



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM  
SAÚDE COLETIVA**



**DÉBORAH DANIELLE TERTULIANO MARINHO**

---

**AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM  
UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

---

RECIFE - PE

Junho/2011

DÉBORAH DANIELLE TERTULIANO MARINHO

---

**AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

---

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva – PPGISC, do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de mestre. Área de concentração: Políticas Públicas de Saúde.

**Orientador:** Prof. Dr. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo

Recife  
2011

Marinho, Déborah Danielle Tertuliano

Avaliação do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de emergência / Déborah Danielle Tertuliano Marinho. – Recife: O Autor, 2011.

139 folhas: il., fig., gráf. e esquemas; 30 cm.

Orientador: Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2011.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Acolhimento. 2. Avaliação de risco. 3. Avaliação de Serviços de Saúde. I. Espírito Santo, Antônio Carlos Gomes do. II. Título.

614

CDD (20.ed.)

UFPE  
CCS2011-195

RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)  
MESTRANDO(A)

**DÉBORAH DANIELLE TERTULIANO MARINHO**

No dia 27 de junho de 2011, às 14:00h, no Auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública, da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo (Doutor do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador(a)) Membro Interno, Petronio José de Lima Martelli (Doutor do Departamento de Saúde Coletiva do CPqAM/FIOCRUZ) Membro Externo e Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Doutora do Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, arguíram o(a) mestrando(a) Déborah Danielle Teruliano Marinho, sobre a sua Dissertação intitulada: *“Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco em uma Unidade de Emergência”*. Ao final da arguição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Prof. Dr. Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo

APROVADO

Prof. Dr. Petronio José de Lima Martelli

APROVADO

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

APROVADA

Prof. Dr. Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo

Prof. Dr. Petronio José de Lima Martelli

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

**Dedico este trabalho aos meus pais e aos meus irmãos pelo amor, carinho,  
apoio e compreensão durante todo o tempo.**

## AGRADECIMENTOS

Ao Grande Deus, o autor da minha vida, a Ele toda honra, toda glória e todo louvor. Graças a Sua Santa Palavra pude me refugiar e receber consolo nos momentos de dificuldade. “Tudo o que tenho, tudo o que sou e o que vier a ser, entrego a Ti Senhor.”

À minha amada família, aos meus pais Inácio e Joselice e aos meus irmãos Anna Priscilla e Paulo Vinícius, pelo incentivo nos momentos de desânimo, pela imensa dedicação nos momentos de angústia e pela compreensão nos momentos de ausência. Queridos pais, obrigada pelo exemplo e pelo esforço em nos tornar pessoas melhores. Queridos irmãos, obrigada pelo companheirismo e pelos bons momentos e risadas. Simplesmente amo vocês!!!

À Maria Aparecida (Cida), pelo carinho e consideração oferecidos a minha família, todos esses anos. Você também é uma de nós.

Aos meus tios e primos, pela torcida e preocupação mesmo à distância, em especial, às minhas tias Côca, Rita (*in memorian*), Nilce e Jossil e aos meus primos-irmãos Kívia Christina, Túlio Augusto e Tales Tarsis. Agradeço também ao primo Kleimer pelo carinho e auxílio na utilização do Auto Cad.

Aos meus avós paternos, Inácia (*in memorian*) e João (*in memorian*), e avós maternos, Nathália e José, pelo aconchego, pelo sorriso sincero e pela confiança sempre dispensados a mim.

Aos meus irmãos da Igreja Evangélica Congregacional em Pombal-PB, em especial ao Departamento de Jovens, pelas orações em meu favor e pela alegria em que sempre me receberam.

À Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela oportunidade de crescimento acadêmico.

À professora, e ex-coordenadora do Mestrado, Dra. Luci Praciano, pela dedicação ao mestrado e prudência em suas decisões administrativas. Como também pela compreensão nas diversas situações apresentadas pelos mestrandos.

Ao secretário do Mestrado, o grande amigo Moreira, pela competência no desempenho de suas funções, sempre pronto a ajudar de modo descontraído, porém sem abrir mão do compromisso. Obrigada pelas incontáveis declarações cedidas e pelas informações sempre atualizadas. A propósito, “Moreira você pode me dar uma declaração?”

Aos professores e colegas do Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva – PPGISC, que compartilharam comigo momentos de muito aprendizado e descobertas. Em especial, ao professor Djalma Agripino, pela forma simples, porém dinâmica e consistente que trabalhou os primeiros conteúdos que tivemos acesso. E as colegas Marineide, Mônica e Juliana, pela receptividade e amizade.

Ao meu orientador, o Prof. Dr. Antônio Carlos, pela paciência e dedicação durante todo o período do mestrado, desde os primeiros dias. Agradeço pelos conselhos, pela amizade, pelas caronas e pela grande contribuição a esse produto, que é nosso. Muito obrigada pela compreensão nos momentos de dificuldades e pela possibilidade de crescimento no meio acadêmico.

Ao meu namorado, mas também colega de classe (Já Mestre!) e companheiro de todas as horas, Tales Iuri. Não tenho palavras para descrever o quanto você foi indispensável para mim durante esses dois anos. Obrigada, meu amor, pelas palavras de consolo e encorajamento nos momentos de maior angústia, pelo auxílio no entendimento dos conteúdos quando meu tempo era tão pequeno, pelo compartilhamento de experiências e pelo aprendizado da convivência no período que passamos em Recife. Sou grata a Deus por sua vida em minha vida e por ter o privilégio de dividir com você esta conquista.

À banca examinadora do mestrado, a Prof<sup>a</sup> Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra (UFPE) e o Prof Dr. Petronio José de Lima Martelli (Aggeu Magalhães-

FIOCRUZ), enquanto avaliadores titulares e aos suplentes Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nilcema Figueiredo (UFPE) e o Prof. Dr. Fernando Antônio de Gusmão Filho (IMIP) contribuição ao crescimento desta pesquisa.

À minha sogra, Dra. Socorro Paz, pela contribuição nas correções de língua portuguesa, pelos conselhos e pelo encorajamento na carreira acadêmica. Muito obrigada pelo carinho e consideração.

Ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HETSHL), pela permissão e fornecimento de dados para o desenvolvimento da pesquisa. Aos profissionais do Pronto-Socorro que prontamente se dispuseram a participar e responder aos questionamentos solicitados.

Aos meus colegas enfermeiros, pela compreensão e auxílio nos momentos das trocas de plantões quando coincidiam os dias de aulas e orientações.

A todos que se dispuseram a participar e contribuir para a construção desta pesquisa. Enfim, compartilho com vocês a gratidão e alegria que sinto em concluir mais uma etapa da minha vida acadêmica.

*“Ainda que eu tenha o dom de profetizar e conheça todos os mistérios e toda a ciência; ainda que eu tenha tamanha fé ao ponto de transportar montes, se não tiver Amor, nada serei.” I Co 13:2*

*“Se as propostas do SUS forem bem entendidas pela inteligência, assimiladas pela mente, aceitas pela vontade e acolhidas pelo coração, as mudanças serão aceitas e implementadas.” Mezzomo (2003)*

## RESUMO

A baixa resolutividade dos serviços básicos de saúde e de média complexidade acarreta em superlotação das unidades de alta complexidade. Dentre as políticas traçadas para amenizar essa situação, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH), que se utilizou do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), para reorganizar o atendimento da demanda. Objetivou-se avaliar o AACR em um Hospital de Emergência de João Pessoa/PB, com foco nos requisitos preconizados pela PNH. Constituiu-se em uma Pesquisa Avaliativa, que utilizou-se da triangulação de métodos: Análise Documental, Entrevistas e Observação. Considerando os dados documentais, foi verificada uma elevação contínua do número de atendimentos ao longo do período estudado. Apesar disso, a capacidade instalada não foi ampliada, aumentando o percentual de ocupação. A partir dos resultados das entrevistas, compreende-se que os profissionais entendem de forma geral a lógica do processo de AACR, apontando avanços e obstáculos que interferiram no processo de implantação. Apresentam como principais resultados a serem alcançados, o atendimento de acordo com o risco e a redução de filas. A partir das observações, constatou-se que os cenários de chegada são diversos, os profissionais são expostos a situações de constante pressão, tendo que tomar decisões rápidas e precisas, ocorrendo também divergências entre os profissionais em relação à classificação. De acordo com as considerações feitas através da triangulação de métodos, pode-se afirmar que o acolhimento está parcialmente implantado, com ressalvas a serem cumpridas posteriormente.

**Palavras-Chaves:** Acolhimento; Avaliação de Risco; Avaliação de Serviços de Saúde.

## **ABSTRACT**

The low resolutivity of essential and medium complexity health services has led to overcrowded high complexity units. Among the policies designed to improve this situation, there is the National Humanization Policy ( NHP ), which utilizes Reception with Risk Evaluation and Classification ( RRER ) in order to satisfy the demand in a reorganized way. We aimed to analyse the RRER in an Emergency Hospital in the city of João Pessoa, State of Paraíba, with the focus on the requirements established by the NHP. We applied the evaluative research, using a triangulation of methods: Documental Analysis, Interviews and Observation. From the documental data, we noticed a continuous rise in the number of admittances during the period under study. However, the installed capacity was not increased, raising the occupational percentage. As we analysed the results from the interviews, we noticed that the employees have only a superficial notion of the RRER process. They mentioned advances and obstacles which interfered in the process implantation. The results show that the main results to be achieved include admittance by the risk involved and the reduction of queues. According to the observation, we perceived that the scenes of patients arriving at the hospital are varied, showing employees under pressure and having to take quick and precise decisions, with disagreements among them as to the classification. According to the analyses done through the triangulation of methods, we can state that the patients' fine reception is partially implanted, although certain aspects should be improved later.

**KEY-WORDS:** reception; risk evaluation; health risk evaluation.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>AACR</b>	Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco
<b>ACEM</b>	Australasian College of Emergency Medicine
<b>ACHS</b>	Australian Council on Health Care Standards
<b>ATS</b>	Australasian Triage Scale
<b>CTAS</b>	Canadian Triage and Acuity Scale
<b>ESI</b>	Emergency Severity Index
<b>GTH</b>	Grupo de Trabalho de Humanização
<b>HETSHL</b>	Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
<b>HOB</b>	Hospital Odilon Behrens
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MTS</b>	Manchester Triage System
<b>NTS</b>	National Triage Scale
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PNHAH</b>	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
<b>Qualisus</b>	Política de Qualificação de Atenção à saúde do Sistema Único de Saúde
<b>SAME</b>	Serviço de Atendimento Médico e Estatística
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SIM</b>	Sistema de Informação sobre Mortalidade
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFPE</b>	Universidade Federal de Pernambuco
<b>UNICAMP</b>	Universidade de Campinas
<b>UNIMED</b>	Rede de Planos Médicos de Saúde
<b>UPAs</b>	Unidades de Pronto Atendimento
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>19</b>
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>20</b>
3.1 UM OLHAR CRÍTICO SOBRE O PROCESSO TRADICIONAL DE ACOLHIMENTO	20
3.2 HUMANIZAÇÃO – ORIGEM E EVOLUÇÃO DO CONCEITO	21
3.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	25
3.4 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	28
3.5 A NECESSIDADE DE AVALIAR	33
3.6 O DESAFIO DE SE AVALIAR A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	37
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>39</b>
4.1 TIPOLOGIAS DO ESTUDO	39
4.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CASO	40
4.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA	41
4.4 AVALIAÇÃO POR TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS	42
4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA	43
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	46
4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	47
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>49</b>
5.1 DA PESQUISA DOCUMENTAL	49
5.2 DAS ENTREVISTAS	54
5.2.1 Concepções sobre o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR)	55
5.2.2 Razões da Implantação do AACR	61
5.2.3 Resultados a alcançar com o AACR	66

5.2.4 Fontes de conhecimento sobre AACR _____	68
5.2.5 Oportunidades de reflexão e discussão das equipes de AACR sobre a sua prática _____	72
5.2.6 Avanços percebidos com a implantação do AACR _____	74
5.2.7 Obstáculos identificados na trajetória do AACR _____	81
5.2.9 Sugestões de melhorias do AACR _____	94
<b>5.3 DAS OBSERVAÇÕES _____</b>	<b>100</b>
5.3.1 Cenários de chegada do demandante _____	100
5.3.2 O Processo de AACR: Passo a Passo, Caso a Caso _____	102
5.3.2.1 A Técnica de Enfermagem: o primeiro e crucial contato _____	102
5.3.2.2 A entrada em cena da Enfermeira: decisões difíceis em clima tenso _____	104
5.3.2.3 Psicólogos e assistentes sociais: as dimensões intangíveis do acolhimento _____	106
5.3.3 As relações intra e extra-equipe: cooperação, embates e assimetrias _____	108
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES _____</b>	<b>113</b>
<b>7 REFERÊNCIAS _____</b>	<b>119</b>
<b>APÊNDICE _____</b>	<b>126</b>
APÊNDICE A - Roteiro de Observação da Situação do Acolhimento _____	126
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista com os Funcionários do Hospital _____	127
APÊNDICE C - Roteiro da Pesquisa em documentos da Instituição Hospitalar _____	128
APÊNDICE D - Termo de Anuência _____	129
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido _____	130
<b>ANEXOS _____</b>	<b>131</b>
ANEXO A - Demonstrativo do Protocolo de Classificação de Risco da PNH. _____	131
ANEXO B – Fluxograma do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. _____	134
ANEXO C - Comprovante de Aprovação do Comitê de Ética. _____	135
ANEXO D - Planta-Baixa da área física do pronto-socorro do HETSHL. _____	136
ANEXO E - Protocolo de Atendimento do Serviço de Oftalmologia (Classificação de Risco). _____	137
ANEXO F: Protocolo de Atendimento do Serviço de Otorrinolaringologia (Classificação de Risco). _____	138

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, vem sendo alvo constante de críticas, por estudiosos, gestores da saúde e usuários. Isso ocorre, dentre outros motivos, devido à baixa resolutividade dos serviços básicos de saúde e de média complexidade, acarretando superlotação das unidades de alta complexidade, que atendem urgência e emergência, as quais, por sua vez, não conseguem absorver toda a demanda, influenciando de certo modo no nível de qualidade do atendimento.

Outras causas para essa superlotação descritas por Santos et al (2003), referem-se a concepções diversas para se definir urgência; insuficiência estrutural dos hospitais de urgência; falta de ordenação do acesso dos usuários aos serviços de urgência; limitações de perfil e de capacitação profissional dos que atuam na urgência; organização do trabalho profissional centrado em procedimentos e tarefas e não nas necessidades dos usuários; insuficiência dos serviços de retaguarda pós-hospitalar.

Outro fator determinante de destaque é a predominância do modelo tradicional de organização do atendimento às emergências, determinado pela demanda espontânea, resultando em superlotação das salas de atendimento, com conseqüente baixa qualidade da assistência prestada, longo tempo de espera para consultas, exames e cirurgias, falta de vagas para internação, bem como, de pessoal tecnicamente capacitado (SANTOS et al, 2003).

Além disso, os usuários costumam queixar-se do atendimento, afirmando que as relações interpessoais nem sempre ocorrem de maneira satisfatória. São comumente veiculados na imprensa, relatos de um atendimento impessoal, em que o profissional, procedendo de forma apressada, não possibilita a interlocução adequada com o usuário. O prejuízo na relação profissional-usuário torna-se aparente à medida em que o usuário ainda está relatando o seu problema enquanto o profissional já prescreve a medicação, de modo que os dois ou três minutos de consulta não compensam as horas de permanência na fila. Além disso, também existem as queixas a respeito da desinformação acerca do diagnóstico e/ou do tratamento.

Grande parte das reclamações advém dos hospitais de urgência e emergência, em situação de superlotação, culminando até mesmo em morte por

falta ou demora no atendimento, constituindo-se hoje em um problema grave de saúde pública. Isto acarreta grande repercussão política e por isso os gestores se sentem obrigados a procurar estratégias eficazes para fazer frente à questão. De acordo com Palmeiro (2007), os serviços de urgência dos hospitais são os que registram mais queixas por parte dos usuários; a falta de informação e demasiado tempo de espera são as queixas mais comuns.

A insatisfação do usuário com o sistema de saúde pode significar também que o profissional esteja com dificuldades na realização de seu trabalho e que o gestor esteja adotando baixa comunicação e interação com outras instâncias que ajudam a suprir a carência regional de saúde. A falta do planejamento de redes funcionais de assistência e de coordenação dos fluxos intermunicipais de pacientes para atendimento são formas de dificultar o acesso dessa população aos serviços de assistência à saúde e, em parte, contribuir para a redução das iniquidades nessa área. (OLIVEIRA; SIMÕES; ANDRADE; 2004).

Considera-se que a dificuldade neste acesso, reprime a demanda dificultando a interação e a comunicação entre profissionais e usuários. Assim, quanto menor for a integração, a comunicação, o vínculo e o reconhecimento mútuo entre profissionais e usuários, entre equipes de profissionais e gestores das diversas instâncias do sistema de saúde, menor será a possibilidade de eficácia no atendimento da população (BRASIL, 2000a).

Devido a esses motivos é que as questões do vínculo e da humanização se encontram inseridos em políticas e programas do Ministério da Saúde (MS), com a finalidade de diminuir o número de filas e reclamações, aumentando a resolutividade e a aproximação dos sujeitos, presentes no processo de cuidado, tornando-os participativos.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), a humanização é definida como valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão. Inclui também o compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento e com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde.

A preocupação acerca da humanização cresce por parte de gestores, profissionais, usuários e pesquisadores, devido à repercussão que essa atitude diferenciada traz para a qualidade dos serviços.

O enfoque que se tem dado em relação à valorização da assistência humanizada ao indivíduo não consiste em uma tarefa recente e tão pouco simples. Fala-se a respeito desta questão desde os anos 50, e o que se pode observar é que esse debate vem se desenvolvendo com intensidade crescente ao longo do tempo e cada vez se faz mais presente em nossos dias.

Segundo Deslandes (2006), existe uma polissemia em torno da humanização, que recusa a pretensão da uniformidade e homogeneidade dos discursos e enfoques teórico-práticos. A humanização tem sido associada à distintas e complexas categorias, relacionadas à produção e gestão em cuidados em saúde, tais como integralidade, satisfação do usuário, necessidades de saúde, qualidade da assistência, gestão participativa e a intersubjetividade envolvida no processo de atenção.

Devido à presença de tantas interfaces, a humanização requer, para ser colocada em prática, a implementação de várias estratégias. Dentre elas, ganha destaque o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), iniciado em 2001 e que se caracteriza por um conjunto de ações integradas que visam mudar os padrões de assistência ao usuário dos hospitais públicos brasileiros, através do aprimoramento das relações entre os profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2001).

No sentido de complementar e ampliar esse serviço também para a rede básica de saúde, o MS criou a PNH (Política Nacional de Humanização), em 2003, entrando em vigor no ano seguinte. Para uma melhor operacionalização da política, algumas diretrizes foram traçadas, dentre estas está o acolhimento.

Esmiuçando o termo “acolhimento”, conclui-se que acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, agasalhar, receber, atender, admitir (BRASIL, 2004a). Nota-se que o acolhimento, como ato ou efeito de acolher, expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, ou seja, uma atitude inclusiva, sobretudo do ponto de vista ético, no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de aceitá-lo em suas diferenças, seja de raça, religião ou, até mesmo, em relação ao tipo de sofrimento, seja ele de ordem física ou mental (BRASIL, 2004a; FERREIRA, 1975).

O Acolhimento ocupa considerável espaço dentro da PNH, por ser uma estratégia transversal, mostrando-se abrangente na medida em que ultrapassa a

função de mera atividade técnica, assumindo o status de uma postura profissional, capaz de proporcionar mudanças no tratamento com o usuário do SUS.

Entre as medidas destinadas a operacionalizar o Acolhimento, conta-se na PNH, com um dispositivo chamado Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), desenvolvido como modo de reorganizar o atendimento da demanda espontânea, de forma qualificada e com critérios de acesso baseados no grau de sofrimento e do risco de morte ou incapacidade permanente das pessoas que chegam ao serviço (BRASIL, 2004a). Esse dispositivo é principalmente utilizado em hospitais de Urgência e Emergência, onde o fluxo é intenso e os usuários apresentam agravos de natureza diversa. Por isso, é necessário priorizar o atendimento dos mais gravemente enfermos.

Nos serviços de urgência de algumas instituições hospitalares do país, foram implantadas estratégias de acolhimento com classificação de risco, com protocolos para garantir os critérios padronizados e, dessa forma, prestar assistência adequada e equânime às pessoas que demandam este serviço.

Atualmente, o MS busca adotar medidas que uniformizem esse processo em todo o território nacional. Um dos primeiros hospitais a implantar o sistema de acolhimento e classificação de risco em unidades de urgência foi o Hospital Mario Gatti, em Campinas, São Paulo, onde traçou um protocolo para sistematização do atendimento de modo a organizar o fluxo. (HOSPITAL MÁRIO GATTI, 2004)

O AACR possui alguns requisitos para ser de fato implementado, tais como profissionais capacitados, estrutura física adequada, equipes dimensionadas em função da demanda, suficiência de recursos materiais, dentre outros. No Estado da Paraíba, base territorial do presente estudo, parte dos hospitais, que adotaram essa forma de reorganizar o atendimento, tiveram de adaptar o serviço para atender às exigências da PNH, com exceção do Hospital Regional de Patos que construiu uma estrutura própria direcionada para o funcionamento do AACR. Precisa-se, portanto, saber se essas alterações foram suficientes para atender tais exigências.

O Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HETSHL), em João Pessoa, também passou por esse processo de adaptação há dois anos, tendo início em julho de 2008. Contudo, o hospital vem enfrentando algumas dificuldades para implantar o AACR, devido à resistência de se substituir a antiga triagem. De acordo com Bittencourt e Hortale (2007), a forma de acolhimento nas recepções dos serviços de emergência era definida pelos funcionários do setor

de segurança, os quais decidem sobre as prioridades do atendimento. Talvez aqui se identifique o aspecto mais grave do atendimento antes executado nesses serviços, quando o indivíduo, para além das péssimas condições do ambiente, ficava exposto a um critério espúrio de seleção dos seus problemas, em que os casos graves não eram necessariamente priorizados.

Apesar dos desafios, vêm sendo identificados avanços significativos na reorganização dos serviços que apontam o acolhimento e o vínculo como estratégias operacionais para a materialização dos princípios defendidos pelo SUS. (TEIXEIRA, 2003; PINHEIRO, 2001; BRASIL, 2002). Para o MS, o Acolhimento estaria favorecendo à construção da relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços, e possibilitando também avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira (BRASIL, 2010).

Mesmo o acolhimento sendo considerado uma diretriz para alcançar a materialização dos princípios do SUS, a implantação da humanização e do acolhimento na Paraíba ainda é controversa, haja visto o retrato do atendimento de emergência e urgência na maioria dos hospitais públicos da Paraíba, os quais, segundo depoimento da Chefe do Núcleo de Humanização da Secretaria Estadual de Saúde, em nota divulgada no site do Governo do Estado, “tem como característica principal a ineficiência, resultando num atendimento de baixa qualidade, longo tempo de espera e acúmulo de pacientes nos corredores, em macas” (SES/PB, 2009).

Apesar da implantação do AACR ter sido iniciada há dois anos, alguns dos problemas parecem persistir. A relevância do estudo se justifica pela presença desses entraves existentes no processo e pelo fato de que ainda se fazem poucos estudos, merecendo, assim, aprofundamento e investigação.

Por esses motivos, nos propomos a definir como objeto de estudo o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em uma Unidade Hospitalar de Emergência, objetivando avaliar as mudanças alcançadas por essa estratégia, após sua implementação, bem como identificar os possíveis obstáculos que impedem que a implantação seja efetivada, em um estudo do processo.

Os resultados deste estudo e os conhecimentos obtidos deverão servir aos gestores, planejadores e executores da estratégia no auxílio à tomada de decisão em relação a ajustes, mudanças ou transformações, a produção de novos olhares

que possam vir a ser feitos para alcançar a real implantação. O trabalho contribuirá ainda para a melhoria do desempenho profissional local, no que diz respeito ao conhecimento e esclarecimento que terão acerca da realidade em que estão inseridos.

Espera-se ainda que os resultados dessa investigação forneçam informações que possam revelar dados importantes que contribuam para a otimização do acolhimento nos serviços públicos de saúde, em benefício dos que nele trabalham e dos que dele se utilizam, estimulando o controle social e demais práticas de monitoramento dos serviços de saúde.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco em um Hospital de Emergência de João Pessoa/PB, com foco nos requisitos preconizados pela Política Nacional de Humanização.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar em que medida o Acolhimento com Classificação de Risco está implementado;
- Analisar o processo de acolhimento implementado na unidade de emergência com base nas observações;
- Verificar como os trabalhadores percebem o acolhimento enquanto forma para reorganizar o atendimento na Urgência Hospitalar.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 UM OLHAR CRÍTICO SOBRE O PROCESSO TRADICIONAL DE ACOLHIMENTO

De acordo com o documento do MS, o Acolhimento tem sido identificado dentro de uma dimensão espacial, que se traduz ora em recepção administrativa e ambiente confortável; ora em uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Resulta, desse modo, em uma prática de exclusão social, na medida em que “escolhe” quem deve ser atendido. Portanto, embora aquelas noções tenham sua importância, admite-se que quando isoladas dos contextos de trabalho em saúde se restringem a ações pontuais, isoladas e descomprometidas com os processos de responsabilização e produção de vínculo (BRASIL, 2004a).

O Acolhimento tem sido visto e executado comumente como forma de triagem, com o objetivo apenas de desafogar os serviços de emergência. Segundo Abbês e Massaro (2004), nessa definição tradicional de acolhimento, o objetivo principal é o repasse do problema para outra unidade, tendo como foco a doença e o procedimento, e não o sujeito e suas necessidades.

Segundo os mesmos autores, usuários e profissionais encontram-se desestimulados devido à baixa qualidade da capacitação técnica que informa o cuidado e pela desconsideração dos saberes que os usuários têm sobre sua saúde, seu corpo e seu grau de sofrimento. Esta situação acarreta precarização do atendimento, da relação profissional/usuário e da responsabilidade conjunta desses sujeitos nos processos de gestão da atenção.

O que se constata é que esse modo de operar o cotidiano tem produzido sofrimento e comprometido a qualidade de vida não só dos usuários, mas também dos profissionais de saúde. Dito de outra forma, o padrão de acolhida aos cidadãos usuários e aos cidadãos trabalhadores da saúde, nos serviços de saúde, consiste em desafios a serem vencidos (BRASIL, 2004a).

Por outro lado, o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, tende a favorecer, segundo Neves e Rollo (2006), a construção de relação de confiança e compromisso dos usuários com as

equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira.

O acolhimento não seria um espaço ou um local, mas uma postura ética. Não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. Implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que se diferencia de triagem, pois ele não se constitui como etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2004a).

Junto a essas prerrogativas, com a implementação da PNH, espera-se alcançar resultados englobando redução das filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseados em critérios de risco; identificação do usuário com o profissional que o atende e responsabilização do profissional para com o usuário, bem como a garantia de seus direitos; e a presença de uma gestão participativa (BRASIL, 2004a)

### 3.2 HUMANIZAÇÃO – ORIGEM E EVOLUÇÃO DO CONCEITO

O termo Humanização tem suas origens no Humanismo, que por sua vez deriva do latim *humanus* (polido, culto, letrado). Segundo a Enciclopédia de Conscienciologia (1952, p.63), o vocábulo humano procede igualmente do idioma latim, *humanus*, “próprio do homem; amável; benigno; bondoso; civilizado; erudito; instruído nas humanidades”.

De acordo com a União Internacional da Ética Humanista, o Humanismo é

uma postura de vida democrática e ética que afirma que os seres humanos têm o direito e a responsabilidade de dar sentido e forma às suas próprias vidas. Defende a construção de uma sociedade mais humana, através de uma ética baseada em valores humanos e outros valores naturais, dentro do espírito da razão e do livre-pensamento com base nas capacidades humanas. Não é teísta, e não aceita opiniões sobrenaturais da realidade. (Enciclopédia de Conscienciologia, 1952, p.63)

No Século XIII, o Humanismo surgiu como doutrina filosófica, teve seus antecedentes na Grécia Antiga, mas todos os grandes períodos da história, com é o caso do Renascimento e do Iluminismo, foram marcados por preocupações contidas

nesse conceito. O Iluminismo, no séc XVIII, consagrou as principais idéias da Renascença e aprofundou algumas concepções originais e importantes como a liberdade de expressão, a tolerância religiosa e a racionalidade, como *lócus* preponderante do pensamento e da ação humana (MINAYO, 2006).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela resolução 217 A (III), da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948, teve suas origens no Iluminismo e trouxe como idéias o direito dos indivíduos e dos cidadãos à liberdade, à fraternidade e à igualdade. Até hoje constituem em forte legado o conjunto de proposições que se transformaram na cultura da chamada Modernidade: o primado da razão; a educação das massas; o progresso cultural e tecnológico; o banimento da associação da Igreja com o Estado; e a inviolabilidade dos indivíduos, liberdade de expressão, a justiça, a filantropia e a tolerância (OMS, 1948).

Na área da saúde, na atualidade, o termo 'Humanismo' entrou para a pauta de prioridades como política, como proposta, como debate, como tema de pesquisa por meio do vocábulo 'Humanização'. Humanização do setor saúde significa um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade (MINAYO, 2006).

Nessa direção, Paulo Freire assume uma posição radicalmente comprometida com a realização de um humanismo libertador, dialógico, criativo e, acima de tudo, ético, que somente poderá ser construído a partir de uma síntese integradora da multiplicidade dos povos em suas existencialidades concretas presentes em nosso mundo. Essa síntese entre diferentes culturas, racionalidades, processos históricos e formas de vida que convivem em um mundo cada vez mais globalizado e complexo é a alternativa para a superação concreta das práticas sociais opressoras, bem como das estruturas e sistemas de dominação do homem pelo homem. Essa é uma exigência histórica e, portanto, política e ética para que a humanidade efetive sua autêntica vocação de humanização do mundo (ZITKOSKI, 2005).

Entendido assim, humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizadas, precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, enquanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem, fazemos as descobertas de meios pessoais

de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente (BETTS, 2003).

O termo humanização vem, nos últimos anos, sendo utilizado com frequência no âmbito da atenção à saúde, sendo as propostas para a sua implementação inicialmente voltadas para clientela específicas. As iniciativas identificadas com a humanização do parto e com o respeito aos direitos reprodutivos das mulheres vêm, há décadas, participando da pauta dos movimentos feministas em saúde. Por sua vez, a humanização da assistência a crianças faz parte de um escopo mais direcionado ao atendimento de bebês de baixo peso, internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Alguns modelos de assistência pautados por tal princípio, tais como os projetos Maternidade Segura e o Método Canguru, são amplamente apoiados pelo MS e pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) e considerados referência para a rede pública (DESLANDES, 2004)

Por humanização, o MS (BRASIL, 2004a) entendeu como sendo:

- valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- identificação das necessidades sociais de saúde;
- mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;
- compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Em concordância com esse pensamento, o sistema de saúde brasileiro, requer mudanças para produzir um processo educacional persistente e indispensável para que haja transformações no modo de pensar, de tratar e agir em relação ao paciente, a equipe de trabalho e aos familiares dos assistidos.

O MS, acreditando nessa mudança, regulamentou, em maio de 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar-PNHAH, instituído no âmbito do SUS pela Portaria GM/MS nº 881 de 19/06/2001. Esse programa foi elaborado pelo MS no sentido de buscar estratégias que possibilitassem a melhoria

do contato humano entre o profissional de saúde e o usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade (BRASIL, 2001).

Em dezembro de 2000, o tema 'humanização' foi inserido na 11ª Conferência Nacional de Saúde. A causa básica dos debates e da criação do PNHAH foi o diagnóstico de insatisfação dos usuários no concernente ao relacionamento com os profissionais de saúde.

Outras experiências foram utilizadas para que a humanização fosse apreendida, tais como o programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (2000b), a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000b) e ainda ações que incluíam em suas diretrizes o mesmo compromisso, como o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, Programa de Acreditação Hospitalar, Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde, entre outros (SANTOS FILHO, 2008).

Passados três anos da criação da PNHAH, sentiu-se a necessidade de ampliar esse novo paradigma também para a atenção básica e demais setores da saúde, adotando-se a Humanização como política transversal, chamada PNH, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva, no qual abre-se espaços de diálogo, onde o SUS deve ser visto em uma perspectiva de rede, devendo ser incorporado por essa atitude humanizadora, tendo a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do sistema.

Nesse mesmo ano, foi lançada a Política de Qualificação de Atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (Qualisus), com o objetivo primordial, de acordo com seu documento oficial de “elevar o nível de qualidade da assistência à saúde prestada à população pelo SUS, gerando maior satisfação do usuário com o sistema e legitimação da política de saúde desenvolvida no país” (BRASIL, 2004b, p.7).

Percebe-se que ambas as políticas exploram o tema da qualidade em saúde, de buscar práticas que gerem um nível maior de satisfação do usuário. Estimulam ainda a construção de práticas em saúde humanizadas, comprometidas com os problemas dos indivíduos.

### 3.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A PNH, criada em 2004, tem por diretrizes gerais ampliar o diálogo entre Profissionais/Usuários/Gestão; implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização; estimular práticas resolutivas; reforçar o conceito de clínica ampliada; sensibilizar as equipes de saúde em relação ao problema da violência intrafamiliar; adequar os serviços ao ambiente e à cultura local; promover o autodesenvolvimento e ampliação do compromisso social dos trabalhadores de saúde; e promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS (BRASIL, 2004a).

A proposta da PNH coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Avançando na perspectiva da transdisciplinaridade, propõe uma atuação que leve à ampliação da garantia de direitos e o aprimoramento da vida em sociedade (BRASIL, 2004a). O compromisso com a identificação das necessidades sociais ou com a consideração das necessidades e interesses dos sujeitos são princípios expressos na política (BRASIL, 2003).

Tais eixos, concebidos no referencial teórico político da PNH, também conhecida como HumanizaSUS, apontam para marcas e objetivos centrais que deverão permear a atenção e a gestão em saúde. Como exemplos dessas marcas desejadas para os serviços, podem-se destacar a responsabilização e vínculo efetivos dos profissionais para com o usuário; o seu acolhimento em tempo compatível com a gravidade de seu quadro, reduzindo filas e tempo de espera para atendimento; a garantia de respeito aos direitos do código dos usuários do SUS; a garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários; as estratégias de qualificação e a valorização dos trabalhadores, incluindo educação permanente, entre outros (SANTOS FILHO, 2008).

Para Mori e Oliveira (2009), a política assume o desafio de ressignificar o termo humanização e ao considerar os usos anteriores, identifica as práticas que devem ser conservadas e as que devem ser mudadas. Segundo Benevides e Passos (2005), o conceito de humanização expressava, até então, as práticas de saúde fragmentadas ligadas ao voluntarismo, assistencialismo e paternalismo, com base na figura ideal do bom humano, que não coincide com nenhuma existência

concreta. Para os formuladores da PNH, humanização não se restringe a ações humanitárias e não é realizada por seres humanos imbuídos de uma bondade supra-humana na feitura de serviços ideais.

As linhas de atuação e orientações ético-políticas da PNH são propostas no sentido de tornar o SUS coerente com sua base normativa, uma prática social. Dentre as diretrizes estão o acolhimento, cogestão – gestão democrática, clínica ampliada, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários. Como dispositivos usados para o alcance das diretrizes estão: a constituição do grupo de trabalho de humanização (GTH); a visita aberta – direito a acompanhante; colegiado gestor; projetos de ambiência; acolhimento com classificação de risco; equipe de referência, dentre outros (BRASIL, 2004a).

O GTH é um dispositivo criado pela PNH para o SUS, com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH pode instituir-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários (BRASIL, 2004a).

A Visita Aberta é uma proposta da PNH cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o seu projeto de vida. Busca favorecer ainda uma continuidade entre o contexto da vida em família e na comunidade e o ambiente hospitalar, para que o doente não desenvolva o sentimento de ter sido arrancado de sua vida cotidiana (BRASIL, 2004a).

A Gestão Participativa funciona como um instrumento valioso na construção dessa mudança, para tornar o atendimento não somente eficaz, mas também eficiente e efetivo. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes grupos corporativos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores (BRASIL, 2004a).

No eixo da gestão incluíam-se as ações que buscavam articular a PNH com áreas do MS e com demais esferas do SUS. Destaca-se o apoio institucional, focado na gestão do processo de produção de saúde, base estruturante da PNH

(MORI; OLIVEIRA, 2009). Para Campos (2003) articular, significa misturar saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. Indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços.

A Ambiência Hospitalar, outro dispositivo da PNH, refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da interrelação homem x espaço. Segue três eixos (BRASIL, 2004a):

- o espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho;
- o espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem;
- o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional favorecendo à otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de executar outras atividades cotidianas (BRASIL, 2004a).

Para a PNH, a clínica ampliada deve:

- assumir um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular;
- assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde;
- buscar ajuda em outros setores, exercitando dessa forma a intersetorialidade;
- reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas;
- conhecimento acerca da situação de exclusão em que vivem seus usuários;
- assumir um compromisso ético profundo.

Além da Clínica Ampliada, existem as Equipes de Referência, sua proposta que vai além da responsabilização e chega até a divisão de poder gerencial. As equipes interdisciplinares ou transdisciplinares – o ‘trans’ aqui indica o aumento do grau de comunicação, da troca de saberes, de afetos e de coresponsabilidade entre os integrantes da equipe – com poder de decisão na organização, principalmente no que diz respeito ao processo de trabalho da equipe (BRASIL, 2004a).

O Acolhimento é tratado pela PNH como uma diretriz de atenção e gestão do SUS, construtiva na medida em que se refere aos modos de se produzir saúde, de forma a promover a tecnologia do encontro. Tendo como principal ferramenta tecnológica de intervenção a qualificação da escuta, vínculo e acesso responsável. Quando a política aborda a tecnologia do encontro, traz consigo a idéia de mudanças nos processos de trabalho, na construção de afetibilidade, que deve estar presente nas redes de relações e conversações (BRASIL, 2006).

### 3.4 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Em 2004, com a instituição da PNH, foi proposto um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, com o objetivo de reorganizar a demanda que procura os serviços de urgência, de forma a priorizar o atendimento de acordo com o nível de necessidade do usuário.

O protocolo funciona como uma espécie de categorização de pacientes, onde ocorrerá a priorização de atendimentos determinada pelo nível de gravidade. O termo triagem, segundo Paul Ramsey apud Goldim (2001), é a classificação qualitativa utilizada em situações de desastre, catástrofe ou guerra, como critério de acesso a recursos escassos. Surgiu na França e significa a maneira de escalonar os procedimentos cirúrgicos realizados por médicos militares nas frentes de batalha.

Segundo dados do Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco de Minas Gerais, a triagem não se aplica à população civil; contudo, mudanças no sistema de saúde americana forçaram os Pronto-Socorros a avaliar alternativas na abordagem do aumento da demanda de atendimento nos anos 1950 e 1960. Médicos e enfermeiros que tinham experiência com o processo efetivo de triagem nos campos de batalha introduziram a tecnologia nas emergências civis com

extremo sucesso. A primeira referência de triagem fora do período de grandes catástrofes foi em 1963, no estado norte-americano de Yale (GBACR, 2010).

De acordo com o mesmo documento, em meados dos 1970, foi criado no Box Hill Hospital em Melbourne, na Austrália, uma escala de 05 prioridades, baseada em tempo, com identificação por adesivos na ficha de atendimento médico (Pacientes com risco de vida imediato, risco de vida iminente, potencial risco de vida, pacientes potencialmente graves, menos urgentes). Nos anos 1990, a Ipswich Triage Scale foi informatizada e testada em hospitais australianos quanto à utilidade, aplicabilidade e validade.

Em 1993, o Australasian College of Emergency Medicine (ACEM) adotou esta escala e a chamou National Triage Scale (NTS), como parte das Políticas de Triagem. Ela agora é conhecida como Australasian Triage Scale (ATS) e tem sido adotada pelas autoridades de saúde e pelo Australian Council on Health Care Standards (ACHS) como base de avaliação do desempenho das Unidades de Emergência (GBACR, 2008).

Segundo dados do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBACR) de Minas Gerais, neste mesmo ano (1993), no Brasil, Adail Rollo conta que, enquanto Diretor Técnico Administrativo do Hospital Municipal de Paulínia, no estado de São Paulo, na época em convênio com a Universidade de Campinas (UNICAMP) e o Dr. Flávio de Sá, docente, recém vindo do Canadá, onde conheceu e trouxe o protocolo canadense, se reuniram com o gerente do Pronto Socorro, Dr. Paulo Bonilha e decidiram implementar o protocolo do Canadá adaptado à realidade local (GBACR, 2010).

Atualmente o MS busca a padronização do processo de acolhimento com classificação de risco através da adoção de medidas que uniformizem esse processo em todo o território nacional. No nível nacional, alguns hospitais brasileiros foram pioneiros na implantação de protocolos de classificação de risco, baseando-se, sobretudo nos protocolos internacionais existentes (TOLEDO, 2009).

Um dos primeiros hospitais a implantar o sistema de acolhimento e classificação de risco em unidades de urgência foi o Hospital Mario Gatti, em Campinas, São Paulo. A implantação do referido sistema teve início em 2001, tendo como base o protocolo canadense de classificação de risco (HOSPITAL MUNICIPAL MÁRIO GATTI, 2004). Assim como o Hospital Mario Gatti, outros hospitais implantaram o protocolo para acolhimento com avaliação e classificação de

risco e bons resultados têm sido obtidos (TOULSON; JONES; McCONNELL, 2005 apud TOLEDO, 2009).

Outro exemplo é o Hospital das Clínicas 'Luzia de Pinho Melo' em Mogi das Cruzes, São Paulo, que demonstrou acentuada melhora no pronto socorro, após a implantação do sistema de acolhimento com classificação de risco. Houve melhora no fluxo de atendimento dos pacientes, na resolutividade, na aceitação do tempo de espera pelo cliente e diminuição da mortalidade, sobretudo de vítimas de síndromes coronarianas agudas (BARBOSA e SILVA, 2007).

O Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre, pertencente à rede federal, implantou a classificação a partir da experiência do Hospital Mário Gatti. O Hospital Edson Ramalho de João Pessoa na Paraíba implementou a ferramenta em 2004, já a partir da cartilha disponibilizada no site da PNH. Em 2004, o QualiSUS o toma como um dispositivo e implanta em unidades de vários estados.

Dentre as diretrizes específicas da PNH, por nível de atenção, na Urgência e Emergência, nos pronto-socorros, nos pronto-atendimentos, na assistência pré-hospitalar, estão:

- acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- comprometer-se com a referência e a contra-referência;
- definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.

O acolhimento diz respeito também ao reconhecimento da necessidade, em qualquer serviço de saúde, de se lidar com a demanda não agendada ou espontânea de forma qualificada e com critérios de acesso implicados com o sofrimento das pessoas que procuram o serviço, sendo um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços (BRASIL, 2006).

A Política de Humanização objetiva, nessa estratégia, mudar a forma de receber os usuários que procuram o serviço, substituindo a antiga triagem pela classificação de risco. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação

a outros serviços de saúde para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2006), rompendo assim com a atitude excludente e descompromissada, antes praticada pelo regime de triagem.

A representatividade que o Acolhimento possui dentro da PNH é reconhecida por tratar de problemas e soluções que giram em torno de várias ordens, tais como:

- a adequação da área física e a compatibilização entre a oferta e demanda por ações de saúde;
- as formas de organização dos serviços de saúde;
- a governabilidade das equipes locais;
- a humanização das relações em serviço;
- os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde;
- o ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica.
- o uso ou não de saberes e afetos para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes e afetos estão a favor da vida.

Alguns autores reafirmam a idéia de que o relacionamento que se estabelece entre o profissional de saúde e o usuário requer o implemento das habilidades em: comunicar-se, demonstrando compreensão do problema do usuário e interesse em ajudá-lo; esclarecê-lo acerca da sua responsabilidade na resolução do problema e orientá-lo sobre as possíveis alternativas de ação de modo a facilitar a escolha de uma delas (CAMELO; ANGERAMI; SILVA, 2000).

O acolhimento tem por objetivo uma ação tecnoassistencial que pressupõe a mudança da relação profissional / usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

O Dispositivo AACR objetiva organizar o fluxo de atendimento, humanizar a assistência oferecida a este cliente e melhorar as relações internas, durante o atendimento dentro do serviço, reorganizando o fluxo interno, priorizando o atendimento e diminuindo a angustia do usuário que acessa a unidade de saúde e também do profissional que se encontra na assistência.

A sistemática do acolhimento pressupõe:

- a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a ótica de protocolos acordados de forma participativa nos serviços de saúde;
- avaliação de necessidade do usuário em função de seu risco/vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada.

Desta maneira, é exercida uma análise (avaliação) e uma ordenação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (BRASIL, 2006).

O protocolo preestabelecido da Classificação de Risco tem por objetivo detectar o grau de necessidade do usuário, proporcionando uma maior agilidade no atendimento ao usuário grave, dando ênfase a uma abordagem centrada no nível de complexidade e não pela demanda por ordem de chegada, os usuários são identificados e classificados através das cores.

Para melhor detalhamento do protocolo (ANEXO A), deveremos esboçar exemplos de casos que seriam classificados de acordo com sua gravidade, sendo retirado do artigo de Abbês e Massaro (2004).

Para os autores, há muitas condições e sinais perigosos de alerta, chamadas Bandeiras Vermelhas, que deverão ser levados em consideração, pois podem representar condições em que o paciente poderá piorar repentinamente:

- acidentes com veículos motorizados acima de 35 Km/h;
- forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões;
- perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente;
- negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e ocasionalmente, com respostas inapropriadas;
- fraturas da 1.ª e 2.ª costela;
- fraturas 9.ª, 10.ª, 11.ª. Costela ou mais de três costelas;
- possível aspiração;
- possível contusão pulmonar;
- óbitos no local da ocorrência.

As duas tecnologias, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, portanto, têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a

singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais disparem no processo de trabalho. A estrutura física dos serviços, que adotam o AACR como estratégia, deve ser distribuída de acordo com as cores e, separadas de acordo com os equipamentos necessários para cada natureza de procedimento. A identificação das prioridades é feita mediante adesivo colorido colado no canto superior direito do Boletim de Emergência. (BRASIL, 2006)

Neste entendimento, segundo a PNH, o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho, de forma a reorganizar suas práticas. Em sua implementação, o acolhimento extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas, a partir de reposicionamentos dos gestores e apoiadores institucionais (BRASIL, 2004a).

As sugestões que o MS traz para a reorganização dessas práticas se dariam através da problematização do processo de trabalho em saúde com foco nas relações; trazer a percepção do usuário como participante ativo na produção de saúde; montagem de grupos multiprofissionais para mapeamento do fluxo do usuário na unidade; levantamento e análise diagnóstica, pelos próprios profissionais de saúde, dos modos de organização do serviço e principais problemas enfrentados; construção de rodas de conversas visando coletivização da análise e produção de estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas, dentre outras (BRASIL, 2006).

### 3.5 A NECESSIDADE DE AVALIAR

A Avaliação em Saúde no Brasil, segundo Hartz e Vieira-da-Silva (2008), vem sendo construída de forma progressiva. Teve seu enfoque inicialmente nos serviços de saúde, posteriormente nas políticas racionalizadoras, que valorizavam o planejamento de saúde, trazendo também a preocupação com a avaliação dos programas existentes, de forma a racionalizar as intervenções em saúde. Nos anos 90, do século passado, a produção científica e tecnológica intensificou-se na área de planificação, apontando ainda para o crescimento das investigações sobre a avaliação em saúde.

Na presente década, pode-se afirmar que o interesse pela avaliação em saúde não se restringe ao âmbito acadêmico. O próprio MS tem encomendado um conjunto de estudos nessa perspectiva, não só por exigências de financiadores externos, mas devido a uma crescente consciência de responsabilização entre os técnicos e dirigentes (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2008).

Nesta perspectiva, a temática da avaliação ganha relevância, por um lado associada à possibilidade e necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários, e, por outro, diante da verificação das dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas para alterarem indicadores de morbimortalidade em outras tantas circunstâncias (VIEIRA-DA-SILVA, FORMIGLI, 1994).

Essas intervenções em saúde são demonstradas a partir de políticas, programas, serviços e ações, levando-se em consideração seu contexto de inserção na produção dos efeitos (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2008). As práticas de saúde podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização (VIEIRA-DA-SILVA, FORMIGLI, 1994).

As práticas de saúde desenvolvem-se em diversos níveis de complexidade, que vão desde o cuidado individual, que envolve a relação profissional/usuário, até os sistemas distritais, municipais, estaduais e nacionais de saúde. Paim (1993), por exemplo, situou os distritos sanitários em relação às seguintes formas e níveis de organização dos serviços de saúde:

- ações de saúde;
- serviços de saúde;
- estabelecimentos de saúde;
- distrito sanitário;
- instituições de saúde;
- sistema de saúde;
- sistema político;
- sistema econômico e social.

Já Donabedian (1980), ao discutir as influências do contexto na definição da qualidade do cuidado, distingue quatro níveis de organização dos provedores do cuidado médico:

- o profissional individual;
- diversos profissionais;
- uma equipe organizada;
- plano, instituição e sistema.

Vieira-da-Silva e Formigli (1994) acreditam que a depender do nível da realidade que é tomado como objeto do processo de avaliação, os problemas metodológicos e teóricos podem ser distintos. Por exemplo, quando o enfoque é direcionado ao indivíduo, ganham centralidade as relações que se estabelecem entre prestadores e usuários, bem como as características de ordem técnica referentes ao cuidado em si. Já quando se trata de avaliar um sistema de saúde, ganham relevo a acessibilidade, a cobertura e a equidade. A maior parte dos estudos disponíveis sobre o tema, na literatura especializada, versa, sobre a avaliação do cuidado individual, de serviços (hospitais, centros de saúde) ou de programas. Assim, de acordo com nível da realidade do objeto de avaliação, será o caminho teórico-metodológico para a avaliação.

Em relação ao objeto a ser avaliado recorreremos à abordagem de Donabedian (1988), que sistematizou diversas propostas ao avaliar a qualidade do atendimento médico, embasadas em uma tríade: estrutura-processo-resultados. A estrutura diria respeito aos recursos materiais, humanos e organizacionais; o processo a tudo aquilo que medeia à relação profissional-usuário e os resultados estariam relacionados tanto com o produto das ações (consultas, exames, visitas) quanto com a modificação no estado de saúde de indivíduos da população (HARTZ; SILVA, 2008).

Vieira-da-Silva e Formigli (1994) destacam a importância dessa abordagem na primeira aproximação com o objeto de avaliação. Afirmam que ela se mostra ao mesmo tempo abrangente, como forma classificatória, e reducionista ao operar a realidade, sendo esta a responsável por suas principais limitações.

Segundo esses mesmos autores, a seleção das características ou atributos das práticas, serviços, programas, estabelecimentos ou sistema de saúde a serem avaliados, contribui para o aprofundamento no processo de definição do foco da avaliação.

Os atributos referem-se às características das práticas de saúde e da sua organização social. Podem ser assim agrupados:

- relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade);
- relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto);
- relacionados com os custos das ações (eficiência);
- relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica);
- relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade) (SILVA, 1994; HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2008)

As intervenções de saúde variam conforme o modelo assistencial ou modelos assistenciais dominantes em diferentes contextos. As características acima relacionadas podem ser pensadas tanto para a atenção à demanda espontânea quanto para a oferta organizada voltada para o controle de riscos e causas (PAIM,1999). Há um crescente consenso que as diferenças nas abordagens e estratégias metodológicas para a avaliação dependem dos objetos e circunstâncias (ROGERS, 2001 apud HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2008)

A Avaliação pode ser utilizada tanto para julgamento, quanto para a melhoria das intervenções, através de tecnologias que passam a ser utilizadas, nem sempre com a eficácia comprovada, muitas vezes gerando efeitos indesejáveis e altos custos, impõe o desenvolvimento e aprimoramento de metodologias de investigação dos serviços de saúde (BARRETO, 1998; HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2008).

Em se tratando da avaliação de programas, deve-se considerar a dimensão subjetiva do processo de avaliação e a natureza complexa que os programas possuem. Os programas possuem metas, objetivos, diretrizes, componentes, que em alguns momentos não se conduzem em uma mesma direção, e dependendo do local ou do momento político e/ou histórico, das percepções de quem opera, são implementados de forma distinta.

Outro desafio apontado por Serapione (1999); Hartz e Vieira-da-Silva (2008) diz respeito à validade dos estudos, enquanto ações de natureza transformadora, de forma a permitir lidar com inovações, identificando seus efeitos esperados e inesperados. Além disso, discutir diversas visões promovendo a integração de diferentes pontos de vista no processo de avaliação, se, por um lado, favorece à

superação de visões unilaterais dos problemas enfrentados e facilita a incorporação dos resultados nas decisões a serem adotadas, por outro, intensifica o caráter subjetivo dos processos de avaliação.

Epistemólogos, avaliadores e gestores das intervenções avaliadas precisam continuamente se debruçar sobre problemas concretos de investigação para pensar que especificidades relacionadas ao campo da avaliação em saúde, dada a complexidade de seu objeto e sua natureza de prática social transformadora, devem ser consideradas na elaboração de modelos lógicos e no desenho de estratégias de investigação, de sorte que a epistemologia possa contribuir de forma mais efetiva para enriquecer o debate sobre a importância da teoria no campo da avaliação em saúde (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2008).

### 3.6 O DESAFIO DE SE AVALIAR A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Em 2006, foi criado por Santos-Filho (consultor da PNH) o Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência, como instrumento de Monitoramento e Avaliação da PNH, na Atenção Básica e Hospitalar. O Acolhimento em função da vulnerabilidade/risco se encontra posto no Objetivo II do referido manual – assegurar ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo, tendo os seguintes Indicadores Potenciais (SANTOS-FILHO, 2009):

- Projeto de Acolhimento Implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos;
- % de usuários internados com registros do atendimento conforme fluxos e rotinas padronizadas de acolhimento;
- e % de acolhimento em ‘vaga zero’ das emergências encaminhadas pelo SAMU (nos casos em que esta rotina for acordada).

Abbês e Massaro (2004) apontam para alguns pontos críticos desse processo, a saber:

- ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes;
- superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica;

- reconfigurar o trabalho médico no sentido de superar o papel central que ele vem ocupando e integrá-lo no trabalho da equipe;
- explicitar e discutir a proposta com a população, conjunto de profissionais e atores políticos de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas na construção de novos saberes em saúde.

O desafio da avaliação tem merecido atenção central na PNH, desde seus primórdios, e isto se deve tanto à necessidade de se tornar visíveis os efeitos da humanização (qualificação das práticas de gestão e do cuidado) quanto para dar conta das especificidades da própria Política de Humanização (SANTOS-FILHO, 2009).

Contudo, o referido autor ainda afirma que o acompanhamento avaliativo não se põe desde fora, mas como pertencente inerente e imanente à dinâmica de toda ação formativa e de intervenção institucional. Ou seja, dessa forma, afasta-se do modo de avaliação tradicional ligado à averiguação do cumprimento de metas, associada, algumas vezes, à prática fiscalizatória, sendo executada em um dado momento, sem analisar o contexto em que se insere.

De acordo com Hartz e Vieira-da-Silva (2008), o contexto é de grande importância, pois traz à compreensão das diversas injunções de natureza técnica, ética e política, relacionadas ao sucesso ou resistência organizacional se tornam indispensáveis de serem mensuradas e analisadas no momento de se explicar o porquê e o como da efetividade dessas ações.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPOLOGIAS DO ESTUDO

O presente estudo constituiu-se em uma Pesquisa Avaliativa, na medida em que se propõe a confrontar uma dada realidade com a imagem idealizada da mesma definida por um conjunto de parâmetros. Não se restringiu a uma mera avaliação normativa porque se propôs a formulação de uma pergunta ainda não respondida na literatura especializada, sobre as características das práticas sociais em um contexto particular, recorrendo a metodologias científicas (HARTZ, VEIRA-DA-SILVA 2008). Pode-se apreendê-la como a aplicação sistemática de procedimentos oriundos das ciências sociais para fazer julgamentos sobre os programas de intervenção, analisando as bases teóricas, o processo operacional e a implementação dos mesmos em sua interface com o contexto no qual se constituem (ARREAZA, 2007).

Utilizou-se como estratégia de pesquisa o estudo de caso, empregado na realização de pesquisa empírica de caráter qualitativo sobre um fenômeno em curso e em seu contexto real. Essa metodologia parte da premissa que é possível explicar um determinado fenômeno com a exploração intensa de uma única unidade de estudo (LIMA, 2004). Justificou-se o Estudo de Caso nesta pesquisa, pois de acordo com Yin (2005), é uma estratégia útil diante das três situações presentes no objeto de estudo:

- quando se colocam questões explanatórias (como e por que);
- quando não existe controle sobre os acontecimentos;
- quando o objeto de pesquisa é um objeto contemporâneo dentro de um contexto real.

Recorremos à classificação das abordagens feitas por Donabedian (1988) que, como já foi referido, sistematizou diversas propostas na tríade: estrutura-processo-resultados. No caso desta pesquisa, nos detivemos principalmente no estudo do processo, por permitir a análise do processo de trabalho propriamente dito e de tudo aquilo que media a relação profissional-usuário, sem desconsiderar as questões relacionadas à Estrutura e Resultados. Isto porque acreditamos que, no decorrer do estudo, foram visíveis também a presença de elementos que estiveram relacionados à esses dois pontos (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2008). É sobre essas relações que se obtêm os resultados da assistência e é de onde se retira as bases

para a valoração da qualidade. Entre outros fatores, no processo, aparecem os aspectos éticos e da relação profissional/equipe de saúde/paciente. De certa forma, tudo o que diz respeito ao tratamento diretamente e, no momento em que ele está ocorrendo, pode ser considerado como processo (DONABEDIAN,1990).

Vale aqui também salientar que, quando falamos de AACR, as relações supracitadas não ocorrem apenas entre profissionais da saúde e usuários. Existem diversos profissionais, sem formação na área de saúde, que atuam na porta de entrada do serviço, contribuindo para o funcionamento do atendimento ao usuário que chega à unidade.

#### 4.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CASO

O estudo foi realizado no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HETSHL), serviço localizado em João Pessoa, Paraíba, pertencente à rede estadual de saúde, fundado em 2001, a partir da Lei Estadual Nº 6.746/99. Este complexo hospitalar é constituído por uma unidade de grande porte, possuindo um total de 149 leitos, dos quais 125 são destinados a usuários internados e 24 destinados aos que se encontram em observação na Urgência e Emergência (HETSHL, 2011). A quantidade de pacientes por dia ultrapassa esse número dado o intenso movimento no serviço e à presença constante de usuários ocupando macas ou leitos extras. O serviço tem por finalidade específica operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de urgência e emergência em trauma.

Justificou a escolha do HETSHL, além da facilidade do acesso, por ser local de trabalho da autora da pesquisa, o fato de desempenhar, esta unidade, um papel fundamental no sistema público de saúde do estado da Paraíba, sendo referência para diversas especialidades. Foi planejado para prestar assistência médica na área de traumatologia, incluindo o atendimento a queimados, neurocirurgia e outros serviços de urgência e emergência clínico-cirúrgica, de baixa, média e alta complexidade.

Outro motivo da escolha foi o fato do serviço possuir o setor de AACR em funcionamento há dois anos, sendo o segundo hospital da rede estadual a implantar esta modalidade de acolhimento, objetivando seguir a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde. Para isso construiu

um Fluxograma de atendimento (ANEXO B) que norteasse os encaminhamentos dentro do serviço

O Setor de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco está fisicamente situado na porta de entrada do serviço, entendida como o conjunto de dependências onde se dá o primeiro contato do usuário com os trabalhadores que prestam serviço no Hospital, antes de passar ao atendimento clínico-cirúrgico. É operado por uma equipe multidisciplinar composta de enfermeiro, assistente social, psicólogo e técnicos de enfermagem, os quais interagem com outros profissionais presentes, que atuam neste espaço de atendimento, tais como vigilantes, policiais, funcionários de apoio administrativo, maqueiros e recepcionistas.

#### 4.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA

A população do estudo foi constituída pelos profissionais que trabalham na porta de entrada do HETSHL, além dos médicos e enfermeiros que atendem urgência e emergência. A amostra, que totaliza 14 indivíduos, acha-se assim distribuída:

##### **Setor de Acolhimento e Porta de Entrada**

- 2 assistentes sociais
- 2 enfermeiros
- 2 maqueiros
- 2 psicólogos
- 2 técnicos de enfermagem

##### **Urgência e Emergência**

- 2 enfermeiros
- 2 médicos

As categorias profissionais entrevistadas – assistente social, enfermeiro, maqueiro, médico, psicólogo e técnico de enfermagem - foram selecionadas por estarem relacionadas direta ou indiretamente com o setor de AACR e pelo critério da acessibilidade. Foram utilizados como critérios de inclusão dos entrevistados o

exercício da função no hospital há pelo menos 3 anos, de modo a tê-la experienciado na vigência do sistema tradicional e do ACCR. Houve duas perdas durante a coleta.

#### 4.4 AVALIAÇÃO POR TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS

Foi justificado o uso do termo triangulação, devido à utilização de três técnicas de coleta de dados, obtendo-se dados quantitativos e qualitativos no processo de avaliação. Além disso, contou-se com sujeitos diversos, incluindo na investigação elementos de estrutura, processo e resultado, tendo foco principal no processo.

Pode-se compreender avaliação por triangulação de métodos como expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto: se desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas, fazendo dele um construto (SHUTZ, 1982 apud MINAYO, 2006, p.29).

Minayo ainda cita Denzin (1973), quando enfatiza a contribuição metodológica da triangulação, como instrumento de iluminação da realidade sob vários ângulos. Demonstra que essa prática propicia maior clareza teórica e permite aprofundar a discussão interdisciplinar de forma interativa. (DENZIN, 1973 apud MINAYO et al, 2008). A postura de propor essa estratégia de pesquisa reflete o reconhecimento do limite de modelos fechados (MINAYO et al, 2008).

O esquema da aplicação das técnicas é apresentado a seguir:

<b>ANÁLISE DOCUMENTAL</b>	<b>ENTREVISTA</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
Estatísticas Hospitalares	Assistente Social Enfermeiro Maqueiro Médico Psicólogo Técnico de Enfermagem	Situações de Acolhimento e Classificação de Risco

#### 4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA

A pesquisa foi estruturada com base nos dados obtidos a partir de diversas estratégias, entre elas a observação direta intensiva, realizada através de duas técnicas: observação e a entrevista (LAKATOS; MARCONI, 2001). Sendo realizada ainda pesquisa documental tendo como fontes as estatísticas hospitalares.

##### ➤ **Observação**

A observação é uma técnica de coleta de dados que utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar. A observação utilizada na pesquisa foi do tipo sistemática, no qual o observador estabelece a priori o que procura e o que carece de importância. Quanto à participação do observador, será do tipo não participante, em que o pesquisador toma contato com a comunidade, mas sem integrar-se a ela, presenciando o fato, mas sem participar dele, conforme Lakatos e Marconi (2001).

Ainda segundo aquelas autoras, a técnica da observação, como todas as outras, possui desvantagens e vantagens. Por um lado, na observação, o observado tende a criar impressões favoráveis ou desfavoráveis no observador; a presença de fatores imprevistos pode interferir na tarefa do pesquisador e a duração dos acontecimentos pode ocorrer de forma variável, tornando difícil a coleta dos dados. Por outro lado, permite a coleta de dados sobre um conjunto de atitudes comportamentais típicas, exige menos do observador, da introspecção, permite a evidência de dados não constantes de roteiro de entrevista ou questionários, possibilitando o estudo de uma imprevisível variedade de fenômenos.

A observação nesta pesquisa foi utilizada para descrever situações de acolhimento de usuários em diferentes dias da semana e em ambos os turnos de trabalho (diurno e noturno). Foi feita pela autora da pesquisa utilizando um roteiro de observação para o registro das situações de acolhimento e condições do usuário (APÊNDICE A).

## ➤ Entrevistas

Quanto ao tipo de entrevista, foi realizada a modalidade semi-estruturada, através da formulação de questões e tópicos que contribuíram para orientar a pessoa entrevistada, mas sem lhe apresentar respostas preestabelecidas (APÊNDICE B).

No planejamento do roteiro da entrevista, segundo Minayo et al (2008), pode-se abordar um único tema ou vários, permitindo maior ou menor espontaneidade aos depoimentos com fins de explorar determinada temática, relato de experiência ou ponto de vista. Conforme exposto anteriormente, esta pesquisa apresentou um roteiro de entrevista que abordou os seguintes eixos temáticos correlacionáveis: o nível de conhecimento a respeito do processo do AACR; a percepção acerca das possíveis mudanças introduzidas por essa estratégia e dos possíveis entraves que devam estar interferindo na sua operacionalização, a fim de compreender de que forma o modelo estava sendo desenvolvido.

De acordo com Flick (2004), a entrevista semiestruturada é considerada uma importante técnica de coleta de dados para pesquisa qualitativa pelo fato de ser mais provável que os pontos de vista dos entrevistados sejam captados com mais fidedignidade em roteiros de entrevistas abertas e flexíveis do que através de estruturas de entrevistas padronizadas ou em questionários.

As entrevistas foram gravadas, sendo realizadas no próprio hospital. O instrumento foi ajustado mediante a realização de uma entrevista piloto para prova do roteiro, sendo transcritas e arquivadas para posterior realização da análise.

Assim como a observação, a coleta de dados por meio de entrevista possui suas vantagens e desvantagens. Quanto às desvantagens, podem ocorrer dificuldades de expressão e comunicação de ambas as partes; possibilidade de o entrevistado ser influenciado; receio do entrevistado quanto à revelação de suas informações; e necessidade de um maior tempo para execução, processamento e análise. (LAKATOS; MARCONI, 2001). Por outro lado, as entrevistas possuem diversas vantagens, entre as quais se podem destacar: sua utilização com pessoas de qualquer nível de escolaridade; possibilidade de esclarecimentos durante a coleta; a possibilidade de conseguir informações mais precisas, além de permitir o registro de reações.

Parte dessas desvantagens pode ser amenizadas pelo pesquisador, conduzindo com habilidade a entrevista, gerando um clima de confiança no entrevistado (KVALE, 1996).

Para garantir a validade e a fidedignidade das informações recolhidas através do roteiro, foram adotados quatro critérios, conforme explicita Flick (2004). O primeiro foi o *não-direcionamento*, que foi obtido através da forma de elaboração das questões. O segundo critério utilizado foi o da *especificidade*, que significa que a entrevista deve ressaltar os pontos específicos do estudo a fim de que o sujeito não permaneça no âmbito de enunciados gerais. Tal critério visa assegurar que todos os aspectos e tópicos relevantes à questão da pesquisa sejam mencionados. A *profundidade e o contexto pessoal* revelados pelo entrevistado é um critério que garante que o sujeito exiba o máximo de comentários autorreveladores da visão subjetiva acerca do que se questiona, para que, dessa forma, não permaneça em respostas demasiadamente objetivas, como por exemplo, é importante ou não importante.

A aplicação da entrevista seguiu as seguintes orientações: os entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, posteriormente solicitou-se a permissão desses atores, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; as entrevistas foram gravadas pelo programa Audacity 1.3 e/ou gravador digital de áudio sendo, em seguida, transcritas e analisadas.

### ➤ **Análise Documental**

Essa técnica de análise foi utilizada por considerar que as informações documentais podem ser relevantes para compreender o contexto em que o objeto do estudo está inserido, corroborando e valorizando as evidências oriundas de outras fontes.

Portanto, procuramos aprofundar essa reflexão através dos dados fornecidos pelo Serviço de Atendimento Médico e Estatística (SAME) do HETSHL, tendo acesso às estatísticas referentes ao número de atendimentos, percentuais de ocupação e permanência, causas de atendimentos, dentre outras descritas posteriormente. Foi produzida uma série histórica cobrindo o período de 2 (dois) anos antes e 2 anos depois da introdução do AACR no hospital, através de um instrumento norteador para tal coleta (APÊNDICE C).

A pesquisa documental pode se constituir em um grande desafio, pois muitas das informações de fontes de dados não foram produzidas originalmente com o objetivo de se prestarem a pesquisas, além das dificuldades de se escolher documentos que possam realmente contribuir para o esclarecimento das questões da pesquisa (LIMA, 2004). Como ponto favorável, é necessário considerar que ela ajuda a contextualizar o objeto de investigação e a possibilidade de permitir investigações de informações que envolvem longos períodos, investindo-se um tempo razoavelmente reduzido.

Yin (2005) comenta que estes documentos podem ser úteis na verificação de situações citadas numa entrevista. Entretanto, Lima (2004) lembra o fato desses documentos não terem sido produzidos com o propósito de servirem de fontes de dados, por isso pode se constituir num desafio na hora de realmente contribuir para a fundamentação de discussões travadas ao longo da pesquisa.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Deslauriers e Kérisit (2008), a etapa da análise está em primeiro plano em toda pesquisa, mas, principalmente, na pesquisa qualitativa. Isso porque é através dela que encontramos sentido para os dados coletados, estabelecendo relação com o problema da pesquisa que formulamos progressivamente.

Assim, os conteúdos emergentes coletados nas entrevistas, na observação e pelos documentos tratados, foram padronizados e categorizados utilizando-se a Análise de Conteúdo, em sua versão temática (BARDIN, 1977).

Flick (2004) a classifica como um procedimento clássico empregado para analisar material textual, sendo a utilização de categorias conceituais um aspecto essencial desse tipo de análise. Segundo Bardin (2004), este tipo de tratamento de dados pode ser definido como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens (p. 42).

A análise Temática, segundo Minayo (2004), é uma das melhores opções de análise de conteúdo para pesquisas qualitativas na área de saúde. A noção de Tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto e que pode

ser representada por uma palavra, uma frase, um resumo. Consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença signifique alguma coisa para o objetivo visado no estudo. Qualitativamente, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamentos presentes no discurso do sujeito (BARDIN, 2004; MINAYO et al, 2008).

A análise de conteúdo tem sido um recurso bastante explorado para tratar materiais textuais e se acha organizada em três fases distintas, embora complementares (LIMA, 2004):

- *Pré-análise do material coletado*: corresponde ao momento em que as entrevistas foram transcritas, e posteriormente validadas pela pesquisadora. Ocorreu a organização desse conteúdo utilizando-se o programa N'vivo 9, um software de Pesquisa Qualitativa que auxilia a gerir, formar e fazer sentido as informações não estruturadas, para próxima etapa.
- *A efetiva análise do material*: foi realizado o processo de criação de rubricas aos núcleos de sentido identificados nos discursos dos profissionais, partindo da coerência aos objetivos desta pesquisa. Posteriormente, ocorreu a aglutinação das rubricas em núcleos temáticos centrais.
- *Tratamento e interpretação dos materiais*: a análise dos resultados reflete a etapa da categorização dos núcleos de sentido. Nessa etapa, ultrapassamos o conteúdo manifesto pelas entrevistas e observações e estabelecemos a integração argumentativa, aproximando do conhecimento latente dos profissionais.

Para a análise quantitativa, feita sobre as estatísticas hospitalares, se utilizou a distribuição simples de frequência dos indicadores em sua evolução no período de tempo previsto.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, após a assinatura do Termo de Anuência (APÊNDICE D), e aprovado em agosto de 2010 (ANEXO C). Logo, está de

acordo com a resolução Nº 196/96 preconizada pelo Conselho Nacional de Saúde para a pesquisa em seres humanos.

Aos participantes foram prestados esclarecimentos sobre os propósitos da pesquisa, com a garantia do anonimato e confidencialidade das informações prestadas, sendo solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE E). Para isso, utilizou enquanto pseudônimo para os entrevistadores a numeração arábica, distribuída sequencialmente.

Conforme a resolução citada anteriormente, o consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. Assim, os participantes foram legalmente capazes de dar consentimento para exercer o livre direito de escolha sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição.

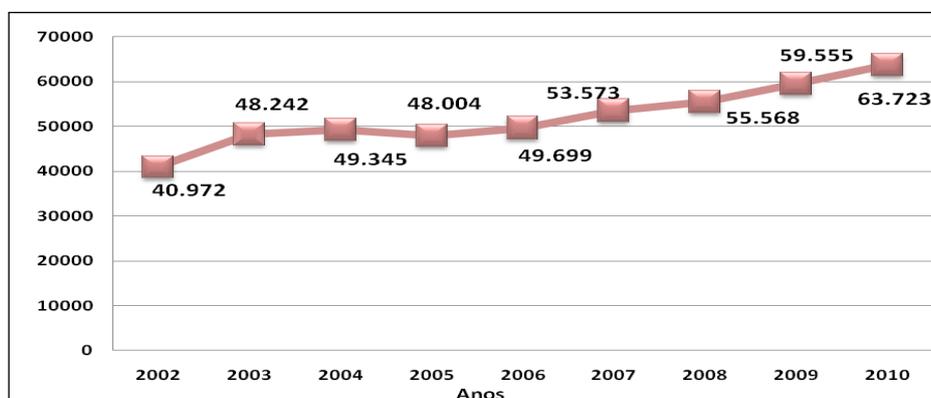
## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram organizados a partir de três técnicas de coleta, resultando em uma triangulação de métodos. Os dados oriundos da pesquisa documental foram apresentados em forma de gráficos e tabelas, já os dados extraídos das respostas das entrevistas e dos relatos de observação foram trabalhados através da análise dos discursos, transformando-os em categorias e núcleos de sentido que pudessem expressar pensamentos comuns, sendo apresentados trechos de respostas às entrevistas de relatos das observações.

Os dados documentais são referentes a estatísticas hospitalares fornecidas pelo serviço (número de atendimentos, percentual de ocupação, destino dos usuários após o primeiro atendimento, principais causas de atendimento, perfil etário mais atendido e média de permanência no hospital). Os dados específicos, propostos pela PNH para avaliação e monitoramento do AACR não foram fornecidos, devido à ausência dos mesmos no setor de estatística.

### 5.1 DA PESQUISA DOCUMENTAL

De acordo com os dados coletados no Serviço de Atendimento Médico e Estatística (SAME) sobre a distribuição do número de atendimentos do HETSHL ao longo do período de 2002 a 2010, percebe-se uma elevação contínua no transcorrer dessa temporalidade, representando, no ano de 2010, um valor correspondente a 55,52% a mais do que o registrado em 2002, conforme detalhado no gráfico 1, abaixo.

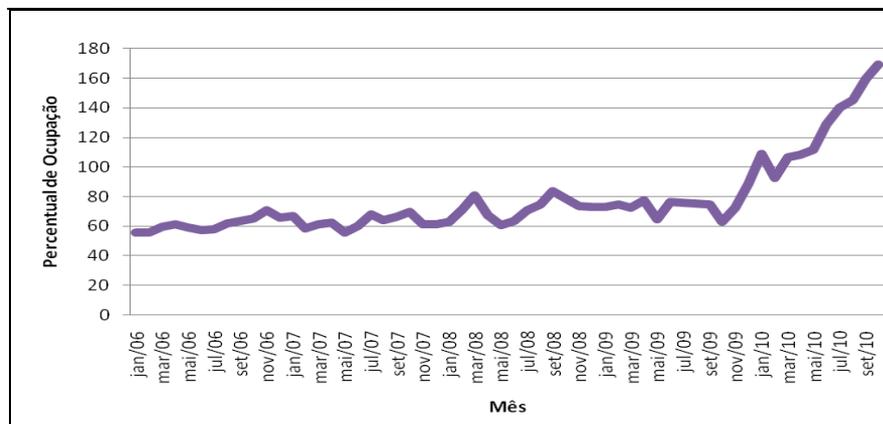


**Gráfico 1:** Distribuição do número de atendimentos no HETSHL – João Pessoa, Paraíba, 2002 a 2010.

Fonte: SAME do HETSHL

Nota: Os dados foram fornecidos até outubro de 2010, sendo feito um ajuste de 7% (média de incremento anual no período) a partir do crescimento dos últimos meses para fechar o ano.

Essa informação também é constatada ao observar os dados referentes à distribuição percentual de ocupação mensal do HETSHL, mas acrescenta a informação de que essa elevação se mostra mais evidente a partir da segunda metade de 2009, principalmente no início de 2010, segundo o Gráfico 2. Conforme outros registros do SAME, a média mensal de atendimentos entre 2006 e 2010 também mostra uma variação crescente de 82,96 para 251,96 pessoas atendidas por dia.



**Gráfico 2:** Distribuição do percentual de ocupação mensal do HETSHL – João Pessoa, Paraíba, 2006 a 2010.

Fonte: SAME do HETSHL

Todavia, ainda não existe uma explicação comprovada por estudos para essa tendência crescente. Santos et al (2003) apontam as possíveis causas da superlotação nos serviços de urgência e emergência em geral, tais como a baixa resolutividade da atenção primária, a insuficiência de serviço de retaguarda pós-hospitalar, a falta de ordenação do acesso dos usuários ao serviço, a insuficiência estrutural e gerencial, dentre outros.

Sabe-se que não houve nesse período, aumento da capacidade instalada desse serviço, que permanece com 149 leitos desde 2006, de acordo com os dados do SAME. Como também, não se pode supor que houve sobrecarga de procura do HETSHL por redução da oferta dos serviços de urgência e emergência na rede pública de saúde, uma vez que, pelo contrário, houve expansão desta oferta através da ampliação de um hospital municipal, especificamente o Hospital Ortotrauma,

voltado para este perfil de atendimento, e da entrada em funcionamento, nos últimos anos, das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

Deve-se considerar o crescimento da população brasileira e da frequência de acidentes e violências em todo o território nacional, com a elevação desses números podendo ter influenciado no aumento desta demanda, embora não como fator determinante, haja vista a magnitude da variação verificada no número de atendimentos.

O número crescente de atendimentos é avaliado, por alguns dos interlocutores entrevistados nesta pesquisa, como uma evidência do fracasso do AACR enquanto estratégia de redução de demanda. Por outro lado, há os que entendem que esse fenômeno independe do AACR, implantado na segunda metade de 2008, e que tem como objetivo organizar a demanda e não reprimi-la. Para eles, na ausência do AACR, talvez essa sobrecarga seria ainda maior, além de mais desorganizada.

Ao observar os dados referentes às altas e às internações ocorridas ao longo da série analisada, especificamente nas primeiras 24 horas de atendimento, evidenciou-se uma estabilidade, conforme discriminado na tabela 1. Pode-se observar ainda que o elevado percentual de pacientes atendidos, recebem alta após o primeiro atendimento.

**Tabela 1** – Distribuição do número de atendimentos realizados no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, após o primeiro atendimento nas 24 horas – João Pessoa, Paraíba, 2006 a 2010.

Anos	Altas		Remoções		Óbitos		Internações		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2006	43139	86,8	198	0,4	306	0,61	6056	12,19	49699	100
2007	46960	87,65	199	0,38	320	0,59	6092	11,38	53573	100
2008	48842	87,89	152	0,27	343	0,62	6231	11,22	55568	100
2009	52289	87,79	270	0,46	167	0,28	6829	11,48	59555	100
2010	48768	85,99	382	0,67	133	0,24	7425	13,1	56708	100
Total	239998	-	1201	-	1269	-	32633	-	275103	-

Fonte: SAME do HETSHL.

No que diz respeito às internações, deve ser considerado que essa estabilidade proporcional sobre o número global de atendimentos ano a ano tem sido acompanhada por um aumento da média de permanência no hospital, que variou de 5,59 em 2006 para 8,75 em 2010. Logo, interfere na sobrecarga das

enfermarias, e por consequência nos corredores e nos espaços de atendimento da emergência.

Embora apresentem números absolutos bem inferiores aos de altas e de internações, os percentuais de remoções se mostram em elevação, enquanto os percentuais de óbitos demonstram redução, o que corrobora com a diminuição da taxa específica de mortalidade encontrada nas listagens disponibilizadas pelo SAME, a qual variou de 5,39 em 2006 para 4,82 em 2010. Essas alterações se mostram mais evidentes a partir de 2008, ano em que foi implantado o AACR, ainda que não se possa estabelecer um comprovado nexos causal entre os fatos.

Além disso, ao analisar a distribuição das causas de atendimento, nota-se que aquelas que forem listadas representam mais de 70% da demanda, conforme demonstrado na tabela 2, sendo as mesmas extraídas de uma listagem total de 76 categorias.

**Tabela 2** – Distribuição dos atendimentos realizados no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, em números absolutos e percentagens, segundo a causa – João Pessoa, Paraíba, 2006 a 2010.

CAUSAS	Número	%	% Acumulada
Queda	42566	15,47	15,47
Acidente de Moto	22691	8,25	23,72
Corpo Estranho	20788	7,56	31,28
Trauma	17946	6,52	37,8
Pancada	13122	4,77	42,57
Dor de Cabeça	12281	4,46	47,03
Dor Abdominal	10774	3,92	50,95
Corte	10718	3,89	54,84
Problema no Olho	8604	3,13	57,97
AVC	7102	2,58	60,55
Agressão Física	6817	2,48	63,03
Atropelamento	6590	2,39	65,42
Acidente Automobilístico	6491	2,36	67,78
Queimadura	6483	2,36	70,14
Hipertensão	5831	2,12	72,26
Acidente de Bicicleta	5452	1,98	74,24
Outras	70847	25,76	100
<b>TOTAL</b>	<b>275103</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: SAME do HETSHL.

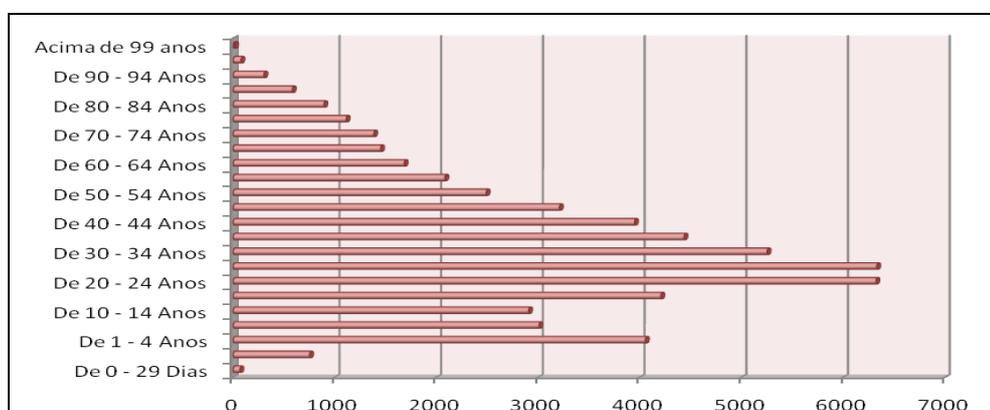
Essa classificação das causas baseia-se no diagnóstico de entrada, o que justifica em parte a falta de especificidade da maioria das categorias,

impossibilitando uma apuração mais detalhada a respeito. Algumas categorias indicam o instrumento envolvido na produção do dano (acidente automobilístico, corpo estranho); outras categorias indicam um sintoma (dor de cabeça, dor abdominal); outras indicam uma síndrome (hipertensão); e outras, ainda, apontam para uma doença (AVC).

Dessa forma, pode-se afirmar que essa realidade configura uma classificação baseada em critérios definidos na instituição, que em algum momento estabeleceu a diferença entre trauma, pancada e corte, por exemplo, o que dificulta a comparação dessas estatísticas com as de outros serviços. A classificação precisa, portanto, ser refeita de modo a evitar dificuldades de quem registra o atendimento e para quem vai processar e analisar os dados. Para isso, a unificação do critério deve considerar, em primeira opção, a Classificação Internacional de Doenças (CID).

De qualquer modo, esses dados revelam além da diversidade dessas causas, os diferentes graus de gravidade que cada uma delas podem assumir. Portanto, isso demonstra a complexidade inerente ao trabalho de acolhimento com avaliação e classificação de risco. Outro fator contribuinte para tornar complexo o processo de trabalho do AACR é a diversidade etária dos demandantes.

Assim, a partir do Gráfico 3, constata-se que a distribuição dessa demanda, segundo faixas etárias, apresenta uma semelhança com a pirâmide de distribuição etária da população, ficando a exceção por conta dos grupos etários de 1 a 4 anos e acima de 60 anos, cuja presença nos serviços de urgência e emergência é supostamente maior devido à sua vulnerabilidade biológica. Talvez esse fato possa se justificar devido às causas externas serem os principais motivos de entrada no serviço, atingindo principalmente os jovens de ambos os sexos.



**Gráfico 3** – Distribuição do número de atendimentos por faixa etária no HETSHL – João Pessoa, Paraíba, 2006 a 2010.

Fonte: SAME do HETSHL.

Segundo estudo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e dados do SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) de 2008, 57,4% das causas de óbitos dos homens de 15 a 19 anos em 2008 são em decorrência de agressões. Entre os adultos de 20 a 29 anos, a proporção atingiu 53,8% no mesmo período. A segunda principal causa de morte entre os homens até 29 anos foram os acidentes de transporte, de 15 a 19 anos (21,5%), e de 10 a 29 anos (25,6%).

No caso das mulheres, a situação é inversa: os acidentes de transporte mataram mais mulheres em 2008, enquanto os homicídios foram a segunda principal causa externa de morte. Segundo a pesquisa, 41,8% das mortes entre mulheres de 15 a 19 anos e 40%, de 20 a 29 anos, foram provocadas por acidentes de trânsito. Já os homicídios foram os responsáveis por 29,4% das mortes de mulheres de 15 a 19 anos e por 33,5%, entre 20 e 29 anos.

Apesar da descrição e da relevância desses dados, os indicadores específicos propostos para nortear a avaliação e monitoramento do AACR, propostos pelo modelo lógico da PNH não foram fornecidos pelo SAME, já que não existiam.

## 5.2 DAS ENTREVISTAS

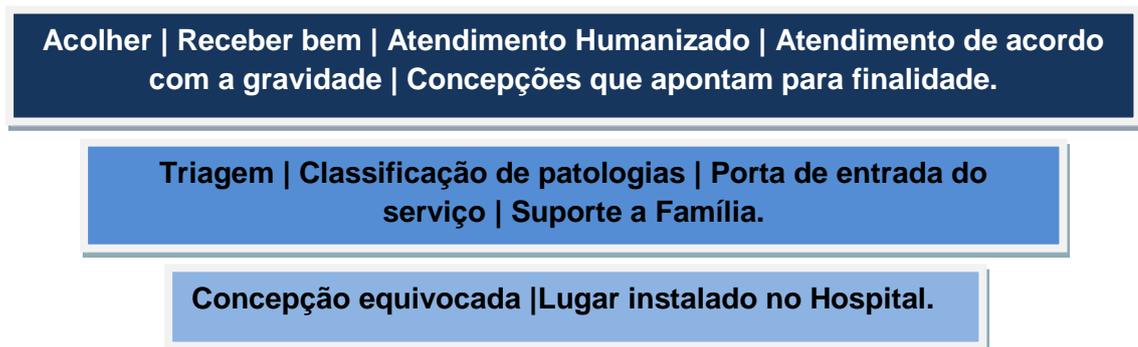
Foram realizadas 14 entrevistas, com os profissionais inseridos no pronto socorro do HETSHL, sendo a amostra composta por 2 médicos (MED), 4 enfermeiros (ENF), 2 psicólogos (ENF), 2 assistentes sociais (AS), 2 técnicos de enfermagem (TÉC) e 2 maqueiros (MAQ). Vale salientar, que o motivo pelo qual foram entrevistados um maior número de enfermeiros em relação às demais categorias, se justifica pelo fato de estarem mais envolvidos no processo de AACR e serem os responsáveis pelo funcionamento desse setor. Outra justificativa se deve ao fato dos enfermeiros tanto estarem presentes no AACR como na assistência dentro da urgência.

Para isso, utilizou-se enquanto critério de inclusão desses entrevistados, o de estar no serviço e na função a pelo menos 3 anos, de forma a vislumbrar as possíveis mudanças ocorridas após o início da implantação do AACR. As entrevistas foram realizadas mediante a concordância dos profissionais através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, desenvolvidas no próprio serviço.

A análise foi organizada a partir da construção de nove eixos temáticos, onde posteriormente se desenvolveram as categorias (destacadas em negrito).

### 5.2.1 Concepções sobre o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR)

Esquema didático referente às categorias desse eixo temático<sup>1</sup>:



Inicialmente, os profissionais foram questionados quanto ao seu entendimento a respeito do AACR. Dentre as respostas, uma delas chamou a atenção devido à semelhança do seu conteúdo com a definição proposta pela PNH. Percebe-se, que esse episódio pode estar relacionado ao fato da entrevistada, em questão, ter participado do processo de planejamento do AACR no Estado da Paraíba, embora não tenha sido a única integrante da pesquisa a passar por esse tipo de experiência. Conforme explicita o trecho da entrevista abaixo:

“[...] acolher não quer dizer triar, quer dizer acolher mesmo, receber todos os pacientes de forma que você vai classificar ele, a necessidade dele no setor, que setor ele vai ser atendido, explicando a ele a demora, de quanto tempo qual é a prioridade dos outros pacientes e quanto tempo ele vai esperar ou então você vai explicar que tem outros hospitais referentes, encaminhar ele pra lá de forma que você não vai deixar o paciente solto em busca de seus cuidados e sim acompanhando até arrumar o lugar adequado pro paciente, então é uma forma de humanização no atendimento público.” (ENF 2)

Destaca-se nesse discurso, a importância em substituir a palavra triagem, ainda tão presente, por acolher e classificar, como uma nova postura profissional em perceber as necessidades do usuário que procura o serviço, atendendo a todos de acordo com a vulnerabilidade do caso, se responsabilizando pelo destino dos indivíduos. Para a PNH o acolhimento

<sup>1</sup> PS.: Utilizamos diferentes intensidades de sombreamento como estratégia para destacar a força argumentativa das categorias (mais escuro o de maior força) e evidenciadas durante a análise dos dados.

“[...] não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde [...] é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. (BRASIL, 2004a, p.16-17)

Ao descrever o AACR, nota-se que alguns dos profissionais fazem a distinção entre o acolhimento e a classificação de risco, como se não fossem duas instâncias complementares. Ao definirem, parecem dar mais ênfase à classificação do que ao acolhimento, denotando dificuldade para definir o que entende por este último conceito. Como podemos verificar através dos depoimentos abaixo:

“[...] acolhimento pra mim nada mais é do que você acolher literalmente [...] é tratar bem, fazer a classificação das doenças, mandar pro lugar certo de atendimento, para cada área e aí começar o atendimento [...] é isso acolher e depois classificar” (ENF 4)

“Bem seria você acolher o paciente desde [...] abordar desde que o paciente chega ao serviço [...] prestar atenção no que ele tem a dizer [...] acolher mesmo, de verdade [...] prestar aquela parte do acolhimento a ele [...] e também dar assistência.”(MED 2)

“[...] acolhimento pra mim primeiro é você acolher as pessoas né [...] que muitas vezes você no hospital assim desorientado num sabe nem por onde entrar por onde sair então tem aquela parte de acolher [...] acolhendo sem distinção.” (TÉC 2)

Assim, constatou-se que essa dificuldade se fez presente na metade das respostas, sendo perceptível a contradição entre a simplicidade que os entrevistados atribuem ao conceito de acolhimento e a dificuldade que demonstram para explicitá-lo. Esse fato pode denunciar que profissionais envolvidos no acolhimento, talvez não tenham um conhecimento mais preciso sobre o seu significado, condição que pode estar interferindo no desenvolvimento de uma prática compartilhada.

Além disso, percebe-se que a palavra Acolhimento também apareceu associada à idéia de **receber bem**, como sinônimo de gentileza no trato daqueles que chegam ao serviço e da orientação adequada para sua locomoção dentro dele. Isso pode ser constatado a partir dos seguintes trechos:

“[...] acolher é você chegar é você ser bem recebido [...] ser recebido com atenção e dignidade.” (AS 2)

“O acolhimento no modo geral é quando a pessoa se dirige a um hospital e realmente tenha alguém pra recebê-la né e dirigí-la justamente aonde vai ser prestados os serviços de imediato.” (MED 1)

Além de receber bem, outras concepções foram atreladas ao ato de acolher, tais como orientar, ouvir, conversar de forma a prestar um **atendimento humanizado**, ter um maior contato durante o atendimento, construir um vínculo com o usuário. Como podemos verificar através dos relatos abaixo:

“[...] dar as primeiras orientações caso seja perfil de atendimento desta unidade, caso não seja encaminhar, orientar, fazer encaminhamento até por escrito pra outra unidade de serviço.” (ENF 4)

“[...] você tem que ter uma aproximação maior com o usuário, uma escuta maior que infelizmente a gente não tem essa escuta, você precisa entender o problema dele.” (ENF 1)

“[...] a palavra acolhimento é no sentido de ter é [...] um olhar um atendimento mais humanizado onde teria o contato maior humano né de conversar de orientar de tá também por parte dos profissionais [...]” (PSC 1)

Essas concepções entram em concordância com a proposta do MS no que se refere a humanizar o atendimento, pressupondo a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004a).

Para Abbês e Massaro (2004), é preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso – todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde – e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos indivíduos. Isso deve ser implementado com a consequente constituição de vínculos entre os profissionais e a população, empenhando-se na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, em que a defesa e afirmação de uma vida digna de ser vivida seja adotada como lema.

Quando os entrevistados falam em acolher não se referem somente ao usuário, mas também no **suporte a família** que o acompanha. De fato, muitas chegam aflitas ao serviço em busca de notícias, preocupadas e um tanto desorientadas, necessitando muitas vezes de atendimento. Conforme os trechos das entrevistas abaixo:

“[...] é.. que a pessoa se sinta acolhida ele e sua família [...] a família também precisa desse acolhimento, de receber notícias de seu doente né, estamos aqui pra isso.” (AS 2)

“Quem classifica o risco é o enfermeiro né [...] a equipe de enfermagem [...] o assistente social é mais acolher a família que chega ansioso né [...] fragilizado querendo já de imediato já uma informação.” (AS 1)

Nesse último trecho dos discursos, o interlocutor traz a ideia de divisão do trabalho dentro do AACR, cuja função de acolher a família seria própria do serviço social e a parte técnica da classificação seria executada pela enfermagem. Sabe-se que em um serviço de pronto atendimento as funções de cada profissional devem estar bem definidas, para assim otimizar o tempo de atendimento, contudo o acolhimento e a classificação de riscos são ações produzidas de forma conjunta. Portanto, essa noção fragmentada da prática talvez seja responsável, em parte, pela concepção de acolhimento e classificação de risco como instâncias separadas.

O Acolhimento como dispositivo tecnoassistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. A avaliação de risco e da vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, devendo também considerar o usuário e sua rede social nesse processo (ABBÊS E MASSARO, 2004). Essas duas tecnologias, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, portanto, têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho (BRASIL, 2004a).

Em algumas respostas o acolhimento aparece como sendo “[...] um **lugar instalado no Hospital** de Trauma recém construído” (PSC 2), ou seja, um novo setor que foi criado na unidade e começa a funcionar como qualquer outro e a respeito do qual ainda não se tem uma clara compreensão. Essa declaração pode trazer indícios da ausência de esclarecimento por parte de alguns dos profissionais que trabalham nesse serviço, já que a PNH trata o acolhimento como uma dimensão que perpassa a estrutura física. Outro grupo de profissionais amplia essa ideia referindo que acolhimento é um Atendimento na **porta de entrada do serviço**, local onde se estabelece um primeiro contato que o usuário tem ao chegar ao hospital. Como podemos verificar através dos depoimentos abaixo:

“[...] profissionais [...] estariam nessa porta de entrada que não é só [...] o acolhimento não é só um setor [...] mas quando você fala acolhimento com classificação de risco é também todos os profissionais que estão envolvidos nessa porta de entrada.” (PSC 1)

“[...] o acolhimento seria atender o paciente logo na chegada, no meu ponto de vista é isso [...]” (MAQ 1)

Essas definições, apesar de ampliarem a ideia de que o AACR é apenas um setor, que se refere ao contato com o profissional, ainda restringem a ação de acolher a um único local denominado de porta de entrada. Embora seja evidente que ao explicitar e descrever o projeto de AACR, o MS traz propostas para a estrutura física do pronto-socorro e isto realmente deve estar visível desde a porta de entrada, área de maior investimento, onde será feita a classificação de risco. Mas esse não deve ser o único foco dessa diretriz.

Já a respeito das definições relacionadas à classificação de risco, foi possível verificar que apesar de transcorridos dois anos da implantação do AACR no Hospital, alguns dos profissionais ainda a definem como **triagem**, separação entre aqueles usuários que ficam e os que não ficam, entre aqueles que têm o perfil de atendimento do serviço e os que não têm, devendo por isso ir embora e procurar outro lugar para o atendimento. Essa concepção pode está atrelada à própria realidade do serviço, em relação ao que os profissionais presenciam. Conforme as entrevistas abaixo:

“Classificar estaria dando andamento já assim andamento no sentido que já estaria triando qual o tipo de demanda daquele paciente que chega a unidade.” (PSC 1)

“[...] classificação de risco vem justamente pra fazer uma triagem dessa demanda que chega, uma triagem do serviço é [...] do serviço público de saúde né do SUS.” (PSC 2)

“[...] pelo menos é o que eu entendo de classificação é isso, entender o perfil, destinar né, fazer a triagem para o destino certo.” (ENF 4)

De fato, a palavra triagem remete à seleção, entre aqueles que precisam ser atendidos e aqueles que “não precisam”, enquanto classificação pressupõe que todos serão atendidos a partir de um critério. Esse é o conceito que se encontra na proposta da PNH:

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo preestabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira, exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos. (BRASIL, 2004a)

Em outras entrevistas, os profissionais se referiram à **classificação de patologias** como base para direcionar o atendimento, substituindo, dessa forma, a nomenclatura “risco” por “patologias”. Conforme destacado pelos trechos abaixo:

“[...] uma forma de classificar clinicamente os pacientes, de acordo com cada patologia que o paciente venha apresentar.” (MAQ 1)

“[...] pra mim a classificação de risco é a classificação de patologias.” (AS 2)

Poucos associaram a definição da AACR ao **atendimento de acordo com a gravidade**, assemelhando-se à ordenação proposta pela PNH, priorizando o atendimento aos usuários de maior risco. Como podemos verificar através dos depoimentos abaixo:

“[...] classificação assim, deixa eu ver se eu sei explicar, digamos uma fita vermelha já o que, já um caso grave num é, é o que eu entendo, é de acordo com a gravidade, e a amarela já é o que, já é menos grave né [...] fita vermelha agente sabe que é grave né, gravíssimo né, amarela já num é tão de risco.” (MAQ 2)

“[...] você vai classificar ele, a necessidade dele no setor, que setor ele vai ser atendido, explicando a ele a demora, de quanto tempo qual é a prioridade dos outros pacientes.” (ENF 2)

No primeiro relato, percebemos a associação que o outro maqueiro faz entre a gravidade e as cores estabelecidas para a classificação, coerente com o Protocolo de AACR do MS. No segundo relato, a enfermeira faz a associação da classificação com o tempo de atendimento e traz a importância da informação aos usuários que esperam, acerca da existência da classificação de risco e o motivo pelo qual ela está sendo executada, mostrando a substituição do atendimento por ordem de chegada para o atendimento por ordem de prioridade.

Outros profissionais demonstraram **concepções que apontam para finalidade**, não se constituindo como uma definição e sim como um propósito, mostrando, ao que parece, mais uma vez, a dificuldade em conceituar o AACR, confundido a concepção com o objetivo. Isso pode ser constatado a partir dos seguintes trechos:

“prestar um bom serviço ao mesmo tempo e poder atender bem ao usuário.” (PSC 2)

“destinar pra área exata pra poder não superlotar nem um nem outro e o paciente ter atendimento correto.” (ENF 4)

“Foi uma proposta que o Ministério da Saúde implantou é [...] pra humanização em relação ao cliente [...]” (ENF 2)

“o acolhimento com classificação de risco é justamente proporcionar maior rapidez no atendimento ao paciente que precisa realmente de uma emergência.” (MED 1)

Foi constatado que apesar da concepção estar sendo compreendida enquanto finalidade, as afirmações não fogem ao contexto preconizado pela PNH, pois se referem ao bom atendimento, à luta contra a superlotação do SUS, à ideia

de que essa proposta é de âmbito nacional e que a palavra de ordem é realmente humanizar o atendimento. O último trecho mostrado acima faz alusão à classificação de risco na medida em que se refere à rapidez no atendimento a quem mais precisa. Portanto, apesar do modo como definiram AACR, demonstram conhecimento sobre o que propõe o MS e que não estão, portanto, alheios à essa proposta.

Um dos entrevistados (AS 2) demonstrou uma **concepção equivocada** do AACR, se referindo a “acolher” como significando “atender” e “classificar” como “triar”, de modo que quando é permitido que o usuário seja atendido no serviço, ele está sendo acolhido e, quando o serviço nega este atendimento, quando faz a antiga triagem, ele está sendo classificado. Conforme destacado pelos trechos abaixo:

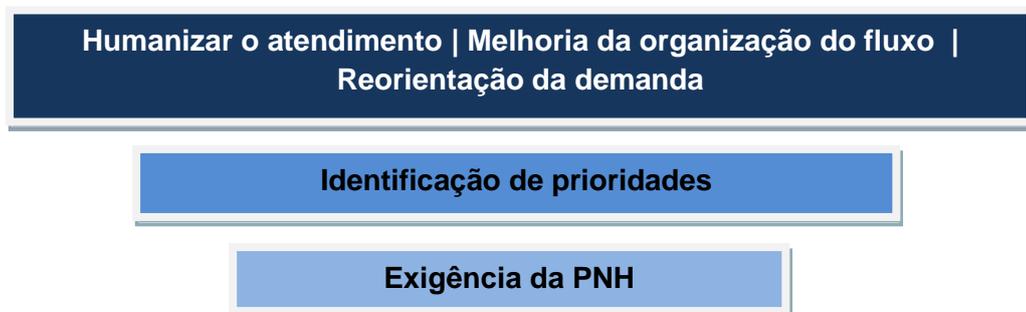
“[...] a classificação de risco [...] agora hoje em dia num tá classificando a gente tá simplesmente atendendo e acolhendo né [...] então assim a gente faz as duas coisas porque você num tá classificando então você tá atendendo todo mundo.”

“[...] a medida que você atende tudo e todos você num tá classificando.”

Pode-se perceber, a partir dos trechos selecionados, uma concepção equivocada do AACR, pois além de estar relacionada fortemente à noção de triagem, ainda confunde os papéis do acolhimento e da classificação. Quando o usuário chega ao serviço é acolhido e classificado. Depois será direcionado para o atendimento médico. Portanto, quem é classificado é atendido de acordo com o grau de vulnerabilidade e não mandado embora, conforme já explicitado em trechos anteriores, uma vez que o projeto de AACR tem por finalidade atender a todos.

### 5.2.2 Razões da Implantação do AACR

Esquema didático referente às categorias desse eixo temático<sup>2</sup>:



<sup>2</sup> PS.: Utilizamos diferentes intensidades de sombreamento como estratégia para destacar a força argumentativa das categorias (mais escuro o de maior força) e evidenciadas durante a análise dos dados.

Para a implantação do AACR, em particular, bem como da PNH como um todo, o MS observou alguns aspectos que poderiam ser aperfeiçoados e corrigidos após essas intervenções, pontuando a partir desse momento quais as razões para a sua implantação de modo a convencer dos motivos pelas quais seriam válidas e trariam resultados. Alguns hospitais públicos apresentaram adesão à política e precisam se adaptar ao novo estilo de atendimento. Do mesmo modo, os seus funcionários necessitam estar conscientes dos motivos pelos quais o AACR está sendo implantado para assim auxiliarem nesse processo.

Diante desse fato, interrogamos os profissionais a respeito das razões pelas quais o AACR havia sido implantado no HETSHL. Dentre as respostas mais citadas (8 das 14 entrevistas), os profissionais referiram que a principal razão para a implantação do AACR foi objetivando a **melhoria da organização do fluxo** do serviço público e da instituição, que se encontrava desordenado. Conforme mostra os trechos abaixo:

“[...] eu acredito né que a política tenha sido feita pra uma melhor organização no fluxo [...] pra que as pessoas fossem referenciadas.” (ENF 1)

“[...] organizar o serviço interno da instituição, que é [...] uma porta aberta entrando todo tipo de caso e os familiares assim num acesso livre como era antigamente há quatro cinco anos atrás é [...] o serviço ficava tulmutuado ficava atropelado ficava sem servir.” (PSC 2)

“[...] foi uma espécie de organização da área de saúde, da rede de saúde do Estado né.” (MAQ 1)

“[...] eu acho que a questão da organização dos setores.” (ENF 4)

Ao observar as respostas, percebemos que mais da metade dos entrevistados relacionaram as razões da implantação com a organização do fluxo, alguns se referiram ao fluxo interno do hospital e outros ao fluxo mais abrangente da rede de saúde.

O relato da PSC 2 se reporta ao período antes e depois da implantação do AACR no serviço, sendo de opinião que antes o serviço era atropelado, sem um direcionamento. A ENF 4 se restringiu à organização dos setores, como uma intervenção mais pontual, melhorando o fluxo apenas em relação à área física. Já o MAQ 1 e a ENF 1 apontaram como razão para a implantação do AACR a necessidade de uma organização da rede de saúde pública, através da referência dos usuários aos centros adequados à seu atendimento, diminuindo assim a superlotação.

Neste mesmo sentido, foi apontada como razão para a implantação a **reorientação da demanda**, tendo em vista o intenso fluxo de usuários no serviço. O objetivo então seria diminuir a quantidade de atendimentos para elevar a qualidade do serviço. Conforme mostram as falas abaixo:

“Acredito eu por essa demanda que tava é [...] aumentando aumentando já que a gente tem a ciência dos hospitais de fora como é que tavam neh? sem atender os pacientes devidamente destinados para eles e tavam mandando tudo pra cá então quando tava esse fluxo alto de paciente pra cá, a gente tinha que saber pelo menos o perfil de atendimento.” (PSC 2)

“Eu penso assim que era mais pra conscientizar mais as pessoas do que realmente era o Hospital de Trauma, qual é o objetivo do Hospital de Trauma.” (ENF 2)

“[...] o acolhimento é justamente pra você orientar o paciente, para que eles saibam para onde ir, saber o melhor destino né.” (MED 2)

As respostas revelam, dessa maneira, que os profissionais mostram-se preocupados com a demanda elevada, com a falta de atendimento das pequenas urgências em outros serviços incluindo as UPAs e com a falta de entendimento da população em relação ao perfil de atendimento oferecido pelo HETSHL. Para eles, o AACR veio para orientar a população quanto ao real sentido do atendimento de urgência oferecido pelo serviço e, além disso, podendo oferecer informações capazes de nortear a busca por outras unidades de saúde adequadas a cada caso.

Em relação à essa temática a PNH propõe que a Central de Acolhimento deva direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário; determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas) e acolher pacientes e familiares nas demandas de informações acerca do processo de atendimento, tempo e motivo de espera (BRASIL, 2004a). Desse modo, as duas razões descritas – organização do fluxo e reorientação da demanda – concordam com as propostas da PNH para o AACR.

Outra razão apresentada pelos entrevistados e que também está de acordo com a PNH, é a **identificação de prioridades**. De acordo com o Protocolo de Classificação de Risco sugerido pelo MS, essa prioridade é definida pela gravidade e identificada através das cores das pulseiras e fitas afixadas nos boletins de emergência. Essa razão é demonstrada a partir desses trechos:

“Eu acredito que houve uma necessidade porque antes do acolhimento tava assim tudo junto então você não sabia o que era [...] você não sabia aquele paciente que podia esperar o paciente que não podia esperar.” (TÉC 2)

“[...] identificar né a prioridade dele, os cuidados pra que realmente sejam realizados com mais assim [...] energeticamente mais rapidez que possa

realmente né diminuir os riscos e complicações né [...] objetivo principal seria agilizar corretamente né, sem perca de tempo.” (MED 1)

A partir dessa identificação de prioridades, espera-se humanizar o atendimento a partir da detecção daqueles casos que mais necessitam, de forma que seu atendimento seja agilizado, diminuindo assim o número de agravos em saúde. Essa classificação de prioridades deve ser informada aos demais usuários que esperam pelo atendimento para evitar conflitos entre eles e a equipe, bem como para demonstrar interesse e compromisso para com os eles, que estão em menor risco, mas que necessitam também de atendimento.

Fazendo uma relação direta com o HumanizaSUS, alguns dos profissionais demonstraram que a maior razão para a implantação do AACR é **humanizar o atendimento**, fazer um bom acolhimento, se responsabilizar por cada caso que chegue ao serviço, se comprometendo a encontrar soluções para os problemas. Isso foi expresso nos trechos abaixo:

“Humanizar o hospital, que é muito fácil eu chegar e embarreirar, é muito fácil [...] o difícil é abrir portas [...]” (ENF 4)

“[...] fazer um bom acolhimento prestar um bom serviço ao público aos pacientes aos familiares.” (PSC 2)

“[...] se ele não for acolhido pelo menos ele tem uma explicação, é orientado qual o hospital que pode atender o caso dele, não fica o paciente aí na rua solto sem saber entender.” (ENF 1)

Fazendo uma associação com o pensamento de Deslandes (2004), os discursos acima estão indo de encontro a um tipo de violência chamada de violência simbólica, onde não há maus tratos físicos, mas é demonstrada através da indiferença e do descompromisso. A proposta de humanização, ao sugerir a substituição das formas de violência simbólica, constituintes do modelo de assistência hospitalar, por um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores, busca instituir uma nova cultura de atendimento (DESLANDES, 2004). Assim, resgatar a humanidade do atendimento, numa primeira aproximação, é ir contra a violência, já que esta representa a antítese do diálogo, a negação do outro em sua humanidade.

Ao humanizar o atendimento, o serviço está contribuindo para a execução do HumanizaSUS, substituindo o atendimento frio e desresponsabilizado pelo atendimento compreensivo e envolvido com a expectativa das demandas. Os discursos anteriores mostram, desse modo, a importância da responsabilização para com os usuários.

Outro pensamento se diferenciou dos demais pelo caráter abrangente dado ao motivo da implantação do AACR, como estando relacionado a uma **exigência da PNH**, algo determinado por instâncias superiores, na esfera federal que e deveria ser cumprido pela instituição, independente da vontade dos seus profissionais e dos seus gestores. As respostas abaixo dadas nesse sentido referiam que a implantação foi uma decisão verticalizada e de que os profissionais tiveram que se adequar às novas regras.

“Isso foi uma coisa quase nacional na área de saúde [...] isso não foi aqui só nesse hospital, foi em vários hospitais né [...] principalmente nos hospitais públicos [...]” (MAQ 1)

“[...] eu acredito que só implantou porque o Ministério da Saúde obrigou [...]” (ENF 1)

“[...] tem o HUMANIZASUS né, que é atender a tudo e todos [...]” (AS 2)

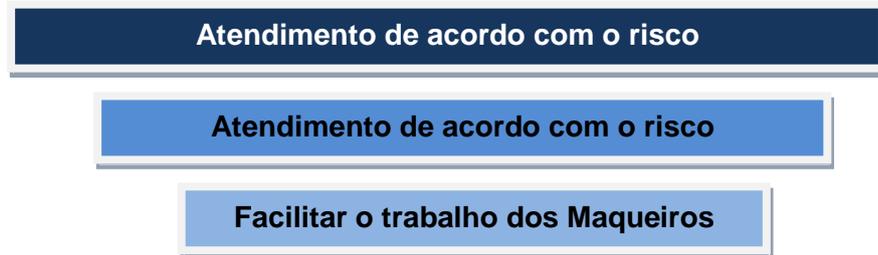
Essas falas dão indícios acerca do modo como o AACR foi implantado no HETSHL: algo que decorreu de ordens superiores e precisava ser obedecido. Ao mesmo tempo, porém, demonstra um conhecimento pouco citado, que foi a existência de uma política federal, como o principal motivo da implantação, não sendo uma iniciativa da instituição, mas resultado de uma proposta de alcance nacional.

De acordo com o MS, a PNH não se constitui em um mero conjunto de propostas e regras abstratas que esperam ser concretizadas. Para os idealizadores da proposta, o HumanizaSUS se apresenta como uma política construída a partir de experiências concretas que devem se multiplicar. Daí a importância da função disseminadora das Cartilhas da PNH. Com elas, espera-se poder propagar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde (BRASIL, 2004a)

Nesse sentido, quando uma política é traçada, as intenções são as melhores e a expectativa é que as diretrizes sejam implementadas, que haja uma adesão de todos e que assim, haja uma mudança do quadro anterior. Contudo, a diversidade de condições apresentadas em cada localidade, pelos diferentes serviços, tais como estrutura física, recursos humanos, formas de gestão e de implantação, podem determinar a dinâmica peculiar da implantação.

### 5.2.3 Resultados a alcançar com o AACR

Esquema didático referente às categorias desse eixo temático<sup>3</sup>:



Esse eixo temático objetivou compreender, através dos discursos, quais seriam os resultados concretos que a implantação do AACR deveria alcançar para a sua efetivação.

Partindo do princípio de que quando políticas ou programas são implantados, metas precisam ser alcançadas, foi perguntado aos profissionais sobre quais seriam os principais resultados que a PNH pretende alcançar com a implantação do AACR. Diante das respostas colhidas, três aspectos foram contemplados.

O resultado mais citado nas respostas foi a realização de um **atendimento de acordo com o risco**, que tivesse uma ordenação de prioridades e produzisse encaminhamentos para o *locus* de atendimento mais indicado, podendo ser intra ou extra hospitalar. Conforme descrito abaixo:

“[...] é a gente saber qual o paciente é de onde [...] se eu tô numa verde ... “ah não, os pacientes daqui não oferecem risco” [...] “ah eu tô na amarela [...] eu tô na vermelha, os pacientes daqui são de risco”[...] entendeu?” (ENF 4)

“[...] se você já tem um que já tá classificado direcionando sala verde sala azul, amarelo, vermelho, já tá encaminhando qual é o tipo de demanda desse paciente. Ele já vai direto pra o atendimento ou também dependendo do caso encaminhar para outra unidade [...] isso com certeza é um grande ganho do atendimento para o paciente.” (PSC 1)

“[...] a partir do momento que você classifique, que você manda esse paciente pra um lugar onde ele vai ser atendido também de uma melhor qualidade.” (TÉC 1)

Como se observa, os respondentes conseguem associar a prioridade ao emprego das diferentes cores e de que a partir do momento em que essas cores são

<sup>3</sup> PS.: Utilizamos diferentes intensidades de sombreamento como estratégia para destacar a força argumentativa das categorias (mais escuro o de maior força) e evidenciadas durante a análise dos dados.

aplicadas, o usuário é direcionado, de acordo com o risco que apresenta, à área de competência para o atendimento. Este padrão de resposta enquadra-se justamente na missão atribuída pela classificação de risco e os profissionais parecem demonstrar esse entendimento.

O segundo resultado mais citado se refere à **diminuição de filas** no serviço, propiciando o atendimento mais rápido e de melhor qualidade. Os entrevistados se referem à diminuição da demanda no serviço para que o perfil do hospital seja respeitado, de modo que nem todos terão atendimento na unidade. Conforme explicitado abaixo:

“Eu acho que diminuir fila, diminuir o tempo de espera né, deve querer melhorar o atendimento, melhorar a qualidade de atendimento [...]” (ENF 1)

“Eu acho que é diminuir a demanda, que a partir do momento que você diminui a demanda você melhora a assistência, você melhora o atendimento, você não tem tanta gente pra tomar conta de todo mundo né.” (TÉC 1)

Para a PNH, as metas a serem alcançadas concretamente seriam avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto-Socorro, contribuindo para a humanização do atendimento, descongestionando o serviço, reduzindo o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente, de acordo com a gravidade do seu caso, além de determinar a área de atendimento, promover ampla informação sobre o serviço aos usuários e de retornar informações a familiares (BRASIL, 2004a).

Reduzir o tamanho das filas, conforme foi pontuado, não é um resultado esperado do AACR, mas sim, ao invés da redução, o ordenamento dessas filas através da definição de prioridades para o atendimento, como foi citado no primeiro grupo de respostas. O objetivo é prevenir mortes evitáveis resultantes de um tempo desproporcional de espera. Isso não significa dizer que as prioridades 2 e 3 tenham que esperar horas pelo atendimento médico em um pronto-socorro. Muitos destes podem ser encaminhados de forma responsável a outras unidades de saúde permanecendo na fila aqueles que não podem ser encaminhados.

O terceiro resultado esperado foi citado apenas por uma categoria profissional, os maqueiros, que pontuaram algo diretamente relacionado ao trabalho que eles executam, mas que tem uma relação com a agilidade do atendimento. Acreditam que a implantação do AACR tenta **facilitar o trabalho dos maqueiros**, a partir de uma orientação precisa acerca do destino dos usuários, recebida dos

profissionais de saúde na porta de entrada do serviço. Relataram que, antes do HumanizaSUS, eram eles que praticamente faziam a triagem dos usuários em busca de atendimento, o que motivava frequentes reclamações dos médicos quando permitiam que alguém adentrasse o serviço sem ter o perfil de urgência do HETSHL. Os relatos estão expressos abaixo:

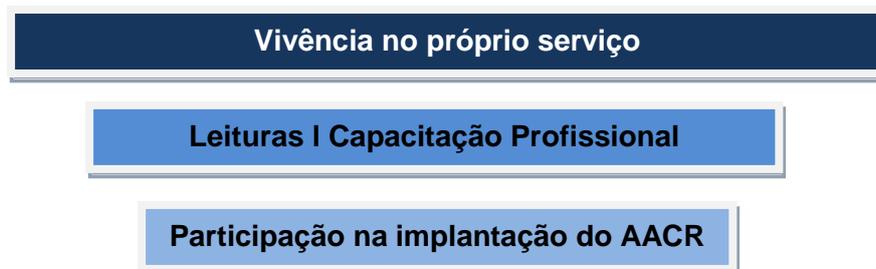
“[...] pra facilitar o trabalho de nós, maqueiros, também né [...] porque aí a pessoa do acolhimento ela chega pra nós maqueiros e [...] “Não, pra Área Vermelha e tal, é pra emergência, é pra urgência” [...] elas é quem diz pra onde leva o paciente.” (MAQ 2)

“[...] agora tá bem melhor né, antes a gente é que tinha que dizer pra onde o paciente ia, e que conhecimento eu tenho pra isso me diga [...] agora as meninas do acolhimento orientam a gente, acho que veio facilitar nosso trabalho e muito.” (MAQ 1)

Nesse sentido, não existe na PNH uma meta específica direcionada ao trabalho dos maqueiros, mas essa foi uma mudança positiva observada na prática do serviço, demonstrando a dinamicidade do processo e como os diferentes olhares podem contribuir para a construção das melhorias. Nesse ponto, também está inserida a importância das relações entre os integrantes da equipe e do conhecimento que o profissional de saúde deve ter sobre o protocolo de AACR. A comunicação tem sido considerada uma condição essencial entre os profissionais, influenciando significativamente na qualidade do processo de trabalho. Segundo Mori e Oliveira (2009), a comunicação traz a sensibilização para os conceitos e temas da humanização, pois trabalha as relações.

#### 5.2.4 Fontes de conhecimento sobre AACR

Esquema didático referente às categorias desse eixo temático<sup>4</sup>:



<sup>4</sup> PS.: Utilizamos diferentes intensidades de sombreamento como estratégia para destacar a força argumentativa das categorias (mais escuro o de maior força) e evidenciadas durante a análise dos dados.

Após as definições descritas pelos profissionais, questionou-se acerca das fontes de conhecimento que embasam suas definições sobre o conceito de AACR e como tiveram acesso a essas informações. Tal indagação se justifica tendo em vista que dentre os pré-requisitos para a implantação do AACR, está a qualificação dos componentes das equipes, tais como recepcionistas, enfermeiros, assistentes sociais, orientadores de fluxo e segurança (BRASIL, 2004a). Contudo, no processo de implantação de políticas, este item nem sempre é adequadamente contemplado.

Então, para que um funcionário possa trabalhar e fazer parte da Central de Acolhimento deve estar capacitado para tal função, pois do contrário poderia comprometer o fluxo e a continuidade do atendimento. No que se refere ao HETSHL, mais da metade dos funcionários entrevistados informaram ter adquirido este conhecimento através da **vivência no próprio serviço** após a implantação do AACR. Alguns deles já trabalharam em outros estabelecimentos onde também existia o AACR e lá puderam vivenciar esse processo sem ter passado por treinamentos relativos à temática. Conforme apresenta as seguintes falas:

“[...] eu aprendi assim no peito e na raça como diz o ditado (risos) [...] foi perguntando a enfermeira quando eu tenho dúvida como até hoje quando eu tenho dúvida numa classificação eu boto pra enfermeira pra resolver se é ou se num é que as vezes a gente tem dúvida. Então, foi no dia a dia mesmo.” (TÉC 2)

“Foi mais na prática mesmo porque eu já trabalhei no Edson Ramalho vi como é lá e aqui [...] trabalhei lá antes do acolhimento e com acolhimento [...] e trabalho aqui antes do acolhimento e depois com acolhimento [...]” (MAQ 1)

“Foi na prática, não vou mentir, foi na prática.” (ENF 4)

Os fragmentos dos discursos, como se observa, mostram a deficiência de treinamento dos funcionários do serviço em relação ao AACR. A expressão “no peito e na raça” do primeiro discurso mostra o modo como os profissionais foram inseridos na Central de Acolhimento. Despreparados e cheios de dúvidas, eles foram designados a absorver as informações no cotidiano, tendo que se expor muitas vezes a situações incômodas, por não saberem que resoluções dariam a alguns casos.

Sabe-se que a vivência é de suma importância para o desenvolvimento das atividades em uma instituição de saúde, sendo uma grande aliada no processo de aperfeiçoamento das ações. Sabe-se também, no entanto, que essa mesma prática deve ser guiada por uma teoria previamente estabelecida, para que as decisões possam ser tomadas de forma consciente e segura. Segundo Moura (1996), ao

relacionar teoria e prática, a atividade de ensino tem a função particular de organizar ações que possibilitem aos sujeitos o acesso aos conhecimentos elaborados sócio-historicamente.

Nesse aspecto, a atuação prática material do sujeito, executada de forma consciente sobre a realidade natural ou humana, transformando-a, é identificada por Vázquez (1977) como *práxis*. Assim, o produto dessa atividade prática deve ser objetivado materialmente na constituição da nova realidade. A partir de tais considerações, concebe-se que a *práxis* é uma atividade humana consciente que se diferencia da atuação prática desvinculada de uma finalidade e apresenta um produto final que se objetiva materialmente (BERNARDES, 2009).

Em relação às fontes de conhecimento, outra parcela dos profissionais entrevistados teve acesso ao conteúdo sobre o AACR através de **leituras** movidas por sua própria curiosidade. Ao tomarem conhecimento e se interessarem pela temática, buscaram auxílio na literatura proposta pelo MS e foram desta forma adquirindo conhecimento. O que se comprova através dos relatos abaixo:

“[...] eu li também numa apostila né, que a gente tem, do Sistema Único de Saúde. Ela tem o que assim se dispõe a acontecer na classificação de risco né, no acolhimento.” (MED 1)

“Foi lendo. Eu sou muito curiosa, eu gosto muito de ler a respeito.” (AS 2)

“[...] eu fiz pesquisas, eu tive acesso, eu fui no hospital que tinha esse primeiro programa. (ENF 2)

Nesse mesmo eixo, uma pequena parcela adquiriu este conhecimento através da experiência em outros serviços onde tiveram **participação na implantação do AACR**. Consideramos esta experiência como uma fonte importante de conhecimento, pois a partir do momento em que um profissional participa de um processo de implantação, esse frequenta treinamentos, oficinas de discussão e conhece outras realidades para assim poder implantar o dispositivo no seu serviço. Essa afirmação é confirmada pelos trechos abaixo:

“[...] eu participei de implantação de uma acolhimento com classificação de risco em outra unidade hospitalar [...] tipo eu era responsável pra fazer o treinamento da dinâmica dos funcionários da emergência do Getúlio.” (PSC 1)

“O Programa foi [...] no ano retrasado que ele foi proposto pra aqui pro Trauma, e nessa época eu trabalhava na Secretaria de Saúde do Estado e eu fui a pessoa que fui convidada pra fazer parte da equipe pra fazer a implantação.” (ENF 2)

O fato de o serviço conter pessoas que já tiveram contato com a temática do AACR previamente consiste em um ponto positivo, pois estes podem atuar como apoiadores do processo de implantação, auxiliando no direcionamento das ações. Neste caso, nenhuma dessas profissionais se encontra hoje na posição gerencial de multiplicador do conhecimento, embora possam fazer a diferença em algumas situações na prestação direta de serviços.

Ainda de acordo com a fonte de conhecimento, alguns dos profissionais se referiram ter passado por uma **capacitação profissional** acerca da temática; outros afirmaram que não chegaram a ter informação sobre qualquer evento de capacitação nessa área; outros ainda responderam que houve uma capacitação no serviço, mas não puderam comparecer. O fato é que dentre aqueles que disseram ter recebido tal capacitação, apenas uma entrevistada se referiu ao fato de tê-la recebido no HETSHL. Conforme expressa os relatos abaixo:

“Assim [...] quando o hospital Santa Isabel tava funcionando antes eu era gerente da Urgência de lá, então a gente teve que passar por uma capacitação do que o Ministério da Saúde queria e como deveria ser [...]” (ENF 1)

“Eu fiz um curso de capacitação lá na UNIMED, teve que todo mundo fazer um treinamento quando começou a ser implantado [...]” (MED 1)

“Cheguei a participar de uma capacitação aqui [...] com isso eu melhorei.” (ENF 3)

Os trechos dos discursos demonstram a deficiência em relação à capacitação profissional no que se refere ao HETSHL. Este é um ponto que pode trazer prejuízos ao processo de implantação uma vez que a preocupação com a capacitação deve ser constante. Trata-se de um pré-requisito da política para que os profissionais estejam conscientes de seus atos, agindo com segurança durante o processo de acolhimento e classificação.

O mais preocupante é o fato de a maioria dos entrevistados não terem acesso ao conteúdo proposto pela PNH e desenvolverem as ações sem o direcionamento da teoria. Isto pode mostrar ainda o baixo nível de importância dado ao AACR, em relação aos outros setores e serviços do HETSHL, trazendo talvez a ideia de que este é um mero setor de triagem não necessitando especificamente de pessoal treinado.

### 5.2.5 Oportunidades de reflexão e discussão das equipes de AACR sobre a sua prática

Esquema didático referente às categorias desse eixo temático<sup>5</sup>:



O principal objetivo de se trabalhar esse eixo veio da importância de compreender como estão se desenvolvendo as relações entre os componentes da equipe e se o AACR está servindo como ferramenta de debate entre os profissionais.

A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde, processo esse que tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes (PEDUZZI, 2001).

Como já foi dito anteriormente, a Central de Acolhimento é formada por uma equipe multidisciplinar, com diferentes categorias profissionais atuando no mesmo espaço físico, sem que isso implique dizer que atuam em conjunto. Para compreender em que nível se dá a interação dentro da equipe de acolhimento do HETSHL, foi perguntado aos entrevistados se havia momentos de discussão e conversas entre a equipe acerca do AACR, bem como reuniões destinadas a debater o assunto.

Apesar de integrarem o mesmo setor, as respostas divergiram entre os entrevistados. Uma parcela dos respondentes afirmou que **existe** esse momento em que os profissionais conversam, em reuniões, sobre os problemas do acolhimento e também como formular estratégias de se trabalhar melhor. Como mostram os relatos abaixo:

<sup>5</sup> PS.: Utilizamos diferentes intensidades de sombreado como estratégia para destacar a força argumentativa das categorias (mais escuro o de maior força) e evidenciadas durante a análise dos dados.

“[...] a gente às vezes discute uma forma ou outra de como deveria trabalhar mais integrado.” (MAQ 1)

“O pessoal aqui já fez reunião é [...] intrasetor, como já participei de reunião com o coordenador, com direção.” (ENF 4)

“Já aconteceram vários momentos assim [...] a gente até já respondeu um questionário sobre como é que tá o andamento do acolhimento [...] justamente nessa visão aí [...]” (AS 1)

De acordo com Pinho (2006), o aprendizado intra-equipe é de grande importância para o bom funcionamento do trabalho em saúde. Competências e habilidades técnicas somadas a um conhecimento amplo têm sido cada vez mais desejáveis, englobados sobre a ótica da multiespecialização, responsável por tornar o profissional apto a superar desafios e romper com uma visão de trabalho linear e previsível. O autor ainda frisa que a incorporação deste novo modelo capacita o profissional a ter uma percepção mais abrangente, dinâmica, complementar e integrada, estabelecendo assim, relações interpessoais com base na cooperação.

Em relação às discussões entre os profissionais, outros entrevistados referiram existir momentos de conversas dentro da equipe, mas que ocorrem **informalmente**, sem qualquer forma de organização ou direcionamento. São conversas que ocorrem nos corredores ou motivadas por alguma situação-problema que possa surgir. Conforme relatos abaixo:

“[...] dentro do setor de acolhimento existe mas de uma forma informal. Se a gente for dizer que existe essa discussão de toda a equipe, não formalmente. Isso não existe, onde se sentariam, se colocariam dúvidas, onde se colocariam os pontos positivos e negativos e ter pontos de reflexão; infelizmente não existe [...]” (PSC 1)

“Não, acho que não, é mais entre nós nos corredores.” (AS 1)

“Só existe quando o acolhimento erra na classificação; aí tem aquela confusão, só nessa hora [...]” (ENF 2)

As respostas acima revelam indícios de diálogo dentro das equipes sobre a sua prática. Neste sentido, a fala da PSC 1 denota a preocupação pela ausência de momentos formalmente estabelecidos para reuniões, nas quais seriam colocados pontos de reflexão sobre o funcionamento do AACR. Os diálogos presentes na equipe parecem ser inconstantes e desordenados, surgindo na maioria das vezes em momentos de conflitos, ocasiões em que os diálogos costumam gerar ressentimentos e não aprendizado. Segundo Pinho (2006), o diálogo deve servir para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços, através do planejamento das ações. Os trechos seguintes reforçam os relatos anteriores:

“(Risos) [...] Nenhum momento [...] o único momento que você fala de Acolhimento é quando o Acolhimento por uma falha ou outra bota um paciente aqui dentro de uma área que não era pra colocar, errou a área aí

pronto aí todo mundo cai em cima pra falar e pra falar mal (risos)[...] aí discussão[...] nenhuma[...]" (ENF 1)

"[...] então assim conversar mesmo sobre o acolhimento então eu acho que tá faltando isso[...]" (TÉC 2)

A TÉC 2 mostra-se sensível a ausência de diálogo entre os membros da equipe, sugerindo a necessidade de existir momentos de discussão com vistas à melhoria do serviço. De acordo com a PNH (2004a), a reorganização do serviço de saúde ocorre a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional. A PNH, portanto, propõe construir coletivamente propostas com a equipe local, podendo ser estendidas à rede de serviços e às gerências centrais e distritais.

As respostas não apontam para um consenso, o que talvez seja justificado pelo fato de apenas alguns dos entrevistados terem participado das reuniões e capacitações. Outra possível explicação pode estar relacionada ao conteúdo das reuniões, que não abordam explicitamente o tema AACR. Pode-se dizer que a realidade observada é de que as reuniões e discussões ainda não ganharam a abrangência que necessitam ter para propor modificações aos processos de trabalho e as restritas relações dentro da equipe multidisciplinar.

Nesse contexto, Hall e Weaver (2001 apud Pinho, 2006) entendem que equipes são organizadas para resolver um conjunto de problemas comuns, em que cada membro poderá contribuir com seu conhecimento e habilidade, para aumentar e apoiar as contribuições dos outros. Para eles, os membros da equipe devem preservar suas funções especializadas, mantendo uma linha contínua de comunicação uns com os outros, colocando-se eles próprios numa sequência de interações e responsabilidades.

### 5.2.6 Avanços percebidos com a implantação do AACR

Esquema didático referente às categorias desse eixo temático<sup>6</sup>:

**Melhor distribuição do espaço físico | Maior rapidez no atendimento |  
Melhor recepção do usuário | Organização da porta de entrada.**

<sup>6</sup> PS.: Utilizamos diferentes intensidades de sombreado como estratégia para destacar a força argumentativa das categorias (mais escuro o de maior força) e evidenciadas durante a análise dos dados.

**Melhoramento do processo de trabalho | Aumento da parceria entre os profissionais.**

**População está mais receptiva às mudanças | Melhor orientação para os maqueiros | Melhoramento da imagem do hospital.**

Foi perguntado aos entrevistados quais os avanços observados, após a implantação do AACR, ou seja, quais as melhorias visíveis nesse processo. A mudança mais citada, nas respostas, se referiu a **melhor distribuição do espaço físico**, se referindo à divisão das áreas de acordo com os graus de risco, o que foi feito no serviço (ANEXO D), identificado pelas cores. Conforme explicitado nos trechos:

“Antes do acolhimento aí só existia duas áreas no hospital, era a urgência e emergência; agora depois do acolhimento já tem a Área Verde, Área Amarela, Área Vermelha e UTI II, que é o suporte [...] isso tudinho né [...] e só tem melhorado, tem ampliado, tem [...] dividiram melhor o espaço físico do hospital, a emergência não fica superlotada como ficava porque tem a Área Verde que dá suporte.” (MAQ 1)

“[...] a porta de entrada aqui em baixo não é mais urgência e emergência e sim setores [...] está otimizado nesse sentido: o paciente chegar e ser encaminhado pra aquele setor que vai dar a demanda dele. Acho que é o grande diferencial até agora da implantação do acolhimento com classificação de risco hoje [...]” (PSC 1)

Os entrevistados enfatizam a mudança que houve na estrutura física, detalhando as alterações e mostrando as melhorias. Eles conseguem demonstrar a reorganização física do serviço e do fluxo de atendimento. Essas afirmações mostram que a proposta de reestruturação da área física dos serviços, trazida pela PNH, está sendo implementada na unidade em questão, no que se refere à organização dos setores.

Nesse sentido, uma das grandes preocupações dos serviços que se propõem a implantar o AACR é justamente redefinir as áreas de atendimento. Outros serviços na Paraíba e no Brasil adaptaram ou reformaram sua unidade de pronto atendimento para atender ao projeto do HumanizaSUS, como é o caso do Hospital Estadual de Patos, na Paraíba; do Hospital Municipal Odilon Behrens, em Minas Gerais e do Hospital da Restauração de Recife, em Pernambuco. Essa reestruturação alcançou também a rede privada de hospitais, como por exemplo, os hospitais da UNIMED de diversos estados e cidades.

Para a PNH (2004a), a adequação da área física é necessária principalmente para os serviços de grande demanda, onde os atendimentos estavam ocorrendo de

forma desordenada, congestionando o pronto-socorro. A partir da chegada do usuário, à porta de entrada do serviço, deve ser determinada a área de atendimento primário (Vermelha, Amarela, Verde ou Azul), na qual o usuário deve ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo.

Alguns serviços adéquam essas áreas de acordo com suas necessidades, pactuadas pelas equipes, norteadas pelas diretrizes propostas pela PNH e pelos protocolos de referência, acrescentando ou subtraindo algumas delas. Pode-se apresentar como exemplo o Hospital das Clínicas de Porto Alegre, que eliminou a Área Azul e acrescentou a Área Roxa, como sendo a prioridade zero.

Os entrevistados perceberam também o **melhoramento do processo de trabalho** da unidade hospitalar, se apresentando mais organizado e propício para oferecer uma assistência mais adequada ao usuário. A proposta do MS é que haja uma maior participação e protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. A partir daí há uma maior valorização de todas as categorias profissionais envolvidas (BRASIL, 2004a). Os trechos seguintes expressam o motivo do melhoramento:

“[...] acho que isso também causou efeito no serviço próprio de cada um né [...] teve uma construção a mais, teve uma.. algo a mais aí que foi colocado, que mudou a dinâmica, vamos dizer, a forma como cada um trabalhava, foi preciso mudar [...] o médico não fica sendo mais aquele protagonista principal da cena, ele passa a ser mais um, como o enfermeiro, como o psicólogo, como o assistente social, como o técnico de enfermagem como o [...] pessoal do apoio, os próprios vigilantes [...] que são os primeiros também que pegam e recebem as informações do paciente.” (PSC 2)

“[...] ficou muito mais organizado, que facilita o trabalho da gente, de lidar com o paciente quando você já sabe o que é que ele tem assim né, quando já é mais direcionado [...] é perceptível a organização. (TÉC 1)

Uma das melhorias citadas pelos entrevistados nesse quesito e explicitada no último fragmento foi o fato de que os usuários já se dirigem para o atendimento médico e de urgência com uma queixa previamente identificada e com um grau de risco já estabelecido. Com o uso dessa ferramenta, o atendimento se desenvolve de forma mais direcionada e cautelosa, prevenindo, assim, mortes evitáveis.

Outra questão levantada nos discursos dos profissionais foi a redução do poderio da classe médica, já que todos teriam igual protagonismo no processo. Esse ponto está descrito na Cartilha da PNH, figurando como um dos pontos críticos para a humanização do atendimento e que devem ser vencidos:

Superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, de modo que amplie a escuta e que recoloca a perspectiva humana na interação entre profissionais de saúde e usuários [...]

Reconfigurar o trabalho médico no sentido de superar o papel central que ele vem ocupando e integrá-lo no trabalho da equipe, garantindo o compartilhamento de saberes para um ganho na potência das diferentes categorias (BRASIL, 2004a, p.18 ).

Na estratégia de AACR, o trabalho em equipe deve ser valorizado, já que necessita da participação mútua de todos os sujeitos envolvidos. Dessa forma, Robbins (2004) indica um elenco de componentes para a criação de equipes eficazes: o projeto do trabalho, a composição da equipe, recursos e influências contextuais e as variáveis de processo. Em relação ao processo de trabalho, destaca a importância de condições motivadoras para se assumir responsabilidades coletivas quando da realização de tarefas significantes. Para isto, no entanto, é necessária a inclusão de variáveis tais como liberdade e autonomia, oportunidade de utilização de diferentes habilidades e talentos, capacidade de realização completa de uma tarefa que aumente o senso de responsabilidade (ROBBINS, 2002).

Fortuna (1999), por sua vez, identifica três concepções distintas sobre trabalho em equipe, cada uma delas destacando os resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Nos estudos que ressaltam os resultados, a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços. Já os estudos que destacam as relações tomam como referência conceitos da psicologia, analisando as equipes principalmente com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos. Na vertente da interdisciplinaridade estão os trabalhos que trazem para discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho, ou seja, a especialização do trabalho em saúde (FORTUNA, 1999).

Com a composição da equipe de AACR, os entrevistados acreditam que houve um **aumento da parceria entre os profissionais** e destes com os usuários. Para eles, o fato de o trabalho ter que ser compartilhado faz com que as relações se estreitem à medida que a convivência aumenta. Conforme mostram os relatos seguintes:

“[...] serviu também pra formar parceria entre as equipes, entre o serviço da enfermagem se aproximar do serviço da psicologia, a psicologia com o serviço social, com o médico enfim [...] fazer aquela comunhão, vamos dizer assim do serviço, da demanda e assim poder fazer uma ponte aí entre as diversas áreas [...] acho que levou também essa [...] também essa contribuição de construir parcerias dentro do acolhimento.” (PSC 1)

“[...] a escuta passa a ser maior, o atendimento passa a ser maior [...] e sai dessa centralização médica e passa a uma distribuição maior do serviço pra os outros profissionais [...] os outros profissionais tendo também uma participação aí rica, significativa, intensa, com o familiar, com o usuário, o paciente.” (PSC 2)

A partir dessa aproximação, observou-se também como avanço uma **melhor recepção do usuário** ao adentrar o serviço. Antes da implantação só havia um segurança e um maqueiro para receber e ouvir as queixas dos usuários. Hoje eles são recebidos por uma equipe multiprofissional, devendo ser ouvidos e bem recebidos. Essa mudança faz com que a porta de entrada da instituição tenha um caráter acolhedor e diferencial, opondo-se aos antigos atendimentos baseados na triagem, onde restringir o atendimento era a melhor escolha. Os trechos seguintes revelam a opinião dos profissionais:

“[...] a única melhoria que eu vejo é o fato de ter alguém aqui na porta que possa dar uma resposta né e assim o pessoal que acompanha receber um [...] ter uma Assistente Social, ter uma Enfermeira aqui que dá uma resposta, que antes isso não existia né [...] que não tinha nem enfermeiro aqui na frente, não tinha técnico, não tinha Serviço Social, então essas pessoas ficavam sem resposta [...]” (ENF 1)

“[...] o paciente chegou, a gente vai abordar: ‘bom dia boa tarde boa noite’ dependendo do horário e vai conversar, perguntar o nome, o que foi que aconteceu, se realmente é pra cá, que existe uma classificação, aí a gente vai explicar pra família e vai orientar levar pra outro hospital e tudo certo né [...]” (TÉC 2)

“Quando o acolhimento passou a existir, então as técnicas de enfermagem quando chega um carro já faz logo a abordagem né. Então assim a melhoria que eu acho que teve muito foi através disso aí porque elas vão em cima, entendeu [...] procurar saber o que foi que houve com o paciente [...]” (MAQ 2)

Além de melhorias na recepção dos usuários, houve também uma maior **organização na porta de entrada** desse serviço, resultando num melhor direcionamento dos usuários de acordo com o grau de risco evidenciado. Os entrevistados relatam que o AACR desobstruiu a frente do hospital, a partir da ordenação do atendimento e da organização dos setores. Podendo ser evidenciado através dos trechos abaixo:

“[...] acolhimento agora desobstruiu né, a frente do hospital.” (ENF 3)

“[...] só depois da implantação do acolhimento né, da classificação de risco é que [...] foi tendo o controle de cada tipo de paciente, o perfil de cada paciente, pra onde ele ia aqui dentro [...]” (ENF 4)

“A diferença tá no sentido assim [...] dar um melhor encaminhamento mais rápido para [...] já que o hospital, a porta de entrada aqui embaixo não é mais urgência e emergência e sim setores, está otimizado nesse sentido, o paciente chegar e ser encaminhado pra aquele setor que vai dar a demanda dele. Acho que é o grande diferencial até agora da implantação do acolhimento com classificação de risco hoje [...]” (PSC 1)

Com essa organização em relação à ordenação do atendimento, os entrevistados se referem a uma melhoria significativa em relação ao usuário

gravemente acometido. Há **uma maior rapidez no atendimento**, uma maior agilidade para reverter o quadro de morbidade que se instalou naquele indivíduo. Como já foi comentado anteriormente, o Protocolo de Classificação de Risco preconiza justamente a rapidez no atendimento de emergência a quem mais necessita, o qual é detectado através das cores.

“ Teve mudanças assim porque antes do acolhimento o paciente ele num [...] assim ele esperava por igual não tinha aquela vamos dizer rapidez, agora acredito que está melhor, por ter essa prioridade e maior agilidade né?”(MED 1)

“[...] o atendimento tá mais rápido, isso aí tá ele tá bem mais rápido do que antes, porque antes era só estocando, botando pra dentro e estocando. Então há uma rotatividade maior de paciente, então ele funciona mais rápido do que antes, então teve uma melhora, pouca, mas teve.” (ENF 2)

“[...] com relação ao paciente com essa classificação de risco o paciente grave melhorou muito pra ele, porque ele já é logo atendido [...] você veja quando chega um paciente de arma de fogo com politraumatizado, fratura exposta, a equipe toda se dirige pra ele e imediatamente.” (AS 2)

Os entrevistados mostram que houve uma mudança, no que se refere à agilidade do atendimento, que há uma separação entre pacientes graves e os não graves, melhorando assim a organização e a rotatividade. Mostra também, nesse último trecho, que a equipe está atenta aos sinais de gravidade e à identificação através de cada cor, levando em consideração as prioridades.

Os maqueiros enxergam como avanço a rapidez que o seu trabalho ganhou no momento em que, após a implantação do AACR, passaram a ser mais bem orientados por profissionais de enfermagem, quanto ao local mais adequado para o encaminhamento dos usuários, pois como já afirmaram, respondendo uma pergunta anterior, pelo fato de antes não terem essa orientação prévia, acabavam enviando os usuários para o setor equivocado, recebendo inúmeras reclamações dos médicos plantonistas. Reputam então como um avanço da implantação do AACR uma **melhor orientação para os maqueiros**, na medida em que contribuiu também para essa maior agilidade no atendimento. Assim descrito abaixo:

“[...] pra mim foi ótimo o acolhimento com classificação porque aí num precisa, eu como maqueiro, que não sou da área, num preciso tá levando o paciente para o local errado e assim o pessoal do acolhimento com classificação já diz onde é o local indicado da pessoa.” (MAQ 1)

A necessidade de se agilizar o atendimento não surgiu com a classificação de risco, era executada principalmente nos salvamentos e atendimentos de APH (Atendimento Pré-hospitalar), como por exemplo, o Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS©), o Australian Triage Scale (ATS©), o Emergency Severity Index

(ESI©) e o Manchester Triage System (MTS©), como registram Pires (2003) e o Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (2008). A diferença entre esses antigos e o atual AACR, no Brasil, é a ausência da exclusão durante a avaliação, da triagem propriamente dita.

Nesse sentido, observa-se que o significado do termo 'triagem' ou 'triage' remete à compreensão do sentido de atribuição de prioridades e, conseqüente exclusão de pessoas. Desta maneira, o referido termo é tido como inadequado pela PNH, sendo indicados os termos 'avaliação' e 'classificação de risco'. Pressupõe-se que tais termos venham se adequar melhor à realidade e objetivos da política, pois exercem uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade de atendimento de acordo com o risco potencial para agravamento e/ou sofrimento físico ou mental (BRASIL, 2004a).

Diante desses avanços, os profissionais entrevistados acreditam que houve um **melhoramento da imagem do hospital** e que a população está mais satisfeita com o atendimento oferecido pelo serviço após a implantação do AACR. Em consequência deste melhoramento, os entrevistados pressupõem que a **população está mais receptiva às mudanças**, compreendendo mais acerca do atendimento com o sistema de classificação risco. Conforme mostram os trechos das entrevistas:

“[...] já tive a oportunidade das pessoas elogiarem né, dizer que mudou, que já tinham vindo aqui em outros momentos e que não tinha esse atendimento [...] na ouvidoria as queixas muitas são de elogios, acredito que as reclamações diminuiram [...]” (AS 1)

“Tem diferença até mesmo porque o paciente antes de ter a classificação de risco, ele não queria respeitar assim a prioridade dos outros pacientes né. Com a classificação de risco inibe um pouco, parece que eles respeitam mais.” (MED 1)

“Melhorou assim [...] melhorou porque hoje você vê que a população, boa parte ela já começa a entender, o que no começo não (acontecia); a gente levava muita patada aí e ela (população) já começa a entender um pouco do que é o Acolhimento [...]” (ENF 2)

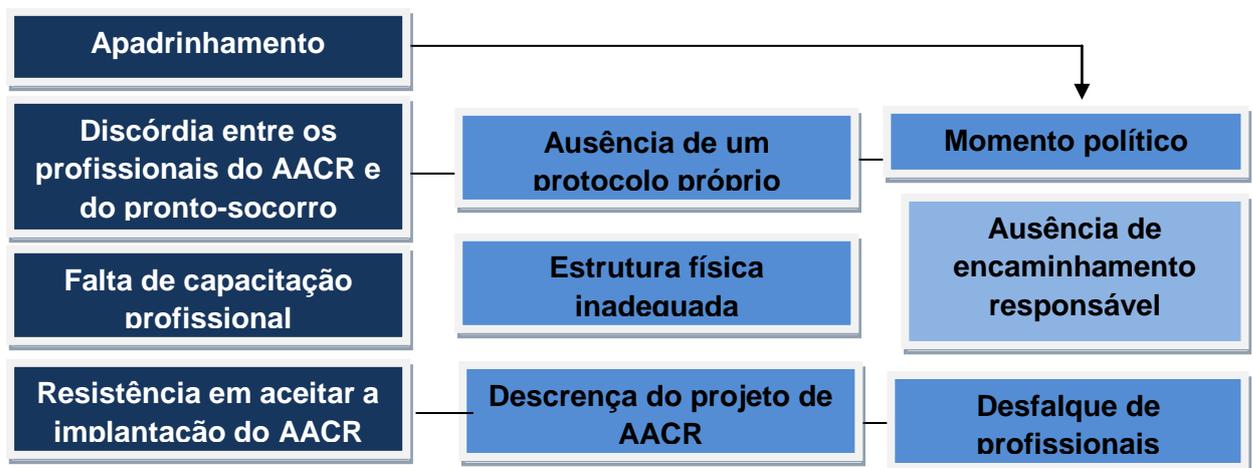
Para os entrevistados, o fato de a população parecer estar mais consciente em relação ao AACR, é considerado um avanço para o processo de implantação, pois com essa aceitação torna-se mais fácil o envolvimento desses sujeitos como coparticipantes do processo. A comunicação entre profissionais e usuários também está sendo evidenciada. Apesar dos momentos conflitantes iniciais, o diálogo parece começar a fluir, o aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em

relação aos usuários e elevação dos graus de vínculo, vem caminhando para uma confiança mútua entre eles.

Outro aspecto a ser ressaltado é que o acolhimento não estabelece o profissional que o fará; todos os profissionais devem estar aptos a ouvir e compartilhar saberes, angústias e necessidades. Não se trata de uma etapa do processo, mas, sim, de uma ação multiprofissional que deve perpassar todo o processo de atendimento ao usuário. Neste funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações, partindo do complexo encontro do sujeito profissional de saúde com o sujeito demandante (BRASIL, 2004a).

### 5.2.7 Obstáculos identificados na trajetória do AACR

Esquema didático referente às categorias desse eixo temático<sup>7</sup>:



Com a implantação do AACR no Hospital de Trauma, houve mudanças no fluxo, nos setores e nas formas de atendimento. Com essas modificações, alguns entraves foram identificados pelos profissionais entrevistados. Foi perguntado quais os principais obstáculos que serviam como empecilho para a real efetivação do AACR no serviço em questão. Dentre eles, o mais citado foi o **apadrinhamento**

<sup>7</sup> PS.: Utilizamos diferentes intensidades de sombreamento como estratégia para destacar a força argumentativa das categorias (mais escuro o de maior força) e evidenciadas durante a análise dos dados.

exercido pelos próprios funcionários, privilegiando alguns dos usuários, mesmo com o grau de risco inferior ao dos demais. Conforme mostra os trechos abaixo:

“O primeiro obstáculo é [...] existe sempre alguém que corta o caminho do paciente facilitando de alguma forma o atendimento né e às vezes até atrapalha o andamento dos outros atendimentos né porque realmente vem né com pedidos e já alguém a tiracolo, pra realmente ser atendido com mais rapidez e acaba que ocupa o profissional e o profissional deixa de atender outro que realmente tem mais risco, na verdade [...]” (MED 1)

“O que dificulta o trabalho do acolhimento é assim [...] quando não é aqui a especialidade desse hospital tal patologia. Aí como é conhecido de um médico ou de um funcionário, aí o hospital se submete a atender, isso cria um certo constrangimento pra o acolhimento.” (MAQ 1)

“[...] chega porque é conhecido de alguém que tá aqui na porta, aí dá um jeitinho, é meu conhecido e tal, vamos liberar [...] ‘Não é daqui não, mas vamos atender [...] é por aí que acontece e assim vai entrando e lotando o hospital [...]’ (ENF 1)

“[...] os próprios funcionários da casa que chega, com seus parentes, com seus amigos e passa direto e quando a gente vai abordar [...] ‘Ah eu trabalho aqui’[...] mas não é assim [...]” (TÉC 2)

O apadrinhamento ou o jeitinho de facilitar o atendimento de alguns usuários é um fato bastante incômodo para os profissionais que trabalham na Central de Acolhimento. Pode-se ver nos trechos acima que essa ação causa transtornos para as diversas categorias, pois os mesmos se sentem incapazes de modificar tal realidade já que os próprios colegas não respeitam a ordem da classificação de risco. Enquanto um médico atende um desses pedidos, pode estar deixando de dar assistência a alguém que apresenta um grau de necessidade bem maior. Os profissionais afirmam que se sentem desautorizados perante os demais usuários.

Partindo do pressuposto de que esse é um hospital público da rede do SUS, este tipo de comportamento fere o princípio da equidade, onde todos por igual devem ter direito à saúde, diferenciando-se uns dos outros apenas em função da patologia que apresentam e do seu estado de saúde. Contraria também o próprio protocolo de classificação de risco estabelecido pela PNH, no qual a ordem sequencial de atendimento é estabelecida pela gravidade. Os trechos dos discursos ainda revelam que essa prática parte de várias categorias profissionais, tornando-se algo corriqueiro. Um ato, segundo os profissionais entrevistados, de desrespeito aos colegas que fazem parte do AACR e, conseqüentemente aos usuários.

A prática do apadrinhamento se constitui em um grande obstáculo para o processo de implantação do AACR, por ser um ato de difícil controle, uma vez que

os funcionários, que pressionam para ter essa regalia, têm acesso às dependências e aos servidores do hospital, podendo burlar as normas da classificação. Combater esta prática consiste em um desafio constante para a equipe da Central de Acolhimento.

Outro obstáculo também citado pelos entrevistados foi à **discórdia entre os profissionais do AACR e do pronto-socorro**. Segundo os entrevistados, muitos profissionais de outros setores acreditam que o AACR não tem utilidade, que só serve para superlotar ainda mais o hospital. Ocorrem discussões frequentes acerca do tipo de atendimento e da classificação definida. Essas situações de conflito seriam desencadeadas principalmente por médicos. Segundo os relatos abaixo:

“[...] os próprios funcionários, eles não aceitavam a implantação. Tão tendo muita divergência entre a equipe do acolhimento com (os) médicos e com outras áreas da equipe de saúde dos hospitais, às vezes a classificação se torna um problema porque não há consenso.” (ENF 2)

“[...] às vezes sai é briga mesmo (risos) [...] porque os próprios colegas eles não ajudam [...] não digo todos, tem alguns que num ajudam o trabalho da gente, querem passar por cima de nosso serviço aqui no Acolhimento, parece que somos invisíveis [...]” (TÉC 2)

“[...] os médicos são prepotentes, os médicos acham que só eles mandam, eles acham que eles são imortais e por isso às vezes dificulta o nosso trabalho, porque se eu tô dizendo que o paciente é pra ir pra verde, é porque eu tenho conhecimento.” (ENF 4)

Em outros trechos, são relatados desentendimentos entre os membros da equipe na presença dos usuários, a exemplo da fala desse maqueiro:

“[...] a única coisa que eu vejo assim, que já chegou atrapalhar um pouco, pronto hoje mesmo né, aconteceu da menina (técnica de enfermagem) colocar um paciente pra dentro, certo, e o médico chegar na hora [...] e o médico chegar pra o paciente e pra técnica e mandar ir pra Mangabeira, pro Ortotrauma. Foi só isso, é só nesse aspecto aí né que eu vejo assim, em termo de atrapalhar, somente isso. O Acolhimento faz um trabalho e outro vem desfazer, foi o que aconteceu hoje, a menina ficou toda sem graça.” (MAQ 2)

A partir desse texto, pode-se observar a indefinição dos profissionais em relação ao destino que os usuários devem ter quando chegam ao Hospital de Trauma. A técnica de enfermagem recebeu o usuário e o encaminhou para o atendimento médico. O médico determinou que o usuário deveria ser atendido em outro serviço, encaminhando-o verbalmente. Ao mesmo tempo, reclamava com a referida técnica por um possível erro de classificação.

De acordo com o protocolo de classificação de risco do MS, nenhum atendimento deve ser negado. Caso o atendimento tenha indicação para outro local, o usuário deve ser atendido, referenciado e encaminhado de forma responsável. No

caso supracitado, não houve a presença da escuta qualificada; a equipe não se propôs a resolver o problema trazido pelo indivíduo, tendo um de seus membros feito tão somente o repasse para que o problema fosse resolvido em outra unidade. Esse fato revela que o processo da simples triagem ainda está presente no HETSHL.

Situações dessa natureza se acham na contramão da PNH, que defende ser preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso – todos os cidadãos devem e poder ter acesso aos serviços de saúde – e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos indivíduos. Isto deve ser implementado com a consequente constituição de vínculos entre os profissionais e a população (BRASIL, 2004a).

Acredita-se que um dos motivos dessa discordância entre os profissionais seja a **ausência de um protocolo próprio** da instituição. Conforme já foi citado, existe um protocolo proposto pelo MS, mas cada instituição deve adequá-lo à sua própria realidade. Temos como exemplo os hospitais do Bonsucesso no Rio de Janeiro, do Prado Valadares na Bahia e do Mário Gatti em São Paulo, os quais possuem protocolo próprio.

Pelo fato do HETSHL não possuir este protocolo próprio e de nem todos os profissionais terem acesso ao protocolo do MS, a classificação funciona nesse aspecto de forma assistemática, sem um direcionamento comum. Não existe um consenso técnico dentro da própria equipe do AACR, sendo as ações norteadas pelo que cada profissional acredita ser um caso a ser classificado como vermelho, amarelo ou verde. A maioria dos profissionais do pronto-socorro também não possui essa compreensão, travando constantes embates com a equipe do AACR para saber quem está com a razão sobre determinado caso. As disputas são frequentes e muitos médicos, apesar de não fazerem parte da equipe de classificação, estariam a ditar regras, intervindo no serviço do AACR, sem respaldo de um protocolo preexistente. Esses fatos estão expressos nos trechos a seguir:

“[...] não tem uma coisa certa, fica mudando; aqui as diretrizes do acolhimento muda todo dia (risos) [...] todo dia é uma coisa nova, uma forma diferente, se bem que toda mudança tem sido pra melhor, mas as vezes esse tipo de coisa constrange e atrapalha [...]” (MAQ 1)

“[...] paciente chega e é triado pro otorrino, aí o otorrino chega e dá um esporro no acolhimento [...] ‘Ah! O paciente né meu não!’. Tá certo, mas cadê o protocolo? O que é que eu atendo ou não [...] todos os dias a equipe que gerencia isso muda de idéia [...] “Não, você vai ser atendido nessa sala hoje, amanhã você vai ser atendido nessa daqui” [...] então como é que

“você vai passar uma rotina pros servidores? Os servidores não sabem.”  
(ENF 1)

“Acho que um obstáculo é a questão de não ter uma coisa uniforme, sabe [...] não tem um protocolo, assim [...] Tem do Ministério, mas ninguém segue, os médicos querem mandar em tudo, acham que tem esse direito, que são superiores a nós [...]” (TÉC 1)

Para combater esses entraves, o MS busca a padronização do processo de acolhimento com classificação de risco através da adoção de medidas que uniformizem esse processo em todo o território nacional, adequando-se de acordo com o perfil do serviço. Para Barbosa e Silva (2007), o uso do protocolo serve para melhorar o fluxo de atendimento dos pacientes, a resolutividade, a aceitação do tempo de espera pelo cliente e a diminuição da mortalidade.

O Hospital Odilon Behrens (HOB) ganhou destaque nacional, sobretudo no Estado de Minas Gerais, onde está localizado, não só por ser um dos primeiros hospitais a implantar o referido serviço mas, também, pelo fato de estruturar seu próprio protocolo de classificação de risco baseado em protocolos já existentes, servindo inclusive como modelo para outros hospitais que estão viabilizando implantações semelhantes (HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS, 2006).

Dentre os prerequisites necessários à implantação da Central de Acolhimento e Classificação de Risco está o estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco (BRASIL, 2004a). Este dispositivo foi implantado no HETSHL e funciona há aproximadamente dois anos, mas não foi instituído um protocolo próprio. A implantação deste instrumento normativo teria sido, para os entrevistados, dificultado em parte pelo **momento político** em que o Estado da Paraíba atravessava, período esse em que se deu a coleta de dados para este estudo, com a campanha eleitoral desafiando qualquer tentativa de ordenação do atendimento. Melhor explicado nos trechos abaixo:

“[...] nessa situação, que é ano político, do momento político, então a gente é orientado a receber tudo e às vezes trazendo discussão tanto com a equipe, a equipe em si do Acolhimento, porque fica sobrecarregada e como com a equipe do pronto socorro.” (ENF 2)

“[...] eu gosto de trabalhar aqui, eu sempre peço a Deus que ele me dê muitos anos de vida e mais oportunidade aqui porque com esse clima que tá rolando aí né infelizmente interfere.” (MAQ 2)

“[...] antes não podia entrar nada e agora com essa eleição entra gato, cachorro e papagaio aqui; aí é demais [...]” (TÉC 2)

Os entrevistados afirmam que o momento político interferiu no perfil e no número de atendimentos. Os profissionais parecem estar pressionados a atender

sem nenhum critério. Todos aqueles que procuram o HETSHL devem ter atendimento médico para não desagradar um possível eleitor, já que o referido serviço pertence ao Estado. Esse ato acarreta superlotação, sobrecarga das equipes e constrangimento para a equipe de AACR.

De acordo com o protocolo do HUMANIZASUS (2004), aqueles usuários que fossem classificados com a cor AZUL, deveriam ser referenciados a outros serviços, já que não se caracterizam como urgência, sendo encaminhados às UBSs ou Policlínicas. Nesse período, todos os usuários que demandavam o HETSHL recebiam atendimento médico de urgência, inclusive os classificados como AZUIS. No último trecho a TÉC 2 faz um desabafo, expressando que antes o atendimento era restringido ao passo que estando em período eleitoral, a porta de entrada era aberta a todos que procuravam o serviço.

Outro problema enfrentado pelo AACR diz respeito à **estrutura física inadequada** oferecida pelo serviço. De acordo com os profissionais entrevistados, as condições físicas do hospital não comportam a demanda atual, como também, a nova proposta oferecida pelo HumanizaSUS. Com a proposta da classificação de risco, toda a estrutura do pronto-socorro deveria sofrer alterações, dividindo os ambientes de acordo com as cores e o grau de suporte a ser oferecido para o usuário. Essa divisão teria por finalidade otimizar o fluxo e o atendimento na urgência. Os trechos seguintes mostram os empecilhos apresentadas pela inadequação da área física:

“[...] a estrutura também se torna um empecilho, porque a estrutura daqui não foi feita exatamente pra colocar as áreas divididas e organizada da forma certa, então os pacientes ficam amontoados na Vermelha, porque não tem espaço na Verde e na Amarela.” (ENF 2)

“[...] não há uma sala restrita, não tem privacidade pra o doente, não tem como fazer uma anamnese bem feita, porque a Sala de Classificação de Risco está sempre cheia de gente [...]” (ENF 1)

“[...] a estrutura aqui claro né, assim [...] é pequena [...] aí você divide sala com o serviço social e com a família do paciente todinha, que vem falar com o Serviço Social. Assim eu acho que a estrutura é bem perceptível que atrapalha.” (TÉC 1)

Para a implantação do AACR, o MS pressupõe uma adequação da área física, o dimensionamento das equipes e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde, pois acredita que espaço físico não se separa da produção de saúde e da produção de subjetividades (BRASIL, 2009). A estrutura

física deve proporcionar boas condições de atendimento e de trabalho para os usuários e profissionais respectivamente.

Nos trechos selecionados, observa-se que em alguns momentos, a estrutura física ao invés de ser um aliado, torna-se um empecilho para o bom andamento do AACR. Pela descrição dos entrevistados, a Central de Acolhimento é formada apenas por uma sala que é dividida entre a equipe de enfermagem e o serviço social, ou seja, enquanto o enfermeiro faz a consulta e a classificação de risco, o serviço social acolhe as famílias, repassando as informações sobre os usuários internos ou em atendimento. Esse fato é percebido como obstáculo por tirar a privacidade do usuário doente que está para ser atendido e classificado. No primeiro trecho, a ENF 2 afirma que apesar das mudanças, a estrutura física ainda não está totalmente adequada aos parâmetros do MS.

A Classificação de Risco considera minimamente como áreas de atendimento à área de emergência e à área de prontoatendimento. Nesse sentido, é importante que se tenham propostas arquitetônicas com um arranjo que auxilie na resolutividade do atendimento e na organização do processo de trabalho dentro desses setores de urgência e emergência (BRASIL, 2009).

A área de Emergência, nessa lógica, deve ser pensada também por níveis de complexidade, desta forma otimizando recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, atendendo ao usuário segundo sua necessidade específica (BRASIL, 2004a), sendo dividida nas áreas Vermelha, Amarela e Verde, ficando o Pronto Atendimento destinado à área Azul.

A Área Vermelha deve ser devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização, estes pacientes serão encaminhados para as seguintes áreas:

- Área Amarela – destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada.
- Área Verde – destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda. (BRASIL, 2004a)

O Pronto Atendimento, onde se localiza a Área Azul, estaria destinado ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade. Nessa área está contida a Central de Acolhimento com fluxo obrigatório na chegada, o que favorece a visão dos que esperam por atendimentos de baixa complexidade. A Central deve ser

constituída por duas salas de atendimento, sendo uma ocupada pela equipe de enfermagem, onde é feita a classificação de risco; e outra pelo serviço social, onde são feitos os encaminhamentos para os atendimentos ambulatoriais.

O planejamento desse espaço precisa contemplar as dimensões de fluxos, de privacidade e de conforto tanto para os usuários como para os profissionais. É importante ressaltar que o MS (2009) não pretende criar normas ou estabelecer parâmetros rígidos, mas essas considerações e propostas devem ser adaptadas, repensadas e recriadas de acordo com as peculiaridades de cada situação, local das diferentes demandas e do poder de criação dos arquitetos.

Outro aspecto reconhecido como obstáculo é a **falta de capacitação profissional** daqueles que trabalham na Central de Acolhimento, como também, daqueles que prestam serviços no pronto-socorro. Os entrevistados entendem que o aperfeiçoamento dos profissionais pode trazer melhorias ao atendimento, evitando muitas das falhas cometidas. Explicitado nas seguintes falas:

“[...] profissionais que não são capacitados e nem têm a habilidades pra trabalhar com isso, porque dizer não é muito fácil, mas pessoa tem que saber dizer não. Então assim, eu não daria certo porque eu dou um não bonito [...] ‘Não é aqui viu [...] o senhor pode pegar seu beco!’” (ENF 1)

“[...] as pessoas aprenderam na marra, como diz a história. Foram lançados ali na frente, certo? Num teve um treinamento adequado, não teve uma preparação.” (MED 2)

“[...] algumas pessoas que não estão assim tão capacitadas pra o Acolhimento, aí dificulta, não sabem lhe dar com as situações que aparecem, ficam um pouco perdias, a capacitação nesse caso aí faz falta. [...]” (TÉC 1)

“[...] tá faltando essa informação a todos os funcionários do hospital, de o que é acolher e do que é classificar, todos precisam ter conhecimento sobre isso e absorver essas nova forma de trabalho [...]” (AS 2)

O primeiro trecho chama a atenção para o perfil do profissional que deve atuar no AACR. Segundo a ENF 1, o profissional além de capacitado deve ter a habilidades de trabalhar com esse serviço. Essa mesma profissional assume não ter tal habilidade, se referindo ao modo de se dirigir ao usuário, sem dar ouvidos àquilo que esse indivíduo tem a dizer, expedindo logo o veredito para que o atendimento não seja efetuado.

Os entrevistados se mostram preocupados pela forma como o AACR foi implantado, os profissionais foram convocados para trabalhar no referido setor sem ter o conhecimento do protocolo sugerido pelo MS. Essa capacitação deveria ser

estendida a todos os funcionários do HETSHL, pois se acredita que facilitaria o processo de implantação no serviço.

Com já foi referido anteriormente, o protocolo da Classificação de Risco do MS prevê que todos os usuários classificados com a cor Azul, devem ser encaminhados de forma responsável a outros serviços de menor complexidade, salvos os casos em que o serviço tenha condições de oferecer atendimento ambulatorial (BRASIL,2004a). Segundo Abbês e Massaro (2006), para a execução do encaminhamento responsável deve haver um levantamento da rede de saúde no entorno, para pactuação desses encaminhamentos. O encaminhamento só pode ser efetuado caso o profissional esteja certo do atendimento deste usuário ao local referenciado.

Para os profissionais entrevistados, um dos obstáculos mais difíceis de combater é justamente a **ausência do encaminhamento responsável**. Para eles, muitos dos encaminhamentos não são feitos devido a dificuldades no que se refere à referência e contrarreferência dos serviços. A rede não funciona de forma interligada, não há um acordo firmado entre os hospitais e a rede básica, o que torna o encaminhador impossibilitado de direcionar os usuários. Conforme mostram os relatos abaixo:

“[...] é um obstáculo [...] eu [...] a gente não tem no acolhimento [...] não tem esse poder de ter a certeza que o paciente tá sendo atendido lá. É melhor você travar uma briga com um médico pra atender do que saber que ele num vai ser atendido lá (em outro serviço).” (AS 1)

“[...] não tem contrarreferência, não tem a responsabilidade do paciente, não tem serviço social engajado, não há uma união entre as equipes, nem entre os hospitais de referência [...]” (ENF 1)

O trecho referido pela AS 1 mostra um dos quadros mais comuns vivenciados no HETSHL. O usuário adentra o serviço, a equipe do AACR o classifica como Azul, mas não consegue contactar com as unidades para recebê-lo. Essa equipe tem a opção de mandar o usuário sem ter certeza de seu atendimento ou enfrentar os médicos do próprio serviço para que seja atendido. Isso mostra a falta de autonomia da equipe do AACR diante desta situação que é frequente. A entrevistada reconhece que essa situação traz prejuízos ao processo de trabalho, pois contribui para a superlotação do hospital.

A proposta do MS, nesse sentido, é que a rede de saúde atue de forma interligada de modo a permitir a comunicação entre os três níveis de prevenção, funcionando com efetividade e resolutividade. Quando isso não acontece no primeiro

nível de atenção, os níveis subsequentes acabam por se sobrecarregar, prejudicando o atendimento à população e até mesmo a atuação dos profissionais da saúde que precisam lidar com clientes insatisfeitos e doentes (BRASIL, 2002).

Por esse e por outros motivos já citados é que alguns dos profissionais do serviço criaram certa **resistência em aceitar a implantação do AACR**. Muitos acreditam que essa implantação só serviu para aumentar a superlotação, já que antes a triagem tinha o papel de restringir a demanda. Muitos dos profissionais do serviço ainda se baseiam na ótica da exclusão, vivenciada no período de vigência do processo da triagem. De acordo com os trechos seguintes:

“A rejeição de muitos médicos [...] você sabe como é [...] a rejeição de alguns médicos pra atender [...] assim hoje mesmo chegou um criança com edema nos olhos e o médico não quis atender, disse que não era perfil pra aqui [...] aí isso dificulta um pouquinho [...]” (ENF 4)

“[...] ainda existe uma certa resistência por parte de alguns profissionais [...]” (PSQ 2)

“O obstáculo que eu acho é dos próprios funcionários da casa [...] isso aí é uma coisa que tem que haver mais reuniões e os próprios funcionários da casa ter consciência que existe uma classificação de risco [...]” (TÉC 2)

Nessa perspectiva, o Acolhimento não pode conviver com a lógica da exclusão, da negação de atendimento, como foi relatado no primeiro trecho. A palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, receber, atender, admitir” (FEREIRA, 1975). O MS (2009) afirma que o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Pelo fato dos profissionais não entenderem ou não aceitarem a proposta do HUMANIZASUS, isso influencia no processo de implantação, retardando alguns passos.

Para o MS, é preciso restabelecer no cotidiano, por exemplo, o princípio da universalidade/equidade para o acesso e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos. Quando se fala em acesso, é preciso entendê-lo em suas várias dimensões, quais sejam:

[...] acesso às unidades e serviços (garantia do cuidado); acesso à qualidade da/na assistência (escuta/vínculo/responsabilização/resolutividade); acesso à continuidade do cuidado; acesso à participação nos projetos terapêuticos e de produção de saúde (autonomia e protagonismo do cidadão – usuário e sua rede social); acesso à saúde como bem com “valor de uso” e não como mercadoria (formas dignas/potentes de viver a vida com autonomia) (BRASIL, 2009, p.14).

O profissional deve ser um contribuinte da implantação do AACR, devendo participar ativamente na construção dessa proposta. No HETSHL, foi observado certo distanciamento dos profissionais em relação às atribuições previstas pelo HumanizaSUS, revelando a falta de entrosamento dos mesmos entre si e deles com a proposta do AACR. Mas não se pode esquecer também que a população deve ter a sua parcela de contribuição nesse processo, como sujeito participante e diretamente interessado na melhoria do atendimento. Contudo, de acordo com o discurso dos entrevistados, os usuários também apresentam, em alguns momentos, resistência em aceitar a classificação de risco. Conforme os trechos abaixo:

“[...] assim tem algumas pessoas que ainda não estão acostumadas com o acolhimento né, com essa classificação.[...] então também às vezes a gente sente um pouco de dificuldade.” (TÉC 2)

“[...] a população atrapalha porque às vezes assim, o paciente ele não entende que ele não tem o perfil do hospital e aí pra você botar um paciente pra voltar ou você tentar orientar esse paciente pra que ele procure outro serviço, acho que é complicado e aí normalmente eu acho que o paciente não entende [...]” (TÉC 1)

“[...] às vezes a população não entende, a gente tenta ser educada, mas ela trata a gente mal, com palavrões né, com tudo, é isso.” (ENF 2)

Os trechos acima demonstram que parte da população atendida no HETSHL ainda não compreende o sentido da classificação de risco. Os usuários não costumam aceitar as orientações oferecidas pela equipe, tratando-os muitas vezes até de forma grosseira. Muitos indivíduos que chegam ao serviço não concordam em ser referenciados a outras unidades de saúde, insistindo no atendimento em um serviço de alta complexidade. Talvez isso ocorra devido ao número de especialidades e exames, com resolução imediata, oferecidos pelo Hospital de Trauma, já que muitos dos outros serviços não atendem com tanta rapidez.

Como já foi citado anteriormente, a PNH considera os usuários como sujeitos participantes que precisam compreender e auxiliar no processo de construção dessa implantação. Sabe-se, no entanto, que esse não se constitui um objetivo de fácil alcance, no curto prazo. A disseminação e compartilhamento desse conhecimento devem ser feitos por todos os envolvidos, principalmente pelos profissionais da unidade que possuem uma maior aproximação com o usuário. Este precisa ser ouvido, compreendido e informado quanto à nova modalidade de atendimento.

Supõe-se que a resistência oferecida pelos profissionais do HETSHL poderia ser justificada pela **descrença no projeto de AACR**. Os entrevistados afirmam que os profissionais não acreditam que o AACR traga benefícios ao serviço, sendo

tachado por alguns como sendo uma proposta desnecessária. Muitos se referem ao fato de que as demais equipes enxergam a Central de Acolhimento como um setor de descanso, para onde vai o profissional que está sobrecarregado ou a funcionária que se encontra nos últimos meses de gestação. De acordo com os trechos seguintes:

“[...] questão de creditação; as pessoas não acreditam no projeto de Classificação de Risco, porque todos eles veem como programa, um programa que começa hoje e pode terminar amanhã, quando na realidade tinha que ser enfrentada como uma política né.” (ENF 1)

“[...] a gente escuta absurdos sobre o acolhimento. Eu fico besta como os próprios funcionários da casa vê o acolhimento, como uma coisa assim que não há necessidade... uma certa vez uma técnica chegou pra mim e disse [...] ‘Eu não vejo a necessidade de acolhimento de vocês aí sentadas’[...]” (TEC 2)

“[...] eu digo que o acolhimento é Casa de Mãe Joana, todo mundo quer mandar né (risos) [...] mas ninguém nunca quer tá aí, só quer mandar, é isso [...]” (ENF 2)

Os trechos demonstram o nível de importância que é dado ao AACR pelos funcionários. Além de não acreditarem no projeto, parte deles não contribui com seu avanço e ainda denigrem sua imagem, como se trabalhar na Central de Acolhimento fosse serviço para os preguiçosos. De acordo com a ENF 2, o AACR também é alvo de mandos e desmandos, o que fere a autonomia do setor e de seus trabalhadores. A comunicação entre os sujeitos, proposta pela PNH, está sendo executada de forma distorcida. Não há uma preocupação direcionada para uma melhoria das relações e do processo de trabalho; não há uma solidarização com as dificuldades apresentadas no processo de classificação de risco.

Os valores de solidariedade e alteridade são considerados norteadores das mudanças culturais da assistência. O respeito ao outro como um ser autônomo e digno é visto, portanto, como condição indispensável a um processo de humanização (BRASIL, 2000a). Essa assertiva pressupõe logicamente conhecer quem é esse outro, suas expectativas, suas representações e práticas (DESLANDES, 2004). Essa ação tanto diz respeito à comunicação entre os profissionais entre si, como também, entre usuários e profissionais.

O descrédito em relação ao AACR não se demonstra apenas por parte dos funcionários, mas parte também às vezes da gestão, quando se trata de investir no Setor de Classificação de Risco. Outro obstáculo citado pelos entrevistados foi em relação ao **desfalque de profissionais** na Central de Acolhimento. No HETSHL,

quando há um desfalque de profissionais no pronto-socorro ou em outro setor, o primeiro serviço a ser procurado para suprir esta lacuna é justamente o AACR, visto talvez, pela gerência da unidade como sendo um setor de menor importância. Segundo próximos relatos:

“[...] quando falta profissional ou porque precisa remanejar, porque tem sempre outro setor quando tá faltando, sempre tira do acolhimento sempre fica desfalcado a parte do acolhimento.” (PSC 1)

“[...] eu acredito que deveriam ser mais funcionários porque quando a gente precisa remanejar de onde se tira logo? do acolhimento [...] neh? Como se não fosse importante, mas é de suma importância.” (ENF 4)

“[...] tinha que ter mais gente envolvida no processo, tinha que ter mais funcionário pra fazer o Acolhimento, o funcionário não podia tá sendo remanejado todo dia [...]” (ENF 1)

Esse remanejamento ocorre principalmente em relação à equipe de enfermagem. Os entrevistados afirmaram que algumas vezes o setor de AACR fica apenas com um enfermeiro ou técnico de enfermagem, a quem caberá a responsabilidade de acolher e classificar toda a demanda. Pode-se supor, então, que nessas condições a qualidade e agilidade do processo de classificação será prejudicada.

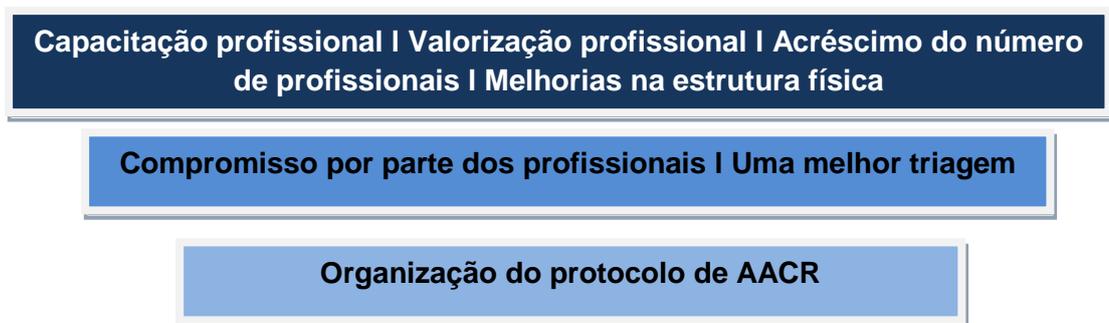
Esse desfalque, além de trazer prejuízos para a classificação, interrompe o processo de acolhimento aos usuários e familiares, deixando de haver uma escuta qualificada, as informações serão dadas de forma superficial e ouvidas de forma descompromissada. Para o MS, o AACR só é executado se houver essa inter-relação entre trabalhadores e usuários, processo de escuta e comprometimento com a resolutividade do problema. Para que essa tarefa se torne efetiva, é necessário que a equipe esteja completa para dar o suporte necessário.

Em relação à interação da equipe, Habermas (1989) divide o trabalho em dois componentes, os quais, ainda que interdependentes na prática, são analiticamente distinguíveis e mutuamente irreduzíveis: o trabalho, como ação racional dirigida a fins, e à interação. O autor assinala a existência de relação recíproca entre trabalho e interação, não sendo possível a redução da interação ao trabalho ou a derivação do trabalho a partir da interação. Como uma ação instrumental e/ou estratégica, o trabalho busca o êxito na obtenção de determinado resultado. A interação refere-se ao agir comunicativo, simbolicamente mediado e orientado por normas de vigência obrigatória, que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas por, pelo menos, dois sujeitos (HABERMAS, 1989).

Para que haja essa junção entre trabalho e interação, é necessário também tempo e dedicação com o que se propõe a PNH. O serviço precisa entender que deve investir em capacitações, valorização profissional, campanhas de divulgação sobre o HumanizaSUS intra e extra-hospitalar, dando crédito ao que está estabelecido na PNH pelo MS. Deve-se proporcionar momentos de interação entre as equipes, otimizando as relações, evitando momentos de aborrecimentos, construindo o trabalho de forma coletiva e participativa.

### 5.2.9 Sugestões de melhorias do AACR

Esquema didático referente às categorias desse eixo temático<sup>8</sup>:



Diante dos obstáculos para a efetiva implementação do AACR, apresentados pelos entrevistados, foi perguntado de que forma estes empecilhos poderiam ser debelados. A maioria das respostas transitou pelo campo do investimento na qualificação dos recursos humanos e na melhoria das condições de trabalho, tendo como requisito mais citado o investimento na **capacitação profissional**. De acordo com os trechos abaixo:

“[...] um treinamento para nós é essencial [...] a gente se dá bem porque nós somos funcionários...a gente já tem uma certa experiência, mas se nós tivermos um treinamento nesse sentido é até melhor, é essencial né [...]” (MAQ 1)

“[...] melhor capacitação a todos os profissionais desse hospital em relação ao acolhimento porque se todo mundo compreender o que é o serviço do acolhimento, veste a causa [...]” (PSC 1)

<sup>8</sup> PS.: Utilizamos diferentes intensidades de sombreamento como estratégia para destacar a força argumentativa das categorias (mais escuro o de maior força) e evidenciadas durante a análise dos dados.

“[...] acho que todos os funcionários tem que ter em mente ser capacitados e entender o que é acolher pra que melhore o nosso atendimento, melhore a qualidade do serviço [...]” (AS 2)

“[...] o primordial era treinar todos os funcionários, do médico à higienização, de todos, porque todo mundo participa de qualquer forma é [...] tem que treinar todo mundo.” (ENF 2)

Essa sugestão foi citada por quase todas as categorias, exceto a dos médicos. Percebe-se uma necessidade de buscar uma atualização, uma melhoria das práticas em saúde. Deslandes (2004) refere que ao considerarmos positivamente o movimento da humanização para a assistência, o ambiente hospitalar pode constituir-se um campo de possibilidades do conhecimento tanto para o aumento da qualidade da assistência quanto para uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo. Entende-se, portanto, que a fundamentação teórico-prática neste campo necessita de exploração e investimento e por esse motivo a capacitação profissional é apontada como uma das prerrogativas básicas para a implantação do AACR em um serviço.

A autora ainda acrescenta que os documentos do MS sobre a humanização reforçam a idéia da necessidade de melhorar a qualidade dos serviços prestados, investindo em tecnologias leves – na linha do que preconizam Mehry e Franco (2003) – e na produção de vínculos, sem dissociar um do outro, aliando as ações comportamentais e organizacionais. Deslandes ainda afirma que:

A via da “formação” parece ser privilegiada nos documentos. Obviamente não se muda uma cultura de assistência unicamente com capacitações dirigidas aos profissionais. Mas, certamente, um investimento sério na formação (inclusive desde a graduação) pode, de fato, fortalecer ideias outrora consideradas utópicas ou fora do âmbito e do ‘papel’ da assistência. Isso pode dar subsídios para que no curso da história (seja de curta, média ou longa duração) e no campo da negociação da ordem política de gestão, os agentes de uma determinada organização constituam novos parâmetros para ação, introduzindo mudanças na cultura da assistência. (DESLANDES, 2004, p.12)

Os entrevistados acreditam também que além de um treinamento, deve haver um maior **compromisso por parte dos profissionais** em abraçar o projeto do AACR, o que facilitará a construção de parcerias entre os integrantes da equipe. Descrito a partir dos trechos abaixo:

“[...] que todos tenham o compromisso [...] porque eu acho assim, que é o compromisso de cada pessoa [...] é do profissional, é do funcionário, tá entendendo?” (AS 2)

“[...] parceria de algumas equipes que ainda tem uma certa resistência de fazer esse encontro com o enfermeiro, com assistente social, com o

psicólogo, enfim com o técnico de enfermagem, com o próprio pessoal do apoio, da recepção.” (PSC 2)

Como se observa, os entrevistados mostram-se preocupados não apenas com a formação técnica, mas com o desenvolvimento de uma nova postura de acolhimento por parte da equipe. Uma postura pautada na interdisciplinaridade, num engajamento maior com a produção de serviços efetivamente humanizados. Rivera (2003) afirma que se a cultura organizacional se constitui a partir do agir comunicativo dos seus agentes, em processos de aprendizagem e em busca de consenso, suas configurações simbólicas podem ser questionadas em um nível discursivo. Ou seja, não haverá aquele único que dita às práticas em saúde, mas aqueles que as constroem e as tornam comuns. Nesta linha de raciocínio, o MS acredita em uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução do problema do usuário (BRASIL, 2009).

No que diz respeito às condições estruturais de trabalho desse profissional de saúde, quase sempre mal remunerado, muitas das vezes pouco incentivado e sujeito a uma carga considerável de trabalho (DESLANDES, 2004), trata-se de um aspecto de fundamental e pouco explorado nas Cartilhas do HumanizaSUS. Os entrevistados propõem uma maior **valorização profissional** e melhores condições de trabalho. Conforme destacado pelos trechos abaixo:

“Valorização do funcionário [...] de qualquer forma a gente vê que há uma diferença tão grande salarial, tá entendendo? Porque tem os médicos numa pirâmide lá em cima e os outros profissionais lá em baixo e todo mundo aqui trabalha e todo mundo aqui e se esforça [...] e todo mundo aqui tem a boa vontade.” (AS 2)

“[...] tem que ser respeitado o profissional que fica ali na frente, independente se é bonito, feio, aleijado não importa [...] é um profissional que tem que ser respeitado. Então o médico quer destratar (o entrevistado), o enfermeiro quer destratar, a higienização quer destratar, o segurança quer destratar, o maqueiro quer destratar e num pode. Como hoje mesmo, a gente escutou uma piadinha de um maqueiro.” (TÉC 2)

“A gente precisa ser reconhecido, precisa ser treinado, precisa ter condições de trabalhar dignamente, precisa ter o respeito das pessoas como profissionais que somos [...]” (ENF 1)

“Acho que deveriam aumentar nossos salários [...] o trabalho aqui [...] eu gosto, mas é muito pesado, deveríamos ser reconhecidos pelo nosso trabalho [...]” (MAQ 2)

Os trechos acima demonstram o desgaste físico e mental enfrentado pelos profissionais do HETSHL. Esses se sentem sobrecarregados e acima disto

desvalorizados, pois acreditam que a remuneração salarial não compensa o alto nível de estresse em que se encontram. Os entrevistados mostram ainda a necessidade de serem reconhecidos pela gestão e pelos próprios colegas, propondo melhores condições para desenvolverem suas atividades no serviço.

Segundo os entrevistados, o ambiente hospitalar insalubre e estressante interfere no rendimento das ações e no atendimento ao usuário, condição reconhecida por diversos autores, entre eles Poll, Lunardi e Lunardi Filho (2008):

Sendo assim, o excesso de atividades parece levar os profissionais da unidade de emergência a trabalharem, de forma constante, sob pressão e sobrecarga mental. Esta condição pode favorecer a ocorrência de acidentes de trabalho e sofrimento psíquico, além do surgimento de doenças psicossomáticas de diversas naturezas, bem como conduzir ao uso abusivo de medicações controladas; consumo de álcool e outras drogas lícitas ou ilícitas; absenteísmo; rotatividade; conflitos profissionais e processos administrativos de ordem disciplinar (POLL, LUNARDI E LUNARDI-FILHO, 2008, p.512).

A partir desta realidade, é possível entender a ânsia dos profissionais por melhores condições de trabalho e pela tão almejada valorização profissional. Compreende-se ainda que para que a humanização seja efetivada no serviço é necessário que esses profissionais se sintam acolhidos e humanizados pela gestão. Neste sentido, Deslandes (2004) afirma que “[...] humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência.” O MS traz, inclusive, como expectativa, que esse processo de humanização se traduza como uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para profissionais. Para tal tarefa é necessário cuidar dos próprios profissionais da área de saúde, constituindo equipes de trabalho saudáveis (BRASIL, 2000a).

Além de necessitarem dessa valorização, os entrevistados acreditam que o contingente de profissionais do AACR é insuficiente para atender a demanda de usuários e de trabalho, sugerindo um **acréscimo do número de profissionais** na Central de Acolhimento. Alguns sugeriram inclusive a introdução de outras categorias. Como podemos verificar através dos depoimentos abaixo:

“[...] eu acho que falta um..médico, um clinico, como referência. Sempre que o pessoal de enfermagem precisar, ele vim até o acolhimento e vim falar com os pacientes e com seus familiares [...] e não mandar recado [...]” (PSC 1)

“[...] eu acho que um hospital como esse, a psicologia também era pra tá aqui, dentro do acolhimento, né [...] e não lá sentada que quando precisar chamar ela [...] não, ela tem que tá aqui [...]” (ENF 1)

“[...] melhorar o serviço da instituição [...] não temos profissionais, até no sentido quantitativo, pra atender toda a demanda da cidade de João Pessoa e de outros municípios.” (PSC 2)

“[...] na verdade era pra ter uma equipe completa, ter um médico e não tem [...] e fica a responsabilidade toda pra enfermeira, agente tem que dizer que o paciente não pode ser atendido, essa responsabilidade deve ser dividida.” (ENF 2)

De acordo com os relatos, observa-se que a categoria médica foi a mais citada entre aquelas a serem incluídas na equipe de AACR, além do psicólogo. Para a PNH (2004a), esta composição varia de acordo com o perfil da instituição, exigindo apenas que haja um profissional enfermeiro de ensino superior para executar a classificação de risco.

Outra proposta feita pelos entrevistados foi em relação a **melhorias na estrutura física** do serviço, de modo a otimizar o andamento do fluxo e a promover uma maior individualização das áreas de atendimento proposta pela PNH. Reconhecem que a área física passou por algumas modificações quando da implantação da política, mas que ainda não se mostram suficientes para tornar o ambiente adequado aos requisitos do HumanizaSUS. Isso pode ser evidenciado a partir dos seguintes trechos:

“[...] acho que melhorar a infraestrutura para o setor de acolhimento, também com uma maior quantidade de funcionários capacitados e conscientes do trabalho [...]” (PSC 1)

“[...] reformar [...] essa estrutura tem que cair né, tem que aumentar, faz tempo que foi projetada, precisa ser aumentada, reformulada.” (ENF 1)

“Pode ser a estrutura. Acho que o Acolhimento deveria ser maior, bem maior, merecia uma melhoria né [...] um canto melhor né, somente isso. Até porque aqui é o Acolhimento, aqui fica também é [...] Serviço Social [...] fica todo mundo junto. Se ficasse aqui só o Acolhimento (equipe de enfermagem) [...] aqui era pra ser só o Acolhimento, por causa da privacidade do paciente [...]” (TÉC 1)

“Eu acho que era pra ter um espaço, uma sala de espera, onde os pacientes e a família pudessem ficar mais confortáveis [...]” (AS 1)

Como já é de conhecimento, a PNH prevê mudanças no fluxo e na área física do ambiente hospitalar, a fim de torná-lo mais aconchegante e adaptado à classificação de risco. Para Poll, Lunardi e Lunardi Filho (2008), as questões organizacionais das unidades de emergência necessitam ser contempladas, tanto pelos gestores da saúde quanto pela equipe de saúde que atua nestas unidades, pois apesar das condições de atendimento intra-hospitalar ainda não estarem como preconizado pelas políticas públicas, os profissionais necessitam atender às vítimas

do trauma, visando à beneficência e buscando reduzir o risco de danos associados a esse tipo de atendimento.

Segundo documento recente do MS, a prerrogativa para se ter uma estrutura física adaptada à implantação do AACR, em urgências, continua sendo exigida: “A adequação da área física, o dimensionamento das equipes e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde” (BRASIL, 2009, p.19).

Outra sugestão para melhoria, também referida pelos entrevistados, citada por uma pequena parcela dos profissionais enfermeiros, é a **organização do protocolo de AACR**, ainda inexistente no serviço. Os profissionais do AACR necessitam ser respaldados por esse documento, padronizando a qualidade do atendimento prestado. Existe um exemplo de protocolo sugerido pelo MS que também poderia estar sendo utilizado. Como se pode verificar através do depoimento:

“[...] organizar protocolo, porque não tem protocolo, não tem protocolo mesmo, não tem consulta de Enfermagem [...]” (ENF 1)

Apesar de ser um ponto relevante para a implantação da classificação de risco, a construção de um protocolo norteador das práticas não ganhou destaque na fala da maioria das pessoas entrevistadas. Isso pode estar indicando a falta de conhecimento desses profissionais sobre a existência desta ferramenta e da sua importância para o bom funcionamento do AACR.

Existe ainda o depoimento daqueles que sugeriram o retorno do processo de restrição de atendimentos, acreditando que o hospital se encontra superlotado pela ausência de **uma melhor triagem** dos usuários que procuram o serviço de urgência. Vejamos os relatos:

“[...] para melhor atender deveria ter uma triagem organizada, alguém ali na porta pra dizer o que deve e o que não deve entrar.” (MED 2)

“[...] uma triagem já na passagem né, pra que num fosse tanta gente, porque aí você vai ter que às vezes até que transferir depois de fazer todo processo de escuta de tudo né [...] encaminhar [...]” (MED 1)

Essa sugestão foi citada apenas pelos médicos entrevistados, para os quais a classificação de risco não está sendo resolutiva, fazendo-os perder tempo ouvindo as queixas de usuários que nem deveriam ter sido recebidos no serviço. Alegam não terem condições de atender a todos e por isso a maioria deveria ser encaminhada para outra unidade, não atrasando o atendimento de urgência.

### 5.3 DAS OBSERVAÇÕES

Foi realizada durante a coleta de dados, uma Observação Não-participante, tendo em sua totalidade oito relatos, em turnos e dias diferentes da semana, sendo quatro relatos colhidos em plantões transcorridos entre segunda e sexta-feira e os outros quatro aos sábados e domingos. Dos usuários envolvidos nas observações, cinco eram homens e três eram mulheres. Quanto ao tipo de urgência, três foram de origem clínica, quatro traumatoortopédica e uma psiquiátrica. De acordo com a procedência, três eram procedentes da cidade de João Pessoa, três de cidades da região metropolitana de João Pessoa, um de cidade do interior da Paraíba e um de outro estado, no caso, Pernambuco.

#### 5.3.1 Cenários de chegada do demandante

Os cenários de entrada dos usuários no serviço foram os mais diversos, incluindo desde aqueles que chegaram conversando e deambulando, até os que foram trazidos inconscientes em ambulâncias ou em carros particulares. Alguns estavam acompanhados por familiares, outros por técnicos de enfermagem, havendo ainda aqueles que chegavam sozinhos.

Esta diversidade de situações e de atores envolvidos representa o contexto com o qual se deparam permanentemente os integrantes da equipe de AACR. Um contexto que exige, como se observa, intervenção pronta e rápida, com decisões importantes necessitando ser tomadas sob pressão dos mais diversos interlocutores, envolvendo instâncias sobre as quais se têm pouco ou nenhum controle.

Em relação aos usuários que chegam conscientes e sem acompanhante, apesar da aparente estabilidade por estarem deambulando, muitos deles podem apresentar algum risco à sua integridade pelo déficit de auto e heterocuidado no âmbito pré-hospitalar. Conforme apresentado abaixo:

O usuário chega ao serviço deambulando, aparentemente tranquilo. O técnico de enfermagem faz a primeira abordagem, pergunta o que o trouxe até a unidade hospitalar. O mesmo refere que está muito incomodado, pois uma espinha de peixe está presa em sua garganta e ele sente que está perfurando sua garganta. (Observação 2, Sexo: M, Idade: 38 anos)

O usuário chega sozinho ao serviço, sendo abordado pela técnica de enfermagem. O usuário disse que veio para o hospital, pois estava com medo que o matassem. (Observação 6, Sexo: M, Idade: 50 anos)

Nas duas situações os usuários poderiam ter seu estado de saúde agravado. No primeiro caso, o corpo estranho poderia ter se deslocado para as vias aéreas durante o trajeto para o hospital. No segundo caso, em decorrência do surto psicótico que estava se desenvolvendo, não se sabe quantas horas aquele indivíduo andou pelas ruas até chegar ao serviço, correndo riscos de todo tipo devido ao seu estado de consciência alterado.

Diferente desses, outros usuários chegaram acompanhados ao serviço, uns por familiares e amigos, outros por profissionais de saúde. Esse acompanhamento pode fazer diferença, seja pelo apoio emocional, pelo fornecimento de informações importantes ou pela prestação de cuidados técnicos a caminho da unidade de urgência/emergência. Isso pode ser constatado a partir dos seguintes trechos:

Chega na frente do serviço um carro em alta velocidade e dele saem duas pessoas, um homem adulto e uma jovem gritando: “Rápido, ela tentou suicídio com remédio, ela tá desmaiada, por favor ajudem!” (Observação 7, Sexo: F, Idade: 50 anos)

O usuário idoso chega em uma ambulância municipal de uma cidade próxima a João Pessoa, com um acesso venoso e catéter de O<sub>2</sub>, acompanhado de uma filha e de uma técnica de enfermagem. A filha desce da ambulância bastante nervosa, chorando e dizendo: “Por favor salvem meu pai! Meu pai precisa de atendimento, o médico disse que ele está tendo um AVC e precisa de um neurologista. Me ajudem!” (Observação 1, Sexo: M, Idade: 83 anos)

A ambulância freia na frente do serviço. O motorista desce rapidamente e abre a porta. Dentro da ambulância estão um usuário jovem coberto de sangue, com um acesso venoso, acompanhado de uma técnica de enfermagem que pedia de forma repetitiva: “Vamos tirar logo ele daqui!” (Observação 5, Sexo: M, Idade: 22 anos)

Nos relatos acima, os acompanhantes exigem um atendimento de maior agilidade. Se a simples presença de um familiar no veículo pode fazer com que a equipe de AACR aja com mais rapidez, pode também tumultuar o processo, desencadeando intensa pressão psicológica sobre a equipe, exigindo um atendimento de extrema urgência, incompatível com o caso.

Outro aspecto relacionado com a presença do acompanhante é que este também pode necessitar de atendimento, passando a se constituir agora em mais um caso a demandar classificação e atendimento. Conforme descrição abaixo:

[...] saiu a mãe do jovem de dentro da ambulância gritando, desesperada: “Pelo amor de Deus, salvem meu filho, ele é meu único filho, eu não sei porque fizeram isso com ele!” Ela fica tão nervosa que chega a desmaiar na frente do hospital [...] A enfermeira do AACR orientou os maqueiros a colocar a senhora desmaiada na Área Verde e a acompanhou, verificou sua pressão, sendo constatado pico hipertensivo [...] (Observação 5, Sexo: M, Idade: 22 anos)

Outro fato observado na porta de entrada do hospital é que mesmo no caso de usuários encaminhados de outros serviços de saúde, a informação sobre o seu estado normalmente é escassa, tanto aquela presente no encaminhamento por escrito feito pelo médico quanto àquela verbalizada pelo técnico de enfermagem que vem acompanhando o paciente. Isto representa mais um fator complicador no momento da classificação de risco. Os trechos abaixo comprovam:

No caminho até a Área Amarela, o maqueiro faz perguntas à técnica, querendo saber como foi que tudo aconteceu e ela responde que não sabe bem porque não acompanhou o caso, apenas está transportando o paciente. (Observação 1, Sexo: M, Idade: 83 anos)

A enfermeira vai até a ambulância e pergunta à técnica de enfermagem o que aconteceu com a paciente. Ela faz uma expressão confusa e fala: “Eu não sei, está tudo aí no encaminhamento”. A enfermeira leu o encaminhamento enquanto fazia perguntas a usuária. Após isso, diz: “Mas esse encaminhamento não tem nada a ver com o que a paciente diz”. A técnica respondeu: “Eu não sei, só trouxe a paciente.” (Observação 8, Sexo: F, Idade: 27 anos)

O alheamento dos profissionais que acompanham o demandante até o serviço, geralmente técnicos de enfermagem, referindo que seu trabalho consiste apenas em transportar o doente até o hospital revelam uma contradição na cadeia de prestação do cuidado, uma vez que a sua presença visa assegurar a continuidade da atenção ao usuário durante o transporte devendo estar pronto para intervir, prevenindo complicações a qualquer momento.

O contato prévio com a instituição referenciada, dito como encaminhamento responsável, evitaria o longo tempo de questionamentos na chegada ao hospital. A equipe de AACR já estaria ciente do caso e daria mais agilidade ao atendimento, haja vista a necessidade de estar apta a tomar decisões corretas em tempo compatível com a situação de adoecimento dos usuários.

### **5.3.2 O Processo de AACR: Passo a Passo, Caso a Caso**

#### ***5.3.2.1 A Técnica de Enfermagem: o primeiro e crucial contato***

A classificação é feita na maioria das vezes pelo técnico de enfermagem, que fica localizado na Base (situada na porta de entrada). O primeiro contato que o usuário tem quando chega ao HETSHL é com este profissional, que coleta as informações iniciais e muitas vezes já encaminha diretamente para a área de

competência que atenderá aquele caso. Quando tem dúvida sobre alguma situação, consulta o Enfermeiro para que possa decidir se o usuário permanece ou não no serviço e qual a área que ele mesmo deverá ser dirigido. Conforme relatado abaixo:

[...] a técnica de enfermagem se dirige até o carro e começa a fazer perguntas às pessoas que trouxeram a senhora [...] (Observação 7, Sexo: F, Idade: 55 anos)

O usuário idoso chega em uma ambulância municipal com um acesso venoso e catéter de O2 [...] Rapidamente a técnica de enfermagem que está na base do AACR orienta o maqueiro (que só observa sem dar quaisquer palavra) a levar o usuário para a Área Amarela. (Observação 1, Sexo: M, Idade: 83 anos)

[...] a recepcionista e a técnica pegaram os dados como de costume, mas ficaram em dúvida quanto à área que ela (a paciente) iria e o que colocar como motivo na ficha. Chamaram a enfermeira para esclarecer a dúvida. (Observação 4, Sexo: F, Idade: 45 anos)

Nos dois primeiros relatos, observamos o protagonismo do técnico de enfermagem na primeira abordagem e na classificação do usuário. Nota-se que o enfermeiro não participa ativamente desse processo. O técnico de enfermagem classifica e orienta os maqueiros a destinar cada caso.

De acordo com protocolos já propostos, tanto do MS como de outras experiências exitosas, todos os profissionais podem acolher por ser uma ação independente do tempo, do espaço e do indivíduo. Mas quando se trata da classificação de risco, esta deve ser feita por um profissional enfermeiro de ensino superior, exceto pelos casos de grandes emergências, que o atendimento médico deve ser imediato (MAFRA et al, 2006; BRASIL, 2004a).

De acordo com o mesmo documento do MS, o técnico de enfermagem não é o profissional mais indicado a fazer a classificação de risco, devendo limitar-se a acolher o usuário que chega ao serviço e encaminhá-lo ao enfermeiro. Este dará continuidade ao processo de acolhimento e porá em prática o protocolo de classificação de risco. No momento em que o técnico de enfermagem assume a classificação, absorve maior pressão de familiares, usuários e profissionais outros, sem ter autoridade e respaldo científico suficiente para conduzir esse processo e dar respostas aos questionamentos.

Além disso, quando o técnico tem dúvida a respeito da conveniência ou não do atendimento feito no HETSHL, o tempo de espera para atendimento médico será dilatado na medida em que a opinião de um outro profissional da equipe, no caso a

enfermeira, precisará ser ouvida. Neste caso, a enfermeira já deveria estar presente para executar a classificação.

Tudo isso reforça a necessidade de que o primeiro contato seja feito por um profissional de ensino superior. A presença de um enfermeiro ou até mesmo de um médico, como foi sugerido nas entrevistas, na equipe do AACR traria além da agilidade, mais segurança aos usuários avaliados e respaldo técnico-científico à classificação de risco.

### **5.3.2.2 A entrada em cena da Enfermeira: decisões difíceis em clima tenso**

No que se refere à atuação do enfermeiro, além de intervir quando o técnico se encontra em dúvida, outro momento de participação é na coleta da história do usuário que se acha em condições de esperar, processo que termina com a colocação da pulseira que indica o grau de classificação de risco.

De acordo com a PNH, como já foi citado, todos os profissionais do serviço devem acolher, contudo a aplicação da classificação de risco deve ser feita por profissional de ensino superior capacitado para tal (BRASIL, 2004a). No caso da unidade hospitalar em estudo, a função de classificador se divide entre o enfermeiro e o técnico de enfermagem. Geralmente, o enfermeiro classifica apenas os casos em que a necessidade imediata de atendimento não se mostra tão evidente, situações em que o usuário se submete a uma consulta de enfermagem e posteriormente recebe a classificação. O técnico de enfermagem, que está localizado na entrada do hospital, acaba por classificar os casos em que o estado de emergência é inquestionável.

Embora a enfermeira protagonize essa etapa, nota-se a tentativa de interferência no processo de classificação de outros profissionais, que não são da área de saúde, como é o caso de maqueiros, recepcionistas e vigilantes. Mostrado através das descrições abaixo:

A recepcionista faz a ficha e ao entregar a enfermeira diz: “A técnica mandou fazer essa ficha, mas esse médico que tá hoje aí num vai atender não!” (Observação 8, Sexo: F, Idade: 27 anos).

Após a primeira abordagem o técnico de enfermagem orienta o maqueiro que leve o acidentado até a enfermeira, pois não sabe se o mesmo deverá permanecer neste serviço. O maqueiro diz: “Acho que esse caso não é pra cá”. Mesmo assim a técnica disse que a enfermeira deveria decidir. (Observação 5, Sexo: M, Idade: 25 anos)

Estas interferências parecem estar fortemente ligadas à compreensão da função e do objetivo do AACR ainda como mera triagem, a diferenciar quem entra e quem não entra, dependendo do julgamento e da vontade dos médicos. Tal postura contraria os objetivos da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, adotada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), através da rede Humaniza SUS, que são:

- avaliar o paciente logo na chegada ao Pronto Atendimento;
- descongestionar o setor, reduzir o tempo para atendimento médico;
- determinar a área de atendimento primário;
- informar o tempo de espera, que pode durar até 4 horas, dependendo da gravidade;
- retornar informações aos familiares.

A hierarquia na tomada de decisão sobre a classificação de risco pertence sempre ao enfermeiro, a quem a técnica de enfermagem sempre recorre quando não é tão evidente o grau de risco do caso. Pelo fato do enfermeiro possuir esta responsabilidade, o mesmo também é chamado para fazer a classificação dentro das ambulâncias e também dos usuários que chegam em carros particulares e são colocados nas macas. Nesse processo o referido profissional trabalha dentro do estreito limite de tempo destinado a colher as informações, examinar o paciente, cumprir a rotina burocrática da recepção e pensar a decisão de para onde encaminhar. O relato seguinte evidencia tal afirmação:

A enfermeira veio até a frente do hospital examinou a usuária e viu que ela não respondia a reflexos, estava bastante letárgica. Então também fez uma expressão de dúvida, como se não tivesse certeza para onde a paciente deveria ir. A situação irritava ainda mais a família da usuária. A enfermeira, então disse: "Eu não tenho certeza, mas vou mandar para a Área Vermelha" (Observação 7, Sexo: F, Idade: 55 anos)

Percebe-se que o AACR exige a tomada de decisões não-estruturadas, e por isso mesmo, sujeitas com frequência a muitos questionamentos. Segundo Oliveira (2004), a tomada de decisão nada mais é do que a conversão das informações em ação. Assim sendo, decisão é a ação tomada com base na apreciação de informações. Decidir é recomendar um entre vários caminhos alternativos que levam a determinado resultado. As decisões, segundo Chiavenato (1997), possuem tipos ou extremos, ou seja, classificam-se em programadas e não programadas:

- Decisões programadas: São as decisões caracterizadas pela rotina e repetitividade. São adotadas mediante uma regra, com dados evidentes,

condições estáticas, certeza, previsibilidade. Acontecem com certa frequência na organização. Exemplos: fazer pedido de estoque sempre que o nível cair para 100 unidades; liquidação de mercadorias de lojas do vestuário próximo a troca de estação.

- Decisões não programadas: São as decisões caracterizadas pela não-estruturação, dados inadequados, únicos e imprevisíveis. Esses tipos de decisões estão ligados às variáveis dinâmicas tornando-se de difícil controle. Seu intuito é a resolução de problemas incomuns, marcados pela inovação e incerteza.

No caso das decisões tomadas pelos enfermeiros do AACR, o que caracteriza as suas decisões como não-estruturadas, é o fato de acontecerem em condições imprevistas, resultado da dinamicidade no processo de classificação, impedindo que o enfermeiro possa escolher seus cursos de ação em condições favoráveis ao acerto. Ao contrário, as escolhas ocorrem muitas vezes em condições de risco e incertezas.

### ***5.3.2.3 Psicólogos e assistentes sociais: as dimensões intangíveis do acolhimento***

Além dos médicos e da equipe de enfermagem, outros profissionais também participam e integram a equipe do AACR. Este é o caso dos assistentes sociais, que dividem a sala com os Enfermeiros e os Psicólogos, que utilizam uma sala própria, sendo solicitados quando se faz necessário. No caso do HETSHL, o psicólogo atua quando há um usuário ou familiar emocionalmente desequilibrado, intervindo terapeuticamente, a fim de minimizar o sofrimento psíquico daquele indivíduo. Em relação aos Assistentes Sociais, seu maior contato é com a família dos usuários, repassando informações referentes à situação de saúde do usuário e sobre a previsão de alta, entre outros aspectos.

O psicólogo ajuda a classificar e encaminhar casos de saúde mental e apoia, inclusive clinicamente, já que o serviço em questão não é referência para tal atendimento, trazendo um suporte importante para o AACR. Já o assistente social apenas apoia as decisões tomadas pelo Enfermeiro, ajudando a resolver os problemas sociais dos usuários, em relação aos danos sofridos em decorrência de doenças e agravos. A intervenção de ambos os profissionais pode se dá de forma

espontânea ou por solicitação do enfermeiro, dependendo da situação. De acordo com relato abaixo:

[...] a enfermeira do AACR tenta conversar com a acompanhante e ela começa a falar aos poucos, mas quando se lembra da situação de seu filho começa a chorar novamente, com isso a enfermeira solicita o serviço de psicologia para vir fazer um atendimento individual.  
(OBS 5, Sexo: M, Idade: 22 anos)

Enquanto o usuário está esperando fazer a ficha, a assistente social dá orientações ao mesmo a respeito do Seguro DPVAT, que ele teria direito devido o acidente, sem precisar da intervenção de advogados.  
(OBS 3, Sexo: M, Idade: 25 anos)

Percebe-se, portanto, que os assistentes sociais não participam do processo de classificação de risco, ficando a responsabilidade a cargo da enfermagem, principalmente dos referidos encaminhamentos. O serviço social se limita a orientar a respeito de direitos e benefícios sociais e a dar informações referentes à situação de saúde dos usuários internos ou em atendimento. A pressão sofrida por estes profissionais ocorre quando as notícias não chegam com rapidez até os familiares.

Isso demonstra que as recomendações do MS não estão sendo plenamente atendidas, uma vez que se preconiza estar o assistente social em uma sala separada, localizada na Área Azul, onde além de retornar as informações à família, também irá receber os usuários que devem ser encaminhados para outros serviços, tais como ambulatórios ou postos de saúde, através de agendamentos (MAFRA et al, 2006). Dessa forma, todos seriam atendidos, garantindo a acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde. A descrição abaixo confirma esta afirmação:

O familiar chega até o serviço e pergunta a assistente social do AACR como está seu filho, a mesma responde que está em cirurgia e não pode adiantar nada no momento. A mãe enfurecida olha para a profissional e diz: "O quê? Meu filho está em cirurgia e eu não fui comunicada?" A assistente social referiu que a cirurgia foi de urgência e não tinha dado tempo de avisar. A mãe por sua vez, bastante irritada disse: "Eu quero notícias agora do meu filho!" A assistente social ligou para o Bloco Cirúrgico, porém a notícia foi a mesma e assim foi repassado a senhora que esperava, mas esta não se contentou e continuou gritando. A enfermeira tentou acalmá-la, mas foi em vão, tendo então que solicitar o serviço de psicologia. Enquanto a psicóloga não chegava a mãe do usuário permaneceu revoltada e gritando dentro da sala, após a chegada da psicologia esta foi levada até outra sala reservada.  
(Observação 8, Sexo: F, Idade: 27 anos)

Os psicólogos participam do processo principalmente nessas situações extremas, principalmente para intervir em relação à família do que propriamente para orientar os usuários. Não se inserem integralmente na rotina do AACR, exercendo apenas atividades pontuais.

### 5.3.3 As relações intra e extra-equipe: cooperação, embates e assimetrias

Durante a observação, foi registrado um caso em que ficou evidente a ação conjunta das diferentes categorias profissionais que participam do AACR, logrando êxito diante do contexto problemático que lhes foi demandado. Nesse processo, além da enfermeira, da técnica de enfermagem e da assistente social, participaram a psicóloga, o maqueiro e o vigilante. Este caso se refere à Observação 6, no qual foi acompanhado o atendimento de um surto psicótico, situação incomum no cotidiano do HETSHL, e por isso mesmo de difícil resolução.

Neste caso, o usuário chegou ao serviço em crise e conversou com a técnica de enfermagem, que não conseguiu arcar sozinha com a responsabilidade de encaminhar e solicitou o apoio da enfermeira. Esta, por sua vez, solicitou a psicóloga que realizou um atendimento individual, requisitando ao final a ajuda da assistente social no sentido de conseguir uma ambulância para encaminhá-lo para um serviço especializado, já que a médica negou-se a medicá-lo. Vejamos o relato completo a seguir:

O usuário chega sozinho ao serviço, foi abordado pela técnica de enfermagem. O usuário disse que veio para o hospital, pois estava com medo que o matassem. Ele disse que tinha um parente internado no hospital e que estava em uma casa de apoio da prefeitura de sua cidade. A técnica achou o discurso estranho e chamou a enfermeira. Ao conversar com o usuário, ela percebeu que o mesmo apresentava um quadro delirante e pediu que ele se sentasse e esperasse. Enquanto isso, a enfermeira solicitou a presença da psicóloga que veio prontamente avaliar o usuário. O mesmo dizia repetidamente que alguém queria matá-lo e que ele precisava se esconder naquele hospital. A psicóloga constatou que realmente se tratava de um surto psicótico e que o usuário precisava de atendimento. Nesse momento, a assistente social perguntou a enfermeira para onde esse usuário iria, em que área ele iria se encaixar; a enfermeira respondeu que não tinha a menor ideia para qual médico iria encaminhar se no turno da noite não havia psiquiatra. Todos ficaram com expressão de dúvida tentando encontrar uma solução, pois o usuário estava sozinho e daquela forma ele não poderia sair. Então, a enfermeira decidiu procurar a médica clínica de plantão para dar um destino ao usuário, já que a equipe do AACR não estava conseguindo. O usuário, neste meio tempo, olhava a todos com desconfiança e em determinado momento ficou ao lado dos vigilantes, pois acreditava que ao lado deles estaria seguro. Enquanto isso, os acompanhantes se encontravam apreensivos com a presença desse usuário que cada vez mais apresentava sinais de delírio. Quando a médica chegou e que viu o estado do usuário disse que ela não iria atendê-lo, que não era psiquiatra e nem naquele hospital era lugar de atender paciente surtado, disse mais: "Mandem esse paciente para o Juliano Moreira, lá é lugar dele, eu não vou atender!" As profissionais que estavam acompanhando-o até agora (enfermeira, psicóloga e assistente social) ficaram perplexas com a falta de interesse da médica. Conversaram por um tempo e a psicóloga teve a ideia de fazer um encaminhamento para o Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, descrevendo o caso clínico do

usuário. A assistente social solicitou a ambulância do próprio hospital para levá-lo e a enfermeira liberou um dos técnicos para levá-lo ao destino. Ao comunicar ao usuário, ele se negou a ir, dizendo que era uma armadilha para matá-lo. A psicóloga o levou para sua sala e fez um atendimento individual até convencê-lo a ir. Em vários momentos, ele tentou travar a porta da sala, mas não conseguiu, pois esta estava com defeito. O paciente foi levado para tentar uma vaga no referido hospital. Após trinta minutos, o técnico liga dizendo que o paciente não foi aceito, pois aquele hospital só atende a grande João Pessoa e não a paciente do interior. Orientado a seguir para tentar uma vaga em outra urgência psiquiátrica, a enfermeira autorizou que fossem procurar o serviço chamado PASM. Decorridos mais 30 min., a ambulância chegou e o técnico disse que o usuário tinha ficado. A vaga foi concedida. As profissionais apresentaram expressão de alívio. (OBS 6 Sexo: M , Idade: 50 anos)

O que se observa nessa situação é que a interação ocorreu entre enfermeiro e assistente social, entre enfermeiro e psicólogo e entre enfermeiro e técnico de enfermagem, mas esta foi a única situação presenciada, em que ocorreu a participação de todo o grupo que realiza o AACR. Essa parceria, portanto, não é uma prática frequente, embora possa ser um indício de mudanças; uma sinalização de que o trabalho conjunto, o acolhimento e a humanização, possam estar ganhando espaço.

De acordo com a Cartilha da PNH (2004a), promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar essa capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para promoção de saúde. Trata-se de compreender as situações nas quais os sujeitos trabalhadores afirmam sua capacidade de intervenção no processo de tomada de decisões no âmbito das organizações de saúde.

Apesar dos avanços percebidos e dos atos de cooperação descritos, há um caminho longo a percorrer. Muitos são os conflitos e embates travados nesse processo de trabalho. Existem dificuldades de classificação, de relacionamentos e de aceitar essa nova forma de trabalho, gerando conflitos entre os profissionais e usuários e entre os próprios profissionais. A fragmentação do trabalho, a hierarquização das profissões, o modelo médico-centrado, são condições ainda visíveis nesse cenário de observação.

A multiplicidade de quadros de urgências recebidas e de diferentes graus de gravidade é responsável pelas dificuldades de classificação que aparecem. O que é agravado pela ausência de um Protocolo de Classificação de Risco. De acordo com o que foi observado, os únicos protocolos que foram construídos e são aplicados

são os das especialidades de Oftalmologia (ANEXO E) e Otorrinolaringologia (ANEXO F). Conforme descrito abaixo:

A enfermeira faz a classificação rapidamente (VERDE), obedecendo ao protocolo de classificação de atendimento para o otorrino (proposto pelos próprios otorrinos) e diz que ele vai ser atendido por um especialista na Área Verde e pede a técnica de enfermagem para acompanhá-lo até o corredor de espera. (Observação 2, Sexo: M, Idade: 38 anos)

Em situações assim, é possível se encaminhar o usuário com segurança, sabendo que o atendimento será realizado. A ausência dos demais protocolos traz momentos de dúvidas para a equipe do AACR e conflitos frequentes entre as demais equipes, que não conseguem entender o funcionamento do AACR nem o fluxo que esse processo demanda. Veja relatos expressos a seguir:

Após o primeiro atendimento, o cirurgião veio até o AACR e perguntou quem estava responsável pelo plantão noturno? A enfermeira respondeu: “Sou eu!”. O cirurgião, chefe de plantão, se dirigiu até ela de forma irritada dizendo: “Aqui agora é um ambulatório, por acaso? O que tá faltando é eu mudar o nome de Área Vermelha para Ambulatório”. A enfermeira respondeu: “O senhor pode fazer o que o senhor quiser, mas a paciente necessitava de uma reavaliação e eu mandei fazer a ficha.” O médico saiu falando alto na porta de entrada do serviço, que não ia atender mais ambulatório, que esse era o último.” A enfermeira se mostrou bastante aborrecida com a interposição do chefe de plantão. (Observação 4, Sexo: F, Idade: 45 anos)

[...] a equipe de enfermagem estava monitorizando a usuária e o médico irritado, mandando chamar a enfermeira do AACR, a enfermeira foi chamada por uma técnica da Área Vermelha. Enquanto isso, as técnicas comentavam que essa paciente não era para ter vindo para a Área Vermelha e sim para a Amarela. Quando a enfermeira chegou, o médico perguntou o que tinha acontecido com a paciente, a enfermeira contou-lhe a história conforme o esposo da usuária lhe havia dito. Mas ele questionou a classificação, disse que não se classificava como emergência e sim como urgência, não era para ter vindo para aquela área, e sim para a amarela. Caso ela agravasse mais, ela viria para a vermelha, a enfermeira disse que tinha ficado em dúvida e não tinha dado para fazer um exame físico mais apurado. Então mandou para a Vermelha. O médico fez expressão de chateado e disse a enfermeira para ela observar melhor os pacientes que chegam. A enfermeira também pareceu bastante chateada, mas não respondeu mais e saiu. (Observação 7, Sexo: F, Idade: 55 anos)

O Chefe de Plantão chegou até o AACR e se dirigiu à Enfermeira: “O que está acontecendo? Porque estão entrando pacientes que não são graves?” A Enfermeira disse: “O paciente precisava de atendimento e insistiu em ser atendido; então eu liberei a ficha.” O médico pareceu irritado e perguntou quem tinha estabelecido essas novas regras. A enfermeira respondeu que tinha sido seu coordenador. O médico insistiu: “Tem algum documento que comprove isso, escrito e assinado?” A enfermeira respondeu: “Não tem, mas me diga uma coisa doutor: tem algum protocolo anterior que comprove o que o senhor está dizendo?” O médico ficou bastante irritado e disse com tom agressivo: “Você está querendo questionar algo que existe desde a fundação do hospital?” A enfermeira respondeu: “Não, eu apenas gostaria de trabalhar respaldada.” O médico disse: “O plantão deve seguir de acordo com que o chefe de plantão diz e hoje eu estou dizendo que vai ser assim.” (Observação 8, Sexo: F, Idade: 27 anos).

Nota-se um embate desgastante entre as equipes de AACR e do Pronto-Socorro, principalmente entre médicos e enfermeiros. Uma disputa onde um detém o poder de colocar o usuário para dentro do serviço e o outro o de colocá-lo para fora, de não atendê-lo, de desfazer o que foi feito. Não existe um consenso, não existe uma só linguagem, não existe um protocolo que norteie as ações das equipes de AACR e que seja conhecido por todos os servidores. Outro fato a ser observado é a forma superior e autoritária com que os médicos se colocam diante das demais profissões, como se fossem os únicos capazes.

A equipe de enfermagem, que faz o atendimento no pronto-socorro, também exprime suas queixas sobre o AACR, sempre alegando lotação esgotada e frequentemente reclamando de erros de classificação, como se a culpa da superlotação do serviço fosse do AACR, que deveria estar realizando uma “melhor triagem”. Como mostram os trechos subsequentes:

Chegando na Área Amarela a Enfermeira perguntou porque uma certa paciente estava vindo para lá, onde já estava tudo lotado. A técnica respondeu: “Foi o médico que mandou!” A enfermeira, meio aborrecida e com aspecto de cansada, recebeu a usuária e passou sua ficha para o médico clínico continuar o atendimento, que foi iniciado na Área Vermelha... (Observação 7, Sexo: F, Idade: 55 anos)

Após a entrada do usuário na Área Verde, a técnica de enfermagem veio até o setor de AACR e disse: “Esse paciente não é pra cá; não se encaixa com o perfil do Trauma”. A enfermeira retrucou: “Essa moça estava com febre de 40 graus, com calafrios, tinha risco de convulsão!” A técnica saiu aborrecida. (Observação 8, Sexo: F, Idade: 27 anos).

Além da superlotação, outro problema visto e que também é consequência do primeiro, é o desgaste físico e emocional das equipes que fazem o atendimento no pronto-socorro. O serviço desgastante e o volume da carga de trabalho trazem prejuízos à produção de vínculo entre a equipe e os usuários. No primeiro trecho de observação, a superlotação e o cansaço parecem estar produzindo desconfortos entre os profissionais. A diminuição da superlotação está entre os objetivos traçados pela PNH, que propõe uma reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário (BRASIL, 2004a).

Para diminuição dos atritos entre as equipes, mencionados nos trechos acima, é necessário que se crie um ambiente favorável, ou ao menos próximo disso, o que trará melhoria da qualidade das decisões tomadas. As decisões precisam ser estruturadas com base em um protocolo que as respalde e uniformize as condutas.

As equipes do pronto-socorro necessitam receber treinamentos acerca da classificação de risco para compreender melhor as decisões tomadas pelo AACR, como também treinamentos sobre relacionamento no trabalho a fim de amenizar os choques e incitar o respeito.

Estas observações demonstram também, em alguns momentos, os limites de alcance de uma política com implantação verticalizada, sem estratégias de envolvimento dos atores responsáveis pela sua execução. Coloca-se ainda como entrave a cultura de primazia dos médicos, que a população enxerga como os únicos com autoridade para tomar as decisões. Além disso, os próprios médicos se julgam como categoria capaz de definir as ações, anulando às vezes rotinas e protocolos.

Outros obstáculos se referem aos limites dos recursos físicos e humanos; a desarticulação entre as unidades da rede de atendimento às urgências, com um precário esquema de regulação, impedindo a execução do encaminhamento responsável; a pouca visibilidade e a desvalorização do trabalho realizado pelo AACR e pelas equipes de urgência e emergência em geral, talvez as que são mais mal-faladas dentre todas as equipes da rede de atenção.

O próprio governo reconhece que, para o avanço do SUS e de conformidade com suas diretrizes, é forçoso por em desenvolvimento uma Política Nacional de Humanização que reconheça, entre diversos itens: a fragmentação do processo de trabalho, a precária interação das equipes de saúde, o desrespeito aos direitos dos usuários, o baixo investimento em qualificação e a burocratização dos sistemas de gestão (HUMANIZASUS, 2005).

A PNH se apresenta como tendo caráter estruturante, propondo inclusive a prática da educação permanente para combater a precarização do atendimento (BRASIL, 2004a). Não se trata de um programa passageiro para solucionar situações extremas, mas se destina a produzir mudanças das práticas em saúde de maneira contínua. Para ser implantada, necessitaria, como já foi referido, das condições básicas como: estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco; qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco; sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos; quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico; adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico de emergência e pronto atendimento.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Considerando os pré-requisitos da PNH para a implantação do AACR em uma unidade de saúde, foi constatado que os mesmos foram alcançados apenas em parte pelo Hospital de Trauma.

Dentre os requisitos atendidos estão: a adequação da área física e a disponibilidade dos equipamentos relativos a cada setor, sendo constatado que as modificações realizadas não supriram a unidade como um todo e as dependências destinadas ao AACR das condições previstas ao seu adequado funcionamento.

As áreas de atendimento foram adaptadas, mas alguns fluxos funcionam ainda de forma semelhante ao período anterior. Na antiga estrutura, os usuários vitimados por traumas físicos eram dirigidos à emergência e os que necessitavam de atendimento clínico eram encaminhados à urgência. Na estrutura atual, embora haja uma classificação que define o intervalo de tempo para início do atendimento, todos os usuários vítimas de trauma são primeiramente encaminhados a uma mesma área – a área vermelha – podendo ser posteriormente direcionados para as áreas correspondentes à sua classificação de entrada. Existe um mapa de fluxo expedido pelo hospital, baseado nas normas da PNH, que não é posto em prática. Dito de outra forma, os locais de atendimento mudaram de nome, mas a lógica de determinados fluxos não se alterou significativamente.

Juntamente com as medidas destinadas à adequação parcial da capacidade instalada, a gestão do serviço ofereceu treinamentos que alcançou parte das equipes de AACR, quando a política prevê uma qualificação de todas as equipes. Outro agravante é o fato dos profissionais do pronto-socorro passarem por rodízio entre as áreas, fazendo com que profissionais oriundos dos outros setores possam trabalhar na classificação de risco sem terem recebido treinamento para tal.

Outro pré-requisito cumprido parcialmente pelo serviço foi o relativo ao estabelecimento de protocolos de atendimento para nortear a classificação de risco. Durante as observações, percebeu-se a existência apenas de protocolos construídos pelas especialidades de Otorrinolaringologia e Oftalmologia, nos quais estavam contidos sinais e sintomas classificados através das cores, bem como os locais de encaminhamento, caso a classificação fosse azul, procedimento que finaliza o atendimento nestas situações, de acordo com a PNH.

Para as demais especialidades, não se conta com um sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos, o que se constitui num pré-requisito para a implantação.

Através de relatos das entrevistas foi verificado que alguns dos usuários encaminhados verbalmente retornaram ao HETSHL, pois não haviam conseguido atendimento na unidade anteriormente referenciada. Com o retorno dos usuários ao serviço ou pela falta de opções para se executar os encaminhamentos, o pronto-socorro acaba, em alguns momentos, por permanecer congestionado.

Não foram encontrados registros de quantificação dos atendimentos diários bem como perfil da clientela e horários de pico antes e depois da implantação, conforme preconiza a PNH. Não há uma gestão epidemiológica que possa fazer esse acompanhamento. No caso do Hospital de Trauma, foi observado que o setor de epidemiologia trabalha principalmente para detectar as doenças de notificação compulsória.

A implantação do AACR também traça alguns objetivos a serem alcançados, tendo o serviço em estudo cumprido apenas alguns deles. Dentre os objetivos propostos e alcançados após a implantação estão a avaliação do usuário e determinação da área de atendimento primário logo na sua chegada ao pronto-socorro; a redução do tempo de espera para os usuários mais graves e o retorno das informações para os familiares sobre os internos.

Dentre os objetivos parcialmente alcançados estão o descongestionamento do pronto-socorro e dentre os não alcançados estão as informações oferecidas aos usuários sobre o tempo e os motivos de espera, etapas do atendimento e serviços oferecidos pela unidade.

Considerando os dados documentais, foi verificado uma elevação contínua do número de atendimentos ao longo do período estudado (2 anos antes e 2 anos depois da implantação do AACR), verificando-se uma superlotação evidente a partir da segunda metade de 2009. Tendo o AACR sido implantado em 2008, é possível concluir que não foi capaz de conter esse fenômeno, embora não se possa afirmar ter sido ele o responsável pelo aumento da demanda.

Além disso, os indicadores previstos pelo modelo lógico da PNH, a exemplo do % de usuários internados com registros do atendimento conforme fluxos e rotinas padronizadas de acolhimento, os quais servem como parâmetros para o monitoramento e avaliação, não são disponibilizados no SAME do serviço, sendo

desconhecidos dos funcionários que trabalham naquele setor. Vale salientar também que alguns dos dados fornecidos necessitam de um melhor tratamento para o fornecimento mais adequado das informações. Tal situação se constitui numa evidência de que a implantação ainda não se fez de forma completa, ao mesmo tempo, que representa uma das dificuldades para se proceder ao acompanhamento da política.

Analisando as entrevistas a fim de verificar como os trabalhadores percebem o AACR, foi constatado que a concepção de acolhimento é vista, em alguns momentos, separada da concepção de classificação de risco, o que não é contrariado pelo MS, sendo estas instâncias diferentes, mas complementares. Essas concepções foram vinculadas a acolher, receber bem, atendimento humanizado, suporte a família, lugar instalado no hospital, porta de entrada do serviço, triagem, classificação por patologias e atendimento segundo o nível de gravidade.

Os profissionais acreditam que as principais razões pelas quais o AACR foi implantado no serviço se refere à melhoria da organização do fluxo, à reorientação do fluxo, à identificação de prioridades, à humanização do atendimento e para atender uma exigência da PNH. E apresentam como principais resultados a serem alcançados o atendimento de acordo com o risco e a redução de filas.

O conhecimento demonstrado pelos trabalhadores sobre o AACR apresenta semelhanças com a definição da PNH. Na maioria das respostas, não houve um pensamento bem estruturado acerca desse conceito, mas as ideias principais são contempladas na política bem como as razões para sua implantação. Já os resultados esperados foram direcionados apenas à classificação de risco, não tendo havido citações relacionadas ao acolhimento.

Foi verificado que as descrições aparecem algumas vezes atreladas à cultura de triagem, significando restrição de atendimentos e contrariando, portanto, os princípios de acesso e inclusão defendidos pela PNH, o que pode ser justificado pela pequena parcela de profissionais que receberam capacitação para trabalhar no AACR.

Os profissionais perceberam algumas melhorias após a implantação do AACR, citando como principais avanços: melhor distribuição do espaço físico; melhoramento do processo de trabalho; aumento da parceria entre os profissionais; melhor recepção do usuário; organização na porta de entrada; uma maior rapidez no

atendimento; melhor orientação para os maqueiros; melhoramento da imagem do hospital; população mais receptiva às mudanças.

Ainda segundo esses mesmos profissionais, houve fatores que dificultaram o processo de implantação do AACR, destacando os seguintes obstáculos: o apadrinhamento; a discórdia entre os profissionais do AACR e do pronto-socorro; a ausência de um protocolo próprio; o momento político; estrutura física inadequada; falta de capacitação profissional; a ausência do encaminhamento responsável; a resistência em aceitar a implantação do AACR; a descrença no projeto de AACR e o desfalque de profissionais.

A partir dos resultados das entrevistas, compreende-se que os profissionais entendem de forma geral a lógica do processo de AACR, apontando avanços e obstáculos, mas necessitam de uma maior capacitação e de mais momentos de discussão para executarem o trabalho de forma mais consciente e padronizada. Demonstraram pouco conhecimento em relação ao protocolo, normas e rotinas propostas pelo MS.

Os entrevistados apontam como sugestões para a melhoria do AACR: capacitação profissional; compromisso por parte dos profissionais; valorização profissional; acréscimo de profissionais; melhorias na estrutura física; organização do protocolo de AACR e uma melhor triagem. Essa última sugestão demonstra ainda o pensamento que lembra o modelo tradicional ligado à restrição de atendimentos. Talvez o fato de este pensamento vez por outra aparecer, esteja demonstrando uma realidade ainda presente no HETSHL e a prática tradicional ainda não tenha sido superada, conforme prevê a PNH.

A partir das observações, constatou-se que os cenários de chegada são diversos, os profissionais são expostos a situações de constante pressão, tendo que tomar decisões rápidas e precisas. Foi observado que a classificação de risco é executada por enfermeiros ou técnicos de enfermagem, o que contraria a norma da PNH, no que se refere ao técnico de enfermagem, cuja função só poderá ser executada por um profissional de ensino superior. Verificou-se ainda que os contatos para o atendimento em outras instituições de contra-referência são feitos pela enfermagem e não pelo serviço social, conforme recomenda a política.

Foram presenciados momentos de embates, principalmente entre médicos do pronto-socorro e enfermeiros do AACR, devido principalmente a opiniões divergentes a respeito da classificação de alguns casos. Esses embates poderiam

ser amenizados caso houvesse um protocolo estabelecido para a instituição que norteasse a classificação. Constatou-se ainda que, após os confrontos, apesar da resistência das enfermeiras, geralmente a vontade dos médicos prevalecia.

Apesar das desavenças, momentos de cooperação também foram observados. Assim, pode-se afirmar que, com o AACR, houve uma maior aproximação entre as categorias profissionais, os problemas dos usuários passaram a ser compartilhados e alguns deles solucionados à luz de vários olhares.

Com base no que foi observado, é possível vislumbrar que os objetivos e metas da PNH estão sendo parcialmente alcançados, pois o serviço atende em parte alguns dos pré-requisitos e objetivos propostos pela política. O HETSHL ainda tem um longo caminho a percorrer para alcançar as metas estabelecidas pelo MS, pois até mesmo os requisitos alcançados necessitam de aprimoramentos.

Alguns dos problemas anteriores à implantação do AACR, ainda persistem como: a superlotação, a restrição de atendimentos, o modelo médico-centrado e a impossibilidade de executar um encaminhamento responsável, devido a deficiências na rede de saúde. Alguns foram superados, como o atendimento priorizado através do risco e não pela ordem de chegada; redução das filas e do tempo de espera; o atendimento e informações oferecidas logo na chegada do usuário e um descongestionamento da emergência com a divisão das áreas, apesar do fluxo não ter sofrido grandes alterações.

Os entraves que necessitam de maiores intervenções são em relação à estrutura física e recursos humanos. Por isso recomenda-se, como uma das prioridades, o investimento em capacitação, não apenas para os trabalhadores do AACR, mas também para os demais funcionários do pronto-socorro, já que ocorrem os rodízios. Essa capacitação deve se estender a todos que trabalham na porta de entrada do serviço, como maqueiros, recepcionistas, pessoal de apoio administrativo e vigilantes. Para isso, recomenda-se a criação de um GTH (Grupo de Trabalho em Humanização), que ficará responsável pelas ações de treinamentos, informações, reuniões e campanhas de cunho humanizador para trabalhadores e usuários.

A população também precisa estar consciente da presença desse dispositivo nos serviços públicos. Desse modo, recomenda-se uma ampla divulgação pela assessoria de imprensa do hospital, através da distribuição de folders e campanhas nos meios de comunicação. Os profissionais de saúde também devem ser multiplicadores nesse processo de divulgação e escuta.

A estrutura física deve ser revista de forma a otimizar o fluxo e as áreas devem ser devidamente equipadas de acordo com o suporte que oferecem, principalmente a área azul, que necessita de uma reestruturação completa. Deve-se criar uma sala de espera para usuários e familiares, com recursos auditivos ou visuais para o entretenimento dos mesmos, conforme as possibilidades do serviço.

A forma de gestão hospitalar, indicada nos discursos como verticalizada, necessita de maiores habilidades e ferramentas para a implantação do AACR. Necessita da participação de todos os sujeitos envolvidos e de uma disseminação horizontalizada. Devem ser revistas também as condições de trabalho dos funcionários, uma vez que a humanização começa com os próprios trabalhadores, mediante a adequação dos intervalos de trabalho e descanso, com o objetivo de evitar a sobrecarga física e mental.

A experiência da implantação do AACR no Hospital de Trauma revelou a necessidade de treinamentos por profissionais de saúde. Foi possível distinguir também obstáculos e avanços que interferiram no processo de implantação.

Vale salientar ainda que, antes que uma política seja construída e implantada, deve-se analisar o contexto na qual esta será inserida. Pelo fato da PNH ser uma política nacional, a forma e o ritmo de implantação são distintas e os resultados variam de acordo com o contexto de cada serviço. Também verificou-se que fatores regionais, culturais e comportamentais podem influenciar de forma positiva ou negativa, dependendo da situação e da localidade.

## 7 REFERÊNCIAS

ABBÊS, C.; MASSARO, A.; **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**: um Paradigma Ético-estético no fazer em Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 1. ed. Brasília- DF. Série B. Textos básicos em Saúde, 2004.

ARREAZA, A.L.V.; **Contribuição teórica-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde** - Instituto Adolfo Lutz, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2007.

BARBOSA, I. de A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev Bras Enferm**, Brasília, p. 546-51, set-out; 60(5), 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3.ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Rio de Janeiro, v.9, n.17, p.389-406, 2005.

BERNARDES, M.E.M.; Ensino e aprendizagem como unidade dialética na atividade pedagógica, **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**, São Paulo, v.13, n.2, p. 235-242, 2009.

BETTS, J.; **Considerações sobre o que é Humano e Humanizar**. Portal HumanizaSUS. Humanização da Saúde, Brasília, 2003 Disponível em: <<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/default>>. Acesso em: 09 /05 / 2010.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Manual PNHAH**, 2000a [On line]. Disponível em: <[http://www.portalhumaniza.org.br/ph/dados/anexos/80\\_2.doc](http://www.portalhumaniza.org.br/ph/dados/anexos/80_2.doc)>. Acesso em: 09/04/2006.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília, DF, 2000b.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS**: relatos de experiências. Desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários. Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 2.ed. Brasília, DF; 2004a.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria- Executiva. **Qualisus – Política de qualificação de atenção à saúde**. Brasília, DF, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS**, Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**, Brasília, DF, 2009.

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. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.929-934, 2007.

CAMELO, S.H. H.; ANGERAMI, E.L.S.; SILVA, E.M. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto-SP, v.8, n.4, p.30-7, Ago. 2000.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria da Administração**. 5 ed. São Paulo: Makron Books, 1997.

DATASUS. **SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM)**, 2008.

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

DESLANDES, S. F; **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DESLAURIERS,J.P. E KÉRISIT, M. O Delineamento de Pesquisa Qualitativa. In: POUPART, J et al **A Pesquisa Qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**.Petrópolis: Vozes, 2008.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. **Explorations in quality assessment and monitoring. V.1: the definition of quality and approaches to its assessment**. Donabedian. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1988.

DONABEDIAN, A. **“The seven pillars of quality”**. Arch. Pathol Lab Med, 114, p. 1115-1118, 1990.

ENCICLOPÉDIA DE CONSCIENCILOGIA, **International Humanist and Ethical Union – IHEU**; p.(63), 1952. Disponível em: <<http://www.iheu.org>>. Acesso em: 15 de Janeiro de 2010.

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

FLICK, Uwe. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa**. Trad. Sandra Netz. 2.Ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FORTUNA, C.M.O.; **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades**. Ribeirão Preto, 1999. 247 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/.../CiniraMagaliFortuna.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/.../CiniraMagaliFortuna.pdf)>. Acesso em: 15 de janeiro de 2010.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Implantação da Classificação de Risco no HPS**. Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <[http://gbacr.com.br/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1](http://gbacr.com.br/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1)>. Acesso em: 28 set. 2008.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO; **História da Classificação de Risco no Mundo**. 2010. Disponível em: <[http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=74&Itemid=107](http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=107)>. Acesso em: 15 de janeiro de 2010.

GOLDIN, J. R.; **Triagem (2001)**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/triagem.htm>>. Acesso em: 23 de janeiro de 2010.

GUSMÃO FILHO, F.A.R. de. **Análise de Implantação da Política de Qualificação da Atenção a Saúde do Sistema Único de Saúde – Política QualiSUS – Em três hospitais do município de Recife**. Recife, 2008. 181p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Fiocruz.

HABERMAS J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989. Disponível em: <[http://www.4shared.com/get/\\_RcbQV75/HABERMAS\\_Conscincia\\_Moral\\_e\\_Ag.html](http://www.4shared.com/get/_RcbQV75/HABERMAS_Conscincia_Moral_e_Ag.html)>. Acesso em: 28 set. 2008.

HARTZ, M. Z. A; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**; Rio de Janeiro: Hucitec, 2008.

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA. Governo do Estado. **Breve histórico e perfil do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HETSHL), na atenção das emergências e traumas**. João Pessoa, 2011.

HOSPITAL MUNICIPAL MÁRIO GATTI. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco**. São Paulo, 2004.

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco**. Belo Horizonte, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), **Principais causas de morte**, 2008.

KVALE, S. Ethical issues in interview inquires. In: KVALE, S. (Ed). **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing**. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc, 1996.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 4.Ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LIMA, M. C.; **Monografia**: a engenharia da produção acadêmica. São Paulo: Saraiva, 2004.

MAFRA, A. A. et al. **Acolhimento com Classificação de Risco no Hospital Municipal Odilon Behrens em Belo Horizonte**. [S.l.; s.n.], Belo Horizonte - MG, 2006.

MERHY, E.E. e FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set/dez 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S. Prefácio. Sobre o humanismo e a humanização. In: DESLANDES, S. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MORI, M.E.; OLIVEIRA, O.V.M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Brasília, v.13, supl.1, p.627-40, 2009.

MOURA, M. O. de. A atividade de ensino como unidade formadora. **Revista Bolema**, São Paulo, v.12, p.29-43, 1996.

NEVES, Claudia. A. B.; ROLLO. Adail. **Acolhimento nas práticas de produção de Saúde**, 2006. ISBN: 85-3341268-1.

OLIVEIRA, A. C.; SIMÕES, R. F.; ANDRADE, M. V.; **Regionalização dos serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial em Minas Gerais: estrutura corrente versus estrutura planejada.** Seminário. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional/UFMG, Belo Horizonte – MG, 2004

OLIVEIRA, D. P. R. **Sistemas de informações gerenciais: estratégias, táticas, operacionais.** 9.Ed. São Paulo: Atlas, 2004

OMS, **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL; ALMEIDA-FILHO, **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.473-488.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas em distritos sanitários. In: MENDES, E.V. **Distrito Sanitário. O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

PALMEIRO, Antônio. Serviços de urgência dos hospitais são os que registam mais queixas por parte dos usuários. **O Mirante Dossiers**, 14 de Agosto de 2007. Caderno Dossier Saúde, sessão Sociedade. Disponível em: <[http://dossiers.omirante.pt/noticia\\_dos.asp?idgrupo=90&IdEdicao=300&idSeccao=4283&id=36647&Action=noticia](http://dossiers.omirante.pt/noticia_dos.asp?idgrupo=90&IdEdicao=300&idSeccao=4283&id=36647&Action=noticia)>. Acesso em: 12 de março de 2010.

PB AGORA. **Hospital de Patos é pioneiro em ambiente de acolhimento.** Sessão Saúde. João Pessoa, 15 de janeiro de 2010. Disponível em: <<http://www.pbagora.com.br/conteudo.php?id=20100115073828&cat=saude&keys=hospital-patos-pioneiro-ambiente-acolhimento&enviar=s>> Acesso em: 13 de março de 2010.

PEDUZZI, M.; Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia, **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p.103-9, 2001. Disponível em: <[www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)>. Acesso em: 15 de junho de 2010.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Orgs) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 65-112.

PINHO, M.C.G.; Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciência e Cognição**, Rio de Janeiro, v.08, p. 68-87, 2006. Disponível em: <<http://www.cienciaecognicao.org>>, acesso em: 15 de janeiro de 2010.

PIRES, P. S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviços de emergência: “Canadian Triage Acuity Scale” (CTAS).** São Paulo, 2003. 206 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

POLL, M.A.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI-FILHO, W.D.; Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. **Acta Paul Enferm**, Rio Grande do Sul, v.21, n.3, p.509-14, 2008.

RIVERA, F.J.U..Cultura e liderança comunicativa, pp. 185-218. In: **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

ROBBINS, S. **Fundamentos do comportamento organizacional**. 7ªEd. São Paulo: Pearson Education, 2004.

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 humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.36, p.498-515. 2003.

SANTOS -FILHO S. B.; **Avaliação e Humanização em Saúde**: aproximações metodológicas; Rio Grande do Sul: Unijui, 2009.

SERAPIONE, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.23, n.53, p. 81-92, 1999.

SES/PB. Governo do Estado da Paraíba. Notícias. **Saúde Estadual implanta programa de humanização nesta terça-feira no Hospital de Trauma de João Pessoa**, 23 de março de 2009. Disponível em: <<http://www.saude.pb.gov.br/site/nota/nota237.html>>. Acesso em: 09 /04 / 2010.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs) **A construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 89-112.

TOLEDO, A.D., **Acurácia de enfermeiros na Classificação de Risco de uma unidade de pronto-socorro de um Hospital Municipal de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2009. 137 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. 2.Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas.**Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.80-91, jan/mar. 1994.

ZITKOSKI, Jaime; O DIÁLOGO EM FREIRE: Caminho para a humanização; **Revista Eletrônica “Fórum Paulo Freire”**, São Paulo, n.1, jul. 2005. Disponível em: <<http://www.nepp.unicamp.br/index.php?c=108>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2010.

YIN, R. K.; **Estudo de Caso**: Planejamento e Métodos. 3.Ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

WHO, 1996. Care in normal birth: a practical guide. **Maternal and newborn health / Safe motherhood unit family and reproductive health**. World Health Organization, Geneva.



**APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista com os Funcionários do Hospital**

ENTREVISTADO \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

CATEGORIA : \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

DATA DA ENTREVISTA : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Quando começou a trabalhar neste serviço e nessa função ? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. O que você entende por ACCR?
3. Acha que o ACCR provocou alguma mudança?
  - no seu trabalho ?
  - na qualidade da assistência aos usuários ?
  - na organização e funcionamento da emergência ?
  - na imagem pública do hospital ?
  - nos resultados do atendimento ?
4. Em caso de resposta afirmativa: Que mudanças?
5. Qual a razão para a sua implantação?
6. Qual o resultado que a ACCR se propõe alcançar?
7. Existe momentos de discussões entre a equipe sobre o funcionamento do AACR?
8. Qual a fonte de seu conhecimento sobre ACCR ?
9. Quais os principais obstáculos que você encontra para a realização do AACR?

## APÊNDICE C - Roteiro da Pesquisa em documentos da Instituição Hospitalar

### 1. Estatísticas hospitalares

- Número de atendimentos;
- Causas de Atendimentos;
- Percentual de Ocupação;
- Taxa de mortalidade;
- Outros disponíveis.

### 2. Indicadores para avaliação e monitoramento do AACR, proposto pela PNH:

- % de usuários encaminhados para Serviço de Atenção Domiciliar, considerando os critérios previstos nos protocolos;
- % de usuários encaminhados para reabilitação física e ocupacional;
- % de usuários internados com registros do atendimento conforme fluxos e rotinas padronizadas de acolhimento;
- % de acolhimento em “vaga zero”, das emergências encaminhadas pelo SAMU (nos casos em que esta rotina for acordada);
- % dos usuários que chegam à Central de Acolhimento avaliados em até \_\_\_\_ minutos (conforme critérios previstos no protocolo);
- % de altas com encaminhamentos para seguimento na rede, com atendimento marcado através do hospital;
- % de altas de usuários de “grupos de risco” com encaminhamentos para a rede básica;
- % de altas de usuários de grupos de risco com encaminhamentos para a rede básica, com consulta marcada através do hospital;
- % de mulheres com encaminhamentos para consulta de puerpério, com consulta marcada na rede através do hospital;
- % de altas de recém-nascidos de risco com encaminhamentos para seguimento na rede, com atendimento marcado através do hospital;
- % de altas em crianças internadas com diagnóstico de IRA e diarreias, com consulta de acompanhamento agendada na rede através do Hospital;
- % de “procedimentos” de urgência/emergência regulados no âmbito do sistema loco-regional.

#### **Período coberto:**

Série histórica mensal cobrindo o período de 2 anos antes e 2 anos depois da introdução do AACR no Hospital.

**APÊNDICE D - Termo de Anuência**

Declaramos para os devidos fins que concordamos em receber Déborah Danielle Tertuliano Marinho, mestranda do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC), do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (DMS/CCS/UFPE), facultando-lhe o uso das instalações do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena situada na Rodovia BR 230 S/ N.º Km 17, na cidade de João Pessoa- PB, para desenvolver a pesquisa intitulada "**AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**" sob a orientação do Professor Doutor Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo, após a aprovação da referida pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CCS/UFPE).

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF ou RG: \_\_\_\_\_

Cargo ou Função no HETSHL: \_\_\_\_\_

Telefone para Contato: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, \_\_\_\_\_, cidadão brasileiro, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa de Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva intitulada **AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA** da pesquisadora Deborah Danielle Tertuliano Marinho, orientanda do professor Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo.

O meu consentimento em particular da pesquisa se deu após ter sido informada pelo pesquisador, de que:

1. A pesquisa se justifica pela necessidade de avaliarmos o Acolhimento com Classificação de Risco em uma Unidade Hospitalar de Emergência e discutirmos sobre presença de entraves existentes no processo de implementação desse dispositivo, que ainda se encontram obscuros. Observando a relação entre o que está preconizado e o contexto real, tendo como referencial a Política Nacional de Humanização Profissional.
2. Terá como objetivos verificar o grau de implementação do Acolhimento com Classificação de Risco; e verificar como os trabalhadores percebem o acolhimento como forma, para reorganizar o atendimento na Urgência/Emergência Hospitalar.
3. Os dados serão coletados através de uma entrevista semi-estruturada com profissionais da unidade de emergência;
4. A participação é voluntária, estando ciente dos riscos e benefícios dessa pesquisa:  
**RISCOS:** Caso o entrevistado sentir-se constrangidos com o fato de ser entrevistado por uma pessoa estranha ou em responder determinadas questões, terá a liberdade de desistir ou responder apenas o que se sinta bem, a qualquer momento sem risco de qualquer penalização;  
**BENEFÍCIOS:** O benefício maior da pesquisa diz respeito à contribuição para entender o processo do Acolhimento com Classificação de Risco no HETSHL. Outro possível benefício é o conhecimento que servirá de base para reflexão e construção de novas práticas em saúde mais efetivas e adequadas à realidade local, de importância para a conscientização profissional e melhoria da qualidade do atendimento prestado. Será garantida a confidencialidade do nome do entrevistando no resultado final da pesquisa.
5. Ao final da pesquisa o entrevistando terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador;
6. As entrevistas serão arquivadas no Departamento de Medicina Social da UFPE, aos cuidados o orientador da pesquisa.
7. Caso sinta necessidade de contatar o Pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo no endereço: Rua Landoaldo falcão de Souza, 90, João Pessoa-PB, pelo telefone (83) 9935-8572, ou por e-mail: deborahdani5@yahoo.com.br.
8. Caso queira contactar o Comitê de Ética Comitê de Ética em Pesquisa (Av. Prof. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, Recife- PE, CEP: 50670-901, Tel.: 2126 8588)

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Testemunha

## ANEXOS

## ANEXO A - Demonstrativo do Protocolo de Classificação de Risco da PNH.

Classificação pela cor	Nível	Prioridade	Situação/Queixa
<b>VERMELHO</b>	Nível I – atendimento médico imediato, pacientes deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência)	Prioridade zero - emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politraumatizado grave – Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG &lt; 12;</li> <li>• Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios;</li> <li>• Trauma Crânio Encefálico grave – ECG &lt;12;</li> <li>• Estado mental alterado ou em coma ECG &lt;12; história de uso de drogas;</li> <li>• Comprometimentos da Coluna Vertebral;</li> <li>• Desconforto respiratório grave;</li> <li>• Dor no peito associado à falta de ar e cianose;</li> <li>• Perfurações no peito, abdome e cabeça;</li> <li>• Crises convulsivas (inclusive pós-crise);</li> <li>• Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12;</li> <li>• Anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória;</li> <li>• Tentativas de suicídio;</li> <li>• Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia);</li> <li>• Parada cardiorrespiratória;</li> <li>• Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático;</li> <li>• Hemorragias não controláveis;</li> <li>• Infecções graves – febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência.</li> </ul>
<b>AMARELO</b>	Nível 2 – atendimento em no máximo 15 minutos, pacientes necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida.	Prioridade 1 - urgência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais;</li> <li>• Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, paraestésias, alterações do campo visual, dislalia, afasia;</li> <li>• Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15);</li> <li>• Diminuição do nível de consciência;</li> <li>• Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental;</li> <li>• História de Convulsão / pós ictal –</li> </ul>

	Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco.		<p>convulsão nas últimas 24 horas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor torácica intensa;</li> <li>• Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes);</li> <li>• Crise asmática;</li> <li>• Diabético apresentando – sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia;</li> <li>• Desmaios;</li> <li>• Estados de pânico, overdose;</li> <li>• Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático;</li> <li>• História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica, 100 ou FC &gt; 120;</li> <li>• Epistaxe com alteração de sinais vitais;</li> <li>• Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais;</li> <li>• Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais gravidez confirmada ou suspeita;</li> <li>• Náuseas /Vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais;</li> <li>• Desmaios;</li> <li>• Febre alta ( 39/40.º C);</li> <li>• Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro-vascular ou dor intensa;</li> <li>• Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15;</li> <li>• Vítimas de abuso sexual;</li> <li>• Imunodeprimidos com febre.</li> </ul>
<b>VERDE</b>	Nível 3 – atendimento em até 30 minutos, pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples.	Prioridade 2 - não urgente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade superior a 60 anos;</li> <li>• Gestantes com complicações da gravidez;</li> <li>• Pacientes escoltados;</li> <li>• Pacientes doadores de sangue;</li> <li>• Deficientes físicos;</li> <li>• Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro;</li> <li>• Impossibilidade de deambulação;</li> <li>• Asma fora de crise;</li> <li>• Enxaqueca – pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca;</li> <li>• Dor de ouvido moderada a grave;</li> <li>• Dor abdominal sem alteração de sinais vitais;</li> <li>• Sangramento vaginal sem dor</li> </ul>

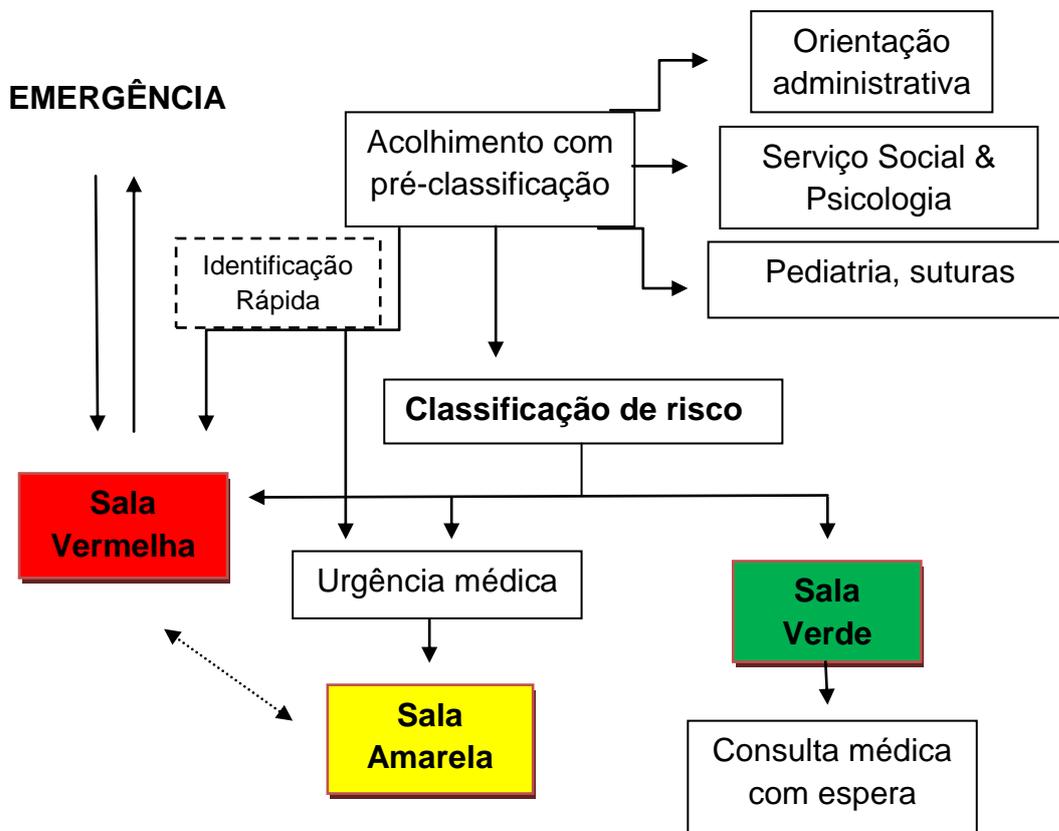
			<p>abdominal ou com dor abdominal leve;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação;</li> <li>• História de convulsão sem alteração de consciência;</li> <li>• Lombalgia intensa;</li> <li>• Abscessos;</li> <li>• Distúrbios neurovegetativos;</li> <li>• Intercorrências ortopédicas (entorse suspeita de fraturas, luxações);</li> <li>• Pacientes com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.</li> </ul>
<b>AZUL</b>	<p>Nível 4 – atendimento de acordo com o horário de chegada – tempo de espera pode variar até 3 horas de acordo com a demanda destes atendimentos, urgências e emergências</p>	<p>Prioridade 3 - consultas de baixa complexidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Queixas crônicas sem alterações agudas;</li> <li>• Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos;</li> <li>• Após a consulta médica e medicação o paciente é liberado.</li> </ul>

## ANEXO B – Fluxograma do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

### FLUXOGRAMA



**Sala Vermelha** = emergência (não será submetido a classificação de risco)  
Local visível, distinto; acesso coberto para ambulâncias; atendimento médico IMEDIATO e cuidados e enfermagem contínuo; sinal sonoro disponível; sala de recebimento e estabilização de pacientes graves, com assistência ventilatória e circulatória.

**Sala Amarela** = urgência  
Destinado a assistência e estabilização de pacientes críticos e semicríticos.

**Sala Verde** = pacientes estáveis, em observação, sem comprometimento hemodinâmico, transferidos de alta hospitalar, consulta médica em espera.

## ANEXO C - Comprovante de Aprovação do Comitê de Ética.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 191/2010 - CEP/CCS

Recife, 12 de agosto de 2010

Registro do SISNEP FR – 332806

CAAE – 0177.0.172.000-10

Registro CEP/CCS/UFPE N.º 176/10

Título: **Avaliação do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de emergência**

Pesquisador Responsável: Déborah Danielle Tertuliano Marinho.

Senhor(a) Pesquisador(a):

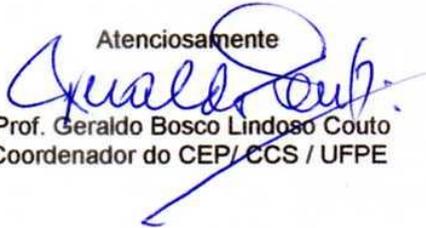
Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 10 de agosto de 2010.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente

  
Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto  
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

A

Mestranda Déborah Danielle Tertuliano Marinho  
Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva- CCS/UFPE



**ANEXO E - Protocolo de Atendimento do Serviço de Oftalmologia (Classificação de Risco).**



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMABERTO LUCENA

**SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA  
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**VERMELHO (Risco de vida) = Não se deve priorizar a emergência oftalmológica em paciente com risco de vida. Na realidade pode haver, por exemplo, o um projétil de arma de fogo, atingindo o globo ocular e o sistema nervoso central, com o paciente com risco de vida, que necessita de atendimento de emergência, mas este deve ser feito inicialmente pelo cirurgião geral/neurocirurgião e, depois, com maior estabilidade sistêmica, ser avaliado pelo oftalmologista.**

**AMARELO**  
(Atendimento o mais rápido possível, não há risco de vida)

- Trauma ocular penetrante;
- Ruptura do globo ocular/ perfuração;
- Queimadura ocular – química por ácido ou base, fotoelétrica.

**VERDE (Condições ainda com prioridade no atendimento oftalmológico)**

- Trauma ocular contuso;
- Corpo estranho;
- Baixa visual súbita ou visão de manchas súbitas;
- Olho vermelho associado a baixa visual ou dor forte;
- Edema alérgico súbito (quemose – “edema conjuntival = edema palpebral = hiperemia);
- Ptose (queda da pálpebra) / paralisia ocular aguda – atendido junto com a Neurocirurgia

**AZUL (referenciar a outros serviços)**

- Conjuntivite infecciosa (olho vermelho com secreção);
- Hordéolo (“terçol”);
- Celulite orbitária (edema palpebral + hiperemia + dor local + proptose – “olho pra fora”) – verificar disponibilidade do hospital Arlinda marques. Se caso para internamento acionar o SISREG para encaminhamento;
- Miíase ocular ou palpebral;
- Hemorragia subconjuntival.

**Encaminhar ao ambulatório (não necessita fazer ficha, o paciente será referenciado pelo PSF):**

- Prurido – Dor leve – Vermelhidão ocular; exemplo);
- Irritação ocular sem dor ou baixa visual;
- Erro refrativo (problema de óculos);
- Baixa visual crônica (catarata, por exemplo);
- Pterígio / Pinguécula (“carnosidade”)
- Tumoração palpebral;

**ANEXO F: Protocolo de Atendimento do Serviço de Otorrinolaringologia  
(Classificação de Risco).**



**SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA  
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO  
2009**



**DR. ALEXANDRE JOSÉ DE ARAÚJO MACHADO  
COORDENADOR DE OTORRINILARINGOLOGIA**

<b><u>OUVIDO</u></b>	<b>PACIENTES ATENDIDOS NESTE SERVIÇO</b>	<b>PACIENTES REFERENCIADOS AOS AMBULATÓRIOS DE OTORRINO</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corpo estranho;</li> <li>- Sangramento;</li> <li>- Miíase (larvas);</li> <li>- Mastoidite (edema e hiperemia intensos atrás da orelha);</li> <li>- Paralisia facial;</li> <li>- Traumas de ouvido com objetos poteagudos e cotonetes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouvido tapado;</li> <li>- Água no ouvido;</li> <li>- Secreção no ouvido;</li> <li>- Dor no ouvido;</li> <li>- Lavagem de ouvido;</li> <li>- Teste auditivo.</li> </ul>
<b><u>NARIZ</u></b>	<b>PACIENTES ATENDIDOS NESTE SERVIÇO</b>	<b>PACIENTES REFERENCIADOS AOS AMBULATÓRIOS DE OTORRINO</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corpo estranho;</li> <li>- Sangramento nasal;</li> <li>- Miíase (larvas);</li> <li>- Edema e hiperemia de face;</li> <li>- Trauma nasal seguido de sangramento (a fratura nasal deverá ser vista pelo buço-maxilo);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinusite;</li> <li>- Nariz entupido;</li> <li>- Secreção;</li> </ul>
<b><u>GARGANTA</u></b>	<b>PACIENTES ATENDIDOS NESTE SERVIÇO</b>	<b>PACIENTES REFERENCIADOS AOS AMBULATÓRIOS DE OTORRINO</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corpo estranho;</li> <li>- Abscesso periamigdalino (encaminhado).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dor de garganta;</li> <li>- Amigdalite;</li> <li>- Boca seca;</li> <li>- Rouquidão;</li> <li>- Tosse;</li> <li>Secreção ou massa na garganta.</li> </ul>

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OTORRINOLARINGOLOGIA

<b>Risco 0</b>	<b>Emergência: será identificada pela cor <b>Vermelha</b></b>
<b>Risco 1</b>	<b>Urgência: será identificada pela cor <b>Amarela</b></b>
<b>Risco 2</b>	<b>Encaminhamentos rápidos: será identificada pela cor <b>Verde</b></b>
<b>Risco 3</b>	<b>Não é urgência: será identificada pela cor <b>Azul</b></b>



- Desconforto respiratório grave, de origem laríngea.



- Epistaxe;
- Corpo estranho de garganta.



- Sangramento de ouvido;
- Mastoidite;
- Corpo estranho de nariz;
- Abscesso periamigdaliano;
- Edema e hiperemia de face.



- Corpo estranho de ouvido;
- Paralisia facial;
- Miíase.