto de instrumentos de trabalho utilizados pelos profissionais de saúde. Portanto, sustentam este estudo a Política Nacional de Humanização e o Processo de Trabalho em Saúde, que estão discutidos e aprofundados no capítulo do referencial teórico.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O aporte teórico para o desenvolvimento desta pesquisa vem de duas fontes: da Política Nacional de Humanização do SUS e da teorização sobre processo de trabalho em saúde.

3.1 Política Nacional de Humanização (PNH)

Embora associado a reflexões e debates recentes, o tema humanização permeia o campo da assistência à saúde há mais de 50 anos. Em artigo de Casate, Corrêa (2005), que discorre sobre a história da humanização do atendimento em saúde, revela a existência de reflexões produzidas no âmbito da saúde, especialmente da enfermagem, abordando o tema desde os fins da década de 1950.

Segundo Rizzoto (2002, p.197):

Os questionamentos e as discussões acerca da humanização da assistência, no campo da saúde, remontam algumas décadas. Fez parte do rol de temas abordados no bojo do Movimento da Reforma Sanitária, ocorrido nos anos 70 e 80 do século XX. Naquele momento, questionava-se o modelo assistencial vigente, centrado na figura do profissional médico, no biologicismo e nas práticas curativas. Este modelo, segundo as críticas, era muito especializado e caro, enfatizava a doença em detrimento da promoção e da prevenção em saúde e configurava-se como desumano na forma de assistir, tanto pelo uso exagerado de tecnologias como pelo relacionamento que se estabelecia entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema.

Na literatura, as discussões travadas acerca da humanização nas décadas de 1950, 1960, 1970 e 1980, enfocavam principalmente as relações interpessoais profissional/usuário e as questões administrativas de uma dada instituição, geralmente a instituição hospitalar (DESLANDES, 2005). A valorização do usuário enquanto sujeito de direitos, com capacidade de exercer sua autonomia, de fazer escolhas, tem sido abordada por muitos autores nos últimos anos (CASATE; CORREA, 2005).

Estas autoras referem ainda que com a aprovação das diretrizes da Reforma Sanitária na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e sua institucionalização em 1988 na Constituição Federal, começa a se delinear um novo projeto de saúde que entende a saúde como direito de todo cidadão a ser garantido pelo Estado, envolvendo princípios como a equidade no atendimento, a integralidade da atenção e a participação social do usuário (CASATE; CORREA, 2005).

A IX Conferência Nacional de Saúde teve como tema central: “A Saúde: Municipalização é o Caminho”, destacando-se dois pontos relevantes no quadro das instituições de saúde pública:

* “baixa resolutividade dos serviços de saúde em todos os níveis, especialmente nos níveis primários e secundários de atenção”.

* “má qualidade do atendimento, do ponto de vista técnico e de relações humanas” (CASATE; CORREA, 2005).

Neste cenário, constata-se a ineficiência da intervenção curativa, hospitalocêntrica, cujo enfoque de intervenção é de caráter individual, sendo que a forma de organização a que está submetida baseia-se na lógica de consumo de mercado, onde observamos falta de recursos, pequeno impacto nos problemas de saúde, desigualdade na distribuição de benefícios entre os usuários e da renda entre os trabalhadores de saúde. Portanto, nota-se que mesmo tendo diminuído a incidência de determinadas enfermidades e de haver mais eficiência em alguns programas de atendimento à população, ainda temos muitos problemas de saúde a serem resolvidos (CAMPOS; MERHY; NUNES, 1989).

Além do caráter humanizado das propostas da Reforma Sanitária, o tema da humanização esteve intrinsecamente ligado a todo processo de redemocratização da sociedade brasileira, onde as lutas coletivas a favor das políticas públicas gritavam pelos direitos humanos (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Deslandes (2005) afirma que os principais sentidos conferidos à humanização do atendimento vão desde uma perspectiva caritativa, messiânica de “doar-se ao próximo”, até a relação mais recente, a partir dos anos 90, do discurso dos direitos do cidadão em ter acesso a uma atenção de qualidade, inserindo-se no contexto de um projeto político para a Saúde Pública.

Para Deslandes (2004), a legitimidade da questão “humanização” ganhou novo status com a regulamentação em 2000, pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O programa, baseado nas relações entre profissionais, profissionais e usuários e entre hospital e comunidade, propôs um conjunto de ações integradas com o objetivo de alterar os padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar público, com o objetivo de qualificar os serviços prestados .

O debate sobre os modelos de atenção e de gestão, aliado aos de formação dos profissionais de saúde e aos modos com que o controle social vem-se exercendo, tornou-se necessário e urgente para garantir o direito constitucional à saúde para todos, sendo esta condição *sine quo non* para viabilizar saúde digna, com profissionais comprometidos com a

ética da saúde com a defesa da vida. Por este motivo, foi proposto a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde (BRASIL, 2004b). Tematizar a humanização da assistência se tornou fundamental para orientar a construção das políticas públicas, ofertando atendimento acolhedor, de qualidade, associado a avanços tecnológicos, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS ou HumanizaSUS surge em 2004 e é expandida para todos os níveis de atenção à saúde. Neste contexto, faz-se necessário uma definição acerca do conceito de humanização para proporcionar uma compreensão adequada do que o governo pretende instituir com a nova proposta de Humanização como Política Pública.

Na sociedade brasileira, a PNH, inserida na política governamental coloca-se como uma tentativa de superar dificuldades já conhecidas na realidade do trabalho e da atenção em saúde. Neste contexto a **humanização** é entendida como :

valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2004a, p.8).

A humanização é vista:

como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelecendo como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Ética porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estética porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na polis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz (BRASIL, 2004a, p. 08).

Na PNH a humanização é tratada como uma política, deve ser transversal e entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema. A efetivação da PNH implica em uma construção que deve traduzir os princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. Aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, implica em mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004a).

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS contribui efetivamente para a qualificação da atenção e da gestão, da atenção integral com responsabilização e vínculo, para

a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo (BRASIL, 2004b).

A Política de Humanização define como princípios norteadores:

1-valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização;

2-estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;

3-fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;

4-atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS;

5-utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2004b).

A PNH abrange:

- Atenção básica;
- Urgências e Emergências, pronto-socorros, pronto-atendimentos, assistência pré-hospitalar e outros;
- Atenção especializada;
- Atenção hospitalar.

Nas Urgências e Emergências, pronto-socorros, pronto-atendimentos, assistência pré-hospitalar e outros, a PNH compreenderá os seguintes parâmetros:

- Acolher a demanda através de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- Comprometer-se com a referência e contra-referência, aumentando a resolução da Urgência e Emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade do usuário;
- Definir protocolos clínicos evitando intervenção desnecessária e respeitando a individualidade do sujeito (BRASIL, 2004a).

A implementação da PNH tem como prioridades: reduzir as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso, promover atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; manter o vínculo dos profissionais com os usuários; definir responsabilidades aos serviços de saúde por sua referência territorial; garantir

ao usuário informações; garantir gestão participativa aos trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2004b).

Neste amplo contexto de ações da PNH, é necessário analisar:

- A adequação da área física;
- As formas de organização dos serviços de saúde;
- A governabilidade das equipes locais;
- A humanização das relações e equipe;
- Os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde;
- O ato da escuta qualificada (BRASIL, 2004b).

Para que esta política seja de fato construída e consolidada é fundamental que este processo de humanização seja expandido para toda rede (gestores, trabalhadores de saúde, usuários, cidadãos). Todos os demais serviços devem participar desta construção e todas as demais políticas devem estar articuladas em torno deste mesmo eixo para que as ações estejam voltadas para o mesmo objetivo final.

Na tentativa de buscar melhorias também no acesso do usuário ao serviço de saúde o acolhimento é utilizado com uma ferramenta facilitadora da relação entre estes e os profissionais que prestam serviços de saúde .

Segundo o documento base da PNH, acolhimento é definido como:

uma postura ética, um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento responsável e resolutivo, encaminhando quando for o caso o paciente e a família a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços garantindo o sucesso desses encaminhamentos (BRASIL, 2004a, p.5).

Para outros autores o acolhimento é visto, também, como uma estratégia de organização dos serviços de saúde.

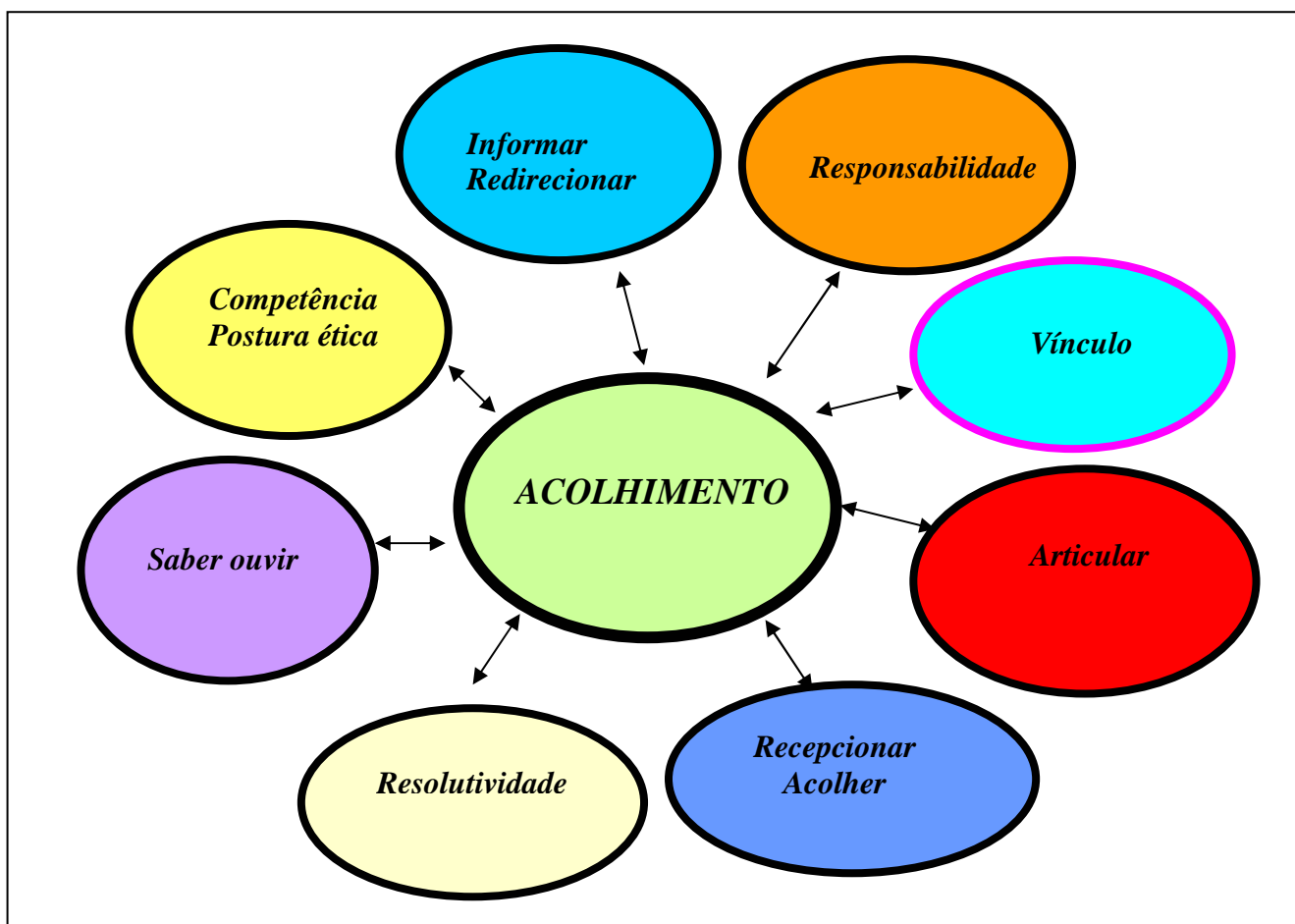
o acolhimento surge no âmago das propostas de reorientação da atenção à saúde. Ele tem sido analisado como processo e estratégia fundamental na reorganização da assistência em diversos serviços de saúde no País, buscando a inversão do modelo tecno-assistencial de modo à contemplar o princípio da universalidade no atendimento e a reorganização do processo de trabalho. Trata-se de um dispositivo que vai muito além da simples recepção do usuário numa unidade de saúde, considerando toda a situação de atenção a partir de sua entrada no sistema (Hennington, 2005, p.257).

Afirma Rizzoto (2002) que para alguns autores o acolhimento surgiu devido uma insuficiência dos serviços em responder as necessidades de demandas de saúde da população. Propõe viabilizar a implantação do SUS, com todos os seus princípios e diretrizes

humanizantes, necessitando reorganizar os serviços de saúde. Isso implica em mudanças estruturais, físicas e de conduta dos trabalhadores e gestores.

Conforme exemplificado na figura abaixo, a equipe de saúde que trabalha com o acolhimento deve ter sempre presente os seguintes conceitos e atitudes: responsabilidade pessoal e profissional, articulação com outros serviços para referência e contra-referência, disponibilidade e boa vontade para receber bem o usuário e acolhê-lo, ser resolutivo nas ações, saber ouvir e colocar-se no lugar do outro, ter competência e postura ética, saber orientar, informar ou redirecionar, quando for o caso. Executando estes princípios estará viabilizando o verdadeiro acolhimento proposto.

Figura 1: Atitudes e conceitos presentes no Acolhimento.



Fonte: Própria.

O acolhimento é entendido, neste estudo, não como uma atitude pontual ou momentânea realizada na chegada do usuário ao serviço de saúde, mas como uma ação que

permeia qualquer relação entre o profissional de saúde e o usuário. Toda a equipe deve ser acolhedora, humanizada, receptiva e sobretudo resolutiva.

Nas ações da PNH o acolhimento é visto como uma estratégia nos processos de trabalho, portanto não deve ocorrer em apenas um local ou espaço, não se constitui como uma etapa de um processo, deve fazer parte de uma postura ética, deve ocorrer em todos os locais e momentos dos serviços de saúde. Portanto, para colocar o acolhimento em ação como diretriz operacional, requer mudanças de atitudes no fazer em saúde e implica:

- Uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização do processo de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução do problema do usuário;
- Mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas;
- Uma postura de escuta e compromisso em dar resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário;
- Construir coletivamente propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerenciar centrais e distritais (BRASIL, 2004b).

O AACR foi proposto para as Emergências e pronto-socorros como estratégia da PNH com vistas, especialmente, ao enfrentamento de problemas como o grande fluxo de atendimentos, que gera sobrecarga de trabalho e que demanda uma reorganização do processo de trabalho de forma a atender o usuário do serviço de acordo com os diferentes graus de sofrimento ou necessidade e não mais por ordem de chegada.

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco tem como objetivos: avaliar o usuário logo na sua chegada, humanizando o atendimento, descongestionar o serviço, reduzir o tempo para o atendimento médico, determinar a área do atendimento primário, devendo o usuário ser encaminhado diretamente a especialidade necessária, informar o tempo de espera e retornar informações aos familiares (BRASIL, 2004a).

No âmbito das Emergências, o AACR configura-se como uma das ações potencialmente decisivas na reorganização e implementação da promoção de saúde em rede. Engloba os seguintes aspectos: ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e sem prejudicar a qualidade das ações; superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica interagindo profissionais de saúde e usuários; reconfigurar o trabalho médico integrando-o no trabalho da equipe; transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, aumentando a capacidade dos trabalhadores em distinguir e identificar riscos e

agravos, adequando a resposta satisfatória sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de sua categoria (BRASIL, 2004b).

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços, com o objetivo de:

*Melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada;

*Melhorar a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas;

*Abordar integralmente a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;

*Aperfeiçoar o trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas por cada categoria profissional, buscando orientar o atendimento do usuário aos serviços de saúde por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução;

*Aumentar o grau de responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles;

*A operacionalização de uma clínica ampliada (BRASIL, 2004b).

As unidades de emergência são locais apropriados para o atendimento de pacientes com afecções agudas específicas onde existe um trabalho de equipe especializado e podem ser divididas em Pronto-atendimento, Pronto-socorro e Emergência.

O termo triar vem do verbo francês “*trier*”, que significa tipar, escolher (GBACR, 2007).

A triagem existe desde que o primeiro Serviço de Urgência foi criado e na atualidade isto vem se aperfeiçoando. Em 1898, Sir Darcy Powerin descrevia um hospital em Londres, no qual os pacientes começavam a se acomodar nas escadas às 8:30h, mas só podiam entrar um de cada vez a partir das 9:00h. A enfermeira perguntava qual era a queixa do paciente para depois o encaminhar para o clínico ou para o cirurgião. Esta já era uma forma de triagem (GBACR, 2007).

Nos EUA, a triagem foi usada, inicialmente, pelos militares para escolher soldados feridos em batalhas com o objetivo de estabelecer prioridades de salvamento. Soldados feridos eram classificados de acordo com as lesões que possuíam: gravemente feridos, considerados não recuperáveis; os que necessitavam cuidados imediatos; aqueles que

poderiam aguardar tratamento com segurança. O grande objetivo da triagem era devolver o maior número de soldados para o campo de batalha o mais rápido possível (GBACR, 2007).

Hoje os serviços reconhecem a necessidade de um método para classificar e identificar os usuários com necessidade imediata de cuidados. No entanto, no que diz respeito ao aspecto “exclusão”, os pressupostos da proposta de classificação de risco diferem do mencionado entendimento histórico de “triagem”. A “triagem”, desde que o primeiro Serviço de Emergência foi criado, era entendida com esta característica de exclusão, ou seja, de decisão de quem será e de quem não será atendido, enquanto a classificação de risco identifica quem necessita ser atendido primeiro, quem pode aguardar, e até mesmo quem pode ser encaminhado a outro serviço, sendo necessário realizar efetivamente o encaminhamento, de modo a garantir o atendimento do usuário. Classificação de risco não pressupõe exclusão e sim estratificação.

Para realizar a Classificação de Risco é indicada a utilização de um protocolo para auxiliar na avaliação e classificação da prioridade do atendimento ao usuário e obter padronização das avaliações.

Existem vários protocolos para triagem em Emergência, dentre eles:

*Protocolo Australiano - ATS - (1990)

*Protocolo Americano – ESI – (1991)

*Protocolo de Manchester - MTS - (1994) : O Grupo de Triagem de Manchester foi formado em novembro de 1994 com o objetivo expresso de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência com vista à criação de normas de triagem.

*Protocolo Canadense - CTAS - (1998)

*Protocolo de Andorra - (2001) (GBACR, 2007).

Atualmente o Protocolo de Manchester é o que mais vem sendo difundido e utilizado nas Emergências. É utilizado na Holanda, Suécia, Espanha, Portugal, Inglaterra e em vários Serviços de Emergência brasileiros, principalmente no Estado de Minas Gerais, onde o Grupo Brasileiro de Avaliação e Classificação de Risco (GBACR) difunde e realiza treinamentos com os profissionais envolvidos na classificação de risco (GBACR, 2007) .

O Grupo Português de Triagem, que trabalha com o protocolo de Manchester, refere que o principal papel do enfermeiro da triagem é priorizar exatamente os doentes, sendo este também o seu principal objetivo. O enfermeiro da triagem deve se tornar excelente na avaliação rápida do doente, envolvendo a tomada de decisões e a delegação de tarefas apropriadas. Deve estar atento aos pacientes que aguardam atendimento e observar a acomodação dos mesmos, para tanto o enfermeiro da triagem deve conhecer o fluxo de

atendimento, deve saber como é o processo de trabalho do setor e ter experiência em Emergência (GTP, 2006).

Conforme o guia para implementação da triagem australiana, a realização da triagem pelas enfermeiras tem função essencial no Serviço de Emergência, pois assegura que o paciente seja atendido conforme a necessidade e em tempo adequado de acordo com sua gravidade.

O Grupo Brasileiro de Avaliação e Classificação de Risco –GBACR (2007) recomenda que ao avaliar um paciente na triagem, deve-se observar a associação da sua aparência geral com as alterações fisiológicas, coletando dados suficientes para determinar a urgência no atendimento e identificar qualquer cuidado imediato necessário. Apesar de muitas vezes ser possível, a triagem não tem a função de realizar diagnóstico. Sua execução não deve demorar mais que 2 a 5 minutos e deve haver um equilíbrio entre rapidez e efetividade.

Neste estudo foi utilizado o protocolo de classificação de risco por nível de acuidade³, sugerido pelo Ministério da Saúde, nele os objetivos operacionais são construir instrumento baseado em sinal de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos para possibilitar classificação por gravidade ou por grau de sofrimento; não constituir-se um instrumento de diagnóstico e sim de avaliação; determinar prioridade para avaliação médica, conforme a gravidade, quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança; organizar o processo de trabalho e o espaço físico das Emergências e Pronto-socorros diminuindo a superlotação; informar aos usuários o tempo de espera; esclarecer à comunidade a forma de atendimento nas Emergências; constituir guia de treinamento das equipes na implantação da classificação de risco nas portas de entrada das Emergências³ (BRASIL, 2003).

Para operacionalizar a proposta de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco foi sugerido pelo Ministério da Saúde, um fluxograma de atendimento para os setores de Emergências. Após o usuário ser atendido na classificação de risco, é encaminhado para atendimento médico, de acordo com a gravidade, seguindo cores⁴.

Nesta proposta o serviço é dividido em **EMERGÊNCIA** (área roxa, área vermelha, área amarela) e **PRONTO ATENDIMENTO** (área verde).

³ Protocolo de classificação de risco por nível de acuidade significa utilizar os sinais e sintomas mais agudos, ou seja, os de maior relevância para a avaliação do usuário.

⁴ Em alguns serviços as cores são modificadas ou não é utilizada a cor roxa, ficando a área vermelha responsável pela ressuscitação, assistência de pacientes críticos e semi-críticos.

A especificidade do serviço prestado em cada uma destas áreas é definida conforme segue:

EMERGÊNCIA

Área roxa / nível 1: ressuscitação - área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação, ressuscitação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas (prioridade zero – necessidade de atendimento imediato).

Área vermelha / nível 2: destinada ao recebimento, avaliação e assistência de pacientes críticos e semi-críticos. (prioridade 1– atendimento em no máximo 10’).

Área laranja / nível 3 : área destinada a pacientes não críticos (prioridade 2 – atendimento em 60’).

PRONTO ATENDIMENTO:

Área verde / nível 4: não urgente – área destinada ao atendimento de consultas de baixa complexidade (prioridade 3-atendimento de acordo com horário de chegada) (BRASIL, 2004b , p 10).

Os resultados esperados com a implantação do AACR nas Emergências e Pronto-socorros é a diminuição do risco de mortes evitáveis; extinção da triagem por porteiro ou funcionário não qualificado; priorização de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada; obrigatoriedade de encaminhamento responsável do usuário a outro serviço quando houver necessidade, garantido o acesso e aumentando a eficácia do atendimento; redução do tempo de espera; detecção de casos que se agravarão se o atendimento for postergado; melhoria da assistência nas Emergências e Pronto-socorros; diminuição da ansiedade e aumento da satisfação dos profissionais e usuários, melhorando assim as relações interpessoais; padronização de dados para estudo e planejamento de ações (BRASIL, 2003).

As propostas e orientações acerca da implantação do AACR nos Serviços de Emergência podem trazer benefícios para os serviços, para os trabalhadores de saúde e usuários do sistema. No entanto, implantar a Política Nacional de Humanização do SUS no Setor de Emergência Adulto da instituição estudada, implicará em mudanças institucionais importantes, que passam pela reestruturação do serviço, por mudanças na estrutura organizacional e no processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, dentre outros. Essas mudanças poderão trazer fortes impactos e resistências de muitos profissionais, por isso a necessidade de buscar evidências que a humanização do atendimento aliadas ao Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco são as melhores estratégias para a elevação da qualidade da assistência prestada ao usuário e para a melhoria das condições de trabalho dos profissionais.

3.2 Processo de Trabalho

3.2.1 Trabalho e o contexto do trabalho em saúde

São diversas as concepções sobre trabalho, tais como uma atividade remunerada, um emprego, uma função a ser desempenhada ou uma atividade de produção social. Neste estudo consideramos o conceito de Marx, que define trabalho como: “Um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com a sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”(MARX, 1982, p.202). Para o mesmo autor o trabalho é atividade resultante do dispêndio de energia física e mental, direta ou indiretamente voltada à produção de bens e serviços, colaborando para perpetuação da vida humana, individual e social (MARX, 1968).

O trabalho se constitui em uma atividade fundamental do ser social, pelo seu valor intrínseco à vida humana e pelo conhecimento que ele proporciona na relação com a natureza e com os demais. Abrange não somente o aspecto de uma atividade vital do homem, na dimensão produtiva, mas inclui, também, a relação do homem com as outras espécies e consigo mesmo, relações essas que se estabelecem pela interação social (HABERMAS, 1984).

O trabalho ocorre em cenários histórico-sociais sendo determinado e determinante das condições concretas da vida e do grau de desenvolvimento das forças produtivas materiais. Assim, mesmo analisando um setor da produção, é necessário considerar que o mesmo é parte de um macro contexto.

O trabalho em saúde faz parte do setor de serviços e tem a especificidade de ser um trabalho que se completa no ato da sua realização e não se concretiza em coisas materiais como produto final (PIRES, 1999). Esse trabalho produz mudanças que resultam em bem-estar, tratamento, educação e saúde para o indivíduo que busca assistência em saúde.

O trabalho no setor de serviços envolve grupos diferenciados de trabalhadores que realizam múltiplas atividades. O conjunto dos trabalhadores deste setor, pela sua diferenciação em relação aos trabalhadores do setor da produção industrial, tem recebido denominações diversas por estudiosos da área, destacando-se a de “*white collars*” ou trabalhadores de colarinho branco por W. Mills, de “nova pequena burguesia” por N. Poulantzas e de “camadas médias de emprego” por H. Braverman (PIRES, 2000).

O setor de serviços vem crescendo, significativamente, desde o século passado, sendo que diversas teorias tem sido formuladas, com vistas a explicar os motivos deste crescimento. Dentre estas explicações destaca-se o aumento da necessidade de atividades deste setor decorrente do crescimento da população e sua concentração no espaço urbano, bem como pela maior complexidade das relações sociais estabelecidas com a penetração da lógica do capital nos diversos setores da vida em sociedade e nas diversas atividades que sempre existiram nas relações entre as pessoas, mas que passam a caracterizar-se como atividades comercializáveis e com objetivo lucrativo (PIRES, 2000). As atividades profissionais em saúde, na área pública ou privada, vem crescendo no mundo todo, contribuindo, também, para o crescimento do setor de serviços.

Dentro do setor de serviços, os profissionais liberais são o grupo que mais apresentou mudanças, desde a estruturação da sociedade capitalista até os dias atuais. Muitos deixaram de exercer suas atividades de forma independente e tornaram-se empregados; de possuidores de um conhecimento amplo e geral, transformaram-se em múltiplos especialistas onde o controle do processo de trabalho passa a ser exercido por um número minoritário sob a forma gerencial (PIRES, 2000). Na atualidade a grande maioria dos profissionais tornou-se assalariado, tornando-se dependentes das determinações das instituições onde trabalham. Pires (2000), resgatando Mills, refere que alguns profissionais liberais ainda se mantém com força, como é o caso dos médicos, dentistas e advogados, os quais atuam de modo autônomo ou empresariando clínicas e escritórios, e que na enfermagem somente uma minoria atua de forma independente.

As atividades de cuidado em saúde desenvolveram-se ao longo da história, e permanecem até hoje, com características de um trabalho especializado, e, posteriormente é institucionalizado com características das práticas profissionais. Hoje o trabalho institucional em saúde é desenvolvido, predominantemente, como um trabalho coletivo realizado por diversos profissionais ou trabalhadores treinados para realizar uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. O trabalho dos diferentes profissionais (médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico entre outros), “apesar de suas especificidades de conhecimentos e de prática, é parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos, que são totalidades complexas” (PIRES, 1999).

O objeto de trabalho em saúde, é o ser humano, que é dotado de sentimentos, emoções, vontades e necessidades, possui corpo e mente e, neste estudo, é referido com o termo usuário. Trata-se de um trabalho que envolve o homem/ser humano que é cuidado e

homem/ser humano cuidador, sujeito trabalhador de enfermagem. O sujeito trabalhador de enfermagem, neste estudo, refere-se àquele que presta atendimento ao usuário hospitalizado ou não, atendido no Serviço de Emergência. Contribuindo neste debate, Capella conceitua como:

Homem é o ser natural que surge em uma natureza dada, submetendo-se às leis naturais e dependendo da natureza para sobreviver. É parte dessa natureza, mas não se confunde com ela, pois usa a natureza transformando-a conscientemente, segundo suas necessidades. Neste processo se faz humano e passa a construir a sua história, se fazendo histórico (Capella, 1998, p.96).

Sujeito trabalhador de enfermagem é aquele indivíduo que em seu percurso de vida, tem como atividade básica o exercício da enfermagem, desenvolvendo seu trabalho em instituição hospitalar, prestando atendimento de enfermagem ao sujeito hospitalizado, em conjunto com os demais trabalhadores da área da saúde (Capella, 1998, p.104).

Este ser humano está em constantes relações com outros seres humanos, que fazem parte do ambiente ao seu redor. É um ser de relações que influencia e sofre influências em suas atitudes e comportamentos, com possibilidades de crescer e completar-se com outros seres humanos. Está inserido em um meio com o qual interage, realizando constantes trocas, transformando-o e, já que é parte integrante dele, sendo também transformado (CAPELLA, 1998).

3.2.2 Processo de trabalho em saúde e na enfermagem

O processo de trabalho dos profissionais de saúde se caracteriza por possuir como finalidade a ação terapêutica de saúde, como objeto o indivíduo ou grupo de indivíduos doentes ou saudáveis, necessitando de medidas preventivas, curativas ou de reabilitação. O produto final é a assistência de saúde prestada pelos diversos profissionais. A assistência à saúde pode ser realizada de modo independente ou em instituições. Estas, podem ser públicas ou privadas e o grau de complexidade do atendimento vai determinar sua estrutura institucional (PIRES, 1999).

De acordo com Capella, o processo de trabalho em saúde:

É um processo de trabalho coletivo, onde áreas técnicas específicas, como a medicina, farmácia, odontologia, nutrição, serviço social, enfermagem, entre outros, compõem o todo. Este processo, institucionalizado, tem como finalidade atender ao homem, que em algum momento de sua vida submete-se à hospitalização. Cabe, então, a cada área técnica específica, uma parcela desse atendimento. A delimitação dessa parcela bem como a organização desses trabalhos foi se dando no percurso histórico, com o desenvolvimento da ciência e em decorrência da divisão social do

trabalho na área da saúde, principalmente a partir de tarefas delegadas pela área médica (CAPELLA, 1998, p. 168).

O processo de trabalho em saúde possui especificidades, onde o objeto de trabalho, seres humanos, possui características de multidimensionalidade, complexidade e heterogenicidade. A força de trabalho em saúde, também seres humanos, da mesma natureza do seu objeto de trabalho, envolve um coletivo multiprofissional, que inclui os profissionais de enfermagem, sendo que internamente à profissão atuam trabalhadores com graus de formação diferenciada. Trata-se de um trabalho que envolve relações conflituosas e de poder, e ocorre em um cenário fortemente influenciado pelas regras institucionais e pelas políticas de saúde. A política de humanização (PNH) é uma destas políticas do setor saúde que vem sendo muito debatida e que tem gerado propostas e iniciativas de reorganização dos serviços, sendo motivadora deste estudo.

No debate acerca do processo de trabalho e do processo de trabalho em saúde, um aspecto gerador de reflexões é o tema da organização do trabalho. Este pode ser entendido como relacionado com as atividades dos trabalhadores, com as relações de trabalho com os seus pares e com a hierarquia. Sofre interferências das estruturas macro-econômicas e organizacionais, assim como do modo de gestão empreendido pela instituição (GELBCKE, 2002). A organização do trabalho é a forma como os trabalhadores dispõem o seu trabalho e orientam suas ações, baseadas em princípios, normas ou diretrizes.

Para Pires, Gelbcke e Matos (2004), a organização do trabalho não se resume apenas a forma como o trabalho é ordenado, desenvolvido ou mesmo dirigido, abrange hierarquia e relações de poder. Portanto, repensar a forma de organização do trabalho significa refletir também sobre o modelo implementado na instituição, sobre a totalidade do contexto e sua inserção social.

Observa-se na organização hegemônica do trabalho assistencial em saúde que as ações ainda são compartimentalizadas, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, faltam espaços conjuntos de avaliação da assistência prestada e dos resultados. A organização dos serviços segue a lógica das especialidades, sendo portanto, fragmentada. Os médicos, dominam o processo de trabalho em saúde e delegam campos de atividades à maioria dos profissionais de saúde (PIRES, 2000).

Mais recentemente no Brasil, a partir dos anos 90, estudos como o de Pires (2008) e de Matos (2001) mostram iniciativas que apontam para um trabalho mais colaborativo entre a

equipe de saúde que poderia contribuir para uma maior aproximação com a perspectiva da integralidade da atenção, como é o caso do agir/cuidar na perspectiva interdisciplinar destacado por Matos.

No que diz respeito à organização e divisão do trabalho da enfermagem, identificam-se dois modelos: o dos cuidados integrais que sinaliza para uma perspectiva mais cooperativa e o modelo dos cuidados funcionais que é orientado pela lógica da divisão taylorista do trabalho. Organização do trabalho implica em relações entre os profissionais de enfermagem; nas suas relações com os usuários do serviço de saúde, com os outros profissionais de saúde; com as facilidades e dificuldades provocadas pela estrutura organizacional; com as relações hierárquicas; com o conhecimento e as tecnologias disponíveis em saúde e na enfermagem; com a divisão de trabalho; com o modelo de gestão da instituição e da própria enfermagem e, também, as relações estabelecidas com as demais instituições que fazem parte do sistema de saúde (MATOS; PIRES, 2002).

Na organização do trabalho, na Enfermagem Brasileira, predomina a fragmentação do trabalho e o parcelamento de tarefas sob o controle gerencial dos/as Enfermeiros/as. Esse modelo, de um lado é fruto da influência dos modelos gerenciais e administrativos dominantes na sociedade, os quais exercem influência na organização do trabalho nas instituições de saúde. De outro lado, a organização do trabalho da enfermagem é produto da concepção política majoritária da categoria (PIRES, 1999).

Atualmente, no Brasil, dispomos de duas opções de organização do trabalho no sistema de saúde, com propostas, conceitos e forma diferenciada, a saúde de caráter público e a de caráter privado. A de caráter público surgiu a partir de movimentos sociais e a privada está ancorada no modelo clínico e sua atenção está voltada para o processo saúde-doença., Consideramos, neste contexto, o conceito de instituição de saúde definido por Capella como sendo:

Um espaço social formal, isto é materialmente definido, onde se estabelecem relações de diferentes ordens, porém determinadas principalmente pelas relações sociais de produção de um trabalho dirigido a um outro homem – o sujeito hospitalizado. Portanto, a produção social não se dá em cima de algo material, o trabalho a ser desenvolvido envolve um outro homem, com tudo que o conceito de homem contempla (Capella, 1998, p. 166).

Nos últimos anos, verifica-se nos hospitais privados, uma tendência de inverter o sentido da estrutura identificada com as empresas verticais para um modelo de organização que envolve redes assistenciais com terceirização de parte do trabalho assistencial. Nos hospitais públicos a terceirização é menos visível devido à política vigente de garantia pelo

Estado de assistência integral e universal a toda população em todos os níveis de complexidade (PIRES, 2008a).

Moreira (2004) afirma que quando se analisa o processo de trabalho em saúde, várias questões necessitam ser retomadas, dentre elas as transformações que vem ocorrendo no setor saúde e suas interferências nas instituições que prestam atendimento a população, pois, conseqüentemente, os processos de trabalho também sofrem alterações. O autor considera também, que o aparato tecnológico que as instituições vêm incorporando são fatores determinantes de novas modalidades de processos de trabalho.

Neste estudo tratamos o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco como uma mudança no processo de trabalho que tenta romper com a assistência em saúde centrada no médico, onde é estimulada a participação e maior valorização da equipe de saúde como um todo. Essa proposta tem forte protagonismo da profissão de enfermagem, especialmente do trabalho de enfermeiros e enfermeiras.

A enfermagem é uma profissão da saúde exercida por uma equipe que tem competências definidas em lei e que desenvolve um trabalho que tem relevância social e é essencial para a vida humana. As práticas do cuidado desenvolvidas junto a indivíduos e famílias, pela enfermagem, são fundamentadas por conhecimentos específicos e orientam-se por padrões éticos (NAZÁRIO, 1999; PIRES, 1999).

Esse trabalho é realizado por uma equipe formada pelo enfermeiro (formação de nível superior), técnico em enfermagem (formação técnica de nível médio), auxiliar de enfermagem (formação específica requerendo formação de nível fundamental).

O trabalho desenvolvido pela enfermagem, como profissão que participa do trabalho coletivo em saúde, combina 3 dimensões básicas: o cuidado direto na perspectiva da integralidade dos sujeitos com carências de atenção profissional de enfermagem; a administração da assistência de enfermagem e do espaço assistencial e a educação em saúde/produção do conhecimento/formação profissional.

O cuidado, dimensão identificadora da profissão, é realizado a partir de necessidades de saúde concretas ou potenciais. Caracterizado pela sua especialização profissional, pela capacidade de formulação de problemas, pela sua comunicabilidade como objeto epistemológico, predictibilidade na intervenção de cuidado terapêutico, por ter técnica e arte em sua realização. O gerenciamento é o trabalho preferencialmente proposto para o profissional enfermeiro no sistema de saúde, engloba a organização do espaço terapêutico, desenvolvendo condições para a realização do cuidado, distribuição e controle do trabalho da equipe de enfermagem e o treinamento e reciclagem da equipe de enfermagem.

(LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS; 2001). Enquanto que a educação abrange a educação em saúde oferecida aos usuários e familiares sobre o processo de cuidado. Portanto, o cuidado na enfermagem deve ser entendido como objeto epistemológico em relação ao qual o conhecimento da profissão é desenvolvido.

4 METODOLOGIA

A metodologia ou caminho metodológico, significa os passos dados durante a busca

das respostas em questão no estudo, é a direção da pesquisa, utilizando métodos, técnicas e procedimentos para alcançar os objetivos propostos.

Minayo (1998) nos ensina que metodologia é o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade, ocupando lugar central no interior das teorias sociais, pois faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria. Inclui as concepções teóricas de abordagem, o instrumental que possibilita a compreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.

Conforme adverte Minayo (1998), os métodos e técnicas de preparação do objeto de estudo, de coleta e análise dos dados obtidos ajudam o pesquisador, de um lado a ter uma visão crítica de seu trabalho e, de outro, de agir com instrumentos que lhe indicam elaborações mais objetivadas.

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa.

Minayo ressalta, que os dados qualitativos são importantes na construção do conhecimento e eles podem permitir também o início de uma teoria ou a sua reformulação, além, de refocalizar ou clarificar abordagens já consolidadas sem que seja necessária a comprovação formal quantitativa (MINAYO, 1998).

A mesma autora afirma ainda, que a pesquisa qualitativa é relevante para compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos; para compreender as relações que se dão entre atores sociais, tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; para avaliação das políticas públicas e sociais do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina, estando, portanto este estudo incluído neste contexto (MINAYO, 1998).

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador reconhece que a sua relação com o objeto de estudo é ressaltada pela intersubjetividade, identificando que os sujeitos pesquisados possuem experiência e saberes importantes para a produção daquele conhecimento (FORTIN, 1999).

Para se realizar a investigação qualitativa é necessário a presença de atitudes como abertura, flexibilidade, capacidade de observação e interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos. Os instrumentos adotados para este tipo de investigação devem ser facilmente corrigidos e readaptados durante o trabalho de campo e devem ser,

também previamente planejados de acordo com a finalidade da pesquisa. Portanto, a pesquisa qualitativa requer uma interação entre o pesquisador e os sujeitos (MINAYO, 2000).

O desenho da investigação exploratória para Gil (1999), tem a finalidade de esclarecer e reformular conceitos e idéias auxiliando em estudos posteriores. Por isso, são muito utilizadas nas investigações sociais, auxiliam na tomada de decisões, resolução de problemas e criação de propostas concretas em programas institucionais e serviços.

Ainda para o mesmo autor, a investigação descritiva é aquela que estuda a característica de um grupo social, incluindo o levantamento de opiniões, atitudes e crenças de determinada população (GIL, 1999).

4.2 Contexto da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Emergência Adulto, de um hospital geral, público, de ensino, localizado na capital de um estado da Região Sul do Brasil, sendo referência para sua área de abrangência.

Este hospital foi fundado em 1980 e possui, atualmente, 271 leitos, nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Tratamento Dialítico, Terapia Intensiva, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia. Possui ainda, um serviço de Emergência Adulto e um Infantil, Ambulatório, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno e Centro de Esterilização. A única forma de atendimento é via Sistema Único de Saúde.

Conforme o Relatório de Estatística desse hospital, no ano de 2007, foram realizadas 9.603 internações e 3.226 procedimentos cirúrgicos. A taxa de ocupação geral teve uma média de 70% e a média de permanência foi de 7 dias. Do total de internações 3.52% evoluíram para o óbito (BOLETIM INFORMATIVO, 2007).

Dentro desta realidade institucional, encontra-se o Setor de Emergência Adulto, fica localizado no andar térreo. Atende cerca de 300 a 350 pacientes/dia, principalmente, casos clínicos e em menor proporção os casos cirúrgicos, por não dispor de neurocirurgia e ortopedia.

A Emergência Adulto possui 13 leitos, sendo um de isolamento, mas permanecem em média 25 a 30 pacientes internados, aguardando disponibilização de leitos nas demais clínicas do hospital ou em outra unidade hospitalar ou ainda em estabilização do quadro clínico⁵.

Para atender a demanda que chega à Unidade de Emergência, a estrutura física é composta funcionalmente por :

Área verde - Recepção: um guichê com um técnico administrativo, sistema informatizado, sala de espera com cadeiras e dois banheiros, sendo um masculino e um feminino, uma sala do serviço social, um consultório para classificação de risco (ainda sem funcionamento) e dois consultórios médicos, um guichê para o acolhimento com acadêmicas em enfermagem, uma sala de medicação com oito cadeiras verdes (ainda sem funcionamento).

Área laranja – conta com dois consultórios para clínica médica , uma sala de medicação com oito poltronas e um banheiro para pacientes, um posto de enfermagem.

Área vermelha- um consultório para clínica médica, um consultório para clínica cirúrgica, uma sala cirúrgica com área para lavagem das mãos, uma sala de procedimentos.

Área roxa – sala de reanimação

O setor conta ainda com um almoxarifado, uma sala de materiais, um quarto de isolamento com banheiro e ante-sala com pia para lavagem das mãos, um repouso de pacientes com 12 leitos e um posto de enfermagem, três banheiros para pacientes, uma rouparia, um raio X, um expurgo, uma copa para pacientes, uma copa para funcionários, um banheiro para funcionários, dois quartos de repouso para enfermagem com banheiro, três quartos de repouso médico com banheiro, uma sala de chefia de enfermagem, uma sala de chefia médica, uma sala de passagem de plantão.

O serviço de Emergência Adulto conta com uma equipe de atendimento formada por 35 médicos clínicos e cirurgiões, 10 enfermeiros, 42 técnicos e auxiliares de enfermagem, 2 assistentes sociais, nutricionistas, acadêmicos de enfermagem (bolsistas), assistentes administrativos, seguranças, copeiras, auxiliares de limpeza. Passam por este setor, em caráter de rodízio, médicos residentes, acadêmicos de enfermagem e medicina e estagiários do curso técnico de enfermagem.

⁵ Quando todos os 13 leitos do Setor Emergência já estão ocupados, os demais pacientes internados são acomodados em macas nos corredores ou poltronas na sala de medicação.

O encaminhamento de casos que necessitam avaliação de outras especialidades se dá através de solicitação de parecer.

A presente pesquisa foi desenvolvida logo após o setor de Emergência Adulto ter passado por uma reforma da área física, com reestruturação dos espaços, aquisição de novos mobiliários, aparelhos e proposta de mudança no processo de trabalho, principalmente da Enfermagem. Porém, a expectativa de implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco proposto, não havia se efetivado até o momento do estudo, pela falta de contratação de pessoal para realizar esta nova atividade.

4.3 População de estudo e coleta dos dados

A coleta de dados na pesquisa qualitativa não é limitada. Exige uma estreita relação entre a coleta e a análise dos dados coletados, as informações são interpretadas e isso pode exigir nova busca de dados e análise (TRIVIÑOS, 1990).

A coleta de dados se configura como estratégia utilizada pelo pesquisador para obter as informações necessárias, de acordo com o que foi proposto para o estudo, incluindo sensibilidade de ouvir, criatividade para direcionamento e aprofundamento do tema, tendo como fator preponderante a ética e humanização do ser humano (CARDOSO, 1977).

Cardoso (1997, p.27) refere a elaboração do conhecimento como um processo a ser construído a partir de outros conhecimentos e o relaciona com a visão através do feixe de luz:

O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e da incidência de muitos feixes de luz, multiplicando os pontos de vistas diferentes. A incidência de um único feixe de luz não é suficiente para iluminar um objeto. O resultado dessa experiência só pode ser incompleto e imperfeito, dependendo da perspectiva em que a luz é irradiada e da sua intensidade. A incidência a partir de outros pontos de vista e de outras intensidades luminosas vai dando formas mais definidas ao objeto, vai construindo um objeto que lhe é próprio. A utilização de outras fontes luminosas poderá formar um objeto inteiramente diverso, ou indicar dimensão inteiramente nova ao objeto.

Minayo (1998) nos orienta que em relação a amostragem na pesquisa qualitativa, devemos: privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o pesquisador pretende conhecer; considerar na amostra um número suficiente para permitir reincidência das informações, sem desprezar informações ímpares relevantes para o estudo; diversificar o conjunto de informantes possibilitando a apreensão de semelhanças e diferenças; escolher o grupo de informações que contenha a experiência e expressão que se pretende objetivar com o estudo.

quais se trabalha, expressem suas ansiedades e dificuldades, conhecimentos e motivações. Conseqüentemente, é possível refletir acerca das condutas de cada um no trabalho e reorientá-las, se necessário. Neste sentido, foi uma técnica válida para o objetivo geral deste estudo, contribuindo para dar maior elementos ao pesquisador no processo de conhecimento da percepção dos enfermeiros do Serviço de Emergência Adulto de um Hospital de Ensino acerca das potencialidades e dificuldades para a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco conforme proposto pela PNH do MS.

Planejamento dos encontros:

1º encontro

Objetivos

a) Resgatar a sensibilização feita pelo MS quanto a Política Nacional de Humanização;

b) Socializar com os demais participantes o resultado do levantamento feito dos problemas de saúde mais comumente atendidos na Emergência Adulto do Hospital e priorizar os 10 mais freqüentes para a adaptação do protocolo de classificação de risco proposto pelo MS;

c) Distribuir para cada participante, de acordo com sua afinidade, os problemas de saúde a serem pesquisados e analisados com base no protocolo de atenção relativos aos mesmos elaborado pelo MS.

Metodologia

Como o grupo já se conhecia e trabalhava junto, a técnica de apresentação utilizada (Dinâmica do Chocolate) teve como objetivo aprofundar este conhecimento e também quebrar o gelo inicial que se instala em encontros dessa natureza.

A dinâmica do chocolate consiste em fornecer aos participantes diversos tipos de chocolates previamente preparados. Nos chocolates estava escrita uma frase apontando uma qualidade pessoal marcante de cada um dos participantes. Foi oferecido um chocolate para cada um dos presentes, estes leram a mensagem e identificaram o(a) colega que caracterizava aquela qualidade, justificando a escolha e oferecendo o chocolate para este enfermeiro (a). Os chocolates foram oferecidos para consumo.

Após a dinâmica foi explicado ao grupo o objetivo do encontro e foram feitos os acertos para a realização dos próximos encontros.

2º encontro

Objetivo

Socializar com todos os participantes, os resultados obtidos no estudo e compatibilizar a adaptação do protocolo relativo ao problema de saúde que ficou sob sua responsabilidade, buscando criar coletivamente um protocolo a ser utilizado no serviço.

Metodologia:

Utilizando o *datashow* o pesquisador apresentou no *PowerPoint* o protocolo de classificação de risco adaptado pelos participantes buscando formular uma produção coletiva. Foi discutido cada item, ouvidas e registradas sugestões de alterações e críticas.

3º encontro

Objetivo

Articular, a partir da reflexão realizada, a “versão preliminar de um protocolo de atenção” aos 10 problemas de maior incidência no serviço estudado.

Metodologia

Foi entregue cópia do protocolo formulado a todos os participantes para leitura final, após inclusão das sugestões feitas no encontro anterior.

4.3.2 Segundo momento da pesquisa

O segundo momento da pesquisa constou da realização de entrevistas semi-estruturadas com 8 enfermeiros da EMG (88,88% do total), com o objetivo de conhecer sua percepção quanto as potencialidades e fragilidades envolvidas na implantação do sistema de AACR na EMG. As entrevistas começaram pelo esclarecimento acerca do interesse da pesquisa resgatando os objetivos da mesma, o papel da pesquisadora e as possíveis contribuições ao serviço. Foi esclarecido que seria mantido o anonimato e buscou-se manter um clima de descontração para o bom andamento da entrevista. Foi seguido um roteiro com o objetivo de direcionar o assunto para sua finalidade (APÊNDICE 2). Os critérios para inclusão na amostra foram: ser enfermeiro(a), trabalhar no setor de EMG da instituição em estudo há pelo menos um ano e aceitar participar da pesquisa.

A entrevista semi-estruturada parte de tópicos relacionados ao tema da pesquisa, progride à medida que o entrevistado e o entrevistador interagem, é aprofundada de acordo com a oportunidade e direcionamento do assunto abordado. O pesquisador poderá utilizar sua

perspicácia e habilidade para conduzir o roteiro avaliando a necessidade de incluir adaptações ou alterá-lo de acordo com a progressão do diálogo. Neste molde de entrevista o pesquisador busca saber o que acontece e como acontece, a partir da conversação, descrições e informações que são apreendidas em processo (TRENTINI, PAIM, 2004).

4.4 – Análise e interpretação dos dados

Os grupos de reflexão, realizados com os enfermeiros, foram úteis para aprofundar as informações do coletivo acerca do protocolo de classificação de risco referente aos agravos de saúde mais freqüentes, assim como a de sua utilização e eficácia.

Para analisar os dados obtidos com as entrevistas semi-estruturadas foi utilizada a análise de conteúdo que, segundo Bardin (1977), é um conjunto de técnicas de análise que tem como objetivo obter por procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição dos conteúdos das mensagens coletadas.

De acordo com o preconizado por este método, após a familiarização com os dados obtidos na entrevista semi-estruturada, foi realizada a pré-análise dos dados que consiste na organização dos dados propriamente dita e tem como objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais. Após esta etapa, os dados coletados foram profundamente explorados. Esta é a fase mais longa e diz respeito a operação de codificação dos mesmos, que foi realizada baseada no referencial teórico e nos dados coletados. Estas unidades foram, então, divididas, organizadas e agrupadas, conforme seu gênero (por analogia), constituindo os diferentes conjuntos nomeados com algum título genérico, chamados de categorias, que expressam os significados dos elementos organizados (BARDIN, 1977; WALTRICK, 2007).

Processadas estas fases, foram compostas as seguintes categorias: as concepções dos enfermeiros do setor de Emergência Adulto acerca de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco; expectativas de mudanças com a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco; o protocolo de classificação de risco como instrumento de trabalho; dificuldades e facilidades para implantação do AACR; acolhimento com acadêmicas de enfermagem.

Após a formulação das categorias de análise e escolhidas as falas dos enfermeiros mais representativas, foi efetuada uma interpretação inferencial que se baseou na experiência profissional do pesquisador, na vivência e na literatura estudada. Ao final de todo o processo, os dados foram analisados e interpretados transformando-os em dados significativos para o estudo proposto .

4.5 Aspectos Éticos

Esta pesquisa respeitou todas as regras para assegurar a proteção de direitos ao ser humano, foi mantido o sigilo e o anonimato do entrevistado; o pesquisado teve liberdade para desistir da participação da pesquisa quando julgasse necessário; foi obtido o consentimento livre e informado (APÊNDICE 3); o projeto foi apresentado à direção do hospital pesquisado sendo obtido a autorização para realização da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o protocolo nº084/08.

Para respeitar o anonimato, foi utilizada a abreviação enf. com numeração, para representar a fala dos enfermeiros.

Foram respeitados todos os preceitos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Afirmo, ainda, que foi mantida uma consciência crítica voltada para o respeito da dignidade e integralidade das pessoas que me relacionei no decorrer deste estudo.

Em possíveis publicações futuras utilizando o resultado desta pesquisa será mantido em sigilo o nome da instituição a qual foi desenvolvida a pesquisa, assim como os nomes dos pesquisados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo está organizado seguindo a Resolução 001/PEN/2008 de 10 de julho de 2008, que dispõe sobre a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem (anexo 1) e prevê a possibilidade de apresentação dos resultados da dissertação na forma de 2 artigos científicos.

Assim, neste capítulo constam os artigos intitulados “Reflexão acerca da implantação de um protocolo de classificação de risco no serviço de emergência” e “Classificação de risco em emergência – um desafio para os enfermeiros” os quais organizam e analisam os dados obtidos em todo o processo de pesquisa, incluindo os dados das duas primeiras etapas da pesquisa (processo de aproximação do investigador com o local de estudo e com a temática de investigação) e os dados obtidos na terceira etapa desenhada como pesquisa empírica cujos dados foram coletados através de entrevistas com enfermeiros na Emergência estudada.

5.1 Artigo 1

Reflexão acerca da implantação de um protocolo de classificação de risco no serviço de emergência

Emergency room: reflection about implementation of a risk classification protocol

Reflexión sobre la implantación de un protocolo de clasificación de riesgo en el servicio de emergencia

Lícia Mara Brito Shiroma³, Denise Elvira Pires de Pires⁴, Kenya Schmidt Reibnitz⁵, Marisa Monticelli⁶

RESUMO: Relata uma prática educativa, que teve como objetivo promover uma reflexão com os enfermeiros do serviço de Emergência Adulto de um Hospital Universitário, a respeito do protocolo de classificação de risco, sugerido pelo Ministério da Saúde do Brasil, com vistas a adaptá-lo para ser utilizado no setor. A operacionalização deu-se através de grupos de reflexão. Inicialmente foi realizado um levantamento dos agravos de saúde mais comumente atendidos no setor, através da aplicação de um questionário a 20 profissionais da equipe de saúde. Os 10 agravos mais comuns foram selecionados para reflexão em grupo com os enfermeiros. Da reflexão coletiva resultou uma proposta de protocolo de classificação de risco, adaptado a realidade local, com vistas a promover melhorias na qualidade da assistência do serviço de Emergência. Conclui-se que a participação e a reflexão dos trabalhadores envolvidos em processos de mudanças organizacionais são fundamentais para adesão dos mesmos.

Descritores: classificação; triagem; enfermagem em emergência; serviços médicos de emergência.

ABSTRACT: This article describes an educational practice in a University Hospital, which aims to promote a reflection with the nursing staff of the Emergency Room about the Risk Classification Protocol, suggested by the Brazilian Health Ministry. This effort aims to make adaptations in this protocol required to be implemented in the Emergency Room of that Hospital. The methodology adopted was the reflection groups. Initially, the most frequent health problems seen and treated in the Emergency Room were identified through a standard questionnaire applied to 20 members of the staff. The ten most frequent health problems were

³Enfermeira. Chefe de Enfermagem da Emergência Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, mestranda em enfermagem. Membro do Grupo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem (PRÁXIS). Contato: lbshiroma@yahoo.com.br. (48) 3234-5282. End: R. João Pio Duarte Silva nº 1070 apto: 502-D. Córrego Grande. Florianópolis-SC. CEP: 88037-001.

⁴Enfermeira. Professora do Departamento e da Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, Coordenadora de Pesquisa e Produção Científica do Departamento e Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Doutora em Ciências Sociais/UNICAMP. Pós-Doutorado na University of Amsterdam-Holanda. Membro do PRÁXIS. piresdp@yahoo.com. (48)3721-9480.

⁵Enfermeira. Professora do Departamento e da Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, vice-diretora do Centro de Ciências da Saúde da UFSC, Doutorado em Enfermagem pela UFSC. Membro do grupo EDEN (Pesquisa em Educação, Saúde e Enfermagem), avaliadora do INEP. kenya@nfr.ufsc.br. (48)3721-5139

⁶Enfermeira. Professora do Departamento e da Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Membro do GRUPESMUR (Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Área de Saúde da Mulher e do Recém-Nascido). marisa@nfr.ufsc.br. (48)3721-9480

selected for a group reflection. From this reflective practice and discussion result a proposal of Classification Protocol, adapted to hospital routine, to promote a better quality of assistance in Emergency Room. We conclude that the participation of workers in the discussion of organizational changes in the hospital is crucial to achieve their commitment to them.

Keywords: classification; triage; emergency nursing; emergency medical services.

RESUMEN: En el presente estudio se hace el relato de una práctica educativa, cuyo objetivo fue el de realizar una reflexión con los enfermeros del sector de la Urgencias en relación al protocolo de clasificación de riesgo propuesto por el Ministerio de la Salud do Brasil, con el objetivo de adaptarlo para ser utilizado en el sector de Urgencias de Adultos de un Hospital Universitario. La ejecución de la práctica se realizó a través de grupos de reflexión. Inicialmente se realizó una recopilación de los agravios de salud que son más comúnmente atendidos en el sector de Urgencias para Adultos del Hospital estudiado. Esa recopilación se hizo por medio de una entrevista parcialmente estructurada con veinte profesionales del equipo de salud. Los 10 agravios más comúnmente atendidos fueron seleccionados e discutidos en equipo y formulada una propuesta buscando adaptar a nuestra realidad, un protocolo de clasificación a ser utilizado en el servicio y promocionar una mejoría en la calidad del servicio. Se concluye que la participación y reflexión de los trabajadores involucrados en el proceso de cambios organizacionales es fundamental para la adhesión de los mismos.

Palabras-clave: clasificación; riesgo; enfermería de urgencia; servicio medico de la urgencia.

INTRODUÇÃO

A área de Urgência e Emergência¹ constitui-se um importante componente de assistência à saúde. Nos últimos anos, o aumento dos casos de violência urbana e acidentes automobilísticos tem causado um forte impacto sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Estes fatores têm levado à sobrecarga e desestruturação dos já sobrecarregados e complexos Serviços de Emergência, fazendo com que esta área assistencial seja uma das mais problemáticas do sistema de saúde brasileiro⁽¹⁾.

¹ Neste estudo utilizamos as nomenclaturas Urgência e Emergência como sinônimos nos referindo às unidades ou setores de atendimento de Emergência.

O Ministério da Saúde define:

Urgência: situação clínica onde há necessidade de assistência médica em curto prazo, porém, sem implicar em risco de morte imediato para o paciente.

Emergência: é a unidade destinada a assistência de doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato.

Pronto-atendimento: é a unidade destinada a prestar, dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde, assistência a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato (BRASIL, 1985).

Obs: atualmente utiliza-se o termo “risco de morte” ao invés de risco de vida.

O esgotamento das Emergências de hospitais públicos é algo facilmente visualizado, seja pelas longas e constantes esperas por atendimento, pelo grande número de pacientes internados em situações totalmente improvisadas, em macas ou cadeiras nos corredores, seja pela constante busca do usuário por atendimento no setor de Emergência para resolução de problemas de baixa complexidade, visto que a rede básica de saúde mostra-se fragilizada para atender o conjunto de necessidades de saúde da população prevista para atenção neste nível⁽²⁾.

A falta de definições políticas, a baixa resolutividade e qualidade dos serviços prestados, a dificuldade nas mudanças de hábitos e crenças da população, com forte determinação cultural, têm levado o usuário a buscar assistência de saúde nas instituições onde exista a porta aberta. Os Pronto-atendimentos e as Emergências hospitalares apresentam-se como os locais, com possibilidade e perfil, para atender às demandas de forma mais ágil e concentrada. Apesar de superlotadas, impessoais e atuando sobre a queixa principal, reúnem um somatório de recursos como consultas, medicamentos, procedimentos médicos e de enfermagem, exames laboratoriais e radiológicos e internações que não são encontrados facilmente nas unidades de atenção básica⁽³⁾.

O processo de trabalho em Emergências e Pronto-atendimentos está organizado com a finalidade de tratar a queixa principal, tendo como ação nuclear a consulta médica. A organização tecnológica do trabalho coloca o médico como detentor de poder, seguido da enfermeira, nos seus espaços de poder e autonomia, que é pouco exercida pelos demais agentes. O trabalho da enfermagem é fundamental, perpassando todos os espaços de atendimento e interligando as ações, mas se caracteriza como um trabalho auxiliar das atividades do pronto atendimento⁽⁴⁾.

A dificuldade de organização na atenção às urgências tem levado à adoção de estratégias assistenciais e elaboração de políticas públicas com o intuito de difundir conceitos, diretrizes e novas práticas, na tentativa de melhorar a sua eficácia.

Nos últimos anos verifica-se maior preocupação com a satisfação do usuário nos atendimentos em saúde, sendo a Emergência (EMG) um dos setores do hospital que também explicita esta preocupação. Vinculada à satisfação do usuário tem-se enfatizado debates sobre os temas humanização e acolhimento. A classificação de risco vem sendo difundida como sendo uma ferramenta eficaz que auxilia na organização e classificação dos usuários para atendimento no setor de Emergência.

O debate acerca de humanização e acolhimento no Serviço de Emergência do Hospital estudado emerge no ano de 2005, quando da proposta de viabilização de um projeto de reforma e ampliação do setor. Nesta ocasião, quando se iniciava a elaboração da planta

física para as obras de reforma, a direção da instituição recebeu a visita de representantes do Ministério da Saúde (MS) que forneceram as orientações e exigências para a implantação das novas diretrizes de organização do serviço.

Visando incorporar a estratégia de atendimento do HumanizaSUS, a planta física da Emergência deste Hospital foi elaborada e reformada de modo a dar condições mínimas para a implantação deste projeto. Os profissionais que ali atuam foram incentivados a visitar instituições no Rio Grande do Sul que já implantavam o programa.

O interesse em desenvolver esta prática educativa teve origem na vivência atual no setor de EMG, quando do preparo para implantação da classificação de risco, pois teríamos que iniciar uma atividade totalmente nova, em que nenhum enfermeiro da equipe tinha vivência, sendo esta uma atividade com alto grau de importância e responsabilidade, pois iríamos selecionar a priorização dos atendimentos de acordo com o grau de risco.

Durante sensibilização com consultores do MS, sobre o HumanizaSUS, foi orientada a adaptação do protocolo de classificação de risco sugerido pelo MS, à realidade local, levando em consideração as características do serviço e os agravos mais comuns da população atendida.

Acreditando que criar um espaço para discussão, juntamente com os demais enfermeiros, fosse fundamental para subsidiar a adaptação de um protocolo de classificação de risco, conforme requerido pela proposta de reorganização do trabalho no Serviço de Emergência, em consonância com as diretrizes da PNH, e que este processo de reflexão pudesse contribuir na instrumentalização dos(as) enfermeiros(as) para a realização desta nova atividade, é que se fundamentou esta proposta.

Para operacionalizar a proposta de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) foi criado e sugerido, pelo Ministério da Saúde brasileiro, um fluxograma de atendimento para os setores de Emergência. Neste contexto, o serviço é dividido em **EMERGÊNCIA** (área roxa, área vermelha e área laranja) e **PRONTO ATENDIMENTO** (área verde)².

A especificidade do serviço prestado em cada uma destas áreas é definida conforme segue:

² Em alguns serviços as cores são modificadas ou não é utilizada a cor roxa, ficando a área vermelha responsável pela ressuscitação, assistência de pacientes críticos e semi-críticos.

EMERGÊNCIA: **Área roxa / nível 1: ressuscitação** - área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação, ressuscitação e estabilização das Urgências/Emergências clínicas e traumáticas (prioridade zero – necessidade de atendimento imediato). **Área vermelha / nível 2:** destinada ao recebimento, avaliação e assistência de pacientes críticos e semi-críticos (prioridade 1– atendimento em no máximo 10’). **Área laranja / nível 3:** área destinada a pacientes não críticos (prioridade 2 – atendimento em 60’).

PRONTO ATENDIMENTO: **Área verde / nível 4:** área destinada ao atendimento de consultas de baixa complexidade (prioridade 3 – atendimento de acordo com horário de chegada)⁽⁵⁾.

Na tentativa de reestruturar o setor de Emergência, o Ministério da Saúde propôs o AACR. Trata-se de um processo dinâmico que visa identificar o usuário que necessita ser atendido primeiro, sendo ordenado conforme o grau de sofrimento, potencial de risco de vida ou agravos a saúde do usuário e não por ordem de chegada⁽⁶⁾.

No âmbito das Emergências o AACR configura-se como uma das ações potencialmente decisivas na reorganização e implementação da promoção de saúde em rede. Engloba os seguintes aspectos: ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e sem prejudicar a qualidade das ações; superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica interagindo profissionais de saúde e usuários; reconfigurar o trabalho médico integrando-o no trabalho da equipe; transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, aumentando a capacidade dos trabalhadores em distinguir e identificar riscos e agravos adequando a resposta satisfatória sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de sua categoria⁽⁵⁾.

O AACR tem como objetivos: avaliar o usuário logo na sua chegada humanizando o atendimento, descongestionar o serviço, reduzir o tempo para o atendimento médico, determinar a área do primeiro atendimento devendo o usuário ser encaminhado diretamente à especialidade necessária, informar o tempo de espera, retornar informações aos familiares⁽⁵⁾.

Pesquisa realizada neste mesmo serviço, sobre o conflito no processo de trabalho da equipe de EMG, constatou, na fala dos médicos, que uma influência negativa era a inexistência de classificação de risco. Estes profissionais consideram que esta ferramenta auxilia na organização e na agilidade do atendimento e possibilita uma resposta mais adequada às necessidades e cada indivíduo⁽⁷⁾.

OBJETIVO

Promover uma reflexão com os enfermeiros do Setor de Emergência Adulto a respeito do protocolo de classificação de risco, sugerido pelo Ministério da Saúde, com vistas a adaptá-lo para ser utilizado no serviço.

MÉTODOS

A prática educativa foi realizada no Serviço de Emergência Adulto de um hospital geral, público, de ensino, localizado em um município no sul do Brasil, que é referência para sua região de abrangência. A reflexão em grupo contou com a participação de todos os enfermeiros assistenciais (9), que trabalham no referido serviço. Esse processo foi precedido de uma coleta de informações sobre os agravos de saúde atendidos no serviço, com vistas a promover uma aproximação com a realidade cotidiana do trabalho. As informações foram coletadas através de questionário aplicado a 20 profissionais da equipe de saúde (8 enfermeiros, 6 médicos e 6 auxiliares/técnicos em enfermagem). Com base nos resultados do questionário foram selecionados os 10 agravos de saúde de maior ocorrência no Serviço de Emergência e posteriormente, foram realizados grupos de reflexão com os enfermeiros do referido serviço.

Os grupos de reflexão ocorreram em 3 encontros. Cada um deles teve duração média de duas horas e teve os objetivos previamente estabelecidos sendo, no entanto, flexíveis e ajustáveis às expectativas do grupo.

A experiência aqui relatada é parte do projeto de pesquisa Classificação de Risco em Serviço de Emergência no Contexto da Política Nacional de Humanização do SUS – Um Desafio para os Enfermeiros/as, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - UFSC (CEPSH), sob o processo nº 084/08 FR-193325.

Foram respeitados todos os preceitos dispostos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os enfermeiros foram convidados a participar dos encontros de reflexão. Os que aceitaram, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo solicitada autorização para fotografar e gravar em MP3. Os mesmos tiveram liberdade para desistir da prática educativa quando julgassem necessário, no entanto, não houve desistência. Para identificar as falas e garantir o anonimato foi utilizada a abreviação enf. e numerada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo os agravos de saúde mais atendidos, na visão dos profissionais de saúde da Emergência Adulto do Hospital em estudo

Os 10 problemas de saúde de maior ocorrência no serviço, pela ordem que foram citados são os que seguem: alterações respiratórias, alterações cardíacas, dor torácica, dor abdominal, alterações geniturinárias, dor de cabeça, alterações neurológicas, trauma, intoxicação exógena e hemorragia digestiva.

Refletindo sobre o protocolo de classificação de risco

Durante o primeiro encontro que teve como objetivos resgatar a sensibilização feita pelo MS quanto à Política Nacional de Humanização; e socializar o resultado do levantamento acerca dos problemas de saúde mais comumente atendidos, na Emergência Adulto do hospital em estudo, foi distribuído para cada participante, de acordo com sua afinidade, os problemas de saúde para serem pesquisados e analisados, com base no protocolo de atenção relativo aos mesmos, sugerido pelo MS.

Inicialmente socializou-se o resultado do levantamento sobre os problemas de saúde mais comumente atendidos na Emergência do hospital e discutiu-se acerca dos 10 agravos mais frequentes. A seguir foi dividido para cada participante, de acordo com sua afinidade, até dois problemas de saúde mais incidentes, para o estudo e pesquisa individual, com base na literatura e no protocolo de atenção relativo aos mesmos sendo acordado que o resultado do estudo seria trazido para discussão com o grupo no encontro seguinte.

Neste encontro os participantes manifestaram a necessidade de discutir mais profundamente os temas acolhimento e classificação de risco. Com isso, de forma espontânea, os(as) enfermeiros(as) foram dizendo o que entendiam como sendo humanização do atendimento, acolhimento e classificação de risco, surgindo as seguintes colocações:

“Humanizar a assistência é tratar a todos com dignidade”. (enf.2)

“Humanizar é tentar, dentro das nossas condições, fazer o melhor possível”. (enf.3)

“Humanização e acolhimento devem estar presentes em todos os momentos e em todas as atividades realizadas”. (enf.4)

“Acolher é saber ouvir o outro, é saber dar respostas adequadas e que satisfaçam suas necessidades”. (enf.1)

“Acolher não é só ter um espaço físico novo e aconchegante como o nosso, se não tivermos resolutividade, humanização no atendimento e trabalho em equipe, nada funciona”. (enf.5)

“Não adianta uma pessoa acolher bem, se o colega não fizer o mesmo, toda a equipe fica mal vista, todos têm que falar a mesma linguagem”. (enf.6)

Durante as reflexões e discussões observou-se que os enfermeiros ali presentes estavam também preocupados com vários fatores que envolviam não somente o ato da classificação de risco, que era o objeto da prática proposta, mas, também, com o acolhimento

como um todo, com a humanização e com todo o processo envolvido no atendimento, o que só é garantido se toda a equipe conhecer e falar a mesma linguagem.

No que diz respeito à classificação de risco surgiram as seguintes formulações:

“Classificação de risco seria selecionar quem necessita ser atendido primeiro de acordo com o risco de vida que apresenta”. (enf.7)

“Para realizar a classificação de risco é necessário ter experiência em Emergência, não dá pra colocar um Enfermeiro que acabou de chegar na Emergência para fazer a classificação, ele tem primeiro que conhecer o serviço, os riscos e os problemas de saúde atendidos”. (enf.8)

“Acho muito importante realizar a classificação de risco, mas é uma grande responsabilidade”. (enf.3)

“Se for necessário, devemos sim passar na frente quem necessitar ser atendido com maior rapidez”. (enf.2)

Observa-se nestes depoimentos o interesse dos enfermeiros e também a preocupação dos mesmos na nova atividade que estavam se preparando para realizar, assim como a preocupação em instrumentalizar-se o melhor possível. Sentiram o peso da responsabilidade que esta nova função estava lhes causando.

Nos últimos anos verificou-se avanços na assistência hospitalar pública, incluindo estratégias para o atendimento no Setor de Emergência, rede básica, investimento em equipamentos, desenvolvimento de novas tecnologias e melhorias na estrutura física e gestão. Entretanto, apesar de serem observadas melhorias, mesmo que discretamente, muito ainda se tem para investir na valorização dos usuários e trabalhadores das instituições de saúde. O acolhimento, a humanização, a classificação de risco são peças fundamentais deste “quebra-cabeça” que se chama serviço de saúde e quanto mais aprofunda-se o assunto mais percebe-se que muitas peças ainda necessitam ser encaixadas, constituindo-se em aspectos merecedores de muita reflexão⁽⁸⁾.

O segundo encontro teve como objetivo refletir, coletivamente, os resultados obtidos nos estudos individuais acerca da compatibilização do protocolo de atenção aos problemas de saúde escolhidos, buscando adaptar, coletivamente, um protocolo a ser utilizado no serviço.

Cada um dos 10 itens foi amplamente discutido e ajustado de acordo com as sugestões que iam sendo apresentadas pelo grupo. O agravo de saúde mais discutido foi o relacionado ao trauma, pois neste item existem muitas variações.

O terceiro encontro teve como objetivo dar continuidade à reflexão iniciada no encontro anterior, validando a versão preliminar de um protocolo de atenção aos 10

problemas de maior incidência na Emergência Adulto do Hospital e avaliar a prática educativa desenvolvida.

Foi distribuída aos participantes uma cópia do protocolo formulado. A leitura atenta, em grupo, provocou novo debate, em busca de refinamento, reforço e readequação do protocolo à realidade global do setor de Emergência.

Observou-se que no decorrer das atividades diárias, principalmente em um setor de atendimento de Emergência, é escasso o tempo que se disponibiliza para discussões da nossa prática, ou até mesmo das vivências e emoções enquanto profissionais da saúde, que lidam com seres humanos, com a vida e com a morte lado a lado. São raros até os momentos que se dispõe para pensar como são atendidos ou como deixa-se de atender determinado cliente ou, até mesmo, como interage-se com os seres humanos que procuram por este serviço. Por mais que relutamos contra isso, muitas vezes nos tornamos frios e, por que não, desnudos de humanidade.

Em momentos de reflexão, raros como estes, que muitas vezes nos esforçamos para não participar e até mesmo para não realizá-los, é que descobrimos o quão são importantes; muitas vezes nem tanto pelo que é produzido cientificamente, mas pelo efeito que produz sobre nossa forma de pensar e ver as coisas, pela oportunidade de rever os problemas e as soluções de modo coletivo e pelo bem-estar que proporciona a cada um dos participantes. Falar de si, do seu trabalho, ser ouvido, ouvir o outro, o que ele faz, discutir em conjunto, sugerir mudanças com o objetivo de gerar melhorias faz bem ao ser humano, ao ser profissional e, conseqüentemente, ao usuário e à instituição.

Esta reflexão com os enfermeiros do setor de Emergência trouxe não só maior aprofundamento em relação ao protocolo de classificação de risco, como também maior amadurecimento pessoal e grupal, despertando o interesse e o desejo em refletir, discutir e experienciar novos modelos de atenção e novas ferramentas para a prática. Abriu-se espaço para abordar assuntos nunca antes discutidos, momentos ímpares, quando foi deixado fluir sentimentos, assim como foi possível a livre expressão e discussão dos mesmos. Neste processo foi possível perceber a abertura dos enfermeiros às mudanças e novas opções de trabalho, assim como a preocupação com a melhoria do atendimento prestado.

CONCLUSÃO

Destaca-se a contribuição que a experiência relatada trouxe para o conhecimento acerca do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco de usuários em unidade de Emergência Adulto. A discussão conjunta, a troca de experiências, os relatos, a visão

diferenciada dos enfermeiros, todos foram elementos que enriqueceram o tema e proporcionaram uma visão mais ampla da realidade do cuidar em saúde neste cenário específico da realidade hospitalar.

Durante todo o processo de adaptação coletiva do protocolo de classificação de risco, observaram-se lacunas a serem preenchidas com maior discussão quanto ao acolhimento e humanização do atendimento. Nota-se que muito se tem a discutir sobre este assunto e que o mesmo deveria envolver toda a equipe de saúde.

De outro ângulo, contudo, o grupo pôde certificar-se que apenas a implantação da classificação de risco, como forma de atenção humanizada ao usuário do setor de Emergência Adulto, não garante a qualidade e nem a humanização do atendimento. Há necessidade de maior envolvimento, de mudanças mais profundas nas atitudes de toda a equipe, a fim de propiciar cuidado integral e humanizado. São necessárias mudanças profundas também em muitos pontos ainda frágeis do sistema de saúde, para que o mesmo funcione realmente como uma rede de atenção.

Esta e outras iniciativas e estratégias com o objetivo de organização e melhoria do atendimento prestado são apropriadas para a valorização do usuário e servidor da saúde. A valorização destas mudanças de atitudes ou de estratégias, assim como a reflexão sobre os seus benefícios contribuem para a prestação de um atendimento qualitativamente diferenciado.

Processos coletivos de reflexão são permeados por conceitos e valores, mas, ao mesmo tempo, são propícios para repensar criticamente e criativamente o próprio trabalho. Quando há diálogo, troca de vivências e experiências, há também reflexão, contribuindo para transformações dos sujeitos envolvidos.

Os encontros viabilizaram o reconhecimento mútuo dos enfermeiros participantes, fato que contribuiu para valorizar também as relações de socialização, importantes para a convivência estressante do dia-a-dia na Emergência.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Brasília; 2002. Série E. legislação de saúde.

2. Cecílio LCO. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: Merhy EE; Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo (SP): HUCITEC; 1997. p. 293.319.
3. Marques GQ; Lima MADS. Demanda de usuários a um serviço de pronto-atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Rev Lat Am enferm. 2007;15(1):13-9.
4. Marques GQ; Lima MADS. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. Rev. Esc. Enferm USP. 2008;42(1):41-47.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, Brasília; 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. QualiSUS: Política de qualificação de atenção à saúde. Brasília; 2004. Documento de trabalho.
7. Almeida PJS. O conflito no processo de trabalho da equipe de emergência [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 119p. 2002.
8. Beck CLC; Gonzales RMB; Denardin JM; Trindade LM; Lautert L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2007;16(3): 503-10.

Obs: Este artigo foi enviado para Revista da Escola de Enfermagem da USP, seção relato de experiência profissional, encontra-se em processo de avaliação.

5.2 Artigo 2

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA – UM DESAFIO PARA OS ENFERMEIROS

RISK CLASSIFICATION IN EMERGENCY ROOM – A CHALLENGE TO NURSES

Lícia Mara Brito Shiroma⁷; Denise Elvira Pires de Pires⁸

Resumo: Pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória, realizada na Emergência de um hospital público, com objetivo de identificar e analisar a visão de enfermeiros/as quanto ao Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no contexto da Política Nacional de Humanização/SUS. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas e mostraram que a AACR significa reorganização do serviço para atender o usuário, classificando suas necessidades conforme prioridade em emergência. Consideram AACR como instrumento de trabalho com potencial para qualificar a assistência, diminuir a demanda e a sobrecarga de trabalho, mas reforçam a importância da experiência profissional em emergência. Conclui que essa estratégia é positiva, mas insuficiente para qualificação da assistência, face à crescente complexidade da demanda, flutuação das equipes e problemas de organização dos serviços.

Palavras-chave: organização e administração; enfermagem; classificação; triagem; enfermagem em emergência.

Abstract: A qualitative, descriptive-exploring research has been set in an Emergency Room of a public hospital aiming to identify and analyze the view of the nurses about the User Embrace with Evaluation and Risk Classification (UEERC) within the context of Brazilian Politics concerned to SUS/Humanization. The data have been collected by semi-structured interviews and have shown that the UEERC means service reorganization to take care better the service users classifying their needs according to emergency priorities. The UEERC has been considered as a work instrument with potential to qualify emergency services, to decrease the demand and the work overload, but they strengthen the importance of the professional experience in Emergency Room. It was taken as conclusion that this strategy is positive, but it is not enough to qualify health care, due to the growing demand complexity, teams floating and service organizational problems.

Key-words: organization and management; nursing; classification; triage; emergency nursing.

⁷ Enfermeira. Chefe de Enfermagem da Emergência Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, mestre em enfermagem pela UFSC. Membro do Grupo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem (PRÁXIS). Autor correspondente. Contato: lbshiroma@yahoo.com.br. (48) 3234-5282. End: R. João Pio Duarte Silva nº 1070 apto: 502-D. Córrego Grande. Florianópolis-SC. CEP: 88037-001 (autor correspondente).

⁸ Enfermeira. Professora associada do Departamento e da Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Doutora em Ciências Sociais/UNICAMP. Pós-Doutorado na University of Amsterdam-Holanda. Membro do PRÁXIS. piresdp@yahoo.com. (48)3721-9480.

LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO EN EMERGENCIA – UN DESAFÍO PARA LOS ENFERMEROS

RESUMEN: Investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, realizada en la Emergencia de un hospital público, con el objetivo de identificar y analizar la percepción de los enfermeros y enfermeras en relación a la Atención con Evaluación y Clasificación del Riesgo (AACR), en el contexto de la Política Nacional de Humanización/SUS. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas parcialmente elaboradas, y ellos mostraron que la AACR significa reorganización del servicio para atender al usuario clasificando sus necesidades según sea la prioridad en la Emergencia. Los entrevistados consideraron la AACR un instrumento de trabajo con potencial para clasificar la atención, disminuir la demanda y la sobrecarga de trabajo. Sin embargo, reforzaron la importancia de la experiencia profesional en la Emergencia. Se concluye que esa estrategia es positiva pero insuficiente para la clasificación de la asistencia, dada la creciente complejidad de la demanda, la fluctuación de los equipos y los problemas en la organización de los servicios.

Palabras Clave: Organización y administración; enfermería; clasificación; triaje; enfermería en emergencia

1 Introdução

Os Serviços de Emergência, destacam-se no contexto de rede de atenção a saúde institucionalizada, no Brasil e no mundo. Constituem-se em importante recurso para salvar vidas e são reconhecidos pela população por sua agilidade e presteza em responder a situações de desconforto, dor ou sofrimento. São também alvo de muitas críticas, tanto da parte dos usuários quanto dos profissionais que atuam nestes serviços, além de estudiosos e gestores do trabalho em saúde.

Grande demanda de usuários atendidos, ultrapassando os limites da capacidade instalada, imprevisibilidade desses atendimentos, espaço físico reduzido para comportar o grande número de internados, falta de classificação de risco que priorize o atendimento pelo nível de gravidade, dentre outros fatores, faz de Emergências (EMG), com estas características, locais com extrema dificuldade de organização do trabalho.

A busca indevida pelos serviços de EMG mobiliza desnecessariamente recursos humanos e materiais especializados, reforça a desvalorização da ação preventiva e soluciona, paliativamente, os problemas de saúde da população, acarretando um agravamento tanto das condições de trabalho nestes serviços como da qualidade da atenção prestada⁽¹⁾.

No Serviço de Emergência do hospital estudado são atendidos usuários que procuram a instituição por conta própria ou são trazidos por familiares, bombeiros, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), polícia militar, encaminhados pelas unidades básicas de saúde, ambulatorios e outros.

Estudo realizado em 1991 na EMG de clínica médica deste serviço, fez uma comparação entre a avaliação de gravidade na visão do usuário e do médico. Os usuários consideraram-se em situação de emergência em 16,6% dos casos, enquanto os médicos o fizeram em apenas 2,6% dos casos. Os usuários relataram 117 motivos para a não procura por um serviço ambulatorial, dentre elas: rapidez no atendimento na EMG, funcionamento 24 horas, confiança nos profissionais, desconhecimento do atendimento da rede básica, preferência pelo atendimento na EMG, ausência de médicos na rede básica⁽²⁾.

Dados estatísticos da instituição em estudo revelam que nos últimos 6 anos, houve decréscimo no número de atendimentos no Setor de EMG. No ano 2000, foram atendidos cerca de 119.000 usuários e em 2006 o total de atendimentos foi em torno de 94.000. Esta redução se deve, provavelmente, a ampliação de atendimentos da rede básica com a implantação do PSF (Programa de Saúde da Família) e a abertura de novos pronto-atendimentos na região⁽³⁾.

Os dados acusam, ainda, acréscimo no número de pacientes internados neste mesmo setor, sendo constatado, também, maior número de internações de casos considerados de maior gravidade. Cabe esclarecer que há subnotificação do número de internações, neste serviço somente são registrados no sistema informatizado 13 internações, que correspondem ao número formal de leitos existentes. Os demais leitos são considerados “virtuais”. Estes correspondem a macas ou cadeiras que ficam nos corredores e onde são internados os usuários para os quais não se dispõe de leito hospitalar. Considerando os leitos reais e os “virtuais”, os registros de enfermagem do Setor de EMG acusam uma média de 25 a 30 usuários internados/dia. A análise dos dados nos leva a considerar a carência de leitos para internação⁽³⁾.

De 1980 até julho/2007 o atendimento dos usuários neste serviço, acontecia obedecendo ordem de chegada, excetuando as situações declaradas de Urgência/Emergência, visualmente identificáveis e os casos gerenciados pelos serviços de socorro médico como, por exemplo, bombeiros, SAMU que via de regra,

fazem contato prévio. Nas demais situações, quem recebia o usuário na EMG era um assistente administrativo.

No dia-a-dia esta situação proporcionava insatisfação dos usuários e equipe, ocorrendo em alguns casos, distorções, como a supervalorização ou desvalorização da queixa e/ou sintomas ocasionando esperas indevidas e invertendo prioridades no atendimento.

Visando incorporar a estratégia de atendimento do HumanizaSUS, no primeiro semestre de 2007 a planta física da EMG foi reformada com aumento do número de leitos, reestruturação dos espaços, aquisição de novos equipamentos e mobiliários. Os profissionais visitaram instituições que já implantaram o programa de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) e foi promovida uma sensibilização da equipe, acerca do tema, com consultores do Ministério da Saúde (MS).

Desde julho de 2007, foi implantado o “acolhimento”, realizado por acadêmicas de enfermagem. Na recepção da EMG, as bolsistas conversam com os usuários que chegam, verificam sinais vitais, quando julgam necessário, e buscam ajuda da enfermeira de plantão quando detectam alterações que justifiquem a prioridade no seu atendimento. Até o momento a implantação do AACR não foi completamente concretizada pelo número insuficiente de profissionais enfermeiros para realizar esta nova atividade.

Na análise do referido Serviço de EMG observa-se o rápido esgotamento da estrutura física, assim como da equipe que ali atua. O serviço que existe há 27 anos, já passou por três ampliações sem que se tenha observado mudanças significativas na dinâmica de atendimento. Em relação à equipe de saúde que trabalha na EMG, observa-se uma alta rotatividade. Os profissionais, geralmente recém-formados, estão sempre buscando alternativas para sair do setor.

Atualmente no Brasil, tem se falado muito em satisfação do usuário e, conseqüentemente, os temas Humanização e Acolhimento têm sido bastante enfatizados.

A preocupação com a “Humanização” surgiu vinculada à saúde da mulher e humanização dos partos, sendo uma reivindicação dos movimentos sociais. No ano de 2000, o governo federal lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O PNHAH passou a ser Política Nacional de

Humanização (PNH) em 2004, com o desafio de viabilizar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁴⁾.

A temática do acolhimento nos serviços de saúde vem crescendo amplamente e cada vez mais o debate tem sido requalificado. O tema tem sido relacionado a recepção e acesso dos usuários, e muitas vezes está associado a organização do serviço ou até mesmo como estratégia operacional para reorganização da assistência⁽⁵⁾.

O AACR foi idealizado nesta perspectiva e proposto com o objetivo de qualificar e humanizar a assistência em emergência. Considerando-se a inserção dos enfermeiros no AACR e o protagonismo atribuído a estes profissionais na implementação da mesma foi desenhada a presente proposta que investigou: o que pensam os enfermeiros do setor de EMG adulto de um Hospital Universitário acerca da implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação Risco (AACR) no contexto da PNH do SUS? Definiu-se como objetivo conhecer, a partir da percepção dos enfermeiros, quais as potencialidades e dificuldades para a implantação do AACR na EMG de um Hospital Universitário.

2 A Política Nacional de Humanização e a Classificação de Risco em Serviço de Emergência

A nova Constituição Federal, aprovada em 1988, é vista como um marco na redemocratização do Brasil e como inovação no que diz respeito ao direito à saúde e a organização dos serviços. O capítulo constitucional dedicado à saúde retrata o resultado de todo o processo de debates acerca do tema desenvolvido ao longo dos mais de 15 anos que a antecederam. O artigo 196 cria o Sistema Único de Saúde e estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”⁽⁶⁾. Em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica 8.080 que instituiu o SUS, tendo sido complementada pela Lei 8.142⁽⁷⁾.

No âmbito do SUS, a organização de atenção às Urgências tem levado o sistema de saúde a adotar estratégias assistenciais e elaboração de políticas públicas com o intuito de difundir conceitos, diretrizes e novas práticas na tentativa de melhorar a eficácia de atenção às Urgências.

O AACR, proposto pela PNH, constitui-se uma destas estratégias que tem por objetivo reestruturar os serviços de EMG. Trata-se de um processo dinâmico que visa identificar o usuário que necessita ser atendido primeiro e ordenar o

atendimento conforme o grau de sofrimento, potencial de risco de morte ou de agravos a saúde e não por ordem de chegada⁽⁴⁾.

Segundo o documento base da PNH acolhimento, é definido como:

uma postura ética, um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento responsável e resolutivo, encaminhando quando for o caso o paciente e a família a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços garantindo o sucesso desses encaminhamentos.
(4)

O acolhimento é visto como processos intercessores que devem ser praticados por todos os trabalhadores em saúde com uma visão centrada no usuário. Enquanto estratégia, propõe inverter a lógica de organização e atendimento do serviço de saúde, na rede básica ou hospital, garantindo acessibilidade, reorganizando os processos de trabalho e deslocando o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional⁽⁷⁾.

Na saúde, o acolhimento é um arranjo tecnológico que tem como objetivo escutar todos os usuários, resolver os problemas de acordo com a competência do serviço e referenciá-los quando necessário⁽⁸⁾.

Outros autores delinham o acolhimento como uma ferramenta utilizada para produzir mudanças no processo de trabalho, com vistas a garantir o acesso a serviços de saúde humanizados, resolutivos, de qualidade, com responsabilização coletiva dos trabalhadores às necessidades do usuário⁽⁹⁾.

Estudo que avaliou a implantação do acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde, concluiu que o impacto da reorganização do trabalho na unidade se dá principalmente sobre os profissionais não-médicos e refere que os protocolos contribuem na orientação da equipe sobre os procedimentos a serem adotados. Com a implantação do acolhimento, os enfermeiros reorganizaram o processo de trabalho e se viram dotados de maior autonomia⁽⁷⁾.

Neste estudo adota-se o entendimento de acolhimento não como uma atitude pontual ou momentânea realizada na chegada do usuário ao serviço de saúde, mas como uma ação que permeia qualquer relação entre o profissional de saúde e o

usuário. A equipe deve ser acolhedora, humanizada, receptiva e sobretudo resolutiva.

Embora associado a debates recentes, o tema humanização permeia o campo da saúde há 50 anos. A história da humanização do atendimento em saúde, revela a existência de reflexões produzidas no âmbito da saúde, especialmente da enfermagem, desde os fins da década de 1950⁽⁵⁾.

As discussões acerca da humanização nas décadas de 1950, 1960, 1970 e 1980 enfocavam principalmente as relações interpessoais profissional / usuário e as questões administrativas de instituições, geralmente hospitalares⁽¹⁰⁾.

Os principais sentidos conferidos à humanização do atendimento vão desde uma perspectiva caritativa até a relação mais recente, a partir dos anos 90, com direitos de cidadania, de acesso a uma atenção de qualidade, inserindo-se no contexto de um projeto político para a Saúde Pública⁽¹⁰⁾.

Na sociedade brasileira, a PNH, inserida na política governamental, coloca-se como uma tentativa de superar dificuldades já conhecidas na realidade do trabalho e da atenção em saúde. Neste contexto a humanização é entendida como :

valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão⁽⁴⁾.

A classificação de risco, proposta pela PNH para reorganização da assistência em emergência difere da triagem no aspecto de exclusão. A triagem exclui quem será e quem não será atendido, enquanto a classificação de risco identifica quem necessita ser atendido primeiro, quem pode aguardar e até mesmo quem pode ser encaminhado a outro serviço, sendo necessário realizar efetivamente o encaminhamento, de modo a garantir o atendimento do usuário.

Para realizar a classificação de risco é indicada a utilização de um protocolo para auxiliar na avaliação da prioridade do atendimento ao usuário e na padronização de conduta.

O Ministério da Saúde do Brasil sugere um protocolo de classificação de risco por nível de acuidade.

Os resultados esperados com a implantação do AACR nas Emergências e Pronto-socorros é a diminuição do risco de mortes evitáveis; extinção da triagem por porteiro ou funcionário não qualificado para esta função; priorização de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada; obrigatoriedade de encaminhamento responsável do usuário a outro serviço quando houver necessidade, garantido o acesso e aumentando a eficácia do atendimento; redução do tempo de espera; detecção de casos que se agravarão se o atendimento for postergado; melhoria da assistência nas Emergências e Pronto-socorros; diminuição da ansiedade e aumento da satisfação dos profissionais e usuários melhorando assim as relações interpessoais; padronização de dados para estudo e planejamento de ações⁽¹¹⁾.

No que se refere ao AACR, as indicações ministeriais no Brasil tem orientado que a enfermagem assuma esta atividade nos Serviços de Emergência. A incorporação desta atividade no repertório profissional da categoria exige preparo técnico e reflexão contínua.

A enfermagem é uma profissão da saúde exercida por uma equipe que tem competências definidas em lei, desenvolve um trabalho que tem relevância social e é essencial para a vida humana. As práticas do cuidado desenvolvidas junto a indivíduos e famílias, pela enfermagem, são fundamentadas por conhecimentos específicos e orientam-se por padrões éticos. ^(12,13).

3 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, realizada no Serviço de Emergência Adulto de um Hospital Universitário da região sul do Brasil, fundado em 1980 e que possui 271 leitos. Todo o atendimento desta instituição é realizado via SUS e o Serviço de EMG atende cerca de 300 a 350 pacientes/dia e possui 13 leitos de internação.

A coleta de dados ocorreu em dois momentos:

Primeiro momento da pesquisa {♦ questionário com 20 profissionais de saúde do Setor de Emergência Adulto
 {♦ grupos de reflexão com os enfermeiros do Setor de Emergência Adulto (3 encontros).

Segundo momento da pesquisa }♦ entrevista semi-estruturada com enfermeiros do Setor de Emergência Adulto.

Inicialmente foi aplicado um questionário com 20 profissionais da equipe de saúde (enfermeiros, médicos e auxiliares/técnicos em enfermagem) para conhecer os agravos de saúde de maior ocorrência neste serviço. Os critérios para inclusão na amostra foram: no mínimo cinco trabalhadores de cada categoria profissional de saúde que estava trabalhando em dois dias escolhidos aleatoriamente para a realização desta etapa.

A seguir, os 10 agravos de saúde na visão dos profissionais de saúde, foram analisados em grupos de reflexão, dos quais participaram todos os enfermeiros que trabalham no Setor de EMG, totalizando nove. O objetivo foi discutir os dados coletados no questionário e refletir acerca do protocolo de classificação de risco proposto pelo MS com vistas a adaptá-lo para ser utilizado na classificação de pacientes na EMG.

Os 10 agravos de saúde de maior ocorrência no serviço segundo os profissionais de saúde foram: alterações respiratórias, alterações cardíacas, dor torácica, dor abdominal, alterações geniturinárias, dor de cabeça, alterações neurológicas, trauma, intoxicação exógena e hemorragia digestiva. Estes dados foram debatidos em três encontros, que tiveram duração média de 2:30h cada um, registrados por meio de diário de campo e gravações mediante autorização dos participantes, que também assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

No segundo momento da pesquisa foram realizadas entrevistas do tipo semi-estruturada com oito enfermeiros(as) da EMG (88,88% do total) com o objetivo de conhecer a percepção destes profissionais quanto as potencialidades e fragilidades envolvidas na implantação do sistema de AACR na EMG. Os critérios para inclusão na amostra foram: ser enfermeiro(a), trabalhar no setor de EMG da instituição em estudo há pelo menos um ano e aceitar participar da pesquisa.

Os dados coletados foram registradas utilizando gravador de voz. Todos os enfermeiros assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para representar a fala dos enfermeiros e respeitar o anonimato, foi utilizada a abreviação Enf. com numeração sequencial.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Instituição e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob processo nº084/08, FR 193325.

Para o tratamento dos dados foi realizada a análise de conteúdo de Bardin, seguindo as três fases propostas pela autora. A pré-análise que consiste na fase de organização dos dados e tem como objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais. A segunda fase, de exploração do material, diz respeito a operações de codificação, classificação e categorização e a terceira fase de análise e interpretação referencial, na qual os dados “brutos” foram tratados de maneira a serem significativos e válidos⁽¹⁴⁾.

Processadas estas fases, foram compostas as seguintes categorias: concepções dos enfermeiros do setor de EMG acerca do AACR; expectativas de mudanças com a implantação do AACR; o protocolo de classificação de risco como instrumento de trabalho; dificuldades e facilidades para implantação do AACR; acolhimento com acadêmicas de enfermagem.

4 Resultados e discussão

A equipe de enfermeiros(as) da EMG é uma equipe jovem, possuindo de 25 a 39 anos e formada predominantemente por mulheres (85,72%). Trabalham em média há 7 anos como enfermeiro(a) e um expressivo número (71,43%) trabalha há menos de 5 anos na instituição e no serviço de EMG. Esse achado corresponde a realidade das equipes dos serviços de EMG do País que são formadas por profissionais que entraram recentemente na instituição. Na enfermagem, geralmente são os trabalhadores mais novos no âmbito hospitalar que estão atuando neste serviço. Isto tem como vantagem, uma equipe com grande capacidade de trabalho, suportando bem a pressão e sobrecarga do Serviço de EMG, que é visivelmente maior que em outros setores do hospital, porém a maior desvantagem é a falta de experiência⁽¹⁵⁾.

Aproximadamente a metade (57,14%) dos enfermeiros desta EMG já trabalharam em outro serviço de EMG, demonstrando alguma experiência prática, porém nenhum dos enfermeiros possui especialização na área de urgência/emergência; 57,14% possui curso preparatório em EMG e 42,86% não possuem nenhuma formação específica na área .

A concepção dos Enfermeiros do Setor de EMG acerca do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco - AACR

Para os enfermeiros da EMG estudada o AACR, no contexto da PNH, é um novo modelo de reorganização do serviço com atendimento humanizado prestado pela equipe. Consiste em atender o usuário que procura o serviço, avaliando suas queixas e necessidades e classificando-as de acordo com o grau de prioridade. Sendo de fundamental importância ter como *fio condutor* a resolutividade e o fornecimento de respostas seguras ao usuário.

Significa priorizar o atendimento de acordo com a gravidade com a qual a pessoa se apresenta na hora que ela vem procurar o atendimento de EMG, isto seria a classificação de risco, e o acolhimento seria no sentido de direcionar esta pessoa para que ela já se sinta atendida desde sua chegada na porta da EMG. A classificação de risco no meu ver seria uma consequência deste acolhimento, que iria classificar de acordo com a gravidade, os sinais e sintomas que aquela pessoa está apresentando, para que ela possa ser atendida em tempo hábil para resolver o seu problema (Enf.7).

Os enfermeiros consideram que existe relação entre acolhimento e classificação de risco, justificando que durante a classificação de risco você também está acolhendo o usuário, ouvindo suas queixas, dando respostas aos seus questionamentos e orientando-o, de certa forma tranquilizando-o.

[...] acolhimento significa a pessoa se sentir acolhida, ou seja a pessoa sentir que algum profissional já escutou as suas queixas. Acho que isso é importante! Como o tempo de espera da EMG é muito longo, o acolhimento serve para que a pessoa se sinta mais segura no sentido de que alguém já ouviu aquelas queixas, que se aquelas queixas pudessem ser sintomas de alguma coisa muito grave já poderia ter sido atendida antes. Eu não sei se uma coisa pode funcionar separada da outra (Enf.7).

O acolhimento possibilita regular o acesso através da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a prestação de um atendimento mais eficiente ao usuário⁽¹⁶⁾.

Foi consenso entre os enfermeiros entrevistados, que gostariam que fosse implantado o AACR no serviço de EMG. Alguns profissionais aproveitaram o momento para colocar também suas frustrações, enquanto profissional de saúde que luta pela melhoria do serviço.

Eu gostaria que fosse implantada, porque as vezes é super ruim, uma vez eu lembro que uma paciente chegou, e a mulher acabou fazendo um AVC (Acidente Vascular Cerebral) na sala de espera e a acompanhante falou, ela está aqui desde às 10:00h da manhã e ela estava com pressão alta desde às 9:00h. Só que ela só conseguiu entrar para ser atendida às 16:00h e ela teve um AVC esperando. Isso te frustra enquanto profissional, de tu saberes que a pessoa está na porta esperando por atendimento e ninguém a acolheu e por isso as conseqüências foram irreversíveis. Existem várias experiências como esta na área da saúde(Enf.8).

O que percebemos com a descrição acima é que o AACR pode significar não só a melhor ordenação do serviço e atendimento do usuário, mas também pode evitar que problemas de saúde sejam agravados se o atendimento for protelado. Neste sentido, corroboramos com autores que inferem que com a implantação do AACR o serviço de saúde assume sua função precípua, de acolher e dar uma resposta positiva capaz de resolver os problemas de saúde da população. O acolhimento pode revelar uma dinâmica instituidora que se abre a novas linhas de possibilidades no modo de se trabalhar em saúde, permitindo modificações no cotidiano do serviço em direção a um processo usuário-centrado e comprometido com a defesa da vida ⁽⁶⁾.

Expectativas de mudanças com a implantação do AACR

Considerando a expectativa de implantação do AACR, foi questionado aos enfermeiros(as) o que eles acham que mudaria para o usuário e para o serviço de EMG (pontos positivos e negativos) se fosse implantada o AACR. Em relação às mudanças para o usuário destacou-se que a implantação do AACR contribuiria para a reeducação dos usuários acerca do foco de atenção em EMG e para orientá-los a buscar a rede básica para atendimentos eletivos. Outro aspecto mencionado foi que a classificação de risco garantiria mais agilidade e humanização no atendimento que se presta o serviço de EMG.

Os enfermeiros identificaram que a implantação do AACR provocaria mudanças positivas para o serviço de EMG como a agilidade no atendimento e diminuição da demanda, assim como contribuiria para diminuir a sobrecarga de trabalho da equipe e para melhorar a organização do serviço. Quanto aos pontos negativos, nenhum dos enfermeiros conseguiu identificar, talvez pela falta de vivência prática com o AACR.

Eu acho que o que mudaria é exatamente o foco de atendimento, pois o foco da EMG é atender situações emergenciais e que colocam em risco a saúde do indivíduo. Quando tu consegues organizar este serviço, tu acabas readquirindo a característica essencial do serviço, acho que isso é uma característica realmente de reorganização e daí reorganizando o serviço ele pode prestar assistência ao que ele se presta, que são situações emergenciais, situações que comprometem a vida do indivíduo (Enf.8).

A experiência de serviços que implantaram a triagem na Austrália referem que o papel da triagem em enfermagem emergiu em resposta ao crescimento da demanda no Serviço de Emergência com vistas a oferecer serviços mais acessíveis e eficientes⁽¹⁷⁾. Com a realização da triagem multiprofissional houve uma redução de 50% no número de pacientes que tiveram alta antes de serem vistos por um médico, houve também diminuição do tempo de espera para consultas médicas devido a diminuição da demanda. O processo é amplamente aceito entre os funcionários e assegura que um médico experiente tenha acesso a um maior número de pacientes⁽¹⁸⁾.

Dois terços dos entrevistados (75%) consideraram o enfermeiro(a) o profissional mais habilitado para realizar a classificação de risco.

Sendo apontados o conhecimentos teórico-prático, o maior manejo com sinais e sintomas e não com diagnóstico em sua formação e pelo enfermeiro estar mais envolvido com as políticas públicas, organização do ambiente de trabalho e mais preocupado com acolhimento e humanização do atendimento como justificativas para suas respostas.

O enfermeiro(a) domina o campo de conhecimentos que lhe dá competência para cuidar do ser humano em todo o seu processo de viver, da concepção até a morte, nas dimensões: cuidar, educar, pesquisar e na dimensão administrativo-gerencial. A enfermagem cuida de indivíduos e grupos em situações de saúde e doença incluindo o cuidado no viver com incapacidades. Atua na educação e na pesquisa. Suas ações envolvem a educação em saúde, a educação permanente no trabalho, a formação de novos profissionais e a produção de conhecimentos que dão sustentação ao processo de cuidar. A dimensão administrativo-gerencial envolve a coordenação do trabalho coletivo de enfermagem, administração do espaço assistencial e a participação no gerenciamento da assistência de saúde e do gerenciamento institucional⁽¹⁹⁾.

Dois enfermeiros responderam que o profissional mais habilitado para realizar a classificação de risco seria o médico. Um dos entrevistados baseou sua resposta no conhecimento científico e responsabilidade legal da profissão médica, enquanto o outro enfermeiro não justificou.

O protocolo de classificação de risco como instrumento de trabalho

Os entrevistados avaliaram que o protocolo de classificação de risco sugerido pelo MS contempla a maior parte dos agravos de saúde atendidos na EMG assim como auxilia na melhor avaliação e classificação do usuário. As falas revelaram de forma unânime que o protocolo contempla os agravos mais frequentes, principalmente após a adaptação deste realizada pelos enfermeiros no primeiro momento desta pesquisa, com ressalvas de que necessita ser melhor estudado e discutido para ser utilizado na prática. Afirmaram, ainda, que o mesmo dá embasamento, auxilia na padronização de condutas e fornece respaldo legal para a realização da classificação de risco. Os entrevistados consideram porém a experiência em EMG, o fator mais importante para realizar uma adequada classificação de risco.

Esta percepção está em consonância com o Grupo Português de Triage que afirma que o enfermeiro da triagem tem de se tornar excelente na avaliação rápida do doente, envolvendo a tomada de decisões e a delegação de tarefas apropriadas. Deve-se estar atento aos pacientes que aguardam atendimento, para tanto o enfermeiro da triagem deve conhecer o fluxo de atendimento, deve saber como é o processo de trabalho do setor e ter experiência em Emergência⁽²⁰⁾.

Dificuldades e facilidades para implantação do AACR

Sobre as dificuldades identificadas na implantação do AACR nesta EMG, (100%) dos profissionais acredita que o principal motivo da não implantação do AACR foi a falta de pessoal. Notou-se na expressão facial de alguns enfermeiros, uma certa frustração e não concordância com as justificativas notificadas para o não provimento de pessoal que possibilitasse a implantação do AACR. As sugestões que surgiram para sanar as dificuldades foram: elaborar um projeto de AACR e tentar formas de contratação via uma Fundação que funciona na Universidade que abriga o Hospital, ou então buscar parceria com a prefeitura da cidade e governo federal.

Que a prefeitura auxilie já que o governo federal não está conseguindo a contratação. Acho que os governadores e os prefeitos servem também para isso, para tentar conjecturas com o governo federal. Tendo em vista a grande quantidade

de pessoas que a gente atende. Este hospital é referência em muitas coisas, poderia dar mais um pouquinho de atenção para ele. O Estado e a Prefeitura poderiam bancar sem nenhum buraco no orçamento deles. Eu acho que existem alternativas e pode acontecer, só falta um pouco de vontade política (Enf.7).

Em relação às facilidades observadas para a implantação do AACR nesta EMG, os entrevistados responderam que a principal delas é o interesse, boa vontade e disponibilidade da equipe de saúde do setor, aliados a estrutura física reformada, aos equipamentos necessários já adquiridos e também por ser uma política pública governamental.

Acolhimento com acadêmicas de enfermagem

Considerando o “Acolhimento que vem sendo realizado no serviço desde 2007, por acadêmicas de enfermagem, as(os) enfermeiras(os) consideram que o diálogo e atenção que vem sendo dispensado aos usuários tem contribuído para tranquilizá-los por diminuir, consideravelmente, os atritos e tumultos que aconteciam rotineiramente na recepção, auxiliando também, na organização do setor. Mencionaram que após a sua implantação houve melhora na priorização do atendimento para os pacientes graves e que a equipe fica mais tranquila em saber que tem alguém da área de saúde observando os usuários que estão aguardando atendimento.

Acho que mudou bastante. Mesmo a gente estando aqui dentro, sabemos o que está acontecendo lá fora. Isso foi criado e não tem mais como ser retirado. Quando não tem acolhimento a gente fica perdido. O acolhimento é o primeiro atendimento que o usuário recebe, é a primeira orientação, o usuário se sente ouvido (Enf. 8).

Essa concepção dos enfermeiros encontra respaldo no conceito de que o acolhimento pode significar não só a resolução completa dos problemas que o usuário apresenta, mas a atenção dispensada através da escuta, da valorização das queixas e da identificação das necessidades⁽²¹⁾.

5 Considerações finais

Analisar as concepções dos enfermeiros sobre AACR, conhecer as suas expectativas, opiniões e sugestões, contribuiu para o entendimento do desafio de implementar mudanças organizacionais especialmente por tratar-se de uma proposta que inclui estes profissionais como protagonistas.

O modelo brasileiro de assistência nos serviços de EMG sempre foi muito conflituoso e gerador de insatisfações, tanto para os usuários que necessitam deste atendimento, quanto para os profissionais que trabalham nestes serviços. Para os usuários, pela falta de humanização no atendimento, pelas longas filas de espera, péssimas acomodações, impessoalidade e falta de resolutividade no atendimento. Enquanto que para os profissionais que ali trabalham, as dificuldades na organização do serviço e a superlotação dificultam a prestação da assistência e acarretam condições de trabalho insatisfatórias.

Visando melhorias nas condições de trabalho e mais qualidade e humanização do atendimento é que o MS propôs a implantação do AACR. Ferramenta que os enfermeiros consideram indispensável para conquistar tais melhorias. No entanto, a sua efetivação não é algo tão fácil de ser conseguido, muitas vezes vai além dos limites e possibilidades da equipe.

No estudo realizado verificou-se que pequenas mudanças, com a implantação do “Acolhimento” com acadêmicas de enfermagem foram positivas e sinalizaram o quanto seria importante para os trabalhadores e usuários a completa concretização do AACR. A consolidação dos avanços alcançados com a implantação do “Acolhimento”, demanda capacitação permanente para as acadêmicas e a incorporação de profissionais de enfermagem para efetivação da classificação de risco.

O AACR representa hoje um desafio na consolidação de um modelo de atendimento de “porta-aberta”. Reconhece-se mudanças nas atitudes dos trabalhadores com maior preocupação com o atendimento humanizado e resposta às necessidades dos usuários. Este momento necessita apoio dos gestores, pois apenas mobilizações isoladas sem apoio das autoridades sanitárias são insuficientes para maiores conquistas frente a demanda crescente e cada vez mais complexa dos serviços de saúde, principalmente no setor de EMG.

Ofertar uma assistência que provenha a melhor tecnologia de saberes, procedimentos, equipamentos e espaço físico, conjugada ao reconhecimento das necessidades dos usuários e equipe de saúde continua sendo o grande desafio.

Referências

1. Cecilio LC. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(3):469-78, jul-set, 1997.
2. Filho AJP; Vasconcelos FA; Silva RM; Botelho LJ. Avaliação da gravidade dos atendimentos no serviço de emergência do hospital universitário da UFSC. Rev Assoc Méd Bras. Vol. 37, nº 2 – abr/jun, p.91-5, 1991.
3. Boletim estatístico - [do] Hospital em estudo. Florianópolis-SC. Semestral. 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH (Política Nacional de Humanização). Acolhimento com classificação de risco. Brasília: editora Ministério da Saúde, 2004, 45p.
5. Casate JC; Correa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev Latinoam Enferm. Ribeirão Preto. 13 (1): 105-11, jan.fev, 2005.
6. Brasil. Ministério da saúde. História do SUS. Brasília, 2006. Disponível em www.sespa.pa.gov.br/sus/sus_oquee.htm. Acesso em 02/10/2007.
7. Franco TB; Bueno WS; Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.15, nº2, 1999.
8. Carvalho SR; Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Cad Saúde Pública, 16:507-15, 2000.
9. Leite JCA; Maia CCA; Sena RR. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm. Brasília, V.52, Nº 2, abr/jun., 1999, P. 161-8.
10. Deslandes SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Ciências e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 10(3): 615-26, 2005.
11. Brasil. Ministério da saúde. Acolhimento com classificação de risco. Brasília, 2003. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/default.cfm>. Acesso em 02/10/2007.
12. Nazário ON. Fragmentos de uma construção do assistir em situações de Emergência/Urgência. 1 ed. Florianópolis: Editora Insular LTDA, 1999. 134p.

13. Pires DEP. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: Leopardi MT (org.). Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. 1ª ed. Florianópolis, programa de pós-graduação em enfermagem/UFSC: Papa-livro, 1999, 176p.
14. Bardin L. Análise de Conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. 2 ed. São Paulo: Edições 70. Distribuidora no Brasil: Livraria Martins Fontes, 2004.
15. Rodriguez JM. Emergências. 1 ed. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill. 309 p., 2002.
16. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio, L. C. O. (org.). Inventando a mudança na saúde. 2 edição, São Paulo: editora Hucitec; 1997, p. 29-87.
17. Fry M; Stainton C. An educational framework for triage nursing based on gatekeeping, timekeeping and decision-making processes; *Accid emerg. nurs.* 13(4):214-9, oct. 2005.
18. Richardson JR; Braitberg G; Yeoh MJ. Multidisciplinary assessment at triage: a new way forward; *Emerg med Australas.* 16(1):4-6, feb. 2004.
19. Pires DEP. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2 ed, Florianópolis: Annablume, 2008, 253p.
20. Grupo português de triagem (GPT), apostila de treinamento de triadores do protocolo de Manchester, Portugal, 2006.
21. Teixeira RA; Mishima SM; Pereira MJB. O trabalho da enfermagem em atenção primária à saúde – assistência à saúde da família; *Rev Bras Enferm* 53(2):193-206, abr.-jun. 2000.

Obs: Artigo escrito baseado nas normas da Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), seção pesquisa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao retomar o objetivo proposto para a presente dissertação, ou seja conhecer, a partir da percepção dos enfermeiros de um Serviço de Emergência Adulto de um Hospital de Ensino, as potencialidades e dificuldades para a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco proposto pela PNH, torna-se importante salientar os principais aspectos que se destacaram no resultado desta investigação.

Os primeiros aspectos dizem respeito ao momento de prática assistencial, o qual constituiu-se de um momento reflexivo realizado com estes profissionais. O momento reflexivo nos leva a concluir que no decorrer das atividades diárias, principalmente em um setor de atendimento de emergência, é escasso o tempo disponibilizado para discussões acerca da prática, ou até mesmo das vivências e emoções enquanto profissionais da saúde que lidam com seres humanos, com a vida e com a morte lado a lado. São raros os momentos para pensar como atendemos ou como deixamos de atender determinado cliente ou, até mesmo, como interagir com os seres humanos que procuram por este serviço. Por mais que se relute contra isso, muitas vezes nós, profissionais da saúde, nos tornamos frios e, por que não, desnudos de humanidade?

Nesta perspectiva destaca-se a contribuição que este estudo trouxe para o conhecimento, através do olhar dos enfermeiros, quanto ao Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco de usuários em unidades de Emergência Adulto. A discussão conjunta, a troca de experiências, os relatos e a visão diferenciada dos enfermeiros foram elementos que enriqueceram o tema e proporcionaram uma visão mais ampla do cuidar em saúde neste cenário específico da realidade hospitalar.

Analisar as concepções dos enfermeiros sobre AACR, conhecer as suas expectativas, opiniões, sugestões, contribuiu para o entendimento do desafio de implementar mudanças organizacionais, especialmente por tratar-se de uma proposta que inclui estes profissionais como protagonistas.

Durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo, observou-se lacunas a serem preenchidas, as quais demandam maior discussão quanto ao

acolhimento e humanização do atendimento. Nota-se que muito se tem a avançar neste sentido e que o debate acerca do tema deveria envolver toda a equipe que atua no sistema de saúde.

Os encontros viabilizaram o reconhecimento mútuo dos enfermeiros participantes, fato que contribuiu para valorizar também as relações de socialização, importantes para a convivência estressante do dia-a-dia na Emergência.

Acredito que esta reflexão com os enfermeiros do Setor de Emergência trouxe não só maior aprofundamento em relação ao protocolo de classificação de risco como, também, maior amadurecimento pessoal e grupal, despertando o interesse e o desejo de refletir, discutir e experienciar novos modelos de atenção assim como de utilizar novas ferramentas para a nossa prática. Abriu-se espaço para abordar assuntos nunca antes discutidos transformando-se em momentos ímpares, onde deixou-se fluir sentimentos, expressar opiniões livremente para a discussão dos mesmos. Neste processo foi possível perceber a abertura dos enfermeiros a mudanças, a novas opções de trabalho, demonstrando que quando chamados a reflexão os profissionais correspondem e mostram-se preocupados com a melhoria do atendimento prestado.

Esta e outras iniciativas e estratégias com o objetivo de organização e melhoria do atendimento prestado são apropriadas para a valorização do usuário e trabalhadores de saúde. A valorização das mudanças de atitudes ou de estratégias, assim como a reflexão sobre os seus benefícios, contribuem para a prestação de um atendimento qualitativamente diferenciado.

Em momentos de reflexão raros como estes, em que muitas vezes não há esforço para participar e até mesmo para realizá-los, é que se descobre o quão são importantes. A importância não é somente pelo que é produzido cientificamente, mas pelo efeito que produz na forma de pensar e ver as coisas, pela oportunidade de rever os problemas e as soluções de modo coletivo e pelo bem-estar que proporciona a cada um dos participantes. Falar de si, do seu trabalho, ser ouvido, ouvir o outro, saber o que ele faz, discutir em conjunto, sugerir mudanças com o objetivo de gerar melhorias faz bem ao ser humano, ao ser profissional e, conseqüentemente, ao usuário do serviço de saúde e a instituição.

O modelo brasileiro de assistência nos Serviços de Urgência/Emergência sempre foi muito conflituoso e gerador de insatisfações, tanto para os usuários que necessitam deste atendimento, quanto para os profissionais que trabalham nestes

serviços. Para os usuários, pela falta de humanização no atendimento, pelas longas filas de espera, péssimas acomodações e impessoalidade no atendimento. Enquanto os profissionais que ali trabalham, lidam com grande dificuldade na organização do serviço e se deparam com a superlotação, dificultando a prestação de uma assistência digna aos usuários, acarretando condições de trabalho insatisfatórias.

Visando melhorias nas condições de trabalho além de mais qualidade e humanização do atendimento prestado, é que o Ministério da Saúde propôs a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, ferramenta que os enfermeiros do Serviço de Emergência consideram indispensável para conquistar tais melhorias. No entanto, a sua efetivação não é algo tão fácil de ser conseguido, muitas vezes vai além dos limites e possibilidades da equipe.

O AACR representa hoje um desafio na consolidação de um modelo de atendimento de “porta-aberta”. Reconhece-se mudanças nas atitudes dos trabalhadores com maior preocupação com o atendimento humanizado e resposta às necessidades dos usuários. No entanto, pode-se afirmar que a mobilização dos trabalhadores é insuficiente para atender a demanda crescente e cada vez mais complexa dos serviços de saúde, principalmente no setor de EMG.

Na realidade estudada, revelam-se pequenas, mas importantes mudanças com a implantação do “Acolhimento” realizado por acadêmicas de enfermagem desde 2007. Estas mudanças transcenderam as nossas expectativas e nos fizeram acreditar que ações como esta podem promover mais humanização na assistência ao usuário e melhorias na organização do processo de trabalho da EMG. Este pequeno passo reafirma o quanto seria importante para o serviço, trabalhadores e usuários a sua completa concretização.

Contudo, é certo que a experiência de acolhimento com acadêmicos de enfermagem, por si só não é suficiente para a melhoria do atendimento. A presença dos acadêmicos, não desconsiderando a sua grande contribuição para com o serviço, não dispensa a atuação de profissionais experientes. Neste sentido a consolidação dos avanços alcançados com a implantação do “Acolhimento” demanda que as acadêmicas de enfermagem sejam atendidas em suas necessidades de educação permanente, a fim de que o trabalho que realizam seja qualificado e o aprendizado dos mesmos também seja alcançado. Demanda ainda o

acompanhamento contínuo e sistemático destes acadêmicos por profissional de enfermagem capacitado.

Embora o trabalho que realizam os acadêmicos seja amplamente reconhecido pelos enfermeiros, existe uma sobrecarga ao exercer tal atividade sem um acompanhamento mais próximo, gerando uma grande rotatividade destes, dificultando com isso, ainda mais, a formação de uma equipe.

Para os integrantes do estudo muitos questionamentos surgem, ao longo da espera de um ano, pela implantação do AACR. Por quê investir tanto em um projeto e não dar condições para que o mesmo seja efetivado? Os enfermeiros mostram aderência e envolvimento à proposta, mas sentem-se impotentes para implantá-la.

Neste cenário, ofertar uma assistência que provenha a melhor tecnologia de saberes, procedimentos, equipamentos e espaço físico, conjugada ao reconhecimento das necessidades dos usuários e equipe de saúde, continua sendo um grande desafio.

Reforçando essa condição os enfermeiros destacam no segundo momento deste estudo a importância da implantação do ACCR, como modo de superar a prática existente nos serviços de emergência em que os usuários são atendidos por ordem e chegada, sem considerar a gravidade de cada caso. A prática do ACCR pode contribuir para satisfação dos usuários e equipe, evitar distorções, como a supervalorização ou desvalorização da queixa e/ou sintomas ocasionando esperas indevidas e invertendo prioridades no atendimento.

Neste sentido concluem os integrantes do estudo, que o serviço, no que se refere a estrutura física encontra-se preparado para a plena realização do ACCR. No que se refere aos profissionais, um primeiro passo para que se viabilize este projeto já foi dado através da sensibilização da equipe e visitas as instituições que já implantaram o programa.

Também a prática educativa realizada no decorrer desta investigação, e a identificação dos agravos mais freqüentes, atendidos neste serviço contribuíram para sedimentar os conhecimentos necessários para a realização da ACCR e servem de indicativos para orientar a capacitação dos enfermeiros que estarão envolvidos na atividade. Sobre esse aspecto cabe salientar que embora o ACCR se apresente como uma nova atividade para o enfermeiro, existe entre os mesmos disponibilidade para sua realização e que estes entendem que a experiência em Emergência é um aspecto importante para o sucesso da atividade.

Cabe salientar que os agravos mais frequentemente identificados neste serviço estão em consonância com aqueles apontados pelo Ministério da Saúde, demonstrando que a realidade estudada não difere substancialmente das demais Emergências do país.

Na realidade estudada o entendimento dos enfermeiros acerca do ACCR, estão em consonância com a filosofia da PNH e com as necessidades colocadas pela mesma, ou seja, com a reorganização do serviço com vistas ao atendimento humanizado prestado pela equipe. Humanização no contexto dos serviços de Emergência implica em atender o usuário que procura o serviço, avaliando suas queixas e necessidades e classificando-as de acordo com o grau de prioridade de atendimento. Aspecto fundamental neste processo é que se tenha a resolutividade como fio condutor e o fornecimento de respostas seguras ao usuário como princípio.

Acolhimento e classificação de risco, segundo os integrantes do estudo estão em íntima relação em um Serviço de Emergência. Acolher é resolver as situações que se apresentam, ou seja é também identificar os riscos e priorizar o atendimento, dando o atendimento necessário no momento em que o sujeito dele necessita. O processo de ACCR implica em acolher o usuário, ouvir suas queixas, dar respostas aos seus questionamentos e orientar quando necessário.

Com essa perspectiva é que os enfermeiros anseiam pela implantação do projeto, acreditando nos benefícios que o mesmo pode trazer tanto para os usuários como para os trabalhadores.

O AACR pode resultar em melhor ordenação do serviço e atendimento do usuário e de suas necessidades, com reflexos positivos também para o processo de trabalho de enfermagem nas Emergências.

O ACCR, se realizado de acordo com a perspectiva proposta pela PNH, e se associado a outras medidas igualmente importantes, no que se refere a atenção a saúde, pode também futuramente contribuir para a reeducação dos usuários quanto a utilização dos serviços de saúde disponíveis, indicando para o futuro a utilização racional dos Serviços de Emergências. As mudanças decorrentes desta nova prática podem beneficiar portanto, usuários e trabalhadores. Aos primeiros pode vir a assegurar um atendimento mais efetivo e humano de suas necessidades, e aos segundos pode vir a contribuir para diminuir a sobrecarga de trabalho das equipes de emergências e para melhorar a organização do serviço, aspecto fundamental nesta realidade tão tumultuada e estressante.

REFERÊNCIAS

ALBINO, R. M.; RIGGENBACH, V. Medicina de urgência: passado, presente, futuro. **Arq Catar Med**, Santa Catarina, v.33, n. 3, 2004, p.15-17.

ALMEIDA, P. J. S. **O conflito no processo de trabalho da equipe de emergência**. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 2007, 119p.

AQUINO, E. M. L. L. **Socorro. Quem precisa disso? Um estudo sobre usuários de serviços de emergência no município do Rio de Janeiro**. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ, 1987.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Edições 70. Distribuidora no Brasil: Livraria Martins Fontes. São Paulo, 2004.

BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, V. 14, n.4 , jul-ago, 2006.

BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; DENARDIN, J. M.; TRINDADE, L. L.; LAUTERT L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis-SC, vol.16, n° 3, issn 0104-0707. 2007.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A Humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 10(3): 561-571, 2005a.

_____, R; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – comunicação, saúde, educação**, v.9, n.17, mar/ago, 2005b, p.389-406.

BITTENCOURT, J. R.; HORTALE, V. A. 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**, Rio de Janeiro, v.12, n° 4, jul./ago. 2007.

BOLETIM ESTATÍSTICO - [do] Hospital em estudo. Florianópolis-SC. Semestral. 2007.

BOSSAERT, L. L. The complexity of comparing different EMS systems- a survey of SEM systems in Europe. **Annals of Emergency Medicine**, 122: 122-5, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. 2 edição. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **IX Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Centro de documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1993, 47p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Portaria GM / MS nº 2048** de 5 de novembro de 2002. Brasília, 2002. 102 p. (série E. legislação de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com classificação de risco**. Brasília, 2003. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/default.cfm>. Acesso em 02/10/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH (Política Nacional de Humanização)**. Acolhimento com classificação de risco. Brasília: editora Ministério da Saúde, 2004a, 45p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **QualiSUS: Política de qualificação de atenção à saúde**. Brasília: documento de trabalho, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de políticas de saúde**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História do SUS**. Brasília, 2006. Disponível em www.sespa.pa.gov.br/sus/sus_oquee.htm. Acesso em 02/10/2007

CAMELO, S, H, H.; ANGERAMI, E. L. S; SILVA, E. M.; MISHIMA S. M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, V.8, N.4, p. 30-37, agosto 2000.

CAMPOS, G. W. S; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem Normas**. São Paulo: Hucitec, 1989. 134p.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio, L. C. O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2 edição, São Paulo: editora Hucitec; 1997, p. 29-87.

_____ **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a construção do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S.; Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad Saúde Pública**, 16:507-15, 2000.

CAPELLA, B. **Uma abordagem sócio-humanística para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem.** Pelotas: Ed. Universitária / UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem / UFSC, 1998, 183p.

CARDOSO, M. L. **La construcción de conocimientos.** México: Ediciones ERA. 1977.

CASATE, J. C; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latinoam Enferm.** Ribeirão Preto. 13 (1): 105-11, jan.fev, 2005.

CECÍLIO, L. C. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997a.

_____ O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. IN: MERHY, E. E : ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997b, p. 293-319.

CEZAR, E. S; MARZIALE, M. H. P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro. V. 22, n.1, jan. 2006.

COELHO, I. B. Os impasses do SUS. **Ciências e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, mar/abr, vol.12, nº 2, ISSN 1413-8123. 2007, p. 309-311.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciências e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, p.7-14, 2004, p.7-14.

_____ O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v.9, nº 17, mar/ago 2005-a, p. 389-406.

_____ A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 10(3): 615-626, 2005b.

ENTRALGO, P. **La relación médico-enfermo**. História y Teoría. Madrid: Alianza Editorial, 1983.

FILHO, A. J.; VASCONCELOS, F. A.; SILVA, R. M.; BOTELHO, L. J.; Avaliação da gravidade dos atendimentos no serviço de emergência do hospital universitário da UFSC. **Rev Assoc Méd Bras**. Vol. 37, nº 2 – abr/jun, 1991.

FORTIN, Marie-Fabienne. **O processo de investigação: da concepção à realização**. Lisboa: Lusociência. 1999. 388 p.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, nº2, 1999.

FRANCO, T. B.; JÚNIOR, H. M. M; Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado in: MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. et al **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; São Paulo: Unicamp/ Hucitec, 2003, p. 125-134.

FRY M; STANTON C. An educational framework for triage nursing based on gatekeeping, timekeeping and decision-making processes; **Accid emerg. nurs**. 13(4):214-9, oct. 2005.

GASTALDO, D. Humanização como processo conflitivo, coletivo e contextual. **Interface-comunicação, saúde, educação**. v.9, nº 17, mar/ago 2005, p. 389-406.

GELBCKE, F. L. **Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem e o desgaste do trabalhador**. Tese (doutorado em enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 262p. 2002.

GEMMA, W. R.; STRAYER, D. E.; CHASE, R. C. & KELLER, M. D. **Emergency services: a systems approach**. In: **Emergency Medical Services: Behavioral and planning perspectives** (Noble, J. H.; Wechsler, H.; Montagne, M. E. & Noble, M. A., (orgs.), New York: Behavioral Publications, 1973, p. 73-84.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 edição, São Paulo: Atlas, 1999.

GRUPO brasileiro de avaliação e classificação de risco (GBACR). São Paulo, 2007.
www.Portalhumaniza.org.br . Acesso em 18/10/2007.

GRUPO brasileiro de avaliação e classificação de risco (GBACR). São Paulo, 2007.
GUIDELINES for implementation of the Australasian triage scale in emergency departments. Disponível em <http://gbar.com.br/protocoloaustraliano>. Acesso em 24/09/2008.

GRUPO português de triagem (GPT). **Apostila de treinamento de triadores do protocolo de Manchester**, Portugal, 2006.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 21(1):256-265, jan/fev, 2005.

HABERMAS, J. **Mudança estrutural da esfera pública:** investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1984. 397p.

IDE, C. A. C; PIERIN, A. M. G; PADILHA, K. G; CHAVES, E. C. Perfil epidemiológico das internações em um pronto socorro do município de São Paulo. **Rev Escola Enferm USP**. São Paulo, 22(3):257-271, 1988.

LAMEGO, D. T. C; DESLANDES, S. F; MOREIRA, E. L. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 10(3):669-675, 2005.

LEOPARDI, M. T. **O processo de trabalho em saúde:** organização e subjetividade. 1edição. Florianópolis: Papa-livros, 1999.

LEOPARDI, M. T; GELBCKE, F.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.10, nº1, jan/abr. 2001, p.32-49.

LEITE, J. C. A.; MAIA, C. C. A.; SENA, R. R. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, V.52, Nº 2, abr/jun., 1999, P. 161-168,

MALTA, D. C.; FERREIRA, L. M.; REIS, A. T.; MERHY, E. E. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde Debate**; 24:21-34, 2000.

MARX, K. **O capital**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, livro 1, vol. 1, 1968.

_____. **O capital**: crítica da economia política. 8 ed. São Paulo: Difel, v.1, 1982.

MARQUES, G. Q, LIMA, M. A. D. S. Demands of the emergency services and the work process in open-door services. **Online Brazilian Journal of Nursing**, vol.4, nº3, 2005. www.uff.br/objnursing.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento** – pesquisa qualitativa em saúde. 5 edição São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7 edição São Paulo: Hucitec, 2000.

MATOS, E; PIRES, D. E. P. A organização do trabalho da enfermagem na perspectiva dos trabalhadores de um hospital escola. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.11,n.1, jan./abr, 2002, p.187-205.

MATUMOTO, S; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M. Acolhimento: uma reflexão acerca da alteridade na relação entre trabalhador e usuário no trabalho da rede básica de saúde. **Simpósio brasileiro de comunicação em enfermagem**. Ribeirão Preto, ano 8, maio, 2002. Disponível em <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid> acesso em 26/08/2007.

MOREIRA, L. C. **As faces e interfaces do processo de trabalho de enfermagem em instituições hospitalares de Cuiabá-MT**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina-SC, Florianópolis, 2004. 231p

MONTGOMERY, B. J. A capsule history of US emergency medical care. **JAMA**, 243 (10): 10-19, 1980.

NAZÁRIO, O. N. **Fragments de uma construção do assistir em situações de Emergência/Urgência**. 1ª edição. Florianópolis: Insular LTDA, 1999. 134p.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Grupo de Trabajo de Expertos em Políticas de Desarrollo de Sistemas Nacionales de Servicios de Urgência Médica**. México: Série Organización y Gestion de Sistemas y Servicios de Salud. 1998.

PAIDÉIA 2001. **Protocolo de acolhimento da secretaria municipal de saúde de Campinas**. <http://www.campinas.sp.gov.br> Acesso em 09/07/2008.

PIRES, D. E. P. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis, programa de pós-graduação em enfermagem/UFSC: Ed. Papa-livros, 176p., 1999, 176p.

_____. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev Baiana Enferm**. Salvador, v.13, nº 12, abr/out.2000, p.83-92.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2 edição, Florianópolis: editora annablume, 2008a, 253p.

_____. **A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho**. In: 2º SITEen SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE O TRABALHO NA ENFERMAGEM, Curitiba, 2008b.

PIRES, D. E. P.; GELBCKE, F. L; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, Florianópolis, 2(2):311-325, 2004.

POWERS, L. S. Hospital emergency service and the open door. In: Emergency Medical Services: **Behavioral and planning perspectives** (Noble, J. H.; Wechsler, H.; Montagne, M. E.; Noble, M. A., (orgs.), New York: Behavioral Publications, 1973, p. 511-560.

PUCCINI, P. T; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1342-1353, set-out, 2004.

RICHARDSON J.R.; BRAITBERG G; YEOH M.J. Multidisciplinary assessment at triage: a new way forward; **Emerg med Australas**. 16(1):4-6, feb. 2004.

RIZZOTTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.55, nº 2, mar/abr, 2002, p.196-199.

RODRIGUEZ, J. M. **Emergências**. 1 ed.. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill, 2002. 309 p.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**. Brasília, mai-jun; 58(3):305-10, 2005.

SALERNO, M. S. Da rotinização à flexibilização: ensaio sobre o pensamento crítico brasileiro de organização do trabalho. **Gestão e Produção**. São Paulo, V.11, nº 1, jan/abr 2004.

SALLA, J.; CHELLAR M. L.; ILHA, M. S.; FRANDOLOSO, P. R. Perfil da demanda de um serviço de pronto-socorro, Santa Maria. **Rev Bras Epidem**. Santa Maria. jan/dez, 15 (1/2): 71-80, 1989.

SANTOS, J. S.; SCARPELLINI S.; BRASILEIRO, S. L. L.; FERRAZ, C. A.; DALLORA, M. E. L. V.; SÁ, M. F. S. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP – USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina, Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto-SP, 36: 498-515, abr./dez. 2003.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S.; Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov.-dez.,2004.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE SANTA CATARINA.
Disponível em http://samu.saude.sc.gov.br/arquivos/relatorio_atividades_samu_santa_catarina_2006.doc
Acessado em 05/06/08.

SILVA, J. A. G; MASCARENHAS, M, T, M; Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R, A (org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: editora hucitec; 2004. p. 241-57.

SILVEIRA, M. F. A.; FELIX, L. G.; ARAÚJO, D. V.; SILVA, I. C. Acolhimento no programa de saúde da família: um caminho para humanização da atenção à saúde. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.9, n.1, jan./jun. 2004, p.71-78.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. V. 23, nº 2, Rio de Janeiro, fev. 2007.

TEIXEIRA, R A; MISHIMA, S. M; PEREIRA, M. J. B. O trabalho da enfermagem em atenção primária à saúde – assistência à saúde da família. **Rev Bras Enferm**; 53(2):193-206, abr.-jun. 2000.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003, p. 89-111.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

_____ **Pesquisa convergente assistencial**. Florianópolis: editora insular, 2004.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1990.

WALTRICK, M. A. **Triagem clínica a doadores de sangue: espaço de cuidar e educar**. Dissertação (mestrado em enfermagem)-centro de ciências da saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC 2007. <http://tede.ufsc.br/teses/PNFR0559.pdf>.

WEHBE, G; GALVÃO, C. M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev Latinoam Enferm**, São Paulo. Março; 9 (2): 86-90, 2001.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE 1 : Primeiro momento - questionário para identificação dos problemas de saúde de maior ocorrência, no atendimento de Emergência Adulto do hospital em estudo, de acordo com a experiência da equipe de saúde que trabalha diretamente com o atendimento de usuários neste setor.

Por favor, responda estas perguntas de acordo com sua experiência vivenciada como membro da equipe de Emergência Adulto.

1- Quais os 10 problemas de saúde (de qualquer natureza) mais freqüentemente atendidos no serviço de Emergência Adulto deste hospital? A seguir classifique a sua listagem por ordem de ocorrência.

2- Dentre os problemas de saúde abaixo relacionados, quais você considera como os que ocorrem com mais freqüência no serviço de Emergência Adulto deste hospital?

- () Alterações abdominais
- () Alterações cardíacas
- () Alterações geniturinárias
- () Alterações respiratórias
- () Alterações hematológicas
- () Alterações neurológicas
- () Corpo estranho em olho, nariz, ouvido, garganta
- () Traumas por acidentes de trânsito
- () Queimaduras
- () Intoxicações exógenas

3- Você identificou alguma diferença entre as ocorrências apontadas na primeira e segunda pergunta? () sim () não por quê?

Muito Obrigada!

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE 2 – Segundo Momento - Roteiro/Guia para entrevista semi-estruturada com os enfermeiros que trabalham no Setor de Emergência Adulto .

1-Dados pessoais:

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

2- Tempo de trabalho neste hospital:

() há menos de 1 ano () Entre 1 a 5 anos () há mais de 5 anos

3- Tempo de trabalho nesta Emergência:

() há menos de 1 ano () Entre 1 a 5 anos () há mais de 5 anos

4- Experiência em outra Emergência.

() sim () não Quanto tempo? _____

5- Você tem alguma formação específica na área de Emergência?

() curso preparatório

() especialização

6- O que você entende por Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no contexto da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde?

7- Você acha que existe relação entre classificação de risco e acolhimento?

() sim () não Por que?

8- Você gostaria que fosse implantada a classificação de risco na Emergência deste hospital?

9- O que você acha que mudaria para o usuário sendo implantado o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco?

10-O que você acha que mudaria (aspectos positivos e negativos) para o serviço de Emergência e para o seu trabalho enquanto parte do grupo de enfermagem se fosse implantado o AACR ?

11-Quem você acha que seria o profissional mais habilitado para realizar a classificação de risco? Por quê?

12-Você acha que o protocolo de classificação de risco sugerido pelo Ministério da Saúde contempla a maior parte dos agravos atendidos nesta Emergência?

13-Você acha que a utilização do protocolo auxiliará na melhor avaliação e mais adequada classificação de risco do usuário na Emergência?

14-Quais as dificuldades você apontaria para a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no setor de Emergência Adulto desta instituição?

15- Que sugestões você daria para sanar estas dificuldades?

16- Quais as facilidades você observa para a implantação do AACR no setor de Emergência deste hospital?

17- Você observou alguma mudança no setor de Emergência após a implantação do “acolhimento” com as acadêmicas de enfermagem? Cite.

Muito Obrigada!

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O meu nome é Lícia Mara Brito Shiroma e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada Classificação de risco em serviço de Emergência no contexto da Política Nacional de Humanização do SUS – um desafio para os/as enfermeiros/as.

Tenho como objetivo geral conhecer, a partir da percepção dos enfermeiros, quais as potencialidades e dificuldades para a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco na Emergência de um hospital Universitário.

Este documento tem como finalidade obter o seu consentimento para participar da coleta de dados desta pesquisa (entrevista e reflexão em grupo), bem como de sua autorização para fotografar e gravar em MP3. Os dados coletados e os relatos serão confidenciais, sendo que os nomes dos participantes não serão utilizados em nenhum momento. A qualquer momento lhe é garantido o direito de desistir da participação no estudo ou de não responder às questões colocadas.

Neste sentido, gostaria de contar com sua participação e deixar o meu contato para qualquer dúvida em relação ao estudo ou para comunicar sua desistência, caso isto ocorra, telefones: (48)3234-5282 / 8423-2118 ou lbshiroma@yahoo.com.br.

Esclareço ainda que as informações coletadas serão utilizadas em minha Dissertação de Mestrado e eventualmente na publicação de artigos, periódicos, livros ou em eventos científicos. Desde já agradeço sua participação e colaboração.

Lícia Mara Brito Shiroma
Mestranda

Dra Denise E. Pires e Pires
Orientadora

Consentimento Pós-informação:

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa Classificação de risco em serviço de Emergência no contexto da Política Nacional de Humanização do SUS – um desafio para os/as enfermeiros/as e aceito participar da mesma, desde que respeitadas as condições acima referidas.

Florianópolis ____/____/____

Assinatura: _____ RG: _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE 4: Adaptação prévia do protocolo de classificação de risco baseado no protocolo sugerido pelo Ministério da Saúde para ser utilizado na Emergência Adulto de um Hospital Universitário

PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO POR NÍVEL DE ACUIDADE

QUEIXA	ÁREA ROXA RESSUSCITAÇÃO Atendimento imediato	ÁREA VERMELHA EMERGÊNCIA Atendimento em 10 min.	ÁREA LARANJA URGÊNCIA Atendimento em 60min.	ÁREA VERDE NÃO URGENTE Atendimento de acordo com ordem de chegada
DOR DE CABEÇA	-Dor de forte intensidade, associada a vômitos incoercíveis e início súbito,	-Dor de forte intensidade associada a agitação psicomotora, inquietação. -Dor de forte intensidade associada a PAs \geq 200 mmHg, Atentar para queixas de cefaléia intensa com agitação, inquietação.	-Dor de média a forte intensidade, associada a náusea, vômito e fotofobia, -Pressão arterial dentro da normalidade.	-Dor de fraca a média intensidade, -Pressão arterial dentro da normalidade.

<p>INTOXICAÇÃO EXÓGENA / ABUSO DE DROGAS / ÁLCOOL</p>	<ul style="list-style-type: none"> -PCR (parada cardíorrespiratória), -Coma alcoólico, -Dificuldade respiratória grave (SPo₂≤80) associada a sudorese, agitação psicomotora, -Sinais extremos de overdose, -Agitação psicomotora e/ou alteração significativa do nível de consciência, -Hipertensão arterial PAs≥200 ou PAd ≥ 120 -Hemiplegias/hemiparesias agudas, 	<ul style="list-style-type: none"> -Intoxicação exógena com menos de 3h, -Delirium tremens, -Sinais de broncoaspiração, -Alteração do nível de consciência com períodos de agitação, -Vômitos incoercíveis, -Potencial suicida, -Sonolência moderada, -Estados de pânico, -Sinais de overdose, 	<ul style="list-style-type: none"> -Intoxicação exógena com mais de 3h, sem sinais e sintomas, -Sonolência leve, -Vômitos moderados, 	<ul style="list-style-type: none"> -História de intoxicação exógena há mais de 12h, sem sinais e sintomas
<p>ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Coma: paciente não responsivo ao estímulo doloroso, -Alteração sensorial : sonolência – torpor -Crise convulsiva em curso, 	<ul style="list-style-type: none"> -Déficit neurológico agudo, -Fraqueza súbita em hemiface ou hemicorpo, -Dificuldade súbita para falar , -Súbita visão dupla (diplopia) ou perda de visão em um dos olhos, -Perda súbita do equilíbrio, 	<ul style="list-style-type: none"> -Fraqueza discreta com pressão arterial pouco elevada ou dentro da normalidade, -Crise convulsiva há mais de 6h, sem sintomas, -Desmaio há mais de 6h, sem sintomas. 	<ul style="list-style-type: none"> -História de fraqueza, sem sintomas no momento, com sinais vitais estáveis,

		-Pós-ictal, -Desmaio em curso.		
TRAUMA CRÂNIO/FACE	-Politraumatizado: TCE associado à contusão torácica/abdominal, múltiplas fraturas, ferimento por PAF ou FAB -A,B,C alterados, -Diminuição do nível de consciência (Glasgow de 3 a 8), -Equimose, edema ou suspeita/fratura da coluna cervical, -Sinal de Battle (equimose no processo mastóide, indicativo de fratura em base de crânio) ,olhos de panda (guaxinim), rinorréia e otorréia , -Tamanho, formato, igualdade e reação à luz das pupilas alteradas, -Convulsão em curso, -Perda motora e sensorial, -Lesão/ferimentos penetrantes importantes, sangrantes.	-Diminuição do nível de consciência (Glasgow de 9 a 12), -Fraturas em face e deformidades em geral (edemas, cortes, lacerações e dentes soltos), -Acidentes com vítimas fatais.	-Leve alteração do nível de consciência (Glasgow acima de 13), -Acidente sem vítimas fatais.	-Sem alteração do nível de consciência, -Escoriações.

<p>DOR TORÁCICA /ALTERAÇÃO CARDIOLÓGICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Parada Córdio-respiratória (ausência de pulso carotídeo e / ou respiração detectável), -Dor torácica aguda intensa , associada a dificuldade respiratória grave (SPO2≤80), FC≤50 ou FC≥150; -Edema Agudo de Pulmão (hipersecreção rosada, espumosa, angústia respiratória), -Insuficiência Cardíaca Congestiva grave (dor torácica e dispnéia intensas), -Dor torácica em aperto, tipofacada, com irradiação para MMSS, ombros, região cervical ou mandíbula, -Dor torácica ou epigástrica de início súbito e forte intensidade associada a sudorese, náuseas e vômitos, -Dor torácica com história prévia de IAM, angina, TEP, aneurisma ou DM, -Dispnéia intensa associada a 	<ul style="list-style-type: none"> -Dispnéia moderada; -Dor aguda moderada; -Choque elétrico sem perda da consciência, -Dor torácica , com duração superior a 30 min. sem melhora ao repouso, -FR≤10 hipoxemia -FC≥140 ou FC≤55bpm -PAd ≥ 120mmHg -PAs≤ 80mmHg -ICC moderado a leve com dor torácica e dispnéia de moderadas a leves, -Cardiopatia associada a dispnéia moderada a leve, -Arritmias, -Dor torácica associada a dispnéia e cianose de leve a moderada. 	<ul style="list-style-type: none"> -Dispnéia leve, -História de dor torácica leve, aguda, sinais vitais estáveis. 	<ul style="list-style-type: none"> -História de dor torácica leve, crônica, sinais vitais estáveis.

	<p>cardiopatias, -Dor torácica associada a alteração do nível de consciência; -Taquipnéia, uso de musculatura acessória da respiração, -Choque elétrico com perda da consciência.</p>			
TRAUMA TÓRAX	<p>-Diminuição do nível de consciência (Glasgow de 3 a 8), -ABC alterado, -Angústia respiratória com sons respiratórios reduzidos (suspeita de hemotórax ou pneumotórax), -Presença de hemoptise, hematêmese, enfisema subcutâneo ou crepitações, -Distensão das veias do pescoço, -Desvio de traquéia, -Lesão torácica penetrante</p>	<p>-Diminuição do nível de consciência (Glasgow 9 a 12), -Dor na inspiração (indicativo de fratura de costela/tórax instável), -Dispnéia moderada, -Deformidades nas costas,</p>	<p>-Leve diminuição do nível de consciência (Glasgow acima de 13), -Dor leve sem sinais de fratura, -Respiração normal ou leve dispnéia</p>	<p>-Sem alteração do nível de consciência, -Dor leve, -Respiração normal</p>
ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA	<p>-PCR -Dispnéia grave com SpO₂ ≤ 80%, FR ≥ 50 ou ≤ 10, com alteração do nível de consciência (não consegue falar), -Dispnéia intensa associada à</p>	<p>-Dispnéia moderada (não consegue pronunciar palavras seguidas), -Dispnéia moderada associada a taquicardia, -Dispnéia leve</p>	<p>-Dispnéia leve a moderada, sem alteração do nível de consciência ou cianose(consegue falar), -Dispnéia leve com</p>	<p>-Eupnéia (fala normalmente), -Coriza, dor de garganta, com sinais vitais estáveis, -Dificuldade respiratória leve com saturação normal associada a</p>

	<p>cianose de extremidades, -Dispnéia intensa com história prévia de DPOC e cardiopatia, -Dispnéia, taquipnéia, presença de ruídos respiratórios, tiragens intercostais, cianose, batimento da asa do nariz, -Dispnéia intensa associada a processo alérgico agudo.</p>	<p>associada a processo alérgico agudo.</p>	<p>história prévia de DPOC ou cardiopatia, -Dispnéia leve a moderada associada a febre e tosse produtiva, -Dispnéia associada a saturação de O₂ normal, -Trauma de costela sem dispnéia.</p>	<p>ansiedade.</p>
ABDOME	<p>-Trauma penetrante; -Dor extrema associada a palidez intensa, sudorese e intenso sangramento.</p> <p>“ atentar para queixa de dor no estômago tipo queimação IAM ?”</p>	<p>-Vômito fecalóide (odor e aspecto de fezes); -Dor intensa; -Dor intensa associada a hipotensão ortostática, palidez; -Abdome rígido (em tábua); -Associação de dor e febre; -Dor associada a enterorragia (fezes com sangue).</p>	<p>-Dor moderada; -Dor associada com náuseas e vômitos; -Dor associada com diarreia > 24h ou frequência > 1x/hora; -Úlcera ou alcoolismo conhecidos.</p>	<p>-Dor leve por mais de 24h,; -Náuseas / vômitos ligeiros; -Vômito/diarreia sem desidratação; -Hemorróidas.</p>
SANGRAMENTO DIGESTIVO/ EPISTAXE	<p>-Sangramento incoercível, palidez cutânea, sudorese, hipotensão, com sinais de choque FC \geq 110bpm,</p>	<p>-Hematêmese / Melena / Hemoptise/Epistaxe com sangramento ativo, palidez cutânea,</p>	<p>-Hematêmese/ Melena / Hemoptise / Epistaxe sem sangramento ativo nas últimas 24h,</p>	<p>-Com história de sangramento, sinais vitais estáveis.</p>

	PAs ≤ 80 mmHg, FR ≥ 50, hipotermia (T ≤ 36° C), alteração do nível de consciência.	sudorese, FC entre 100 e 110bpm, PAs entre 80 e 100mmHg, -Epistaxe em uso de anticoagulante.	-Epistaxe controlada com compressão,	
TRAUMA ABDOME /GENITÁLIA	-Diminuição do nível de consciência (Glasgow de 3 a 8), -A,B,C alterado, -Sinais de choque (palidez cutânea, enchimento capilar ≥ 2 segundos, pulsos reduzidos), presença de hematomas, rigidez abdominal, hematêmese, hematúria, sangue retal, lesões penetrantes importantes.	-Diminuição do nível de consciência (Glasgow de 9 a 12), -Diminuição dos ruídos hidroaéreos.	-Leve diminuição do nível de consciência (Glasgow acima de 13), -Dor leve sem sinais de fratura.	-Sem alteração do nível de consciência, -Dor leve.
ALTERAÇÕES GENITO-URINÁRIAS		-Cólica renal, -Retenção urinária com dor extrema, -Dor abdominal inferior com sangramento e hipotensão, -Amenorréia com sinais vitais anormais, -Abuso sexual	-Retenção urinária, -Disúria, poliúria, hematúria, -Amenorréia com dor abdominal moderada, -Sangramento vaginal excessivo (± 8 absorventes/dia, com FC e PA estável)	-Secreção vaginal, -Sangramento vaginal moderado, sem alteração dos sinais vitais, -Teste de gravidez

		(protocolo específico), -Dor testicular com história de trauma, -Dor testicular com hipertermia,		
TRAUMA MEMBROS	-Hemorragia intensa, -Fratura exposta, amputação, esmagamento, síndrome compartimental (dor, ausência de pulso, paralisia, parestesia, palidez e edema), -Cianose, pulso reduzido do membro, -Função sensorial/motora do membro reduzida.	-Dor com assimetria de MMII, -Movimento reduzido, -Edemas, crepitações, deformações, hematomas e lacerações.	-Dor moderada sem sinais de fraturas	-Dor leve sem sinais de fratura
ALTERAÇÃO NOS SINAIS VITAIS	-FC ≤ 50 ou FC ≥ 150 -FR ≤ 10 OU ≥ 50 -SpO ₂ ≤ 80 -Choque PA inaudível – pulsos filiformes, enchimento capilar reduzido.	-PAs ≥ 200mmHg -PAs ≤ 90mmHg -PAd ≥ 120mmHg -FC ≥ 120bpm -SpO ₂ de 80-90 -FR ≥ 32 -HAS associada a perda de força ou parestesia, -HAS associada a confusão mental, -HAS associada a dor torácica ou irradiada para as costas, -HAS em paciente	-PAs ≥ 180mmhg ou -PAd ≥ 110mmhg sem história prévia de hipertensão ou com história de hipertensão controlada, associada a escotomas e cefaléia.	-Sinais vitais estáveis sem sinais de alerta sem alteração do nível de consciência, -PAs ≤ 180 mmhg ou PAd ≤ 110mmhg sem sintomas associados, -Hipertensos crônicos mal controlados.

		angustiado com dificuldade para falar, -HAS associada a náusea a sudorese fria, -HAS em gestante após 20ª semana de gestação ou até 6ª semana após o parto, -HAS com assimetria de pulso, -HAS associada a cefaléia lancinante.		
--	--	---	--	--

Obs: foi utilizada a sequência céfalo-caudal por considerar que esta forma de organização facilita o manuseio do protocolo no momento de sua utilização.

Abreviações utilizadas neste apêndice:

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DM – Diabetes Mellitus

FR – Frequência Respiratória

FC – Frequência Cardíaca

FAB – Ferimento por Arma Branca

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

MMSS – Membros Superiores

MMII – Membros Inferiores

PCR – Parada Cárdio-respiratória

PA – Pressão Arterial

PAd – Pressão Arterial diastólica

PAs – Pressão Arterial sistólica

PAF – Projétil de Arma de Fogo

SPO2 – Saturação de Oxigênio

T – Temperatura

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

TEP – Trombo Embolismo Pulmonar

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ANEXO 1 - Instrução Normativa 01/PEN/2008

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL

CEP.: 88040-900 - Fone/fax. (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787 E-mail: pen @ nfr.ufsc.br
www.nfr.ufsc.br/pen

Instrução Normativa 01/PEN/2008

Florianópolis, 10 de julho de 2008.

Dispõe sobre a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora em exercício do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 09/07/2008 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

RESOLVE:

1. Aprovar o novo formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

2. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador, já publicados, submetidos à publicação ou no formato final para encaminhamento ao periódico.

3. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a conter uma visão de conjunto do trabalho de pesquisa. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial Teórico-metodológico/método

- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica (neste caso o artigo já deverá estar submetido à publicação ou publicado)

- artigo 1
- artigo 2
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial Teórico-metodológico/método
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica (neste caso o artigo já deverá estar submetido à publicação ou publicado)

- artigo 1
- artigo 2
- artigo 3
- Discussão geral da tese
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

4. Orientações gerais:

a) Todos os artigos deverão ser apresentados nas normas do periódico à que foi ou que será submetido, sendo necessário explicitar o nome do periódico;

b) Os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a legislação vigente na UFSC;

c) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como Internacional B ou superior para Doutorado e Internacional C ou superior para Mestrado;

d) No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

e) O artigo que se caracterize como pesquisa bibliográfica já deverá estar submetido ou publicado. Já os demais artigos deverão estar no formato final para submissão ou poderão estar submetidos à publicação.

Esta Instrução Normativa entra em vigor na data desta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN

