



ARTIGO DE REVISÃO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PROPOSTA DE HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

GREETING TO RISK RATING: PROPOSAL HUMANIZATION IN EMERGENCY SERVICES

EL HOGAR DE CALIFICACIÓN DE RIESGO: PROPUESTA DE HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

Ricardo Bezerra Cavalcante¹, Hosana Ferreira Rates², Lidia Trindade de Castro e Silva³, Renata Avelar de Mello⁴, Katiucia Martins Barros Dayrrel⁵

RESUMO

Trata-se de uma revisão de literatura que teve como objetivo identificar as principais características do acolhimento com classificação de risco, bem como se o mesmo está em consonância com os aspectos teóricos da humanização em serviços de urgência. O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados "LILACS" e "SCIELO" com os seguintes descritores: humanização, acolhimento, classificação de risco. Identificou-se que o acolhimento com classificação de risco busca promover a relação usuário-profissional, para garantir a resolutividade de suas necessidades, assim como também a corresponsabilidade dos indivíduos envolvidos neste processo. A cooperação, a solidariedade e o cuidado dependem da disposição do sujeito para se "abrir" ao outro, para buscar no outro o que ele não sabe ou o que lhe falta. Conclui-se que não se pode esperar comportamentos solidários de sujeitos que não conseguem enxergar, no sofrimento e fragilidade do outro, a sua própria fragilidade. Tal disposição depende do processo de identificação que se estabelece entre o trabalhador e a pessoa de quem deve cuidar, processos esses permeados pela subjetividade. **Descritores:** Acolhimento; Humanização da Assistência; Triagem.

ABSTRACT

This is a literature review that aimed to identify the main features of the host with risk classification and whether it is consistent with the theoretical aspects of humanization in emergency services. The literature review was conducted at the Virtual Health Library (VHL) in databases "LILACS" and "SCIELO" with the following descriptors: humanization, host, risk rating. It was identified that the host with risk classification seeks to promote the professional-user relationship, to ensure the resolution of their needs, as well as the responsibility of individuals involved in this process. The cooperation, solidarity and care depend on the willingness of the subject to "open" to another, to seek in others what he knows or what he lacks. It follows that one can not expect supportive behaviors of subjects who fail to see, in suffering and weakness of the other, his own fragility. Such an arrangement depends on the identification process established between the worker and the person who should take care, these processes permeated by subjectivity. **Descriptors:** User Embracement ; Humanization of Assistance ; Triage .

RESUMEN

Se trata de una revisión de la literatura que tuvo como objetivo identificar las principales características de la máquina con clasificación de riesgo y si es coherente con los aspectos teóricos de la humanización de los servicios de emergencia. La revisión de la literatura se llevó a cabo en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) en las bases de datos LILACS "" y "SciELO" con los siguientes descriptores: la humanización, de acogida, valoración del riesgo. Se identificó que el host con clasificación de riesgo tiene por objeto promover la relación profesional-usuario, para garantizar la resolución de sus necesidades, así como la responsabilidad de las personas involucradas en este proceso. La cooperación, la solidaridad y la atención dependerá de la voluntad del sujeto para "abrir" a otro, a buscar en los demás lo que sabe o lo que él carece. De ello se desprende que no se puede esperar conductas de apoyo de los sujetos que no ven, en el sufrimiento y la debilidad de la fragilidad de su otra cuenta. Esta disposición depende del proceso de identificación que se establece entre el trabajador y la persona que debe tener cuidado, estos procesos permeada por la subjetividad. **Descritores:** Acogimiento ; Humanización de la Atención, Triaje .

¹Enfermeiro. Professor Adjunto I do Curso de Enfermagem do Campus Centro-Oeste Dona Lindu da Universidade Federal de São João del Rei/UFSJ. E-mail: ricardocavalcanteufmg@yahoo.com.br. ²Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem - EE/UFMG. Mestre em Enfermagem. Professora assistente II do Curso de Enfermagem do Campus Centro-Oeste Dona Lindu da Universidade Federal de São João del Rei/UFSJ. E-mail: hosanabh@yahoo.com.br. ³Acadêmica de Enfermagem do Campus Centro-Oeste Dona Lindu da Universidade Federal de São João del Rei/UFSJ. E-mail: lidiacastro29@gmail.com. ⁴Enfermeira. Mestre Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenadora do curso de graduação em enfermagem do Centro Universitário de Sete Lagoas - MG - UNIFEMM. E-mail: reavelar09@gmail.com. ⁵Enfermeira. Mestre Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte, Minas Gerais. E-mail: katiuciad@pitagoras.com.br

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos houve importante crescimento da demanda por atendimento de urgência e emergência considerando o crescimento do número de acidentes e violência, sendo que as causas externas compreendem hoje a terceira causa de morte no Brasil.¹ A superlotação dos pronto-socorros, as filas de espera são agravados por problemas de origem organizacional, e a avaliação primária dos usuários sem critério clínico pode gerar complicações desnecessárias no quadro dos pacientes e até mortes evitáveis.²

A constituição federal de 1988, por meio da criação do Sistema Único de Saúde garante aos usuários um atendimento pautado nos princípios de integralidade, igualdade e equidade, inclusive nos serviços de urgência e emergência. O artigo n° 196 da CF/88 define a Saúde como direito de todos e dever do Estado.³

Considerando que a área de Urgência e Emergência constitui-se um importante componente da assistência à saúde, em 2002 entrou em vigor a portaria n.º 2048/GM do Ministério da Saúde que define o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Nela se propõe uma série de mudanças tanto estruturais quanto operacionais, no que diz respeito ao atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional. Além de permitir melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas, a portaria tornou-se elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. Com vistas a essa nova proposta, o processo de acolhimento com classificação de risco é uma alternativa viável que possibilitará a vivência desta primeira atenção preconizada.^{1,3}

O SUS é um sistema em constante estruturação e consolidação que não se reduz apenas ao tratamento da doença como foco do modelo, mas a prevenção de doenças e a promoção da saúde, bem como a reabilitação. Isto implica em muitos desafios pela defesa da vida e garantia de saúde a todos os usuários. Neste contexto de construção do SUS, observam-se grandes em várias questões, mas também necessitam de mudanças e aperfeiçoamentos.

Os resultados de pesquisas de avaliação dos serviços de saúde demonstraram que a qualidade da atenção ao usuário tem sido uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas e o número significativo de maus tratos nos hospitais, são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais e a falta de medicamento.⁵ Todos esses aspectos são importantes para a qualidade do sistema; porém, as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos, sua eficácia é fortemente influenciada pela subjetividade do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento.⁵

É direito de todo cidadão receber um atendimento público de qualidade na área da saúde. Para garantir esse direito, e no sentido de difundir uma nova cultura de atendimento humanizado, o Ministério da Saúde lançou em 2000 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAHAH). Esse programa propõe um conjunto de ações integradas que visa mudar o padrão de assistência ao usuário nos serviços de saúde públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos atendimentos prestados por estas instituições.

Em 2004 o PNAH foi substituído por uma política com perspectiva transversal que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, constituindo uma política pública de assistência e não mais um programa específico: a Política Nacional de Humanização (PNH).⁶ O processo de humanização é compreendido como a valorização dos indivíduos implicados no processo de produção de saúde, incluindo usuários trabalhadores e gestores. Nesta proposta o objetivo é a redução de filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseados em critérios de risco. Para a viabilização dos princípios e resultados esperados com o Humaniza SUS, o PNH opera com dispositivos entre eles o acolhimento com classificação de risco.⁸

O acolhimento do usuário no serviço de urgência e emergência é ação primordial para avaliação da situação de saúde do mesmo. O ato de acolher é entendido pelo PNH como recepção do usuário, desde a sua chegada, responsabilizar-se integralmente pelo usuário, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde, quando necessário.⁸ A classificação de risco é tida como uma estratégia de gestão dos serviços de urgência, que está sendo implementada como dispositivo do PNH em vários serviços brasileiros. É um processo dinâmico que consiste em identificar o risco/vulnerabilidade do usuário, considerando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer, e desta forma orientar, priorizar e decidir os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário.⁹

A desorganização dos serviços de urgência e a falta de critério no atendimento geram a sobrecarga do trabalho, assistência não- qualificada, implicam em prejuízos financeiros ao sistema de saúde. Sendo assim a implantação do acolhimento com classificação visa a diminuição do risco de

mortes evitáveis, extinção da triagem por funcionário não qualificado, priorização de acordo com critérios clínicos, obrigatoriedade de encaminhamento responsável do usuário, redução do tempo de espera, detecção de casos que se agravarão se o atendimento for postergado, melhoria da assistência nas emergências, redução da ansiedade e aumento da satisfação dos profissionais e usuários.²

Um dos objetivos da classificação de risco é evitar que profissionais não qualificados realizem o acolhimento e avaliação inadequada dos usuários. O enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência, devendo ser orientado por um protocolo direcionador. As atribuições do enfermeiro na classificação de risco, tem amparo legal na resolução n° 159/93 do COFEN, que dispõe sobre a consulta de enfermagem⁸. O parecer COREN-DF N° 005/2010 afirma que o enfermeiro destaca-se pelas suas características generalistas, que permite ao enfermeiro de triagem assumir a responsabilidade pela avaliação inicial do paciente, iniciar a obtenção da classificação e encaminhar o paciente dentro do departamento de emergência para a área clínica adequada, supervisionar o fluxo de pacientes, ter autonomia e dirigir os demais membros da equipe.^{11,12}

Portanto a política de humanização é uma tentativa de resgatar a escuta dos problemas de saúde dos usuários de forma qualificada dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema. Neste contexto o objetivo deste artigo é identificar as principais características do acolhimento com classificação de risco, bem como se o mesmo está em consonância com os aspectos teóricos da humanização em serviços de urgência.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão da literatura. O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), por meio das bases de dados “LILACS” e “SCIELO” utilizando os seguintes descritores: humanização, acolhimento, classificação de risco. A partir de então, foram selecionadas 33 referências das quais 20 foram utilizadas para a constituição do *corpus* de análise. Os artigos incluídos para análise obedeceram aos seguintes critérios: artigos relacionados com a temática proposta, artigos com texto completo publicados até o ano de 2011, em português e indexados em periódicos eletrônicos. Além de artigos, foram utilizados manuais, portarias do Ministério da Saúde e legislações pertinentes ao assunto, mas em caráter de complementaridade e para compor a discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atenção a saúde: acolhimento humanizado

Na década de 80 com a redemocratização do país, foi aprovada pela constituição de 88 o Sistema Único de Saúde (SUS), que redefinia um novo modelo de assistência a saúde. O SUS tem por direcionamento e embasamento as leis n° 8080 e 8142, que determinam sua estruturação, direitos, deveres e obrigações. A partir da implantação do SUS todas as esferas governamentais tornam-se responsáveis por garantir acesso a saúde, de maneira igualitária a todos. Embora ainda não se tratasse especificamente do atendimento de urgência, as diretrizes do SUS estabeleciam direcionamentos de responsabilidade governamental e dos conselhos de saúde. Atualmente observa-se que o modelo de assistência prestado encontra-se desvinculado das propostas de integralidade, igualdade e equidade, designadas pela lei n.º 8080.³

A deficiência da rede básica gera a procura espontânea da população pelos serviços de urgência, que culmina na sobrecarga dos pronto-socorros e baixa qualidade da assistência. A solução para as urgências está na mudança de modelo de atenção, um modelo que privilegie a atenção primária, com uma assistência forte e resolutiva.¹³

Com vistas a melhorias no atendimento, surge o termo humanização na área da saúde. Este termo ganha maior visibilidade em 2000 com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Porém, em 2004 o PNHAH é substituído, e surge como proposta de gestão, o Programa Nacional de Humanização (PNH). O programa tem por objetivo discutir o acolhimento como ferramenta para humanização dos serviços. Neste mesmo período a humanização é tema também da 11ª Conferência Nacional de Saúde. A partir de então, as discussões sobre as políticas de humanização tem o intuito de resgatar e fortalecer os princípios do SUS, garantidos pela constituição federal de 1988.

A partir do PNH como ferramenta de melhoria no atendimento, considera-se “desumanizante” a realidade da atenção à saúde. Ressalta-se esta realidade em grandes filas para consultas e exames, pacientes em macas nos corredores dos hospitais sem atendimento, despersonalização e falta de privacidade do usuário. Assim também como, a falta de condição de trabalho para os profissionais de saúde que, em sua maioria, desejam atuar com eficiência.¹⁴ Diante destes fatos, dos problemas e experiências vividas pelo SUS, fica nítido a necessidade de se rediscutir a assistência e elaborar novas propostas de intervenção. Desta forma o acolhimento humanizado tem sido exaustivamente discutido, e ganha importante enfoque na atualidade.

Muitas são as dimensões com as quais o SUS está comprometido entre elas prevenir,

tratar, recuperar, reabilitar e promover a saúde. Infelizmente os resultados obtidos na saúde não são os propostos pelas políticas vigentes. A desumanização dos serviços está relacionada a fatores organizacionais, referentes a condições de trabalho, organização do atendimento, burocratização, a tecnologia e mecanização do trabalho.¹⁴

Entre as décadas de 50 e 80 a humanização é enfocada predominantemente nas relações interpessoais estabelecidas com os usuários de seguros saúde. A partir da década de 80, o novo conceito de humanização se relaciona à possibilidade de constituir um projeto político, garantindo a operacionalização de um serviço de saúde que considere a dignidade do usuário e do trabalhador, como cidadãos.¹⁴

Atualmente a nova política de humanização é contrária às ações e caridade ligadas às concepções religiosas como era na antiguidade⁵; reafirmando a responsabilidade dos sujeitos (gestores/profissionais/usuários) no processo de humanização do trabalho em saúde, atuando como uma proposta política necessária para fortalecer a gestão de um sistema público⁵. Assim a política de humanização não contradiz às ações de humanistas e de solidariedade, distintamente, ela preconiza a humanização, a qualidade das relações, e sobretudo a solidariedade para compreender o sofrimento, a dor do outro (usuário) que procura os serviços de urgência.

No que tange a área da saúde, a humanização refere-se a uma proposta ético-estético-política. Ética por implicar atitudes dos usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis. Estética por acarretar um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividade autônoma e protagonista. Política por referir-se à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.⁸

Apesar das definições sobre a humanização serem claras, percebe-se que atualmente a despersonalização do usuário passa a ser fato comum. O paciente tem sido referenciado como um número, leito, patologia, ou até mesmo reconhecido pelo exame que será realizado.¹² Com o avanço da tecnologia o cuidado passa a ser vinculado a um ato mecânico e o paciente é uma extensão das máquinas e aparelhos. A burocratização do trabalho impede que se leve em consideração os medos, anseios e temores dos pacientes. A humanização requer organização das pessoas e das instituições que prestam serviços à saúde, no sentido de contemplar suas premissas de integralidade, universalidade e equidade na saúde contempladas pelo SUS.¹⁴ Diante deste contexto e da necessidade em propor novas estratégias de fortalecimento do sistema de saúde, o Ministério da Saúde lançou o PNH. Surge uma nova proposta, para reforçar iniciativas já existentes, de forma a aproximá-las e potencializá-las, ampliando o conceito de humanização.¹

A implantação do PNH visa resgatar os princípios e diretrizes do SUS no cotidiano dos serviços de saúde produzindo mudanças positivas nos modos de gerir e cuidar, entendendo que a humanização como política deve operar transversalmente toda a rede de serviços. A participação e valorização dos sujeitos envolvidos é ponto fundamental, reforça a gestão e a necessidade de mudança do modelo de atenção de acordo com a necessidade da população.

A PNH visa, então, ampliar o diálogo entre os sujeitos implicados no processo de produção da saúde, promovendo a gestão participativa, estimulando práticas resolutivas e reforça o conceito de clínica ampliada.¹⁵ O programa busca fomentar autonomia e protagonismo de trabalhadores, usuários e gestores, aumentando o grau de co-responsabilidade na produção de saúde e

sujeitos, bem como estabelece vínculos solidários e participativo no processo de gestão.¹⁵

Ao refletir sobre a necessidade de que todo este processo de humanização esteja imbricado no acolhimento dos usuários, é preciso também compreender as facetas das possibilidades de acolher. Várias são as definições de acolhimento, alguns autores definem como um dispositivo e ferramenta para o trabalho, outros já lhe dão uma visão de atitude que os profissionais anseiam vivenciar na prática.¹⁶ O Ministério da Saúde em seu Manual de Acolhimento nas práticas de produção de saúde define o acolhimento como: Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (8:6).

Na perspectiva de incorporar o acolhimento nos serviços de saúde se faz necessário implantar os princípios para organizar o serviço de forma usuário-centrada: atendimento a todos os usuários que procuram os serviços de saúde, garantindo a universalidade; reorganização do processo de trabalho, a fim de que esse deixe de ser centrado no atendimento médico para uma equipe multiprofissional; e fortalecimento da relação usuário-profissional, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.¹⁶ O mesmo autor identifica ainda quatro dimensões do acolhimento, são eles: o acesso geográfico e organizacional; a postura de escuta; a atitude envolvendo o profissional e usuário; as relações entre os profissionais da equipe; a valorização do trabalho em equipe; a capacitação dos profissionais e aquisição de tecnologias, saberes e práticas. Ainda cita a necessidade de reorientação de serviços e a

adequação do projeto institucional, supervisão e processos de trabalho.¹⁶

O Ministério da Saúde lida com o acolhimento como um dispositivo favorável a reorganização do trabalho, possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação entre profissionais e usuários, mediante parâmetros técnicos, éticos e humanitários, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.¹⁷

Nesta perspectiva, o acolhimento com classificação de risco torna-se uma ferramenta importante para a humanização dos serviços de urgência, resgatando a co-responsabilidade e as relações entre os sujeitos envolvidos no processo de saúde.

Classificação de risco: nova forma de acolher

O sistema de classificação de risco na urgência surgiu da realidade mundial vivenciada pelos serviços de urgência. Surge como tentativa de minimizar o problema da superlotação e permitir cuidados mediatos aos pacientes mais graves.¹⁸ Este sistema de classificação foi introduzido para tentar minimizar os problemas gerados pela precária avaliação primária dos pacientes. Não é mais admissível que seja mantido o atendimento nesses serviços por ordem de chegada, colocando em risco de morte indivíduos em real situação de urgência, enquanto se presta assistência a outros que deveriam estar na atenção básica.¹⁸

Os sistemas de classificação têm origem nas guerras napoleônicas em que o exército francês inicia o seu uso para separar feridos que necessitam de atendimento mais precoce. Vem desse período o termo *triage* do francês. No fim dos anos 80, surge a proposta de padronização de um sistema de triagem na Austrália que deu origem a *Australasian*

Triage System (ATS), utilizado pelo sistema de saúde australiano.¹⁹

Atualmente é aplicada a triagem em todos os países de primeiro mundo. Nos Estados Unidos, desde o início da década de 80, o governo federal exige triagem nos departamentos de emergência para todos os hospitais que desejam ser acreditados pelos programas governamentais. O Ministério da Saúde de algumas províncias canadenses também formalizaram a obrigatoriedade da triagem nas emergências dos hospitais.¹⁸

No Brasil o termo triagem é pouco aceito, vincula-se muito a atividade médica. Porém a palavra Triagem (do francês *trier* = classificar) significa um processo sistemático para determinar quem vai ser visto e tratado primeiro, com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade dos pacientes no serviço de urgência. Em vários países a triagem ou classificação de risco é realizada por enfermeiros treinados e orientados por um protocolo, e somente em casos de catástrofes o médico é responsável pela triagem, pelo fato de se atestar, logo na porta de entrada, pacientes em óbito.¹⁸

Os 4 principais protocolos de triagem nas urgências surgem na década de 90. São eles: Australiano, Manchester (Inglês), Canadense e *Emergency Severity Index - ESI* (americano). Apresentam algumas coincidências nos seus princípios, porém se diferenciam no modelo de entrada da queixa e em um deles (*ESI*) na necessidade de recursos.²⁰

Os sistemas de classificação de risco, no Brasil, foram recomendados pela primeira vez em 2002 pela portaria GM 2048 que regulamenta os serviços de urgência e emergência. Nessa portaria o termo internacional “triagem” é substituído por “classificação de risco”. Em 2004 com a implantação da PNH, a classificação toma uma dimensão mais forte e favorável aos usuários. Nesta perspectiva, o acolhimento com classificação de risco, vem como proposta de

humanização dos serviços de saúde. Sabe-se que o protocolo de Manchester é o protocolo utilizado em muitos países para classificar o risco de pacientes que procuram os serviços de urgência e emergência, e que, previamente à decisão de sua implantação nas instituições do Estado de Minas Gerais, um grupo de especialistas brasileiros fez a avaliação desse protocolo quanto à viabilidade de adaptação do mesmo à realidade brasileira.¹¹

O protocolo de classificação de risco é uma ferramenta com o objetivo de direcionar o atendimento primário e avaliar a prioridade do paciente, porém não é sensível aos aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais do usuário. O protocolo não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento. Por isso o Ministério da Saúde orienta sempre o acolhimento com classificação de risco.¹⁷

O acolhimento pode restringir-se a uma ação voluntária e benevolente por parte de alguns profissionais, ou 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. É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da demanda. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se for entendido 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 saúde.²¹

O acolhimento com classificação de risco deve ser um processo contínuo e dinâmico e resolutivo. O usuário deve ser esclarecido sobre a sua prioridade, tempo de espera e provável tempo de permanência dentro da

instituição. O profissional de saúde torna-se responsável pelo acompanhamento deste usuário no serviço, bem como pela resolutividade do seu problema. A proposta de acolhimento com classificação de risco vem de encontro com a humanização, como instrumento de extrema importância para a sua execução, deste modo, possibilitando que todo usuário seja acolhido e atendido de acordo com a sua prioridade. Configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede; entretanto não se pode vincular a resolução dos problemas somente a classificação de risco, é necessária a construção de fluxos claros, pactuações internas e externas de atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da implantação da PNH nos serviços de urgência, tem-se por objetivo, reorganizar os processos de trabalho. Procura-se também melhorias no que tange o tratamento humanizado. O acolhimento com classificação de risco promove a relação usuário-profissional, para garantir a resolutividade de suas necessidades, assim como também a co-responsabilidade dos indivíduos envolvidos neste processo. Portanto o atendimento e a resolução dos problemas dependem da postura e ações dos usuários, profissionais e gestores. A reorganização da rede de saúde pode ser fator fundamental para garantir a assistência integral e igualitária a toda população de acordo com sua prioridade.

Disponibilizar uma assistência com bases nos fundamentos do SUS conjugadas com as necessidades dos usuários, é um grande desafio que dependerá de ações e mobilização por parte de todos os sujeitos, e na maioria

das vezes vinculado à vontade política e institucional.

Decorridos 11 anos da primeira iniciativa de proposta de humanização dos serviços de saúde (PNHAH), são inegáveis os avanços: incentivos e ampliação das unidades de urgência, implantação do protocolo de classificação de risco, adequação das portas de entrada das unidades de urgência e pronto socorros proporcionando espaços adequados para a recepção dos usuários, capacitações e atualizações para profissionais de saúde, criação de planos gestores para a discussão dos problemas existentes nas unidades e investimento na formação dos futuros profissionais de saúde. Resta saber se todas essas mudanças contribuíram de fato para uma nova cultura de atendimento centrada na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores, uma vez que a disposição para o acolhimento, para a escuta e para o estabelecimento de vínculos não se constitui em uma capacidade absoluta do ser humano ou em algo que possa ser controlado exclusivamente por um trabalho consciente ou por mecanismos gerenciais.

A cooperação, a solidariedade e o cuidado dependem da disposição do sujeito para se “abrir” ao outro, para buscar no outro o que ele não sabe ou o que lhe falta. Do mesmo modo, não se pode esperar comportamentos solidários de sujeitos que não conseguem enxergar, no sofrimento e fragilidade do outro, a sua própria fragilidade. Cuidar pressupõe olhar o outro. A disposição para olhar o outro e a possibilidade de reconhecer, no outro e em seu sofrimento, algo de si mesmo; não se distribui uniformemente entre os diversos trabalhadores de saúde de um mesmo serviço e tampouco se manifesta de um mesmo modo para um mesmo sujeito, a cada dia e diante de cada caso. Tal disposição depende do processo de identificação que se estabelece entre o trabalhador e a pessoa de quem deve

cuidar, processos esses permeados pela subjetividade. Nesse “enxergar” no outro uma pessoa que necessita ser escutada e acolhida em suas demandas de saúde é um imenso desafio a mudança das práticas de saúde orientada pelos valores de fraternidade, solidariedade e cuidado com o outro.

REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde [BR]. Sistema de informação de mortalidade. [Internet]. [cited 2011 Aug]; Available from: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/sim/dados/cid10_indice.htm.
- 2- Shiroma LMB, Pires DEP. Classificação de risco em emergência: um desafio para as/os enfermeiras/os. *Enf. Foco*. Brasília [Internet]. 2009; [cited 2011 Apr]; 2(1): 14-17. Available from: revista.portalcofen.gov.br/436R436P436.php/enfermagem/article/download/67/54.
- 3- Brasil [BR]. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Art.196. Brasília (DF): Senado Federal; 1988. [cited 2011 Agus]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.
- 4- Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2048/GM de 05 novembro de 2002. [cited 2011 Agus]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>.
- 5- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. [cited 2011 Out] Available from: bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf.
- 6- Deslandes, SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cienc. Saude Colet* [Internet]. 2004; [cited 2011 Out] 9(1):7-14. Available from: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51413-81232004000100002
- 7- Souza RS. Acolhimento com classificação de risco: processo vivenciado por profissional enfermeiro. *REME* [Internet]. 2008; 12(4): 586. Available from: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/smartsection/item.php?temid=57.
- 8- Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): MS; 2006.
- 9- Andrade MAC, Artmann E, Trindade ZA. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2011. [cited 2011 Dec]; 16 (1): 1115-24. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16s1/a43v16s1.pdf>
- 10- Cofen. Resolução COFEN-159/1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. [Internet]. [cited 2011 Aug]; Available from: [436R436P://site.portalcofen.gov.br/node/4241](http://site.portalcofen.gov.br/node/4241).
- 11- Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev. Latino-Am. Enf. Ribeirão Preto*. [Internet]. 2011; Jan-Feb [cited 2011 Apr]; 19(1). Available from: www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf.
- 12- Cofen, Coren-DF. Parecer COREN-DF Nº 005/2010. Atribuição da enfermagem na triagem com classificação de risco em urgência. [cited 2011 Aug]. Available from: http://www.corendf.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=684:no-0052010-atribuicao-do-profissional-de-enfermagem-na-triagem-com-classificacao-de-risco-nos-&catid=38:pareceres&Itemid=115.

- 13- Júnior WC. A classificação de risco como linguagem da rede de urgência e emergência. RAHIS-Revi. Adm. Hosp. Inov. Saúde Online [Internet]. 2009; Jan-Jun [cited 2011 Apr]; Available from: <http://www.Face.ufmg.br/revista/index.php/rahis/article/viewFile/787/663>.
- 14- Bellucci J, Matsuda JA, Misue L. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. Rev. Gaúcha Enferm [Internet]. 2011; [cited 2011 Dec]32 (4): 797-806. 2011. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a22.pdf>
- 15- Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. Ciênc. saúde coletiva [Internet].2011; [cited 2011 Dec]; 16 (11): 4541-48. 2011. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>
- 16- Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010; [cited 2011 Dec]; 15 (3): 3569-78. 2010. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s3/v15s3a32.pdf>
- 17- Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília (DF): MS; 2006.
- 18- Albino RM, Grossema S, Riggerbach V. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. Arquivos Catarinenses de Medicina [Internte]. 2007; [cited 2011 Aug]; 36 (4). Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=479397&indexSearch=ID>
- 19- JONES, K M; Manchester Triage System (MTS) Second edition BMJ
- 20- Leitão V. Humaniza SUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. MS [Internet].2009; [cited 2010 Oct 28]; 60 (1). Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342.
- 21- Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília (DF): MS; 2009.
- 22- Sá, MC. A fraternidade em questão: um olhar psicobiológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. Interface - Comunic., Saude, Educ [Internt]. 2009; [cited 2011 Oct 30]; 13(1): 651- 64. Available from: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500016
- 23- Silva RCL, Figueiredo NMA, Porto IS, Jacinto TD, Oliveira S, Vieira C. Humanization in intensive therapy: analyzing the idea of dehumanization in the perspective legal-ethical of the care of nursing. Journal of Nursing UFPE [Internet]. 2009; [cited 2011 Nov]; 3(3). Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/175>

Recebido em: 20/12/2012

Versão final em: 30/12/2012

Aprovação em: 30/12/2012

Endereço de correspondência

Ricardo Bezerra Cavalcante

Endereço: Universidade Federal São João Del Rei - UFSJ

Campus Centro Oeste Dona Lindu

Av. Sebastião Gonçalves Coelho, nº 400, Chanadour.

CEP: 35504-296 - Divinópolis/MG

E-mail: ricardocavalcanteufmg@yahoo.com.br