

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CARLOS AUGUSTO DESCOVI

**A PRÁTICA DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA**

Porto Alegre

2009

CARLOS AUGUSTO DESCOVI

**A PRÁTICA DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientador: Prof^a. Ms. Maria Luiza M. Ludwig.

Porto Alegre

2009

Dedico este trabalho aos meus pais, Renato e Julia pela educação e valores que me deram desde a infância e pelo incondicional apoio, mesmo à distância, que me fortaleceu para vencer as dificuldades.

Também aos meus avós, Pedro e Marisa por todo o amor dedicado e pelo exemplo de perseverança, integridade e honestidade que sempre foram para mim.

A vocês o meu eterno agradecimento e admiração.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pelo privilégio de estar entre os poucos que têm a honra de concluir um curso superior nesta universidade, conquista essa que tantos almejam.

Aos meus pais, Renato e Julia, aos meus avós Pedro e Marisa, a minha “dinda” Marivone, a toda a minha família, que mesmo à distância sempre me apoiou, que nos momentos de dúvida e incerteza me motivaram a buscar meus objetivos e olhar para frente e me ensinaram que alguns sacrifícios são necessários para que se possa atingir grandes conquistas. A estas pessoas que sempre fizeram parte da minha vida dou boa parte do crédito do homem que me tornei e dos valores que tenho hoje e levarei por toda a minha vida.

À minha namorada Bruna pelo carinho, compreensão e principalmente pela paciência necessária nesses últimos meses.

Aos amigos que já tinha e aos que fiz durante esta caminhada agradeço pela cumplicidade, pela acolhida e pelas palavras de apoio quando elas se fizeram necessárias.

À professora Maria Luiza Machado Ludwig, muito mais que uma orientadora, uma verdadeira mestre, que admirei desde o primeiro contato que tivemos, que mesmo com a infinidade de atividades que realiza aceitou o convite para me orientar na execução deste trabalho, mostrando-se incansável em indicar-me o caminho, até mesmo quando eu imaginava estar perdido.

Ao professor Vanderlei Carraro e a enfermeira Ana Valéria Furquin Gonçalves que tão gentilmente aceitaram o convite para fazer parte da banca avaliadora deste trabalho.

À toda equipe da Unidade de Emergência, nas figuras da Professora Lurdes Busin e da enfermeira Beatriz Hoppen Mazui, por terem aberto as portas da unidade para mim, possibilitando o desenvolvimento de meu estágio curricular de forma enriquecedora e principalmente por contribuírem para meu amadurecimento profissional e me acolherem de tal forma que em pouco tempo me senti integrado a esta equipe, fato que tornou minha passagem construtiva sem deixar de ser agradável.

A todos vocês os meus sinceros agradecimentos.

“Descobri como é bom chegar quando se tem paciência e para chegar onde quer que seja, aprendi que não é preciso dominar a força, mas a razão. É preciso antes de mais nada, querer.”

Amyr Klink.

RESUMO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe um grande avanço para o sistema de saúde do país, mas dificuldades em possibilitar acesso aos serviços de saúde e garantir resolutividade da assistência prestada surgem como desafios a serem superados. As emergências hospitalares e pronto-atendimentos são reconhecidas portas de entrada do sistema e sofrem com a superlotação dos serviços e incapacidade de ordenar os atendimentos de forma a identificar e priorizar os mais necessitados. Nesse contexto, buscando contribuir para a solução desses problemas cria-se a Política Nacional de Humanização (PNH), destacando-se dentro desta, os dispositivos do acolhimento e da avaliação com classificação de risco, que surgem buscando conferir um impacto positivo na reorganização das relações de trabalho e assistência nos setores de emergência e pronto-atendimento. O presente estudo, de cunho qualitativo, do tipo revisão bibliográfica, objetiva conhecer, através da produção científica, de que forma vem acontecendo a prática do acolhimento e avaliação com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. Surgiram no estudo três categorias: a implantação, a equipe e o usuário, sendo a análise feita sobre estes aspectos. Cita-se como pontos positivos desse processo a atuação conferida a profissionais antes subaproveitados, com destaque ao enfermeiro; a organização dos atendimentos por gravidade e não por ordem de chegada; e a valorização da comunicação entre usuários e profissionais. A utilização dessas ferramentas demonstra ser um passo importante na reorganização da assistência dos serviços de urgência e emergência, mas sua aplicação não parece ser suficiente para alcançar todos os objetivos propostos.

Descritores: Acolhimento. Enfermagem de Emergência. Triagem.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
4 METODOLOGIA	17
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	19
5.1 A implantação	19
5.2 A equipe	22
5.3 O usuário	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos grandes problemas enfrentados tem sido a garantia de acesso do usuário a rede de saúde através das várias portas de entrada ao sistema, bem como o atendimento de forma satisfatória às suas demandas.

Em especial, as portas de emergências hospitalares e pronto-atendimentos têm sido reconhecidas por boa parte dos usuários como a melhor forma de buscar atendimento, o que por sua vez colabora para a superlotação desses serviços e quase inoperância destes locais em satisfazer as necessidades da população, além da dificuldade de eleger as prioridades de atendimento em um sistema centrado no atendimento médico e ordenado na maioria das vezes em filas por ordem de chegada.

Sobre isso Santos et al. (2003) reforçam que a superlotação de usuários nos pronto atendimentos e nas portas hospitalares de urgência é um fenômeno bem conhecido dos gerentes, dos gestores e dos profissionais de saúde, bem como dos usuários e da população.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde passa a desenvolver políticas de saúde voltadas para a qualificação e melhoria dos processos de trabalho no atendimento às urgências e emergências. Em 2002, emite a Portaria GM 2.048¹ que cria a Política Nacional de Atenção às Urgências como uma forma de qualificar os profissionais descrevendo a atuação e formação mínima destes, que atuarão nos serviços de atendimento às emergências e principalmente orientar e regular o fluxo de atendimento dos serviços de emergência (BRASIL, 2006a). Em 2004 inicia o Programa Nacional de Humanização (PNH), o HumanizaSUS, que entre suas diretrizes e dispositivos define uma estratégia de modificação do processo de trabalho em saúde utilizando as ferramentas do acolhimento e da avaliação com classificação de risco (BRASIL, 2008).

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos,

¹ Portaria GM 2.048 de 5 de novembro de 2002.

humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2006b).

Segundo Marques e Lima (2007) a colocação em prática dos princípios do SUS, universalidade, equidade, acessibilidade e integralidade, de uma forma ou outra tem relação direta com as formas de acesso e acolhimento.

Para Marques et al. (2007) toda unidade de emergência tem o compromisso de acolher o usuário, mesmo nas situações em que essa não é a sua missão. Acolher não significa atender a todos, mas abrir as portas do sistema de saúde ao usuário de forma a recolocá-lo no local mais adequado para o atendimento de suas necessidades e demandas.

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

O acolhimento com avaliação e classificação de risco, diferente do modelo anterior, mas ainda vigente em boa parte dos serviços, que prioriza a atuação do médico, é um processo que se desenvolve de forma multiprofissional otimizando o atendimento e possibilitando uma escuta qualificada dos problemas de quem busca o serviço.

Para Marques et al. (2007) o enfermeiro, pelas peculiaridades da profissão, é um dos profissionais de saúde que está mais próximo dos usuários, seja em uma unidade de saúde da família, um pronto-atendimento ou serviço de emergência e internação hospitalar. Este fato confere ao enfermeiro papel central no processo de acolhimento e atuação na avaliação e classificação de risco reconhecendo e atuando sobre as reais necessidades do usuário.

A motivação para realização deste trabalho surgiu quando atuei em unidades móveis de atendimento pré-hospitalar, fato que me possibilitou contato com portas de emergência hospitalar e pronto-atendimentos. Nessas oportunidades, quando havia a necessidade de encaminhar pacientes a algum desses serviços, ficava evidente a dificuldade de acesso ao atendimento, bem como à determinação do fluxo de atendimento dos usuários pela ineficiência ou, em muitos casos, inexistência de critérios que determinassem as prioridades. A observação da recepção dos pacientes em diversas instituições instigou minha atenção para o

funcionamento do sistema de acolhimento com classificação de risco e atuação da enfermagem nesse processo de trabalho.

Este estudo possibilitará a análise das experiências construídas pelos serviços de saúde, desde a criação das políticas públicas de atenção às urgências, que utilizam o dispositivo da humanização do cuidado nas portas de emergências hospitalares e pronto-atendimentos. Dessa forma, será possível demonstrar de que maneira o enfermeiro pode se inserir como ator deste processo e poderá colaborar para outros estudos que venham a incrementar a escassa produção sobre o tema.

Assim, questiona-se: De que maneira vem se construindo a prática do acolhimento com avaliação e classificação de risco? A forma que os profissionais e as instituições desenvolvem este processo vai ao encontro do que propõem as políticas públicas que instituíram essas práticas? De que forma os usuários dos serviços percebem esta prática?

2 OBJETIVO

O objetivo deste estudo é conhecer, por meio da produção científica, de que forma está acontecendo a prática do acolhimento com avaliação e classificação de risco nos serviços de saúde que atendem urgências e emergências.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A constituição de 1988, na seção que trata da saúde, cria o SUS e, no primeiro artigo que trata deste tema determina que a saúde é um direito de todos e cabe ao Estado oferecê-la de forma universal e igualitária a toda a população. Entre outras coisas, ainda determina como diretrizes do SUS a descentralização da assistência, o atendimento integral e a participação da comunidade, e fixa que sua regulamentação se dará através de lei específica a ser criada com este fim (BRASIL, 2006c).

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais propostas pela constituição de 1988. Seus princípios apontam para uma democratização das ações e dos serviços, que deixam de ser restritos e passam a ser universais, além de buscar uma descentralização gradual das atividades de saúde (BRASIL, 2000).

Antes da criação do SUS, o acesso só era garantido as pessoas com vínculo formal de trabalho, ou seja, contribuintes da previdência social, que até então geria os recursos de produção de saúde. Somente pessoas com carteira registrada detinham o direito de utilizar a rede pública de saúde. O princípio da universalidade expresso na constituição federal passa a permitir que todos, indiscriminadamente, tenham acesso a rede pública assistencial (BRASIL, 2000).

Para Carvalho e Santos (2006), a universalidade do acesso é uma decorrência natural do novo conceito de saúde que está afirmado pelo texto da constituição, não havendo mais a necessidade de haver qualquer tipo de contribuição por parte do cidadão para ser assistido pelos serviços de saúde.

A lei federal nº. 8.080 de setembro de 1990, conhecida como “Lei orgânica da saúde”, institui de que forma irá se organizar o SUS, mantendo-se em consonância com o texto constitucional, e dentre outras determinações, reforça o caráter da universalidade de acesso à assistência citando este item como um dos princípios norteadores das atividades do então novo sistema de saúde do país (CARVALHO; SANTOS, 2006).

Com o surgimento do SUS, muda-se a concepção de saúde como ausência de doença e passa-se a ampliar este conceito alcançando esferas como a alimentação, o transporte, o lazer, o saneamento básico entre outras, de forma a

não se buscar apenas cura, mas de se oferecer melhor qualidade de vida a população (BRASIL, 2000).

A partir da criação do SUS, um dos grandes desafios surgidos, levando em consideração o princípio da universalidade, foi o de garantir acesso a todos os usuários aos serviços de saúde, e que estes, o fizessem com qualidade e resolutividade.

Na prática, uma grande parcela da população ainda encontra dificuldades para acessar o sistema de saúde, sobretudo os mais necessitados, vislumbrando-se assim o grande desafio do SUS: garantir acesso universal com efetividade e resolutividade (CARVALHO; SANTOS, 2006).

Historicamente, os serviços de urgência e emergência de hospitais e centros de saúde são reconhecidos pelos usuários como as portas preferenciais de entrada ao sistema de saúde, fato que aliado à falta de dispositivos eficazes para determinar as prioridades de atendimento desses locais, colaboram para o extrapolamento da capacidade de atendimento e quase inoperância desses serviços. As dificuldades são tantas, que a impressão que se tem é que se as instituições pudessem simplesmente livrar-se dos seus setores de urgência e pronto-atendimentos, elas o fariam (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008).

O acesso dos usuários nos serviços de urgência e emergência até então, dá-se através de filas organizadas por ordem de chegada, sem levar em consideração o que motiva a pessoa a buscar atendimento, e na maioria dos casos estas filas são organizadas por profissionais sem conhecimento técnico para definir algum tipo de prioridade de atendimento. Segundo relata Bittencourt e Hortale (2007), em muitas emergências, além das péssimas condições ambientais, quem tem o primeiro contato com o usuário são funcionários da segurança, e estes, sem o necessário conhecimento técnico acabam definindo a prioridade de atendimento tornando o usuário exposto a uma seleção espúria onde os casos mais graves podem ser omitidos, colocando-se em risco a vida dos usuários.

Oferecer acesso a todos os usuários com qualidade implica na necessidade de formular uma estratégia de trabalho que possibilite a resolução destes problemas, capacitando os profissionais e reorganizando o fluxo das portas de entrada do sistema de saúde para que não se comprometa a capacidade de atendimento dos serviços.

A utilização desordenada dos serviços de urgência, com casos que não necessitariam destes serviços, acabam por desgastar os trabalhadores desses serviços e cria um sentimento de abandono por parte do usuário, evidenciando a necessidade de se repensar a comunicação entre usuários, trabalhadores e gestores do sistema de saúde, construindo práticas que privilegiem o indivíduo como centro da assistência (MARQUES et al, 2007).

Nesta linha, o Ministério da Saúde passa a elaborar políticas públicas para reorganizar a assistência das unidades de saúde em todos os níveis, buscando atender as reais necessidades da população. Destacam-se nesse plano a Política Nacional de Qualificação do SUS (QualiSUS), a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Atenção às Urgências.

O QualiSUS tem o objetivo de qualificar a assistência dos serviços de saúde, oferecendo apoio na implantação de programas e de outras políticas, através do acompanhamento *in loco* por profissionais do Ministério da Saúde na construção e na aplicação das citadas políticas e fornecendo subsídios financeiros para a compra de equipamentos e adequação física que muitas vezes se fazem necessárias para o funcionamento dos serviços (BRASIL, 2009).

Por meio da criação da PNH, HumanizaSUS, entre outras propostas, inicialmente, buscou-se modificar o modelo de atendimento das unidades básicas através do uso de uma nova estratégia de trabalho e interação entre profissionais e usuários: o acolhimento. Surge como uma proposta para enfrentar o desafio de criar um modelo de atenção e gestão das práticas de saúde, que tomem como espelho os princípios do SUS, priorizando o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS (BRASIL, 2004).

O acolhimento denota um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e definir respostas mais adequadas aos usuários, prestando um atendimento resolutivo e responsável (BRASIL, 2008).

Tradicionalmente o acolhimento pode ser pensado como uma estrutura física confortável e uma forma de triagem para repassar os casos que extrapolam a capacidade de atendimento do serviço, o que é um equívoco. Mais do que isso, o acolhimento é uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico

para fazê-lo. Implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e criatividade, não consistindo numa simples triagem, pois não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2006b).

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica e este deverá escutar as queixas, os medos e as expectativas do usuário buscando identificar seus riscos e vulnerabilidades, acolhendo inclusive a avaliação do próprio usuário e dar uma resposta responsável ao problema oferecendo resolução as necessidades imediatas e encaminhando de forma resolutiva a demanda não resolvida (BRASIL, 2006b).

Em toda situação de atendimento prestado por profissionais de saúde, o acolhimento deve estar presente com o intuito de atender a todos, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de dar respostas mais adequadas aos usuários, utilizando os recursos disponíveis e tendo uma postura responsável, buscando articular uma solução com outros serviços quando esta não está ao alcance do nível local (MARQUES; LIMA, 2007).

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas de pronto-socorros, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho destes serviços de saúde para possibilitar uma maneira de atender os variados níveis de especificidade, com resolutividade na assistência prestada, de forma que o atendimento oferecido seja de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada (BRASIL, 2004).

Referindo-se aos serviços de urgência e emergência, um dos primeiros passos dados foi a criação da Política Nacional de Atenção às Urgências que, por meio da Portaria GM 2.048 de 2002, institui uma série de parâmetros que deverão ser adotados, definindo a capacitação necessária aos profissionais para trabalharem nos serviços de urgências, a estrutura física necessária para os diversos serviços fazerem parte da rede de atendimento à emergências e principalmente a definição dos fluxos e responsabilidades de cada serviço dentro do sistema (BRASIL, 2006a).

Justifica-se a necessidade de uma política pública que oriente as ações dos serviços de urgência e emergência na tentativa de alterar uma assistência baseada na produção de consultas de urgência e na pouca seletividade protagonizada por estes serviços, sobrecarregados com atendimentos que poderiam ser realizados em outros níveis de assistência e ainda têm dificuldade de reconhecer as prioridades de atendimentos dentre os usuários que os acessam (BRASIL, 2006a).

Por meio da Política Nacional de Atenção às Urgências, também se instituiu a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e de suas Centrais de Regulação que contribuíram decisivamente para a readequação do fluxo dos atendimentos. O SAMU, por meio de suas centrais de regulação, mais do que simplesmente atender as situações de urgência e emergência que necessitam de uma intervenção no cenário onde se produz o agravo, passa a funcionar como um observatório privilegiado da saúde e do sistema, com a capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada, e em tempo real, todo o seu funcionamento (BRASIL, 2006a).

Para viabilizar a utilização da estratégia do acolhimento em serviços de urgência e emergência, o Ministério da Saúde cria a ferramenta do acolhimento com avaliação e classificação de risco. A tecnologia de avaliação e classificação de risco, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004).

A avaliação e classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004).

O usuário que antes chegava a um serviço e aguardava seu atendimento por ordem de chegada, atualmente, por meio da utilização do acolhimento com avaliação e classificação de risco, passa a ser avaliado e classificado dentro de parâmetros técnicos que irão definir a necessidade de atendimento desse usuário e a agilidade que este atendimento terá considerando o quadro apresentado no momento da avaliação.

Desta maneira, se exerce uma análise e uma ordenação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos. A ação de acolher e o acolhimento com classificação de

risco possuem objetivos diferentes, porém complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho (BRASIL, 2004).

4 METODOLOGIA

Foi desenvolvido um estudo qualitativo, do tipo pesquisa bibliográfica, com uma abordagem proposta por Gil (2002). Esta se caracteriza por utilizar material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. A pesquisa bibliográfica permite ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (GIL, 2002).

Ainda segundo Gil (2002), como qualquer outra modalidade de pesquisa, esta desenvolve-se ao longo de uma série de etapas. Seu número, assim como seu encadeamento, depende de muitos fatores, tais como a natureza do problema, o nível de conhecimentos que o pesquisador dispõe sobre o assunto e o grau de precisão que se pretende conferir à pesquisa. Nesta perspectiva, foi utilizada a proposta de Gil (2002) nas seguintes fases:

- a) identificação, localização e obtenção das fontes: como fontes de consulta foram utilizados artigos de periódicos nacionais, referentes aos últimos 10 anos, em função das primeiras referências a experiências com a estratégia do acolhimento terem sido publicadas no início deste período. Para identificação e localização das fontes, foram utilizadas as bases de dados eletrônicos LILACS, SCIELO através do portal da BIREME, utilizando os descritores: acolhimento, enfermagem de emergência e triagem. Para seleção das fontes, foram considerados como critérios de inclusão bibliografias que abordassem o tema no período definido. Inicialmente selecionaram-se 23 artigos, e após a leitura inicial 18 artigos foram utilizados para a pesquisa;
- b) leitura do material: foi realizada primeiramente uma leitura exploratória, com o objetivo de se ter uma visão global das obras, bem como a sua utilidade para a pesquisa. Após, realizou-se uma leitura seletiva com a finalidade de determinar o material que de fato integrou a pesquisa;
- c) confecção de fichas: foram confeccionadas fichas de leitura para o compilamento dos dados. Esta fase teve como objetivo a identificação das obras consultadas, o registro do conteúdo das obras, o registro dos comentários acerca das obras e a ordenação dos registros;
- d) análise das fontes: foi realizada uma leitura analítica do material com base nos textos selecionados. A finalidade foi a de ordenar e resumir as

informações contidas nas fontes, de forma que essas possibilitassem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa. A leitura interpretativa teve por objetivo relacionar as afirmações dos autores quanto ao problema de pesquisa, procurando conferir um significado mais amplo aos resultados obtidos com a leitura analítica.

A interpretação das informações foi orientada pela análise de conteúdo temática, descrita em Minayo (2008). Segundo a autora, este é o tipo de análise mais adequada à interpretação de materiais sobre a saúde. Consiste em descobrir os núcleos de sentido e conduzir a contagem de frequência das unidades de significação, as quais definem o caráter do discurso. Neste trabalho foram utilizadas as três etapas básicas previstas:

- a) Pré-análise: inicia-se com uma *leitura flutuante* do material, um contato exaustivo que permite a impregnação do conteúdo, assim, à medida que as hipóteses emergem a leitura torna-se mais sugestiva. Segue com a fase de *constituição do corpus*, momento em que surgem normas de validade qualitativa, como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência. Nesta fase determinam-se a unidade de contexto, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos mais gerais que orientarão a análise;
- b) Exploração do material: consiste basicamente na operação de codificação, com recortes do texto em unidades de registro (uma palavra, uma frase, um tema). São estabelecidas as regras de contagem, a classificação e a forma de agregação dos dados;
- c) Tratamento dos dados obtidos e interpretação: fase em que são propostas inferências, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

Resultaram, após a fase de análise, as seguintes categorias: a implantação, a equipe, o usuário.

Como aspectos éticos, foram observadas as autorias dos trabalhos selecionados através do compromisso de citar os autores utilizados no estudo, conforme normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Realizando a leitura do material selecionado, utilizando a referida metodologia, foi possível observar três itens de grande ocorrência nas publicações analisadas, são eles: os aspectos relativos à implantação do sistema de acolhimento com avaliação e classificação de risco, os aspectos citados em relação aos profissionais e sua atuação no processo e os aspectos referentes à visão do usuário frente a essa nova prática apresentada.

Os mesmos deram origem a três categorias denominadas: a implantação, a equipe e o usuário.

5.1 A implantação

Nesta categoria foram abordados aspectos relativos à implantação do sistema de acolhimento com avaliação e classificação de risco, destacando-se resultados e possíveis benefícios que a utilização destas estratégias de atendimento podem vir a acrescentar nos serviços que delas se apropriam.

Para Bittencourt e Hortale (2007), os serviços de emergência sofreram mudanças nas últimas décadas, em consonância com o perfil epidemiológico das principais síndromes clínicas e cirúrgicas, representadas principalmente por lesões traumáticas e eventos cardiovasculares, que dependendo da agilidade de atendimento, irão ter uma assistência que evolua para um bom prognóstico. Nesse sentido, mostra-se uma lógica onde a capacitação dos profissionais e inovações tornam-se imprescindíveis.

A PNH traz o acolhimento com avaliação e classificação de risco como um dispositivo que deverá servir de base para oferecer ao usuário um atendimento que leve em consideração as suas demandas, e que o serviço de saúde que presta esse atendimento responsabilize-se em dar uma resposta eficaz, que priorize os casos mais graves sem omitir-se das outras situações (BRASIL, 2004). Dessa forma, inverte-se a lógica da organização de filas por ordem de chegada e apenas produção de procedimentos, sendo esta organização típica do modelo de saúde

vigente, mesmo após a criação do SUS, alicerçada em um atendimento médico curativo e produtor de procedimentos, insensível a necessidades não biológicas do usuário e com enfoque praticamente inexistente na prevenção de agravos, sendo esta modalidade aplicada apenas sob forma de campanhas de vacinação em massa.

Em trabalho realizado com emergências de instituições hospitalares no estado do Rio de Janeiro, das trinta unidades selecionadas pelo estudo, apenas sete adotavam o acolhimento com avaliação e classificação de risco com equipes multiprofissionais desenvolvendo essa atividade. No mesmo estudo, oito hospitais referiram ter dificuldades de relação com outros serviços da rede, sendo que um informou estar vencendo estas dificuldades utilizando-se de tecnologias como o acolhimento com avaliação e classificação de risco, pois a aplicação deste processo oferece maior acurácia aos encaminhamentos, diminuindo erros de avaliação e conseqüentemente evitando constrangimentos entre os serviços (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008).

Segundo Azevedo e Barbosa (2007), em estudo realizado na emergência do Hospital de Clínicas de Goiânia, demonstrou-se maior resolutividade dos atendimentos após a implementação do acolhimento com avaliação e classificação de risco no setor de recepção. O estudo não deixa claro quais os aspectos analisados para afirmar que houve uma maior resolutividade com o novo modelo de trabalho, mas é enfático nessa constatação.

A utilização do acolhimento com avaliação e classificação de risco possibilita um ordenamento mais harmônico dos atendimentos, pois além de ir ao encontro das necessidades expressas pelos usuários, apoia-se em critérios e protocolos bem definidos para reconhecer e determinar a necessidade e hora de intervir nos agravos apresentados no momento da avaliação e isso é que definirá a ordem de atendimento.

A definição do grau de complexidade de uma situação de emergência é em si difícil, pois se deve levar em conta a subjetividade do indivíduo e a objetividade biomédica. Inúmeros são os relatos de tentativas em caracterizar os casos por níveis de gravidade (BITTENCOURT; HORTALE, 2007). O acolhimento com avaliação e classificação de risco segue essa linha de priorização de atendimento, mas de forma mais abrangente, buscando antes de tudo atender as demandas do usuário. A definição de prioridades é apontada pela classificação de risco, que se apóia em

protocolos pré-definidos, os quais elencam sinais e sintomas que deverão ser constatados no usuário que passa pela avaliação, bem como toda a história trazida por este, e a partir disso orienta-se o fluxo do atendimento.

A cartilha publicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), trás sugestões de protocolos a serem seguidos, além de uma categorização dos níveis de atendimento baseadas em cores, sendo cada cor indicativa do nível em que se encontram as condições clínicas do usuário e, portanto, da disponibilidade deste em esperar uma intervenção ou não. Nesse modelo, a cor vermelha representa os casos de intervenção imediata, a cor amarela os casos de urgência que possuem situações de atenção, mas não instáveis como no caso anterior e a cor verde as situações que não geram risco imediato a vida do usuário. Em locais que ofereçam essa possibilidade, pode-se agregar a cor azul, que indicará os usuários que necessitam apenas de consultas com profissionais diversos, sem necessidade de intervenção, situação típica em pronto-atendimentos.

Por se tratar de uma sugestão, esses protocolos e a utilização de sistema de cores podem variar nos diversos serviços que adotam o acolhimento com avaliação de risco, respeitando particularidades e preferências de cada um deles, desde que a lógica de ordenar os casos de maior gravidade como preferência de atendimento, a busca de solução para as demandas dos usuários e a qualificação da relação profissional/usuário, de forma a humanizar esse contato, seja levada à cabo em todos os serviços de saúde.

A utilização do acolhimento com avaliação e classificação de risco opera de forma a ordenar e categorizar os atendimentos, orientando o fluxo dos serviços, mas distancia-se de uma simples triagem de exclusão, pelo fato de que nesse novo modelo de ordenamento todos deverão ser escutados e atendidos e não simplesmente dispensados caso não preencham critérios definidos (BRASIL, 2004).

A utilização do acolhimento com avaliação e classificação de risco propicia maior acessibilidade, além de priorizar os casos que se mostram mais graves, dando uma resposta no nível que a situação exige. Com o uso dessas tecnologias demonstram-se melhorias no que se refere ao atendimento de demandas reprimidas e encaminhamentos adequados das necessidades dos usuários (SANTOS-FILHO, 2007).

Os objetivos almejados com a implantação da PNH e de seus dispositivos, além de buscar um atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de

risco, têm a pretensão de reduzir filas e tempo de espera e possibilitar uma maior acessibilidade dos usuários aos serviços de emergência (BRASIL, 2004). Com a readequação da ordem de atendimento baseada na gravidade da situação, os casos que não podem esperar conseguiram ganhar uma maior rapidez no seu diagnóstico e atendimento, conforme objetiva-se com a utilização do acolhimento com avaliação e classificação de risco constantes na PNH. Porém, a pretensão de reduzir filas e tempo de espera, e por consequência, diminuir a superlotação das portas de urgência e emergência ainda parecem não ter tido o impacto esperado, não sendo garantida aos usuários classificados como menos graves a mesma fluidez de atendimento garantida aos outros.

5.2 A equipe

As questões relacionadas às equipes de trabalho surgem como ponto central desta discussão, à medida que a PNH e o uso de suas tecnologias pressupõem uma mudança radical no eixo de trabalho das equipes de saúde, buscando uma atuação qualificada de todos os profissionais envolvidos na assistência, e que estes participem ativamente, de forma democrática, da construção e aprimoramento da forma de utilização dessas novas ferramentas de trabalho

Em estudo de Leite, Maia e Sena (1999), constatou-se que a equipe médica envolve-se apenas com a retaguarda, ou seja, não atua diretamente no acolhimento com avaliação e classificação de risco como os profissionais de enfermagem, apenas realizando os atendimentos que são encaminhados por estes.

Em estudo realizado em serviços de saúde da região nordeste do Brasil, Souza et. al. (2008) também relatam a baixa adesão do profissional médico no desenvolvimento do acolhimento juntamente com o restante da equipe de saúde.

O profissional médico parece encontrar algumas dificuldades em participar dessa nova realidade de atendimento, parte disso explicado pelo fato desse profissional, que anteriormente mantinha centrada em sua figura toda a dinâmica dos serviços de saúde, ter que, a partir de uma nova óptica, integrar uma equipe de saúde e desenvolver suas ações juntamente com uma equipe interdisciplinar que, via de regra, não deve possuir uma relação verticalizada, mas sim uma relação

horizontal onde cada profissional, dentro da sua área afim, tem seu espaço para desenvolver ações de saúde.

O acolhimento é visto pelos profissionais como um avanço importante na organização das demandas e do fluxo de atendimento, mesmo sendo visto como de difícil execução e gerador de cansaço e estresse na equipe, pelos inúmeros embates que se produzem entre profissionais da equipe e usuários. Os profissionais entendem que o uso de tecnologias leves, como o acolhimento com avaliação e classificação de risco, permite uma compreensão mais ampla dos problemas dos usuários, do que simplesmente restringir-se a sinais e sintomas (SOUZA et. al., 2008).

Souza et. al. (2008) ainda destacam em seu estudo que grande parte dos profissionais elenca como pontos positivos do uso de tecnologias leves, a escuta qualificada, a melhor comunicação e o respeito às necessidades do usuário.

Para Merhy (2000), as tecnologias leves, estando o acolhimento e a avaliação e classificação de risco entre essas tecnologias, definem-se como processos utilizados em espaços constituídos entre os profissionais e os usuários, que geram uma relação entre esses atores, sendo influenciada pelas expectativas expostas nesse contato e dessa forma, dependendo da qualidade dessa interação, terminará gerando produção de responsabilização, vínculo e acolhimento das demandas do usuário.

Segundo Leite, Maia e Sena (1999), boa parte dos profissionais de enfermagem e os médicos referem-se ao acolhimento com avaliação e classificação de risco como um método de triagem que apenas diferencia-se de outros métodos, pela tentativa de dar um retorno também aos pacientes que não tem perfil para serem atendidos ao invés de simplesmente mandá-los embora. Esse ponto de vista é rechaçado de forma veemente pelos gerentes desse mesmo serviço.

O descompasso da opinião dos profissionais em relação aos gerentes demonstra que, em alguns casos, observa-se que o entendimento em relação as políticas públicas de saúde e de gestão dos serviços ficam restritas aos gestores, dificultando por tanto a atuação dos profissionais que acabam por desconhecer o referencial que fundamenta as condutas que lhes são cobradas na assistência. Essa situação demonstra ser de fundamental importância uma ampla discussão entre gestores e trabalhadores antes de propor-se qualquer mudança de estratégia de um serviço ou aplicação de uma nova política, buscando sanar dúvidas, reconhecer

angustias geradas por possíveis mudanças e nivelar informações de toda a equipe sobre condutas a serem adotadas, sendo ineficaz simplesmente ordenar mudanças de uma forma vertical e não participativa, estando a adesão a estes processos e o sucesso de tais mudanças certamente relacionados com a forma como ocorre esta troca de informações entre as partes envolvidas.

Segundo Santos-Filho (2007), a PNH e seus dispositivos além de buscar centralmente uma nova relação social com o usuário também perpassa uma nova interação de trabalhadores e gestores com a organização e condução de serviços.

Para a implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco, torna-se imprescindível a avaliação desse processo de trabalho no que concerne a sua aplicabilidade e os contextos em que são utilizados para uma melhor adequação das atividades dos profissionais que estão inseridos no processo (SANTOS-FILHO, 2007).

A enfermagem tem potencial para implementar e desenvolver o acolhimento com avaliação e classificação de risco em serviços de pronto-atendimento, mas observa-se a necessidade de outros profissionais envolverem-se com essa atividade (PINTO; RODOLPHO; OLIVEIRA, 2004).

A responsabilidade pelo gerenciamento e execução do acolhimento com avaliação e classificação de risco no Hospital de Clínicas de Goiânia é de inteira responsabilidade dos enfermeiros do serviço, e justifica-se essa escolha pela capacidade de observação, percepção e capacidade de comunicação da enfermagem, o que facilita a interação entre profissional e usuário (AZEVEDO; BARBOSA, 2007).

De acordo com a PNH (BRASIL, 2004), o acolhimento deve estar presente em todas as interações entre equipe de saúde e usuários e deverá ser realizado por todos os profissionais que compõem essa equipe, excluindo-se os locais como pronto-atendimentos e serviços de urgência e emergência que, pelas suas peculiaridades, necessitam que essa recepção seja feita por profissional habilitado para avaliar sinais e sintomas observados e relatados. Após a abordagem inicial do usuário, a avaliação e classificação de risco será realizada pelo enfermeiro do serviço que irá fazer um levantamento das queixas trazidas e ordenará este atendimento conforme o quadro clínico apresentado levando-se em consideração os protocolos fixados. Entende-se que os profissionais habilitados para realizarem tais avaliações, pelos seus conhecimentos clínicos, sejam médicos ou enfermeiros, não

estando definido na cartilha explicitamente a ação exclusiva de um ou outro profissional para avaliar os pacientes de serviços de urgência e emergência, apesar de o texto citar o enfermeiro como profissional adequado para realização da avaliação de risco.

Para Silva e Alves (2008), o acolhimento deve ser executado por todos os profissionais de saúde, mas o enfermeiro torna-se o profissional mais indicado para essa tarefa pela sua formação de base coletiva e centrada na atenção integral ao ser humano, o que se considera uma habilidade imprescindível para avaliação de risco, pois poderá, além de avaliar as vulnerabilidades físicas, levar em consideração o sofrimento psíquico do usuário que busca o serviço.

Ainda, para Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento possibilita aos profissionais não médicos utilizarem todo o seu arsenal tecnológico para a escuta e solução dos problemas trazidos pela comunidade que acessa o serviço, fato que não acontecia no modelo vigente anteriormente que possui todas as atividades centradas nas consultas médicas e encaminhamentos desse profissional.

Cabe salientar que em conseqüência do aumento das atividades dos profissionais e do cansaço gerado pelos conflitos que se deflagram entre profissionais e usuários, além dos conflitos dentro da própria equipe, demonstra-se a necessidade de atenção especial que deve ser dada a equipe de saúde no que se refere à valorização, motivação e aperfeiçoamento destes profissionais (SOUZA et. al, 2008).

O aperfeiçoamento e educação permanente dos trabalhadores, bem como a participação destes na gestão dos serviços de saúde são objetivos traçados pela PNH (BRASIL, 2004).

A participação ativa dos trabalhadores na gestão dos serviços, assim como o investimento em treinamento e aperfeiçoamento pode funcionar como uma maneira de valorização do trabalho, pois irá contribuir muitas vezes para realização profissional e motivação de muitos trabalhadores, criando um sentimento gratificante, à medida que estes passam a observar os benefícios alcançados com a qualificação da assistência prestada à população, possibilitada pela sua atuação.

A produção de conhecimento por parte dos profissionais também deve ser motivada, pois dessa forma não se restringem a pequenos grupos as boas práticas que podem surgir da diversidade de interpretações e variações das condutas sugeridas.

Sobre isso, diz-se que,

[...] conhecimento produzido é sempre relativo, provisório, parcial, limitado e historicamente datado. Um mesmo tema pode ter inúmeras abordagens, isso não significa que existam múltiplas verdades sobre ele, apenas fica evidenciado que é possível tratar um assunto com olhares distintos, o que resultará em interpretações igualmente diferenciadas, as quais, de acordo com o referencial utilizado, aproximam-se mais ou menos da verdade, cuja referência é sempre a realidade (RIZZOTO, 2002, p. 197).

Segundo observa Deslandes (2004), pouco se fala sobre as condições de trabalho dos profissionais da saúde, que quase sempre são mal remunerados, pouco incentivados e sujeitos a carga considerável de trabalho, sendo imprescindível para a humanização da prática assistencial, humanizar a produção da assistência.

5.3 O usuário

A impressão do usuário do sistema de saúde também surgiu como um fator importante a ser analisado, à medida que a PNH o trás como um protagonista no desenvolvimento das atividades nos serviços de saúde e participante ativo na construção de seu próprio cuidado, pois diferente do modelo ainda vigente, que o considera como um objeto a ser observado e tratado conforme o julgamento do profissional, ele passa a participar ativamente, trazendo à discussão suas reais necessidades a quem lhe atende.

Uma das situações que geram grande insatisfação aos usuários dos serviços públicos de saúde é o fato de serem atendidos por profissionais não-médicos quando chegam aos serviços, mesmo que uma consulta médica não seja necessária para auxiliá-lo nesse momento. Ao que tudo indica, boa parcela das pessoas que buscam atendimento, não só querem resolver seus problemas de saúde, como parecem entender que somente o médico é o profissional indicado para realizar esta tarefa.

Em estudo realizado em serviços de saúde na região nordeste do país, os usuários expressam a sua insatisfação ao serem atendidos por outro profissional, nesse caso o enfermeiro, antes de serem atendidos pelo médico. Esta insatisfação

revela que a cultura do atendimento centrado no médico ainda é muito forte na população, evidenciando que a mudança desse eixo de produção em saúde ainda deverá ser vencida para que haja eficiência na aplicação das políticas públicas (SOUZA et. al., 2008).

Apesar das melhorias que a tecnologia do acolhimento com avaliação e classificação de risco trouxe para os setores de emergência, a alta demanda por atendimento e conseqüente superlotação dos serviços acaba por dificultar a humanização do cuidado nesses setores e, além disso, dificulta a aceitação do usuário que se vê obrigado a aguardar e por vezes não aceita que outros passem na sua frente, pois desconhecem os preceitos que amparam tal conduta alicerçada pela gravidade do caso e não mais pela ordem de chegada (ANDRADE et. al., 2009).

Para Souza et. al. (2008), mesmo o acolhimento sendo uma medida que demonstra um avanço na sistemática de atendimento, a priorização dos casos reconhecidos como prioritários passa a ser motivo de conflito de interesses entre o individual e o coletivo, pois os que não se inserem nesse grupo questionam essa conduta que lhes soa como trapaça por parte do serviço.

O fato de alguns indivíduos serem atendidos com prioridade pode ser mal recebido pelos demais usuários que aguardam atendimento no serviço, mas esse fato pode ser minimizado pela divulgação do fluxo de atendimento nas áreas de recepção e persistindo-se algum tipo de dúvida deverá ser utilizada a própria tecnologia para realizar a escuta dos usuários que sentirem-se preteridos (BRASIL, 2004).

É inegável a melhoria trazida pelo acolhimento com avaliação e classificação de risco, pois dessa forma rapidamente se reconhece em que casos a atuação deve ser imediata para corrigir situações que agravam substancialmente a saúde dos indivíduos, sem deixar de levar em consideração as necessidades trazidas pelo usuário. Mesmo assim, com esse ganho evidente na agilidade e reordenação de fluxo dos serviços de urgência e emergência, a superlotação dos serviços públicos que geram uma sensação de abandono ao usuário e o desconhecimento por parte destes dos critérios para a definição da ordem de atendimento, são fatores visivelmente geradores de conflito e descontentamento entre usuários e trabalhadores desses serviços.

A insatisfação evidenciada pelos relatos de usuários não parece ser uma novidade, visto que, apesar dos avanços e das conquistas do SUS desde a sua

criação, ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública. Várias pesquisas de satisfação, relatórios de ouvidoria e depoimentos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários evidenciam a escuta pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas (BRASIL, 2006b).

A dificuldade de se mudar um paradigma pode ser uma das explicações que justifique comportamentos, como os questionamentos trazidos pelos usuários por não serem atendidos pelo médico ou a insatisfação de considerarem-se passados para trás nos serviços de urgência e emergência.

Em ambos os casos estamos falando em alterar formas de conduta, tanto na retirada do médico do centro da produção de saúde, como no desmanche do sistema de filas por ordem de chegada e não por gravidade, vigente até então. Uma atitude positiva para se vencerem essas barreiras, passa obrigatoriamente por uma melhor compreensão por parte do usuário sobre os benefícios de uma nova lógica de atendimento e produção de saúde, que só será conseguida por meio da disponibilidade de informação e que este passe a perceber a melhoria que a nova dinâmica de atendimento oferece. Apenas dessa forma, poderá se vislumbrar efetividade nas tentativas para modificar uma cultura lapidada por muito tempo.

Em estudo, Carret, Fassa e Domingues (2009) afirmam que dentre outros fatores, como a ampliação da atenção primária, para auxiliar na diminuição da superlotação dos serviços de emergência deve-se, invariavelmente, atuar no esclarecimento da população para que essa possa buscar os serviços quando realmente precisar. Isso demonstra a importância e o grau de impacto que se pode gerar nos serviços de saúde através da conscientização dos usuários sobre o funcionamento do sistema de saúde.

Uma mudança cultural, utilizando uma melhor capacidade comunicativa entre as partes será inócua, se neste processo não forem valorizadas as expressões das expectativas e demandas dos usuários, respeitando e reconhecendo sua legitimidade e autonomia, não sendo a expressão desses sentimentos delegado a outrem que não o próprio usuário (DESLANDES, 2004).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do SUS é um processo dinâmico e da mesma maneira se comporta a aplicação e implementação de suas políticas públicas de saúde, com sua gama de processos e tecnologias. Referindo-se especificamente ao acolhimento com avaliação e classificação de risco, poucos são os relatos sobre as experiências de utilização dessas tecnologias, ditas leves, dentro da PNH.

Através da análise das publicações oficiais e da própria produção sobre estes novos conceitos e experiências de aplicação, torna-se visível que um movimento de mudança nos processos de trabalho, nos setores de atendimento às urgências e emergências, fazia-se necessário e a adoção do acolhimento com classificação de risco possibilita um progresso nesse sentido.

A agregação dessas tecnologias às rotinas dos serviços de urgência e emergência cumpre um importante papel dentro da construção do SUS, pois demonstra que também nessa área é possível desenvolver processos de saúde em consonância com as diretrizes do atual sistema de saúde. Os serviços que se orientam por essa linha de trabalho, possibilitam ao seu usuário uma melhor acessibilidade e conseguem oferecer uma melhor resolutividade dos problemas trazidos pela população, pois baseiam-se não só em protocolos definidos como também nas necessidades de saúde apresentadas durante a avaliação.

Como não poderia deixar de ser, toda novidade trás novas demandas, oferece novos ângulos para a observação de velhos problemas e apresenta algumas dificuldades de implementação.

O acolhimento com avaliação e classificação de risco quebra um paradigma de produção de saúde centrada na figura do médico, ao preconizar o envolvimento de todos os profissionais na produção de saúde a partir de sua área de conhecimento, ou seja, respeitando as características e atividades particulares de cada profissional. A inversão desse modelo de atendimento passa a exigir que todos os outros profissionais, que acabavam restritos a cumprir encaminhamentos médicos, passem a utilizar-se de todo seu arcabouço teórico, que antes parecia ser subaproveitado, em prol da solução dos problemas de saúde dos usuários.

Em contrapartida, inúmeros são os relatos da dificuldade de se inserir também nesse processo o profissional médico, que deve deixar de ser o centro do

cuidado nesses novos tempos, mas deve fazer parte da equipe de saúde. Na quase totalidade dos casos o médico acaba por ficar na retaguarda, desenvolvendo suas atividades sem o necessário relacionamento com o restante da equipe.

Tratando especificamente do enfermeiro inserido nesta equipe, este profissional acaba ganhando atuação destacada nesse novo processo de trabalho, fato constatado neste estudo. Nos documentos e publicações oficiais fica implícito que seria o enfermeiro o profissional indicado para realizar a avaliação e classificação de risco, fato que vai ao encontro dos relatos de experiências da prática do acolhimento com avaliação e classificação de risco. Essa realidade demonstra cada vez mais a importância da formação holística dessa categoria que deve possuir uma visão abrangente do significado de saúde, bom manuseio da prática clínica e habilidade de comunicação só para citar alguns dos itens que definem a proximidade do enfermeiro com o bom desempenho dessa atividade.

Um dos grandes problemas enfrentados desde a criação do SUS é a superlotação das emergências e sobre isso a utilização dessas tecnologias pouco pôde contribuir eficientemente. Não cabe aqui julgar quais são as causas desse fenômeno, até porque a explicação deve ser multifatorial, mas é provável que por conta desse caráter, o acolhimento com avaliação e classificação de risco ainda não parece ter contribuído de forma significativa para uma maior fluidez dos atendimentos nos setores de emergência, que muitas vezes tornam-se locais de hospitalização, sem poder dar o suporte a esse tipo de situação, pois são locais que não foram planejados para esse fim.

Em alguns estudos analisados foram relatados alguns problemas que podem ser justificados por falta de comunicação entre trabalhadores, gestores e usuários. Uma das situações citadas se refere a possibilidade de alguns usuários sentirem-se “passados para trás” por alguém ter recebido atendimento antes dele, apoiado em critérios que ele desconhece e a outra é o discurso de vários trabalhadores entendendo o acolhimento como apenas mais um tipo de triagem, enquanto os gerentes do mesmo serviço entendiam que não.

Esses fatos só reafirmam a importância desse processo ser uma construção participativa de gestores, trabalhadores e usuários, sendo imprescindível que os primeiros, respeitando as particularidades de cada um desses grupos, ofereça conhecimento sobre que tipo de modelo de assistência se busca com a implantação dessas tecnologias, que teorias amparam essas mudanças e qual seria a lógica de

funcionamento desse serviço, possibilitando uma relação democrática e participativa entre as partes, evitando que haja esse tipo de discrepância nos discursos e maior possibilidade de sucesso nesse intento.

Mostra-se de grande valia, que um maior número de estudos, principalmente exploratórios, sejam produzidos sobre o assunto, para que dessa forma haja uma maior divulgação das boas práticas adotadas e que as dificuldades encontradas possam ser analisadas e discutidas de forma ampla sempre objetivando a melhoria da assistência, qualificação dos processos de trabalho e conseqüente adequação. Dessa forma pode tornar-se alcançável a tão sonhada acessibilidade, integralidade do cuidado e resolutividade descritas nas publicações e orientadas pelos princípios do SUS.

A construção do acolhimento com avaliação e classificação de risco ainda é um processo que parece estar longe de ser o que foi idealizado nas cartilhas oficiais, mas o simples movimento das instituições em utilizar essa nova forma de conceber o trabalho em saúde demonstra um passo importante no fortalecimento desse projeto. Um longo caminho ainda será trilhado para que se possam vislumbrar mudanças significativas no perfil dos serviços de urgência e emergência que seguem sofrendo com problemas crônicos e de difícil solução.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.M. et. al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.1, p. 151-157. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>>. Acesso em: 11 set. 2009.

AZEVEDO, J.M.R.; BARBOSA, M.A. Triagem em serviços de saúde: percepção dos usuários. **Rev. de Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 1, p. 33-39, jan./mar. 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº1/92 a 52/2006 e pelas emendas constitucionais de revisão nº1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, 2006c. 448p.

_____. **QualiSUS**. Brasília: Ministério da saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=12592&janela=2>. Acesso em: 12 abr. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 44p.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 48p.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2008, 72p.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 256p.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema único de saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 44p.

BITTENCOURT, R.J.; 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**, v. 12, n. 4, p. 929-934, jul./ago. 2007.

CARRET, M.L.V.; FASSA, A.G.; DOMINGUES, M.R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cad. de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 7-28, jan. 2009.

CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde (lei 8.080/90 e 8.142/90)**. Campinas: UNICAMP, 2006. 271p.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

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. de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175p.

LEITE, J.C.A.; MAIA, C.C.A.; SENA, R.R. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 52, n. 2, p. 161-168, abr./jun. 1999.

MARQUES, G. Q. et al. As práticas e o cotidiano de profissionais em serviços públicos de saúde, na ótica de estudos acadêmicos. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.660/194>>. Acesso em: 12 abr. 2009.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 13-19, jan./fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2009.

MEHRY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas no setor saúde. **Interface comunic., saúde, educ.**, v. 4, n. 6, p.109-116, fev. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832000000100009&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 12 set. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

O'DWYER G.; MATTA, I.E.A.; PEPE, V.L.E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, set./out. 2008.

PINTO, I.C.; RODOLPHO, F.; OLIVEIRA, M.M. Pronto atendimento: a percepção da equipe de enfermagem quanto ao seu trabalho no setor de recepção. **Rev. Gaucha de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 81-88, abr. 2004.

RIZZOTTO, M.L.F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 55, n.2, p. 196-199, mar./abr. 2002.

SANTOS-FILHO, S.B. Perspectivas da avaliação na política nacional de humanização: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 999-1010, jul./ago. 2007

SANTOS, J.S. et al. 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**, v. 36, p. 498 -515, abr./dez. 2003. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e_4/avaliacao_modelo_organizacao_ue.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2009.

SILVA, L.G.; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

SOUZA, E.C.F. et. al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. de Saúde Pública**, v. 24, sup. 1, p. 100-110, 2008.