

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ROSINEIDE RENOVATO FREIRE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: proposta pautada no acolhimento

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ROSINEIDE RENOVATO FREIRE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: proposta pautada no acolhimento

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

Profa. Orientadora: Francine Lima Gelbcke

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado Classificação de risco: proposta pautada no acolhimento humanizado, de autoria da aluna Rosineide Renovato Freire, foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Dra. Francine Lima Gelbcke
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

DEDICATÓRIA

A Deus, pela preservação da minha vida.

Aos meus pais, Carmelita e José Renovato que me incentivaram desde a infância o desejo pelo conhecimento.

A meu esposo e meus filhos, por acreditarem na minha capacidade.

A todos que marcaram a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Imensamente a Deus por ter me dado força e sabedoria necessária para minha formação, tanto acadêmica quanto intelectual e espiritual. O senhor é e sempre será em minha vida o regente, em toda minha trajetória. Obrigada meu grandioso DEUS!

Ao meu esposo pelo companheirismo, pela atenção e pela força dada através das idas e vindas sempre que precisei. Obrigada!

Agradeço aos meus filhos, Marcos Filho e Matheus Henrique pela compreensão, carinho, paciência e motivação, sempre ajudando na construção do meu conhecimento, assim sendo, vocês me ensinaram a perseverar com alegria.

A minha orientadora, pela atenção, paciência e por todo o apoio oferecido para conclusão desse trabalho.

Aos meus familiares e amigos que colaboraram e torceram pela realização de mais uma vitória em minha vida.

E finalmente, agradeço a todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para esta etapa da minha vida. Um MUITO OBRIGADA a todos vocês!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 METODOLOGIA.....	11
3 RESULTADO.....	13
5 CONSIDERAÇÕES.....	24
REFERÊNCIAS.....	25

RESUMO

A finalidade do Pronto Atendimento na assistência à pessoa em situação de emergência é estabilizar a vítima e mantê-la viva até a chegada ao local em que será possível tratá-la, vislumbrando sua cura ou diminuição das sequelas, possibilitando melhor qualidade de vida ou mesmo sua própria vida. Considerando que o objeto do trabalho é a pessoa em risco de morte eminente e o tempo para cumprir tal finalidade por vezes é extremamente curto, torna-se necessária a organização de intervenções fundamentadas no trabalho em equipe. Uma possibilidade para reorganização do trabalho é a implantação da classificação de risco visando o atendimento dinâmico e eficaz para diminuir o risco de morte do cliente. Trata-se de pesquisa bibliográfica, com o objetivo de elaborar estratégias que possibilitem um atendimento mais humanizado e acolhedor nas Unidades de Pronto Atendimento (PA), a partir da classificação de risco e capacitação da equipe nas unidades. A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual da Saúde – BVS, em artigos entre 2005 a 2012, tendo como tema classificação de risco e acolhimento humanizado. Os resultados apontam a melhoria dos serviços com a implantação do acolhimento humanizado e a classificação de risco, o que possibilitou a elaboração de um plano de ações a ser implementado em uma unidade de pronto atendimento de um município da Paraíba, no sentido de melhorar a atenção à saúde na unidade e estabelecer um vínculo humanizado e acolhedor com o cliente, a partir do estabelecimento de prioridades no atendimento.

Palavras Chave: Acolhimento. Classificação de riscos. Enfermagem. Humanização.

1 INTRODUÇÃO

A incidência de traumatismos no Brasil vem aumentando nos últimos anos e neste sentido a organização das portas de atenção, como hospitais e pronto-atendimentos que realizam o acolhimento e atenção à saúde da população se faz mais do que necessário. Além de outros fatores, a crescente participação da sociedade nesse contexto faz com que a população se torne mais sujeita a situação da violência urbana, tais como acidentes automobilísticos, atropelamentos e outros tipos de agressões como é o caso da violência doméstica, esta última de importância crescente. Conjuntamente com a violência urbana, também interferem nas taxas de mortalidade do país as urgências e emergências clínicas como os infartos (IAM), os acidentes vasculares encefálicos (AVE), dentre outras patologias cardiovasculares (BRASIL, 2009).

Considerando a realidade dos dias atuais, aproximadamente 6% a 7% dos atendimentos nas unidades de saúde estão relacionadas com o trauma. Os acidentes automobilísticos graves representam 7,2% da mortalidade, cerca de 6% a 7% dos casos de traumatismos leves estão associados a mau prognóstico. Cerca de 80% das pessoas atendidas nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) admitidas nas emergências em choque hipovolêmico, evoluem com óbito (BRASIL, 2010).

Toda a equipe multiprofissional no pronto atendimento (PA) deve ter o conhecimento do diagnóstico e a conduta terapêutica com o objetivo relevante e primordial de estabelecer e estabilizar a vítima (PEREIRA, 2009). Para tanto, é fundamental que se estabeleçam programas de educação permanente pautado nas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com um aprendizado envolvendo o acolhimento e humanização, bem como questões técnicas, possibilitando melhorar o serviço de saúde e a prática assistencial da equipe de enfermagem.

Alguns aspectos são fundamentais na qualificação do enfermeiro que atua em situações de emergência. É necessário ter conhecimento científico e habilidade, transmitir segurança à equipe, atuar de forma objetiva e sincronizada, pois a equipe multidisciplinar numa reanimação cardiorrespiratória é de fundamental importância para o bom desempenho e qualidade da vida do paciente. O desenvolvimento e aperfeiçoamento desses aspectos podem dar-se, entre outros, mediante estudos e educação permanente, além de uma prática pautada em protocolos, que podem ser utilizados a partir dos preconizados pelo Ministério da Saúde, mas também estabelecidos nos serviços, o que sem dúvida pode garantir um atendimento de qualidade e com menores riscos ao paciente cuidado, possibilitando um atendimento seguro

(AGUIAR et al., 2005).

As equipes de atendimento de urgência e emergência, entre elas os profissionais que trabalham no PA, enfrentam situações muito específicas e são particularmente vulneráveis, já que em seu cotidiano convivem com o contínuo sofrimento humano na luta contra o tempo para salvar vidas em condições e ambientes adversos (TRINDADE, 2009).

A finalidade do PA na assistência à pessoa em situação de emergência é estabilizar a vítima e mantê-la viva até a chegada ao local onde será possível tratá-la, vislumbrando sua cura ou diminuição das sequelas, possibilitando melhor qualidade de vida ou mesmo sua própria vida. Considerando que o objeto do trabalho é a pessoa em risco de morte eminente, e o tempo para cumprir com sua finalidade é extremamente curto, torna-se necessária a organização de intervenções fundamentada no trabalho em equipe (PEREIRA, 2009).

A produção de saúde pública enseja o compromisso de cuidar do outro. A Política Nacional de Humanização do SUS eleje a vida coletiva como plano de produção de vida, atribuindo ao cotidiano um espaço de interação e trocas de experiências e reinvenção de modos de vida. Desta forma, privilegia de maneira indissociável a construção do sujeito e a maneira de ser social movidas pelos verbos trabalhar, viver, amar, sentir e produzir saúde (BRASIL, 2009).

Para dar conta do atendimento das necessidades de saúde da população, faz-se necessária a organização das ações em saúde, acentuando-se a importância do papel das políticas sociais de redistribuição, redução das desigualdades e iniquidades no território nacional e inclusão social (MALTA et al., 2009). Neste contexto, precisamos pensar na organização do Pronto Atendimento, visando que respondam as políticas instituídas, entre elas a Política Nacional de Humanização da Assistência, que prevê a reorganização dos serviços de urgência e emergência, instituindo a Classificação de Risco. O propósito deste trabalho é buscar estratégias que possibilitem a readequação da unidade de pronto atendimento (PA) do município de Rio Tinto – Paraíba, visando um atendimento mais humanizado.

1.1 JUSTIFICATIVA

Durante anos de prática de enfermagem em diversas Unidades de Urgência, na capital e no interior da Paraíba, como coordenadora e supervisora da equipe, atendendo as condições adversas que permeiam os ambientes de trabalho das equipes de saúde, e das circunstâncias em que os atendimentos, especialmente de emergência, são muitas vezes prestados, percebo

muitos problemas, entre os quais a carência de leitos, de espaço físico, de material de consumo, de equipamentos, de medicamentos, de pessoal capacitado e, profissionais em quantidade e qualidade suficientes, sendo estes apenas alguns dos problemas mais comuns. A este quadro, agrega-se a falta de recursos humanos permanentes, profissionais exaustos com dupla carga horária de trabalho, desmotivados, clientes e familiares abandonados, desinformados e irritados. Através desse cenário pode-se ter uma ideia das dimensões das consequências indesejáveis que enfrentamos no dia-a-dia. Com todos os problemas encontrados no cotidiano, o atendimento nem sempre é organizado de forma a priorizar a atenção aos usuários em condições de saúde mais graves, bem como a forma de acolhê-los precisa ser revista, coadunando-se ao proposto na Política Nacional de Humanização.

Neste sentido, para dar conta de um processo de reorganização dos serviços, entendo que há necessidade de programa de educação permanente, que possibilite a reflexão da prática cotidiana, com vistas a buscar soluções para enfrentamento dos problemas existentes, entre eles, a necessidade de um atendimento mais humanizado, com a implantação da classificação de risco.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização, reconhece o processo anestésico vivenciado pelo homem nos dias atuais, quando entorpece a escuta e alimenta a indiferença nas relações interpessoais. Esse esfriamento das relações humanas privilegia a promoção do sofrimento. O embotamento da sensibilidade para com o outro nos faz mergulhar no isolamento, contrariando a vida coletiva, rompendo com o espaço da intersubjetividade e do compartilhamento, indissolúvel do ser social (BRASIL, 2006).

Diante da atual situação de atendimento no PA, das frequentes denúncias, queixas e reclamações dos pacientes, seus familiares e dos funcionários das equipes de saúde, que compõem o universo dessas observações, surgem os questionamentos: Porque vivenciamos esta situação? O que está sendo feito para melhorar? O que mais pode ser feito? Existe algum programa para os próprios funcionários das unidades em Educação permanente? Quem pode, deve atuar, e como? Como estão se comportando os profissionais de saúde? O que está acontecendo com os clientes? Quantas vidas poderiam ter sido salvas? Quantas sequelas mórbidas poderiam ter sido evitadas?

A partir de tais questionamentos emergiu o seguinte objetivo geral: pesquisar na literatura e propor estratégias que possibilitem um atendimento mais humanizado e acolhedor na Unidade de Pronto Atendimento (PA). E como objetivo específico: Fazer revisão de literatura acerca do Programa Nacional de Humanização da Assistência; Propor, a partir da literatura, estratégia de reflexão com a equipe que atua no PA acerca do acolhimento e classificação de risco.

2 METODOLOGIA

No que concerne aos objetivos, esta pesquisa se constitui em um estudo do tipo exploratório e bibliográfico. Sampieri; Collado e Lucio (2013) destacam que a pesquisa exploratória é desenvolvida no sentido de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato. Portanto, esse tipo de pesquisa é realizado, sobretudo, quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. No que tange aos procedimentos, trata-se de uma pesquisa bibliográfica.

De acordo com Lakatos (2012) é a que se efetua para se resolver problema ou adquirir conhecimentos a partir de consultas a livros, artigos, jornais. Tem como objetivo recolher, selecionar, analisar e interpretar as contribuições teóricas já existentes sobre determinado assunto.

A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual da Saúde – BVS, com artigos entre 2005 a 2012, tendo como tema o proposto na pesquisa, ou seja, acolhimento e classificação de risco. Foram incluídos artigos em língua portuguesa disponíveis na íntegra, sendo destacados 14 artigos sobre a temática, tendo sido utilizados os seguintes descritores: Acolhimento. Classificação de riscos. Enfermagem. Humanização.

Inicialmente foi feito o levantamento bibliográfico, seguido do fichamento das obras aderentes à elaboração do trabalho.

Segundo ECO (2008), as etapas da pesquisa bibliográfica são:

1ª etapa: Identificar os aspectos a ser pesquisados, além do tipo de documento que podem indexar estes materiais.

2ª etapa: Dever de formulação da estratégia e da busca para cada fonte selecionada; analise dos resultados de busca e identificação de referências pertinentes.

3ª etapa: Compilar e reorganizar através de fichamento.

4ª etapa: Analisar e interpretar todo o conteúdo colhido.

5ª etapa: Redação e apresentação do trabalho.

Ademais, cumpre assinalar que foram seguidas as recomendações preconizadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Além disso, levou-se em consideração a Resolução de nº. 311/07 do COREN, no que diz respeito ao seu Art. 99, é proibido divulgar ou publicar em seu nome, produção técnico-científica ou instrumento de organização formal do qual não tenha participado ou omitir nomes de co-autores e colaboradores (COFEN, 2007).

A partir da literatura, foi elaborada uma proposta de capacitação da equipe de saúde no sentido de refletir com a mesma acerca da possibilidade de implantação do acolhimento com classificação de risco na unidade de pronto atendimento (PA) do município de Rio Tinto – PB. Este processo de reflexão se faz necessário haja vista que 90% dos funcionários que atuam no PA possuem pouca discussão sobre o tema humanização e acolhimento da população. A Política Nacional de Humanização prevê que os trabalhadores sejam atores sociais no processo de trabalho, desta forma, a implantação da classificação de risco, pautada no acolhimento humanizado, precisa ser discutida com os trabalhadores, suplantando o modelo no qual o atendimento muitas vezes se dá pela amizade, e não pela necessidade e prioridade de atendimento.

Como se trata de uma revisão de literatura e elaboração de proposta de capacitação da equipe de saúde, o projeto não foi encaminhado ao Comitê de Ética.

3 RESULTADOS:

A partir da pesquisa bibliográfica, elencaram-se alguns temas que vão subsidiar a elaboração da proposta para capacitação da equipe de saúde acerca do acolhimento com classificação de risco.

Neste sentido são apresentados os resultados de tal revisão e a proposta de capacitação.

3.1 PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – PNHG - é uma iniciativa inovadora do SUS. Criada em 2003, tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Uma tarefa desafiadora, sem dúvida, uma vez que na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho. Assegurar o cuidado humanizado na atenção básica tem sido esforço contínuo do Ministério da saúde ao longo da prática dos direitos fundamentais (BRASIL, 2010).

A integralidade, como princípio e diretriz do SUS, coloca em cena alguns aspectos da maior importância, a saber: A concepção de saúde/doença, o funcionamento dos serviços de saúde em rede, a organização do processo de trabalho no campo da saúde, a não-fragmentação da assistência, as práticas de cuidado, dentre outras questões. Assim, podemos perceber que a discussão da integralidade remete à análise dos modelos instituídos de atenção e gestão do SUS, buscando afirmar um *ethos*, uma prática ético-política no campo da saúde, que se contrapõe aos reducionismos, à objetivação dos sujeitos, à fragmentação dos modelos de atenção e de organização do processo de trabalho em saúde, assim como dos processos de formação (MATTOS, 2006).

Segundo Collet (2006), o Estado coloca que a dimensão humana e subjetiva, inserida na base de toda intervenção em saúde, das mais simples às mais complexas, tem enorme influência na eficácia dos serviços prestados.

Com vistas a multiplicar as diretrizes da política de humanização sugere-se a criação de um Grupo de Trabalho de Humanizado em cada um dos hospitais, constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais, cujas tarefas são: Difundir os benefícios da assistência humanizada; pesquisar e levantar os pontos críticos do

funcionamento da instituição; propor uma agenda de mudanças que possa beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; divulgar e fortalecer as iniciativas humanizadas já existentes; melhorar a comunicação e a integração dos de saúde com a comunidade e usuários (COLLET, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização da Atenção – PNHA considera que é de fundamental importância reconhecer e estimular as iniciativas de humanização, valorizar as instituições e os profissionais competentes e comprometidos com o tema.

Mais do que isso é desejável que a instituição de saúde verdadeiramente humanizada receba um tratamento diferenciado por parte dos gestores públicos de Saúde e dos órgãos governamentais, e tenha prioridade no estabelecimento de contratos e convênios no futuro (BRASIL, 2011).

O acolhimento do usuário do Sistema Único de Saúde tem um dimensionamento humano importante na porta de entrada para os serviços públicos de saúde. Caracterizado pela Estratégia da Família que elege a construção da comunidade e da família como eixo principal na descentralização dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A Portaria de nº 648/GM de 28 de março de 2006 reorganiza a atenção básica estabelecendo as diretrizes de funcionamento da atenção básica de saúde, criando o Programa Saúde na Família – PSF e introduz o Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS. Todo esse esforço de redefinição da estrutura organizacional dos serviços públicos de saúde sinaliza a garantia dos direitos essenciais do homem, onde os princípios do SUS são traduzidos em diretrizes, programas e ações.

A PNH do SUS para os gestores e profissionais da saúde (BRASIL, 2008, p. 17), preconiza “orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, idealizando ao ser humano”.

O lado humano da qualidade da assistência à saúde fica evidente no posicionamento da atenção à saúde voltada para a comunidade, usuário e valorização das relações profissionais no processo de atendimento, a luta por um SUS mais humano, construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde ao estabelecer princípios, métodos, diretrizes e dispositivos para consolidação da filosofia do SUS, onde a saúde e o usuário são focos centrais, preocupe-se na Política Nacional de Humanização – PNH, em estabelecer suas diretrizes, formas de

acolhimento e inclusão do usuário para promoção e otimização dos serviços, o fim das filas, a classificação de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema (BRASIL, 2008).

Combater a idealização da humanização da atenção à saúde tem sido proposta do SUS, quando exige a aproximação das políticas públicas no cotidiano das pessoas, através dos programas e ações de saúde. Assim, de acordo com o Ministério da Saúde (2006, p. 17-18) o PNH assume compromissos com a população:

Propor e integrar estratégias de ação que constituam o “campo da humanização”, operando como apoio matricial para as áreas, as coordenações e os programas de saúde no que for com eles contratualizado; propor e integrar estratégias de ação para implantação da PNH no âmbito do Ministério da Saúde em interface com as demais áreas e coordenações e as demais instâncias do SUS; criar grupo de apoiadores regionais da PNH, que trabalharão com as SES, as SMS, os Pólos de Educação Permanente, os hospitais e outros equipamentos de saúde que desenvolvam ações de humanização. Tal grupo funcionará como um dispositivo articulador e fomentador de ações humanizantes, estimulando processos multiplicadores nos diferentes níveis da rede SUS; criar e incentivar mecanismos de divulgação e avaliação da PNH em interface com as demais áreas, as coordenações e os programas do MS.

A humanização junto com parceiros tem uma melhor resolutividade, atingindo assim a comunidade em todos os aspectos, estreitando os laços com a equipe e usuário.

Acredita-se que os profissionais que trabalham com o ser humano devem tratar o outro como humano, isto é, com igualdade, fazendo o melhor, respeitando e acompanhando. Devem desenvolver as ações necessárias para a humanização, de modo a possibilitar mudanças no tratamento hospitalar. Para o processo de humanização hospitalar acontecer, médicos, corpo de diretores, enfermeiros e pacientes devem estar envolvidos de forma harmônica.

3.2 ACOLHIMENTO

O Programa Nacional de Humanização estabelece em seu texto introdutório a comunicação como um processo fundamental na relação terapêutica. A importância do diálogo repousa sobre o peso que o acolhimento assume na estratégia de atendimento ao usuário do SUS. A atenção básica se posiciona no sistema de serviço público como porta de entrada, sendo imprescindível a participação da comunidade, a interação do cidadão e o acesso facilitado ao serviço de saúde.

O Acolhimento se constitui a partir da interação interpessoal da equipe de saúde com o usuário, o respeito à autonomia do cidadão, a informação precisa e a preocupação com o esclarecimento, o incentivo ao controle social da gestão e o compartilhamento de

informações.

O cuidado de enfermagem não deve ser restrito a intervenção técnica e uso de protocolos na assistência, cabe, sobretudo a implementação da Política de Humanização em seu estado de arte, voltada para conscientização, educação, sensibilização e solidariedade humana dispensada na atenção ao usuário. São atitudes indispensáveis a construção de vínculos e sedimentação do relacionamento do enfermeiro com os usuários do SUS (BRASIL, 2006).

A qualidade dos serviços públicos de saúde tem sido destaque nos meios de comunicação de massa, através de matérias jornalísticas que denunciam insatisfação, inoperância e desperdício na gestão pública de saúde. O governo ao lançar a Portaria nº 1654 de 19 de julho de 2011, que fala do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, demonstra claramente sua preocupação com os índices de qualidade da prestação de serviços públicos de saúde.

O PMAQ-AB busca ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, para garantir um processo padrão de qualidade totalmente compatível a nível nacional, regional e localmente de maneira que permita maior transparência e eficácia das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde de todo o Brasil.

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um estar com e um estar perto de, ou seja, uma atitude de inclusão.

Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que o acolhimento é visto como uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e política.

A Política Nacional de Humanização do SUS relata que ética se refere ao compromisso do profissional multidisciplinar no processo de reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, equidade no que preconiza seus princípios, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a melhoria na qualidade de vida e de viver, assim, para a construção de nossa própria humanidade; política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2011).

3.3 A ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO

O acolhimento se torna uma estratégia que contribui para os usuários e/ou profissionais construírem vínculos, e conseqüentemente responsabilidades e comprometimento em favor da vida, com base em uma metodologia dinâmica, participativa e integrativa de toda equipe, com finalidades similares que envolvem todo trabalho vivo e ativo na intenção de se produzir saúde, e nessa realidade merece destaque toda equipe de saúde (BRASIL, 2008).

Os usuários das unidades de saúde associam acolhimento a fatores que expressam a qualidade do atendimento, como respeito, bom atendimento e boa recepção. Este fato denota uma noção fragmentada do preconizado pela PNH, que não limita acolhimento a um bom atendimento, mas inclui como pontos essenciais também a oferta de uma atenção resolutive, com escuta qualificada e responsabilização pela integralidade do sujeito.

A prática do acolhimento busca transformar o processo de trabalho em saúde, como um todo no processo. O enfermeiro, por sua vez, tem papel imprescindível na realização desta prática por sua equipe, pois é ele o responsável pela coordenação e supervisão destes profissionais, tendo que buscar o aprimoramento e cumprimento das normas e diretrizes definidas pelo SUS, além de zelar pela valorização de cada profissional e pela satisfação de cada um deles em assistir os usuários de forma acolhedora e humanizada. Essa relação mais profunda do profissional de saúde com a população cria condições para uma redefinição crítica da prática técnica em vários serviços de saúde, ao apontar para um modelo integrado aos interesses populares (BRASIL, 2011).

O acolhimento preconiza na regulação com o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, que foi contribuindo para uma satisfação do indivíduo e coletivo. Significa em sua essência, acolher, ouvir, suprir de forma eficiente a demanda da população, dar respostas mais satisfatórias ao que os usuários e à sua rede social, além de perceber o usuário como indivíduo e coletivo na produção de saúde.

A Consulta de Enfermagem, exclusiva ação do enfermeiro, estabelecida pelo Art. 11, inciso I, alínea "i" da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto 94.406/87, consiste em um atendimento integral nos parâmetros sistematizado na sistematização que preconiza no acolhimento, com vistas à resolução e responsabilização pelas necessidades da população como um todo. É um espaço privilegiado para o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário, valorizando aspectos culturais, sociais e a subjetividade dos indivíduos (BRASIL, 2011).

Através da política de acolhimento, busca-se a monitoração, avaliação e intervenção no processo saúde-doença das famílias. Nesse contexto é preciso compreender a diversidade populacional assistida, para garantir adequada identificação de possíveis problemas de saúde, prescrevendo e implementando condutas de enfermagem que possam contribuir para prevenção, promoção e recuperação da saúde.

3.4 PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE

A proposta a seguir, foi elaborada para adequar os princípios e objetivos pré-estabelecidos pela pesquisa em si, qualificando a implementação, o acolhimento, a classificação de risco e educação permanente dos profissionais do PA da cidade de Rio Tinto – PB.

A primeira proposta consiste em inserção de uma capacitação para todos os funcionários envolvidos no processo de assistência direta e indireta da população, acerca do programa de Humanização. Capacitação esta que visa instrumentalizar a equipe para que seja instituído no serviço o tratamento adequado, pautado nos princípios do SUS e suas diretrizes.

PLANO DE AÇÃO I

ETAPAS	Conteúdos
Realização de capacitação sobre humanização da assistência pautada na PNH e suas diretrizes.	1. Capacitação sobre o que é humanização
	2. Quem são os pacientes e como tratá-los
	3. Ética profissional por classe e ação coletivo de uma equipe multiprofissional
Avaliação mensal.	Realizar avaliação com a clientela, após capacitação, por meio da aplicação de um instrumento elaborado pela equipe, visando avaliar a qualidade do atendimento.

O objetivo principal do plano de ação I é organizar o pronto atendimento para abordagem, recebimento e acolhimento ao usuário de forma humanizada. Outro propósito é, juntamente com a reflexão sobre humanização da assistência, repensarmos o processo de organização do trabalho, estabelecendo o papel de cada funcionário e suas funções na

unidade, além de discussão sobre o organograma. Destacamos também que a Política de Humanização envolve vários atores sociais como: usuários, trabalhadores e gestores, sabendo que organização é fundamental para que se imprima um ambiente propício ao acolhimento.

A segunda proposta relacionada à capacitação está vinculada à discussão da classificação de risco, visando entre outros, diminuir as queixas da população, além de buscar uma assistência mais qualificada e segura.

PLANO DE AÇÃO II

A Portaria 2048, de 2002, do Ministério da Saúde propõe nas unidades de atendimento de urgências a implantação do acolhimento e triagem classificatória de risco. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002).

O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR - se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Vai estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS. Será um instrumento de humanização.

A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo. Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

A Classificação de Risco deve ser um instrumento para melhorar a organização do fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

Os objetivos se resumem a ser um instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência; Humanizar o atendimento; Garantir um atendimento rápido e efetivo; Escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de urgência/emergência; Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam

os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato; Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde; Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência.

Atualmente é utilizado o protocolo de Manchester, especificado abaixo, porém no Brasil se faz uma junção com outros protocolos:

COMPARATIVO ENTRE ESCALAS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Escala	Níveis de prioridade	Tempo para observação	Fluxogramas
Escala Australiana (ATS)	Categoria 1 - Reanimação Categoria 2 - Emergência Categoria 3 - Urgência Categoria 4 - Pouco urgente Categoria 5 - Não urgente	Avaliação Imediata Avaliação em 10 minutos Avaliação em 30 minutos Avaliação em 60 minutos Avaliação em 120 minutos	Não utiliza fluxograma ou lista de queixas.
Escala Canadense (CTAS)	Nível I – Reanimação Nível II – Emergência Nível III – Urgência Nível IV - Pouco urgente Nível V - Não urgente	Avaliação Imediata Avaliação em 15 minutos Avaliação em 30 minutos Avaliação em 60 minutos Avaliação em 120 minutos	Lista de queixas pré-definidas e modificadores.
Escala Americana (ESI)	Nível 1 - Reanimação Nível 2 - Emergência Nível 3 - Urgência Nível 4 - Pouco urgente Nível 5 - Não urgente	Não prevê tempo limite para avaliação dos pacientes, apenas os recursos necessários para o atendimento conforme a condição clínica.	Utiliza um fluxograma com notas explicativas.
Sistema de Manchester	Nível 1 - Emergência Nível 2 - Muito urgente Nível 3 - Urgência Nível 4 - Pouco urgente Nível 5 - Não urgente	Avaliação Imediata Avaliação em 10 minutos Avaliação em 60 minutos Avaliação em 120 minutos Avaliação em 240 minutos	Possui 52 fluxogramas com discriminadores gerais e específicos.

Fonte: Adaptado de Gilboy *et. al*, 2005.

Os protocolos estabelecem os requisitos para o atendimento, sendo importante discutir com a equipe, capacitando-as, visando à implantação de um protocolo para a classificação de risco. Tendo em vista que no país existem várias iniciativas utilizando uma junção entre o protocolo de Manchester, adequando-a a realidade ao qual será implementada, entende-se que esta pode ser uma proposta a ser utilizada no PA de Rio Tinto - PB. Salienta-se, no entanto, que o próprio Ministério da Saúde estabelece protocolos para classificação de risco, sendo necessária a discussão com a equipe. Também se faz necessário estabelecer a equipe mínima para prestar tal atendimento, equipe esta composta por um médico, uma enfermeira, o atendente, um ou dois técnicos de enfermagem, bem como equipe de apoio, os quais devem ser capacitados para tal função.

O protocolo elaborado pelo Ministério da Saúde estabelece que o Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Neste sentido, deve estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS.

A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois, necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo. Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações (BRASIL, 2006).

O Acolhimento com Classificação de Risco busca:

- 1 - Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência;
- 2 - Humanizar o atendimento;
- 3 - Garantir um atendimento rápido e efetivo.

Desta forma, nenhum paciente pode deixar de ser atendido na unidade, porém devem ser respeitados os graus de gravidade do contexto emergência.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que se constrói em meio a imperativos de necessidade, de direito e da solidariedade humana. Desse modo, ele não se constitui como uma etapa do processo mais como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da Unidade, intensificando esse entendimento tanto para o usuário como para os profissionais que atuam nela. Para tanto, colocar este plano de ação - Acolhimento com Classificação de Risco - como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

- uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos 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 da unidade ampliando os espaços democráticos de discussão/ decisão, os espaços de escuta, trocas e decisões coletivas.
- postura de escuta e compromisso de dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário.

Acolher com resolutividade as pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, identificar riscos e vulnerabilidade (escuta qualificada) e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema.

Neste sentido, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se capilariza em inúmeras outras ações que partindo do complexo encontro: sujeito profissional de saúde e sujeito demandante possibilita analisar:

- a adequação da área física
- as formas de organização dos serviços de saúde
- a governabilidade das equipes locais
- a humanização das relações em serviço
- os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde
- o ato da escuta
- o uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes estão a favor da vida.

Este é um desafio que se tem, ao discutir a implantação do acolhimento com classificação de risco no PA de Rio Tinto – PA, o que implica não apenas repensar o processo de trabalho, mas efetivamente a forma de atuação da equipe de trabalho.

No acolhimento com classificação de risco, geralmente é o enfermeiro o responsável pela classificação, tendo inclusive respaldo legal para tal.

O enfermeiro irá realizar a classificação, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja:

Vermelho: prioridade zero - emergência, necessita de atendimento imediato;

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

Verde : prioridade 2 - prioridade não urgente, atendimento em até 30 minutos;

Azul: prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada – tempo de espera pode variar até 3 horas de acordo com a demanda destes atendimentos, urgências e emergências.

A identificação das prioridades será feito mediante adesivo colorido colado no canto superior direito do Boletim de Emergência. O enfermeiro no processo de Acolhimento de Classificação de Risco tem papel fundamental uma vez que, além de ser um profissional definido pelo Ministério da Saúde para classificar o risco do usuário, tem sensibilidade para acolher e ainda agrega, entre seus atributos, a capacidade de elaborar processo educativo do

usuário e família durante ou mesmo após Acolhimento com Classificação, orientando-os quanto ao serviço a ser utilizado quando necessário, sendo ainda capacitado para treinar as equipes de Acolhimento de Classificação de Risco e gerencia o serviço de urgência/emergência (BRASIL, 2006).

PLANO DE AÇÃO III

Pretendemos estabelecer reuniões periódicas para avaliação do serviço e demanda decorrente da implementação do acolhimento com a classificação de risco inserida na unidade do PA. Estas reuniões deverão acontecer com todos os profissionais que atuam na unidade, previstas em duas etapas: a primeira com toda a equipe, na qual serão discutidas suas dúvidas e estratégias de melhoria do serviço; e a outra, com cada categoria de profissional, para conhecer os desafios que ainda são necessários suplantarmos.

PLANO DE AÇÃO IV

Será realizada avaliação periódica sobre o serviço da unidade, a partir de aplicação de questionário junto à população atendida.

Para isso deve-se ter quadro de sugestões e questionários para que os clientes em atendimento ou já atendidos possam opinar sobre a qualidade da assistência e a humanização do acolhimento, desde a chegada até a realização de todo atendimento no PA.

O objetivo desta estratégia é avaliar se o serviço está sendo eficaz e satisfazendo a população.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um programa de classificação de risco pode ser definido como um conjunto de procedimentos e de objetivos pré-definidos com o intuito de promover uma cultura de segurança no seio das organizações de saúde. É o que se pretende alcançar na cidade de Rio Tinto na Paraíba, visto que a situação em que se encontra não pode permanecer a mesma.

A classificação de risco é ainda um tema recente e desconhecido para os profissionais de saúde em diversos países, e aqui no Brasil esta começando a ser incrementado, sendo premente apostar na formação e sensibilização dos profissionais e das organizações de saúde sobre a pertinência e impacto da classificação de risco, inclusive como forma de responder à Política Nacional de Humanização da Assistência.

Na classificação de risco o enfermeiro desempenha um papel fundamental, não apenas no sentido de realizá-la, mas também por ser um profissional com capacidade de realizar educação em saúde, voltado à população, que precisará ser esclarecida sobre a nova forma de organização do serviço, bem como participar no processo de educação permanente da equipe de saúde e em especial da equipe de enfermagem.

Com a realização deste estudo pretende-se contribuir com uma proposta de reorganização do PA de Rio Tinto, visando um atendimento mais humanizado, garantindo maior segurança à população, além do próprio processo de reflexão da equipe de saúde, pois, entende-se que um processo de reorganização não se concretizará sem que haja a capacitação e reflexão da equipe acerca do que está sendo proposto.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. S. *et al.* O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 7, n. 3, p. 319-26, jul./set. 2005. Disponível em: <http://sefas.org.br/artigos/o_papel_do_enfermeiro.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2048 de 02 de novembro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília. DOU. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p.21-25.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 6. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48-55

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. **HUMANIZA SUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

COLLET, N. Humanização e trabalho na enfermagem. **Rev Bras Enferm** 2006 mar-abr; 56(2): 189-92.

FELDMAN, L.B. *et al.* História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a Acreditação. **Acta Paul Enferm**, São Paulo (SP), v.28, n.6, p.213-219, 2011.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. São Paulo: Atlas, 2012.

MALTA, D. C. *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, mar 2009.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos Rio de Janeiro: **Cepesc**, 2006, p. 41-66.

PEREIRA, DEJANIRA S.; **Instrumento e Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**: A história de um Projeto, 2009.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Ed. Penso, 2013.

TRINDADE, Roberto – Mestre em Psicologia. **Rev. Emergência**. Rio Grande do Sul. <<http://www.revistaemergencia.com.br>> V. 44, n. 17, out/nov. 2009.