

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LUCIENE ALVES FARES

**PERCEPÇÃO DO USUÁRIO AO ATENDIMENTO COM USO DA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO HOSPITAL REGIONAL DO
PARANOÁ**

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

Prof. Orientador: Jack Roberto Silva Fhon

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LUCIENE ALVES FARES

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO AO USUÁRIO DO PRONTO-SOCORRO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO HOSPITAL REGIONAL DO PARANOÁ -D.F. , “UM OLHAR DO USUÁRIO” de autoria da aluna LUCIENE ALVES FARES foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado _____ no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência

Prof. Ms. Jack Roberto Silva Fhon

Orientador da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

Com muito carinho dedico este trabalho à minha mãe Laurita e ao meu amor, Henrique Tejima, que sempre me apoiaram e em um dos momentos mais difíceis da minha vida estavam ao meu lado fazendo o possível e o impossível para que eu terminasse este projeto.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me dar a oportunidade de enfrentar mais este desafio. Obrigada Senhor da minha vida.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	09
3 MÉTODO.....	10
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	14
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS.....	20
APÊNDICES E ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Quase que diariamente nos deparamos com denúncias na mídia sobre a situação caótica em que se encontram os serviços de saúde, em especial os serviços de emergência e urgência nos hospitais públicos do nosso país. Esses serviços são responsáveis pelos atendimentos em situações agudas que comprometem a saúde do indivíduo e que podem ser de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica com a finalidade de possibilitar a resolução dos seus problemas de saúde.

Estes estabelecimentos funcionam 24 horas, como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS)¹, e tem enfrentado uma série de dificuldades para atender com qualidade as pessoas que o procuram, uma delas a grande demanda de serviço e o número reduzido do pessoal que labora nesse local..

A grande procura por atendimento nos serviços de urgência hospitalar tem inúmeras causas que podem estar associadas ao aumento de acidentes e da violência urbana, as questões socioeconômicas, a falta de leitos para internação na rede pública, ao aumento da longevidade da população², assim como a falta de agilidade e de resolutividade, de ações e serviços de saúde³, ou seja, a insuficiente estruturação da rede.

Esses fatos tem levado a procura ao atendimento nas emergências, não somente pessoas em situações de urgência e emergência, como também àquelas em condições de saúde não graves, que juntas no mesmo ambiente, dificultam a visualização e o estabelecimento de prioridades no atendimento⁴. Além disso, pode gerar sobrecarga de trabalho da equipe de saúde que realiza o atendimento e, como consequência, à prática das ações mecanizadas, desprovida de humanização.⁵

Essa situação levou o governo federal a reorganizar e normatizar o atendimento aos pacientes nos serviços de urgência e emergência em todo o território nacional. O Acolhimento com Classificação de Risco (ACR)⁶, estratégia proposta pela Política Nacional de Humanização (PNH)⁶, é criada com vistas a ampliar o acesso e reduzir as filas e o tempo de espera para o atendimento. Tal política visa diminuir o risco de

mortes evitáveis, extinções das conhecidas “triagens por vigilantes” ou profissional não qualificado, priorização de acordo com os critérios clínicos e não por ordem de chegada⁶.

No serviço de emergência, o ACR configura-se como uma das ações potencialmente decisivas na reorganização e implementação da promoção de saúde em rede. Engloba os aspectos tais como ampliar o acesso sem sobrecarregar a equipe e sem prejudicar a qualidade das ações; superar a prática tradicional centrada na exclusividade da dimensão biológica interagindo com os diferentes 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 à resposta satisfatória sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de sua categoria⁶.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco levado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua de processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais para discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento⁴.

Nesse processo, todos os profissionais de saúde e instituições são responsáveis pela busca de uma relação acolhedora e humanizada, com os usuários que procuram o serviço .

Em 2012, o hospital, cenário dessa pesquisa, que atende em média 300 pacientes diariamente, foi um dos primeiros do Distrito Federal a implantar o ACR, por meio do incentivo e recursos do Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal- SES-DF. O treinamento foi feito em serviço, não havendo um curso antes da sua implantação. Passado quase 2 anos de implantação do ACR

desenvolvemos essa pesquisa suscitada pelos seguintes questionamentos: Qual a percepção do usuário sobre os benefícios e /ou fragilidades com esse tipo de atendimento?

Acredita-se que desenvolver pesquisa com o foco na avaliação de um serviço de saúde de emergência feita pelos usuários, é imprescindível para subsidiar propostas de reestruturação organizacional e melhorar a qualidade do atendimento no serviço. Esse estudo justifica-se também como contribuição para o avanço do conhecimento nessa área e tema, ainda pouco explorado em nível nacional sob o olhar do usuário e /ou cliente.

OBJETIVOS:

Geral:

Analisar a percepção dos usuários externos sobre o atendimento do serviço de emergência e o entendimento do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) no HRPa-DF

Específicos:

- Interpretar as falas dos usuários sobre o atendimento do serviço de emergência.
- Implementação do no contexto da Política Nacional de Humanização(PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme o atendimento prestado e sua resolubilidade.
- Ajudar o usuário a compreender como o serviço realmente funciona para ser resolutivo.
- Trazer ao servidor destes setores, pronto-socorro e classificação de risco o olhar do usuário sobre o seu trabalho prestado.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Atualmente, a busca por novos modelos de atenção a saúde por meio da organização de serviços e sistemas comprometidos com os modos de atuar de formas mais eticamente responsáveis, implicados radicalmente com a defesa da vida individual e coletiva, cuidadores por excelência, com capacidade de encontrar a melhor solução técnica para os problemas de saúde e claramente pelas necessidades dos usuários, enquanto cidadãos efetivos que têm na saúde um valor inestimável, demanda muitas questões como, é possível mudar os modelos de atenção à saúde nos dias de hoje? Redesenhar a partir dos modelos de hoje? Dependeria de que profissional? O que se tem no sistema de saúde, de instituído basta? Quem contribui para que funcione efetivamente? O usuário não participa dessa mudança porque é considerado incapaz para isso? Ou porque não entende o seu papel no que acontece no sistema de saúde?.Perguntas que ao longo deste trabalho se tentará responder.⁷

Respondê-las é uma tarefa, não só deste texto, mas de todos aqueles que estão pretendendo investir em ações transformadoras dos serviços de saúde. Neste trabalho, tentaremos acumular dados e informações que sejam o começo de um atendimento de melhor qualidade que envolva este binômio profissional de saúde profissional de saúde e usuário, a fim de permitir avançar na construção de algumas mudanças necessárias para melhor atender a este usuário que chega ao serviço de saúde, neste caso, classificação de risco do Hospital Regional do Paranoá localizado na região administrativa do Distrito Federal (HRPa)-DF.

O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde é primordial para que se estabeleça o acolhimento e a humanização da assistência. É o encontro do sujeito profissional como sujeito demandante do atendimento de uma forma humanizada e resolutiva visando a integralidade da assistência à saúde.⁶

A inversão do modelo assistencial tem como objetivo a organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existente em uma coletividade. Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente

intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda há modelos em que seus serviços simplesmente atendem às demandas, estando sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independente de sua demanda. (PAIM,1)⁸

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Tendo por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos /equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder⁶.

Operando com o princípio da transversalidade, o HumanizaSUS lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos. Pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada⁶.

Por humanização, compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde⁶.

Muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos no trabalho em saúde tais como: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar e promover. Enfim, produzir saúde. Além dos desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida com a garantia do direito à saúde⁵.

A mudança das práticas de acolhida aos cidadãos usuários e aos cidadãos trabalhadores nos serviços de saúde é um destes desafios. O acolhimento como postura e nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, a partir da análise dos processos de trabalho, favorece a construção de relação desconfiança e compromisso entre as

equipes e os serviços; possibilitam também avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira⁶.

Apesar de o acolhimento ser constituinte de todas as práticas de atenção e gestão, elegemos os serviços de urgência como um foco para este texto, por apresentarem alguns desafios a serem superados no atendimento em saúde como superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada e desrespeito aos direitos desses usuários. É preciso, portanto, repensar e criar novas formas de agir em saúde que levem a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora realmente na prática a partir da compreensão da inserção dos serviços de urgência na rede local.

A ideia de acolhimento já acumula uma farta experiência e diversos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Esta experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos; reconhecer esta longa trajetória ao falar do acolhimento significa legitimar que grande parte do que sabemos hoje se deve a este acúmulo prático.

Tradicionalmente, a noção de acolhimento pode se restringir a uma atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais; a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ou também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento.

Tais perspectivas, quando tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da demanda. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde⁶.

A palavra “acolher”, em seus vários sentidos expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 2012).

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com“ e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. É exatamente no sentido da ação de “estar com“ ou próximo de “que queremos afirmar acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

Política porque implica o compromisso coletivo de envolveram-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, dores, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida. Mas, será que o usuário tem conhecimento de todas estas questões que o ditam como protagonista deste processo? Colocar em ação o acolhimento requer uma atitude de mudança que implica na análise e revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS, como o reconhecimento deste protagonismo do usuário como sujeito na produção de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa utilizando a historia oral, que possibilitará a exploração e entendimento sobre a percepção da qualidade do serviço prestado ao usuário do serviço de emergência e urgência, do HRPa-DF a partir da sua chegada ao setor de emergência e urgência , englobando sua recepção também pela ACR.

Essa pesquisa foi realizada no serviço de emergência adulto do HRPa-DF, que atende exclusivamente pacientes pelo SUS, sendo referência na sua área de abrangência,

inclusive para outros Estados, como Minas Gerais e Goiás, com os quais faz divisa de território.

O serviço de emergência, cenário deste estudo, atende principalmente usuários em situações de emergência e urgência clínica, cirúrgica e ortopédica, sendo este último referência no DF. A sua área física foi adaptada para a implantação da ACR, com a desativação de um consultório médico, e esta constituída por uma unidade de internação 24h com 26 leitos fixos e mais 10 macas se necessário que são acomodadas nos corredores da unidade de internação do pronto-socorro, um box de emergência para casos críticos com capacidade real para 2 leitos, uma unidade com dois leitos para semicríticos, um almoxarifado, uma copa para os profissionais de saúde, um banheiro para pacientes e um para servidores, uma sala chefia de equipe que representa a chefia de todo o pronto-socorro, , uma sala para supervisão de enfermagem, uma sala de medicação ,quatro consultórios para clínica médica, um consultório para clínica cirúrgica, quatro consultórios para clínica ortopédica, uma sala de curativos, uma sala de vacina e uma sala para ECG e procedimentos de sondagens.

A sala de classificação de risco é localizada estrategicamente no centro destes consultórios e unidade de internação, proporcionando privacidade ao usuário durante a coleta de dados e possui todos os materiais básicos para o desenvolvimento do trabalho, como esfignomanômetro digital, termômetro, oxímetro de pulso e glicosímetro .

Para atender a demanda de 300 pacientes diariamente, o serviço de emergência conta com uma equipe de saúde constituída por 15 enfermeiros, 50 técnicos de enfermagem e 20 médicos. A sala de acolhimento com classificação de risco possui uma escala separa da escala do pronto-socorro com 13 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem e é de responsabilidade do enfermeiro, que realiza a entrevista, o exame físico sucinto, a verificação de dados vitais e eventualmente algum exame complementar (ECG e glicemia capilar) com o auxílio de um técnico de enfermagem que também é lotado na sala de classificação de risco. Com base no protocolo de atendimento,hoje o protocolo de Manchester, o enfermeiro formula julgamento clínico e crítico do caso, ficando respaldado profissionalmente. Esse profissional emite uma decisão, expressa por meio de uma cor que classifica a prioridade de atendimento do

usuário através de uma pulseira que é colocado no braço deste usuário e organiza o fluxo das intervenções, sendo o usuário encaminhado para a área da cor correspondente a sua situação de saúde.

As entrevistas foram realizadas aos pacientes usuários do serviço de emergência e urgência maiores de 18 anos, de ambos os sexos, entre os meses de março e abril de 2014 e que fossem capazes de se expressar. Foram realizadas 30 entrevistas, divididas 10 entrevistas por dia, às 08 horas da manhã, a usuários que procuraram o serviço naqueles dias. As entrevistas foram gravadas e consecutivamente repondidas no questionário impresso com questões fechadas e abertas, como um norteador das perguntas em um local restrito e privativo, sendo garantida a desvinculação das respostas e do atendimento que aguardavam. Usou-se um caderno de campo para anotações, se necessário. Posteriormente se realizou a transcrição das entrevistas manualmente e auditivamente, para realizar as leituras respectivas e uma posterior categorização das falas e da escrita.

Ressalto que nos dias das entrevistas o local de abordagem se encontrava com pacientes acolhidos categorizados pela necessidade de atendimento através da cor da pulseira colocada no braço, aguardando a chamada pelo médico que nesses dias se alternava em 2 médicos na porta atendendo a demanda de primeiro atendimento e retorno. E um dia específico, apenas um médico atendendo a demanda de primeira consulta e retorno. Especificamente neste dia os pacientes estavam bastante nervosos e agressivos.

O projeto foi apresentado ao comitê de ética do Hospital Regional do HRPa, sendo aprovado com protocolo número 022/14 seguindo as recomendações da resolução do Conselho Nacional de Saúde número 466/2012.

RESULTADOS Y DISCUSSÃO:

Os participantes da pesquisa na sua maioria eram do sexo feminino, a faixa etária de 18 a 57 anos e todos eram dependentes do SUS.

De acordo com resultados encontrados, foram classificados os discursos dos participantes em dois temas: Conquistas da unidade de emergência e urgência com o ACR e Desafios do ACR. A discussão dos dados foi sustentada pelo ACR (7) do Ministério de Saúde e pelas evidências científicas envolvidas nos discursos.

Tema 1: Conquistas do ACR

As potencialidades do ACR estão retratadas em três ideias centrais: O porque da necessidade do ACR, a forma como o usuário é acolhido no setor de ACR e como o usuário enxerga o ACR.

A ideia central do ACR é o primeiro contato com o usuário que chega ao serviço de emergência, classificando-o de acordo com o grau de risco que ele apresenta, baseando no protocolo de Manchester. O ACR prioriza os casos graves que necessitam de atendimento mais ágil, rápido, de forma dinâmica e proporciona maior segurança ao usuário garantindo o seu atendimento com mais agilidade. Antes o atendimento era por ordem de chegada, e muitas vezes os pacientes que precisavam de um atendimento mais rápido passavam na porta do hospital ou até mesmo ao óbito antes de serem atendidos.

Porém, o atendimento com ACR sendo descrito por 80% dos entrevistados se esbarra no desafio de que 60% dos usuários colocaram, ou seja, que mesmo com a classificação de risco, o tempo de espera, independente da cor que este usuário foi classificado, e demorado, pois não há médico suficiente para atender a demanda que chega ao pronto-socorro, ou muitas vezes não há uma divisão dos médicos, quando há a escala completa dos médicos (três por período), de atendimento para graves, menos graves e retorno. Tendo um acúmulo de pacientes a serem atendidos para os próximos períodos dessa demanda mal distribuída anteriormente.

Isso pode ser observado nas falas das participantes: "Eu cheguei as 06h da manhã com crise de asma, porque sabe moça, eu sou asmática e era pra ter um médico atendendo nesse horário, mas não tem daí a doutora que me conhece do grupo de asmático me viu e me atendeu"(usuária- A.L.N.); outro participante refere "Eu entendo que pronto-socorro é pra casos graves, mas deveria ter médico também pra quem não tá

grave, porque a gente não tem aonde ir se não aqui no pronto-socorro, porque ele já pede exames e a gente faz tudo aqui."(usuário - M.A.S.)" e um terceiro participante refere "o moça, eu to aqui desde ontem meia -noite esperando ser atendido depois de fazer os exames pra retorno, sabe? E até agora 09 horas e ninguém me atende"(usuário J.S.).

A referência ambulatorial de pacientes classificados com cores verdes e azuis muitas vezes não é garantido com a demanda que tem, a quantidade de unidade básica de saúde não é suficiente para cobrir todas as áreas da Regional de Saúde do Paranoá e que também o atendimento de pacientes verdes e azuis é feito no Centro de Saúde do Paranoá que fica há 4 km de distância do PS-HRPa, o que dificulta mais ainda o atendimento, pois os usuários não tem dinheiro para o transporte até o Centro de Saúde. Porém, mesmo com este desafio de melhorar o processo de trabalho em saúde, o discurso dos usuários vem ao encontro do que o Programa de Humanização (PNH) que preconiza sobre o atendimento de urgências e emergências, uma vez que tem como um dos parâmetros acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco e não por ordem de chegada.

A fala de uma participante refere que: "Olha moça, eu já venho para o pronto-socorro, porque sei que tem médico e agora me classificam com uma cor verde que eu sou menos grave e me mandam para o centro de saúde? Eu sei que não vou ser atendida lá" e "Moça, você garante que eu vou ser atendido lá no centro de saúde? Porque eu não tenho dinheiro pra locação e vou andando?" (usuária (G.N.)

É necessário colocar em ação o acolhimento que requer uma atitude de mudança nos profissionais de saúde, o que implica uma análise e revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas nas diferentes unidades do SUS, reconhecendo ao usuário como protagonista na produção de saúde. É preciso adequar as necessidades do usuário e proporcionar-lhe condições de ser atendido no mesmo local, ao invés de fazê-lo ir para outro local, correndo o risco de piorar a sua situação de saúde; O processo de trabalho deve incluir essa demanda de paciente classificados na cor verde e azul, pois nas suas singularidades o estar doente se encaixa nessas cores para o sistema de saúde, porém pode ser algo muito mais importante para os classificados.

Tema 2: Desafios do ACR

Contudo foi possível escutar dos usuários e verificar por meio das respostas dadas pelo questionário se eles entendiam o que significava o acolhimento com a classificação de risco (ACR) por cores, o que cada cor significava e o tempo de espera para atendimento que acarretava cada cor. Entretanto, outros entenderam que o tempo de espera não concorda e que deveria ter um médico para cada cor, pois é direito de qualquer pessoa ser atendida independente do problema, pois só tem médico no pronto-socorro do HRPa o tempo todo.

Foi verificado que a maioria dos usuários procura o atendimento do pronto-socorro do Hospital Regional do Paranoá para casos de doenças que não são graves do que para casos graves, que alguns usuários entrevistados acham que os casos graves e não graves deveriam ser atendidos no pronto-socorro, outros usuários entrevistados não souberam responder o que é grave ou não grave. É preciso mencionar que para os usuários, segundo a fala deles, caso grave de saúde seria uma situação onde o paciente tem uma dor muito grande que não pode aguentar sozinho em casa e procura o pronto-socorro interpretado na seguinte fala: "Doença grave moça é aquela que eu não consigo parar de sentir dor, e a dor vai piorando" continuando com a fala refere "doença não grave é aquela que eu tomo um chazinho em casa e a dor passa" (usuária L.N.A.).

Todavia a procura não vai de encontro ao entendimento que estes usuários têm do tipo de atendimento que o pronto-socorro deve prestar, uma vez que segundo os entrevistados, a maioria sabe que o atendimento do pronto-socorro deve ser para casos de doenças que necessitam de atendimento urgente e não urgente e outros usuários já acham que deveriam ser todos atendidos. A justificativa dada pela maioria dos entrevistados novamente recai sobre a baixa cobertura de atendimento básico de saúde, como o programa saúde da família na regional de saúde do Paranoa.

Dos usuários entrevistados, a maioria tem o seu problema resolvido na hora, ressalto, na hora, o que não é o ideal para eles, pois é solicitado aos pacientes buscar continuidade no acompanhamento médico ou de enfermagem após o atendimento no pronto-socorro o que as vezes é muito burocrático e demorado com a marcação para a

consulta eletiva no ambulatório, no centro de saúde e muitas vezes negativa na unidade básica de saúde, sendo uma grande problemática o programa saúde da família, pois não existe. Observando-se nas seguintes falas: "Minha filha eu fui atendida agora, tomei uma medicação, mas o médico me mandou procurar um cardiologista, daí eu fui marcar e a atendente disse que só tem vaga para o próximo mês, daí minha filha minha medicação vai acabar antes e eu vou passar mal de novo e não tem saúde da família perto da minha casa" (usuária S.M.L.). Esse fato recai mais uma vez na baixa cobertura de equipes de saúde dentro da comunidade da regional de saúde do Paranoá e reflete na satisfação de apenas metade dos pacientes entrevistados quando atendidos; "Eu queria mesmo era um médico, uma enfermeira e um rapaz que passa todo mês nas casas pra saber como a gente está, perto de casa como tem na quadra 18" (usuária O.L.).

Por fim, a maioria dos usuários entrevistados deu a sugestão de que o atendimento melhoraria se existissem mais médicos e/ou enfermeiros para todas as cores e famílias perto de casa, nas unidades básicas de saúde; alguns sugeriram mais orientação do que significa acolhimento com classificação de risco (ACR) para a comunidade o que facilitaria o entendimento e a sua necessidade para que pessoas não pioressem ou até morram nas portas dos prontos-socorros, além disso, sugeriram um maior número de macas, colchões e cadeiras de rodas para pacientes graves que faz parte do acolhimento no paciente.

Assim, após as entrevistas foi possível concluir que o ACR contribui para a humanização e reordenamento no primeiro atendimento ao paciente e/ou usuário que chega ao serviço de saúde, que o usuário está ciente do seu papel como controlador social, porém necessita ser mais bem informado do que significa o acolhimento com classificação de risco, para que este serviço serve para humanizar o atendimento ao paciente não se torne mecânico e desumanizado. Pois, sabemos que quanto mais informações sobre algo que nos parece desconhecido e novo retira de nós o medo de enfrentar, entender e aceitar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da percepção dos usuários entrevistados do pronto-socorro do Hospital Regional do Paranoá demonstrou que o atendimento feito pelo acolhimento com classificação de risco (ACR) ressalta dois temas: conquistas e desafios do ACR. Os entrevistados perceberam como conquistas a prioridade do atendimento ao paciente mais grave, o seu atendimento de forma mais ágil e a visão crítica do usuário sobre o seu próprio atendimento. Porém isto não exclui que os demais pacientes classificados como não graves pelo protocolo não necessitem de um atendimento ágil.

Os desafios do ACR englobam a melhora do processo de trabalho em saúde para absorver a demanda e promover uma escala médica que contemple todas as necessidades de um pronto-socorro com porta aberta promovendo também um atendimento ágil. Porém há uma necessidade de reorganização do processo de trabalho em saúde para tornar esse atendimento mais ágil não só para os mais graves, mas para todos os que procuram o serviço de saúde.

Assim, após a entrevista foi possível concluir que o ACR contribui para a humanização e o reordenamento no primeiro atendimento ao paciente e/ou usuário que chega ao serviço de saúde, que o usuário está ciente do seu papel como controlador social, porém necessita ser mais bem informado do que significa o acolhimento com classificação de risco, para que este serviço sirva para humanizar o atendimento ao paciente e não se torne mecânico e desumanizado. Pois, sabemos que quanto mais informações sobre algo que nos parece desconhecido e novo retira de nós o medo de enfrentar, entender e aceitar.

REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da saúde .Portaria GM/MS número 2048, de 5 de novembro de 2002.Brasília (Brasil):Ministério da Saúde;2002.
- 2- Garlet ER,LimaMADS,Santos JLG,MArques GQ.Organização do trabalho de uma equipe de Saúde no Atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência.

- 3- Valentim MRS,Santos MLSC.Políticas de Saúde em emergência e a enfermagem.Rev.enferm.UERJ.2009.
- 4-5 Souza RS,Bastos MAR.Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro.Reme:REv.Min.Enferm,2008.
- 6- Ministério da Saúde.Humaniza SUS:acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde .Brasília (Brasil)Ministério da Saúde ;2004.

ANEXO

Dados demográficos

Nº QUESTIONÁRIO _____

A1) Idade _____(anos completos)

Data de nascimento ____/____/____

A2) Sexo

(1) Masculino (2) Fimenino

A3) ¿Qual é o seu estado civil?

(1) Solteiro (a)

(2) Casado (a)

(3) Divorciado (a)

(4) Separado (a)

(5) Viúvo (a)

Questionário Aplicativo.

1- Como usuário do pronto-socorro do Hospital Regional do Paranoá (HRPa), me sinto bem acolhido quando chego ao pronto-socorro?

() sim () não

2- Como usuário do pronto-socorro do Hospital Regional do Paranoá (HRPa), sei que devo abrir primeiramente uma ficha para o atendimento ?

() sim () não

3- Como usuário do pronto-socorro do Hospital Regional do Paranoá (HRPa), eu entendo que o atendimento é realizado de acordo com a gravidade do problema de saúde que o paciente apresenta?

() sim () não

4- Como usuário do pronto-socorro do Hospital Regional do Paranoá (HRPa), eu entendo que é dado uma pulseira com determinada cor para indicar a gravidade do problema de saúde que o paciente apresenta?

sim não

5- Como usuário do pronto-socorro do Hospital Regional do Paranoá (HRPa), eu entendo o que cada cor de cada pulseira significa?

sim não

6- Como usuário do pronto-socorro do Hospital Regional do Paranoá (HRPa), eu entendo e o tempo de espera para atendimento médico que corresponde cada cor?

7 Como usuário do pronto-socorro do Hospital Regional do Paranoá (HRPa), procuro atendimento para que tipo de problema de saúde?

8 Como usuário do pronto-socorro do Hospital Regional do Paranoá (HRPa), entendo que o pronto-socorro é um serviço para atender que tipo de problema de saúde?

9 Como usuário do pronto-socorro do Hospital Regional do Paranoá (HRPa), quando procuro atendimento o meu problema de saúde é resolvido?

sim não

10 Como usuário do pronto-socorro do Hospital Regional do Paranoá (HRPa), fico satisfeito com o atendimento que é prestado?

sim não

11 Como usuário do pronto-socorro do Hospital Regional do Paranoá (HRPa), que sugestão eu daria para melhorar o atendimento à população?
