

Reestruturação da assistência em urgência e emergência com o protocolo de classificação de risco: uma revisão sistemática

Restructuration of urgency and emergency assistance with the risk classification protocol: a systematic review

Amanda Ferreira Queiroz¹; Eniandra Oliveira Moraes¹;
Maira Ciabati Silva Correa¹; Evania Nascimento²

Resumo: Os serviços de urgência e emergência são os que mais sofrem as conseqüências do modelo de saúde centrado na doença. Apesar dos usuários criticarem estes serviços, eles continuam tendo a preferência pelos mesmos. Isso vem tumultuando e desorganizando os pronto-socorros e unidades de pronto atendimento, que não conseguem prestar um atendimento eficaz e de qualidade. Mudanças vêm sendo implementadas para reorganizar o atendimento de urgência e emergência através do Protocolo de Classificação de Risco. Com este estudo, propõe-se refletir de que forma este protocolo pode contribuir com o serviço de urgência e emergência. O estudo de revisão sistemática foi elaborado com base na pesquisa e síntese de artigos publicados entre os anos de 2001 e 2010, bem como manuais e normatizações do Ministério da Saúde. As políticas públicas de saúde têm regulamentado novas portarias e desenvolvido estratégias para a melhoria da atenção em urgência e emergência. Uma das maiores preocupações é estabelecer uma ordem no fluxo de atendimento destes serviços. O Protocolo de Manchester vem sendo implementado no Brasil, visando organizar a demanda de pacientes nos serviços de urgência e emergência, de acordo com seu grau de risco, que consequentemente acarretará em benefícios para todos os usuários, trabalhadores de saúde, gestores e toda a rede do sistema de saúde.

Palavras-chave: Serviços de Urgência e Emergência. Classificação de Risco. Assistência em Urgência e Emergência.

Abstract: The urgency and emergency services are those which suffer the most with the consequences of the model of health centered on the disease. Despite the users' criticism, those services continue having their preference. This criticism has been creating trouble and disorganizing those urgency and emergency centers, which cannot provide efficient and quality assistance. Changes have been implanted to reorganize the assistance in urgency and emergency centers through the Risk Classification Protocol. With this study, it is proposed to reflect how this protocol can contribute with the urgency and emergency services. The systematic review study was elaborated based on both research and summary of published articles between the years of 2001 and 2010, and manuals and regulations of the Ministry of Health. The health public policies have regulated new government directives and developed strategies to improve the attention at urgency and emergency centers. One of the preoccupations is to establish an order in the assistance flow of these services. The Manchester Protocol has been implanted here in Brazil with the aim at organizing the patients' demand in urgency and emergency centers, according to their risk level, which will consequently bring benefits to all users, health professionals, administrators and all the colleagues of the health system.

Keywords: Urgency and Emergency Services. Risk Classification. Urgency and Emergency Assistance.

INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência vêm sofrendo diversas atribuições ao longo do tempo. Para que possamos entender a evolução das formas de prestação de cuidado em urgência e emergência e sua evolução, é necessária uma revisão do modelo de saúde predominante. Dentro do contexto histórico de assistência à saúde, salientamos o modelo assistencial que predominou na construção da rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), chamado biomédico.

A partir deste modelo que prega a assistência centrada na doença, formou-se na visão de usuários e profissionais

de saúde um conceito curativo e não preventivo de saúde.

Isto contribuiu para a formação de serviços de saúde fragmentados, com falhas na integralidade da atenção à saúde. Desta forma, os serviços de urgência e emergência são acessados como porta de entrada do sistema, para solucionar questões que seriam resolvidas na maioria das vezes, na Atenção Primária à Saúde (APS), pelas Unidades de Saúde da Família (USF's) que se caracterizam pela promoção, prevenção e educação em saúde, portanto porta de entrada da rede.

Por isso, pronto-socorros e Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) são "taxados" como serviços de

¹Pós graduando do Curso de Especialização em Urgência e Emergência da Faculdade de Enfermagem da Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP|UEMG)

²Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta na Faculdade de Enfermagem da Fundação de Ensino Superior de Passos(FESP|UEMG). E-mail: evania.nascimento@gmail.com

baixa resolutividade e qualidade, pois são permeados por filas e tumulto. Soma-se a isso como obstáculo, a precariedade das condições materiais e tecnológicas, o número insuficiente de profissionais de saúde, a ausência de critérios de atendimento, a falta de humanização e acolhimento dos profissionais para com os usuários.

Assim sendo, torna-se necessário mudanças na sua forma de organização e atendimento, na tentativa de estabelecer uma relação de empatia entre pacientes e profissionais de saúde para que ambos possam compreender a complexidade do cuidado em saúde. Além disso, o processo de reorganização da assistência em urgência e emergência implicará em diminuição dos gastos excessivos, utilizados muitas vezes neste tipo de serviço para atendimentos da área preventiva.

Os níveis de atenção primário e terciário de assistência à saúde, já vêm adotando e estabelecendo mudanças para melhoria de seu funcionamento, através de linhas-guias e protocolos de assistência. Deste modo, torna-se urgente que os serviços de atenção secundária também estabeleçam metas e critérios para melhorar a qualidade da atenção.

O contato com o cotidiano do serviço nos leva a repensar a assistência em urgência e emergência na intenção de redefinir as práticas de saúde, criar elos de comunicação entre profissionais e usuários e entre todos os serviços de saúde, buscando integrar toda a rede de assistência.

Parte-se do princípio que um serviço de urgência e emergência estruturado, determinará em união de todos os profissionais e gestores de todos os níveis de atenção, acarretando em benefícios sociais, político-financeiros e organizacionais em todo o sistema de saúde.

Considerando que na cidade de Passos-MG, está sendo implantado na Unidade Pronto Atendimento (UPA) e no Pronto Atendimento da Santa Casa, o protocolo de risco, os enfermeiros têm buscado compreender como essa ferramenta pode tornar o serviço de urgência e emergência eficaz e essencial na promoção da qualidade do Sistema Único de Saúde. Deste modo, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de refletir sobre a forma como o protocolo de classificação de risco poderá contribuir com o serviço de urgência e emergência.

MÉTODO

Na construção deste estudo, utilizamos a revisão sistemática caracterizada como uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação fornece um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, crítica e síntese da informação selecionada (SAMPALHO, MANCINI, 2007).

Além disso, facilita a criação de diretrizes clínicas sendo extremamente útil para os tomadores de decisão na área da saúde, entre os quais estão os médicos e gestores de saúde, tanto do setor público como do

privado. Desta forma, as revisões sistemáticas também contribuem para o planejamento de protocolos clínicos (CLARKE, 2001).

Assim, trata-se de um tipo de pesquisa retrospectiva e secundária, isto é, a revisão é usualmente desenhada e conduzida após a publicação de muitos estudos experimentais sobre um assunto. A revisão sistemática depende, portanto da qualidade da fonte primária (SAMPALHO, MANCINI, 2007).

RESULTADOS

Na formação deste estudo, foram utilizados artigos publicados entre os anos de 2001 a 2010, no site da biblioteca virtual em saúde (BVS), utilizando os seguintes bancos de dados: Scielo, Medline e Lilacs. A busca se deu com os seguintes descritores: “serviços de urgência e emergência”, “gestão dos serviços de urgência e emergência”, “acolhimento e humanização”, “classificação de risco em urgência e emergência”, “atendimento humanizado em urgência e emergência”, “assistência à saúde em urgência e emergência” e “organização dos serviços de urgência e emergência”.

Utilizando o descritor “serviços de urgência e emergência”, foram encontrados 840 artigos no idioma português com textos completos na internet. Após leitura dos resumos, apenas oito (8) tinham relação com o estudo. Os descritores “gestão dos serviços de urgência e emergência”, encontraram 44 artigos em português completos, onde após leitura dos resumos, apenas 12 tinham relação com o estudo em questão. Com relação às palavras “acolhimento e humanização”, foram encontrados 72 artigos em português completos, porém após leitura dos resumos, apenas nove (9) tinham relação com a pesquisa. Já os descritores “classificação de risco em urgência e emergência”, localizaram 16 artigos em português completos, onde após a leitura apenas cinco (5) poderiam ser úteis para o estudo. As palavras “atendimento humanizado em urgência e emergência” encontraram um total de cinco (5) artigos em português completos, onde apenas um (1) poderia ser útil após a leitura dos resumos. Os descritores “assistência à saúde em urgência e emergência”, localizaram 269 artigos no idioma português com textos completos, porém apenas sete (7) poderiam ser utilizados por possuírem relação com a pesquisa. E por último, utilizando as palavras “organização dos serviços de urgência e emergência”, foram encontrados 64 artigos em português completos, porém apenas oito (8) tinham relação com o estudo. Assim, chegou-se a um total de 50 artigos, onde após a leitura dos mesmos, apenas 17 adequavam-se ao tema do estudo. Além disso, foram utilizados também manuais e arquivos do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, que descrevem sobre os serviços de urgência e emergência no Brasil, sobre as normatizações e regulamentações dos mesmos, dos quais foram utilizados 13 documentos, por se tratar de

um estudo de revisão sistemática. O período de levantamento dos dados ocorreu de dezembro a março de 2010.

DISCUSSÃO

• Serviços de Urgência e Emergência

A superação das falhas na assistência à saúde e em suas causas tem sido um grande desafio para diversos países no mundo. Políticas de saúde estão sendo reformuladas e implementadas, tendo como enfoque a equidade e resolutividade da assistência, a utilização sensata dos bens e serviços de saúde.

O SUS prega o atendimento universal, integral e eficiente para a população, porém, as demandas crescentes por uma assistência cada vez mais complexa sem o crescimento da oferta de serviços, aumentam os desafios para que a equidade e a integralidade seja uma realidade, com o acesso da população de forma adequada e de acordo com as suas necessidades (EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008).

Desta forma, profissionais e gestores do sistema de saúde vem tentando propor mudanças no atual cenário de saúde brasileiro, reorganizando a rede de atenção à saúde.

O fluxo da “demanda espontânea” de usuários aos serviços de saúde do SUS, vem indicando historicamente uma nítida e persistente preferência por serviços de pronto-socorros e pronto atendimentos, mesmo após a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), serviço este que deveria ser caracterizado pelos usuários como porta de entrada do sistema (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

Considerando-se o crescimento desordenado da população nos últimos anos, o aumento do número de doenças crônico-degenerativas, o elevado índice de acidentes e da violência e o aumento da criminalidade, além da preferência dos usuários pelos serviços de urgência e emergência, tornou-se urgente a reestruturação da atenção secundária à saúde (BERNARDES et al, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a atenção secundária à saúde se faz pelo componente pré e intra-hospitalar, formado por unidades fixas e móveis de urgência (BRASIL, 2010 a).

As unidades fixas de urgência e emergência são locais que se destinam a promover serviços médicos requeridos em caráter de urgência e emergência, para prolongar a vida ou prevenir consequências críticas, os quais devem ser realizados imediatamente e podem ser divididos em pronto atendimento, pronto-socorro e emergência (SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

O pronto atendimento é a unidade que se destina a prestar assistência dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato. Já o pronto-socorro, é o estabelecimento de saúde destinado a prestar atendimento a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de assistência imediata, funcionando 24 horas por dia e dis-

pondo de leitos de observação; a emergência refere-se à unidade que presta assistência a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato (VALENTIM; SANTOS, 2009).

Já as unidades móveis, são aquelas destinadas à prestação do atendimento pré-hospitalar, que é considerada toda e qualquer assistência realizada direta ou indiretamente fora do âmbito hospitalar, utilizando-se de meios e métodos disponíveis. Esse tipo de assistência pode variar entre um simples conselho ou orientação médica, até o envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, onde haja pessoas acometidas por trauma, visando à manutenção da vida e a minimização de sequelas. Essas unidades são chamadas de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Os pronto-socorros e UPA's (Unidades de Pronto Atendimento), são caracterizados atualmente por leitos ocupados, pacientes acamados nos corredores, tempo de espera para atendimento acima de uma hora, alta tensão da equipe de saúde e grande pressão para novos atendimentos, indicando um baixo desempenho do sistema de saúde, o que induz à baixa qualidade da assistência (BITTENCOURT; HORTALE, 2009). Este cenário necessita de mudanças, pois os problemas de saúde da maioria dos pacientes que procuram estes serviços poderiam ser resolvidos na Atenção Primária em Saúde (APS), nas Unidades de Saúde da Família (USF's) ou nos ambulatórios.

Os atendimentos nas UPA's e pronto-socorros são expressivamente maiores do que os atendimentos realizados nas USF's, os fatores determinantes deste fato estão relacionados às necessidades de saúde, aos usuários, aos prestadores de serviços, à organização e à política local (BATISTELA; GUERREIRO; ROSSETO, 2008).

A assistência prestada na UPA está relacionada ao trabalho do SAMU, que organiza o fluxo de atendimento e faz o encaminhamento do paciente ao serviço de saúde adequado a cada situação (BRASIL, 2010 a).

O SAMU presta um serviço de emergência que funciona 24 horas por dia e conta com profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem as urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população (BRASIL, 2010 b).

O atendimento do SAMU é feito em qualquer lugar, como residências, locais de trabalho e vias públicas. O socorro é realizado após chamada gratuita para o telefone 192, onde a ligação é atendida por técnicos da central de regulação que identificam a emergência e transferem para o médico regulador (BRASIL, 2010 b).

O trabalho do SAMU proporciona o atendimento ágil das vítimas em situações de urgência e emergência, já que isso seria quase impossível de ser realizado nas UPA's e pronto-socorros, devido a grande demanda por problemas de saúde muitas vezes da área preventiva.

Outro fato que impulsionou a implantação do SAMU aos serviços de urgência e emergência, foi o aumento das causas externas classificadas como lesões intencionais (violências), representadas pelas agressões, homicídios, suicídios e lesões não intencionais que incluem os acidentes de transporte, afogamentos, quedas e queimaduras (MASCARENHAS et al, 2006).

Assim, os serviços de urgência e emergência vêm sendo reorganizados com o intuito de prestar uma assistência de qualidade, organizar o fluxo de atendimento e integrar a rede de serviços de saúde, onde gestores e profissionais de saúde deverão somar forças para que seja implementada adequadamente a proposta das políticas de atenção às urgências e emergências.

- **Políticas de Urgência e Emergência no Brasil**

A assistência em urgência e emergência vem sendo reformulada por iniciativas do governo federal ao longo dos anos, com a proposta de causar impacto nas suas formas de cuidado e atenção (BRASIL, 2006 a).

Em junho de 1998, é instituída a Portaria nº 2.923 que determinava investimentos na assistência pré-hospitalar móvel, na assistência hospitalar, nas centrais de regulação das urgências e na capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2006 a).

Para propor mecanismos de implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em atendimentos de urgência e emergência e estabelecer os critérios para classificação e inclusão dos hospitais nestes sistemas, o MS criou em 15 de abril de 1.999 a Portaria nº 479 (MINAS GERAIS, 2010 a).

Em 5 de novembro de 2002, o MS institui a Portaria nº 2.048, que determina os princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência, define normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência, estabelecendo a criação das coordenações do sistema estadual de urgências (BRASIL, 2006 a).

Já em 2003, um novo ciclo de governo é inaugurado onde a área das urgências torna-se prioritária e é publicada na forma da Portaria nº 1.863, instituindo a “Política Nacional de Atenção às Urgências” (BRASIL, 2006 a).

Na Política Nacional de Atenção às Urgências ocorre a incorporação de novos elementos conceituais com a revisão de alguns bastante difundidos, como a garantia da universalidade, equidade e integralidade da atenção às urgências, suas diretrizes de regionalização e a qualificação da assistência com a promoção da capacitação das equipes de saúde no atendimento às urgências (BRASIL, 2006 b).

Além disso, define como componentes fundamentais desta política: a) a adoção de estratégias de promoção da qualidade de vida; b) a organização de redes loco-regionais de urgência; c) o componente pré-hospitalar fixo; d) o componente pré-hospitalar móvel; e) os componentes hospitalar e pós-hospitalar; f) a instalação

de centrais de regulação médica; g) a capacitação e educação continuada das equipes de saúde e orientações seguindo princípios de humanização (BRASIL, 2006 b).

Todas as portarias acima, procuravam encontrar subsídios para a prestação de uma assistência integral e de qualidade em urgência e emergência, além de propor melhorias na estruturação da atenção secundária em termos de recursos humanos e tecnológicos.

Porém, além destes recursos essenciais para a prestação do cuidado em urgência e emergência, é necessário relembrar a questão da fragmentação nos processos de trabalho que esgarça as relações entre os profissionais de saúde e entre estes e os usuários. É preciso refletir sobre o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com a questão subjetiva das práticas de atenção à saúde (BRASIL, 2006 a).

Para isso, foi implementada a Política Nacional de Humanização e da Gestão no SUS, que consolidou marcas como: a redução das filas e do tempo de espera; o direito do usuário em saber quem são os profissionais que cuidam de sua saúde; o direito do usuário sobre o acompanhamento de pessoas de sua rede social e a gestão participativa dos trabalhadores e usuários, além da educação permanente dos profissionais (BRASIL, 2006 a).

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada como um meio de rever valores morais e ético-humanos que foram “adormecendo” ao longo do tempo, principalmente nos serviços de urgência e emergência, onde são necessárias a agilidade e presteza das ações (BRASIL, 2004).

- **Humanização e Acolhimento em Urgência e Emergência**

Para que o atendimento em urgência e emergência seja resolutivo, torna-se necessário não somente estruturas físicas e tecnológicas adequadas, mas também mão-de-obra capacitada para tal.

Um dos desafios neste tipo de serviço é o saber ouvir os clientes para coletar as informações de forma correta e poder atender as expectativas dos mesmos considerando que são características do serviço de urgência e emergência: o ambiente conturbado, a impessoalidade e falta de privacidade devido ao grande número de pacientes, a escassez de recursos, a sobrecarga da equipe de saúde, o número insuficiente de médicos, o ritmo excessivo de trabalho e a ansiedade, que tendem a gerar uma comunicação impessoal e mecanizada com o passar do tempo (SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

Foi, assim, que surgiu a preocupação com a questão da humanização, que pode ser entendida como o valor atribuído aos sujeitos no processo de produção de saúde: trabalhadores, usuários e gestores (KLOCK et al, 2006).

Desta forma, sabe-se que o trabalho em saúde é caracterizado pelo encontro entre pessoas que trazem um sofrimento ou necessidades de saúde e outras que dispõem de conhecimentos específicos ou instrumentos na

tentativa de solucionar o problema apresentado. Nesse encontro são mobilizados sentimentos, emoções e identificações que podem dificultar ou facilitar a aplicação dos conhecimentos do profissional na percepção das necessidades do usuário (GARLET et al, 2009).

A humanização vista como política implica em traduzir os princípios do SUS como forma de operar os diferentes equipamentos e sujeitos da saúde; construir trocas solidárias e comprometidas com a tarefa de produção de saúde e de sujeitos; oferecer um eixo articulador das práticas em saúde e contagiar a todos da rede SUS com atitudes e ações humanizadoras (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Humanização (PNH) se orienta valorizando a dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, enfatizando a importância do trabalho em equipe multiprofissional; apoiando a construção de redes cooperativas e solidárias com a produção de saúde; destacando a construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos com a co-responsabilidade de todos no processo de gestão; fortalecendo o controle social com caráter participativo de toda a rede do SUS; destacando a importância do compromisso com a democratização das relações de trabalho e do verdadeiro valor dos trabalhadores de saúde, além de valorizar a ambiência com a organização do trabalho, para criar ambientes saudáveis e acolhedores (BRASIL, 2009 a).

Além disso, a PNH desenvolveu também vários dispositivos para promover mudanças nos modelos de atenção e gestão como: o grupo de trabalho de humanização, o colegiado gestor, o contrato de gestão, o sistema de escuta qualificada para pacientes e trabalhadores de saúde, a visita aberta com direito à acompanhante, os projetos co-geridos de ambiência, o acolhimento com classificação de risco e o projeto terapêutico singular (BRASIL, 2009 a).

Os parâmetros para o acompanhamento da implementação da PNH nos serviços pré-hospitalares e hospitalares de urgência e emergência são: a demanda acolhida através da avaliação de risco, a garantia da referência e contra-referência na resolução da urgência e emergência e por último, a implantação de protocolos clínicos para eliminar as intervenções desnecessárias e garantir o respeito à individualidade do sujeito (BRASIL, 2004).

Observa-se que alguns profissionais de saúde no desempenho de suas atividades em unidades de urgência e emergência denotam uma grande preocupação como foco principal nos aspectos biológicos do ser humano, desconsiderando os demais aspectos do ser na maioria das vezes. E assim, prestam um cuidado fragmentado, pois não consideram o ser humano na sua totalidade e complexidade (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2009).

Com a fragmentação do cuidado, houve um esquecimento ou talvez uma banalização do cuidado humaniza-

do, que se refere à oferta de um atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de assistência e das condições de trabalho dos profissionais (BECK et al, 2009).

Dentro das práticas de saúde em urgência e emergência não poderíamos deixar de ressaltar um dos mais complexos componentes do cuidado humanizado chamado acolhimento.

O acolhimento pode ser caracterizado como um modo de operar os processos de trabalho em saúde, procurando atender a todos que procuram o serviço, ouvindo seus motivos e assumindo uma postura capaz de acolher, ouvir e fornecer as respostas mais adequadas a cada cliente. Visa prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando o paciente e sua família com relação a outros serviços de saúde na continuidade da atenção e articulando com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2006 a).

A noção de acolhimento na área da saúde tem sido identificada como uma dimensão espacial traduzida na recepção administrativa e no ambiente confortável e também como uma ação de triagem e encaminhamentos para serviços especializados (BRASIL, 2009 b).

Trazendo o acolhimento para os processos de trabalho, este não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica no compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar” outrem em suas demandas com consciência de forma resolutiva (BRASIL, 2008).

Devemos ter o cuidado para não restringir a definição de acolhimento ao problema da recepção, da “demanda espontânea”, tratando-o como uma proposta aberta a alterações, como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser aprendido e trabalhado em todos os encontros e não apenas numa condição particular de um encontro, que é aquele que se dá na recepção (BRASIL, 2009 b).

O conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde através da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Traduz em qualificar a produção de saúde aliada à responsabilidade por aquilo que não é possível direcionar imediatamente, de maneira ética e resolutiva com garantia de acesso ao cliente. Desta forma, todos os profissionais de saúde praticam acolhimento (BRASIL, 2006 a).

Muitos serviços de urgência e emergência convivem com grandes filas, onde os pacientes disputam o atendimento sem critério algum a não ser a hora da chegada. A não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, podendo acarretar até a morte de pessoas pelo não-atendimento no tempo adequado (BRASIL, 2009 c).

Essa forma de operar o atendimento de urgência e emergência demonstra a lógica perversa na qual este

tipo de serviço vem adotando no trabalho cotidiano, focando a doença e não o sujeito e suas necessidades, repassando muitas vezes o problema para outro, ao invés de admitir a responsabilidade por sua resolução (BRASIL, 2009 c).

É necessário estabelecer mudanças na forma de atendimento dos serviços de urgência e emergência, pois faz parte do acolhimento, a avaliação de risco e a vulnerabilidade. Mas, não se deixa nesse contexto de considerar as percepções do usuário e de sua rede social acerca do seu processo de adoecimento, o que implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico dos mesmos, promovendo, assim, um cuidado humanizado e acolhedor (MINAS GERAIS, 2010 c).

- **O Protocolo de Classificação de Risco**

A avaliação com classificação de risco pressupõe a determinação de maior ou menor agilidade no atendimento, a partir de um protocolo pré-estabelecido, que analisa o grau de necessidade do usuário, proporcionando uma assistência baseada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2006 a).

A classificação de risco é uma ferramenta que organiza a fila de espera e propõe outra ordem de atendimento que não à ordem de chegada, além de outros objetivos como: a garantia do atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; a informação para o cliente que não corre risco elevado sobre o tempo provável de espera; a promoção do trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; a oferta de melhores condições de trabalho para os profissionais; o aumento da satisfação dos usuários e principalmente a possibilidade da pactuação e da construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009 c).

No desenvolvimento da classificação de risco existem alguns pontos críticos como: ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e nem prejudicar a qualidade das ações; superar a prática tradicional baseada na dimensão biológica para ampliar a escuta; reconfigurar o trabalho do profissional médico de forma a integrá-lo no trabalho da equipe; transformar o processo de trabalho de forma a aumentar a capacidade dos profissionais de distinguir os problemas; identificar riscos e dar respostas adequadas à complexidade dos problemas de cada usuário, além de explicitar e discutir a proposta com a população, os profissionais e atores políticos, visando ampliar a escuta na construção de novos saberes em saúde (BRASIL, 2006 a).

Assim, os objetivos da classificação de risco são: avaliar o usuário na chegada do serviço de urgência e emergência humanizando a assistência; desafogar a demanda de pacientes no pronto-socorro; diminuir o tempo de espera para o atendimento médico para que o paciente seja visto de forma precoce de acordo com a sua gravidade; determinar a área de atendimento primário de forma que o cliente seja encaminhado diretamem-

te às especialidades conforme a sua situação; informar os tempos de espera; promover a orientação dos usuários sobre o serviço e retornar informações a familiares (BRASIL, 2006 a).

Para que possa ser uma realidade a implantação da central de acolhimento e classificação, existem alguns requisitos necessários como: o estabelecimento de fluxos e protocolos de atendimento; a capacitação das equipes de acolhimento e classificação de risco; o sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos; a quantificação dos atendimentos diários, perfil da clientela e horários de pico; além da adequação da estrutura física das áreas de atendimento de urgência e pronto-atendimento (BRASIL, 2006 a).

O protocolo de classificação de risco propõe a inclusão e não tem como objetivo reencaminhar ninguém sem atendimento e sim organizar e garantir o atendimento de todos (MINAS GERAIS, 2010 b).

Quando se tem o acolhimento com classificação de risco como guia orientador para a atenção e gestão nos serviços de urgência e emergência, outros modos de estar, ocupar e trabalhar se expressarão nesse lugar e irão solicitar arranjos espaciais singulares que determinarão o fluxo adequado para favorecer os processos de trabalho (BRASIL, 2009 c).

Para que isso se torne possível, os serviços de saúde aderiram ao chamado “Protocolo de Manchester”, que se trata de uma metodologia de trabalho implementada em Manchester em 1997 e amplamente divulgada no Reino Unido, estando em curso sua aplicação em vários países (BRASIL, 2008).

O protocolo de Manchester é um método que identifica rapidamente os usuários que recorrem ao serviço de urgência, permitindo atender primeiro os casos mais graves e não os que chegam primeiro. Este atendimento inicial busca identificar sinais que permitam atribuir o grau de prioridade clínica e o tempo máximo de espera para cada paciente (MINAS GERAIS, 2010 c).

Desta forma, a composição espacial adotada pelo protocolo é composta por eixos ou áreas que evidenciam o grau de risco dos pacientes, classificando-os (BRASIL, 2009 c).

Assim, o atendimento é dividido em eixos como: o primeiro eixo é o vermelho caracterizado pelo atendimento das urgências clínicas e traumáticas de maior gravidade; o segundo eixo é o laranja que corresponde aos casos muito urgentes; o terceiro é o amarelo que atende os casos urgentes; o quarto é o verde que é caracterizado pelos casos pouco urgentes e o último eixo é o azul composto pelos pacientes não urgentes. Em cada eixo são determinadas as situações ou quadros de saúde de cada usuário e o tempo em que o mesmo deve aguardar para ser atendido, conforme a sua classificação ou cor (MINAS GERAIS, 2010 c).

Este tipo de classificação deve ser realizado por profissional de enfermagem de nível superior, que tenha

de preferência, experiência em serviço de urgência e somente após a capacitação e treinamento específicos para a atividade proposta (BRASIL, 2009 c).

Os protocolos de classificação de risco são instrumentos que visam sistematizar a avaliação que em muitos casos é realizada de forma informal pela enfermagem e devem ter sempre o respaldo médico (BRASIL, 2009 c).

Desta forma, é necessário sempre criar novas formas de agir em saúde, que levem a uma atenção resolutiva, acolhedora e humanizada, a partir da inserção dos serviços de urgência e emergência na rede local (BRASIL, 2009 c).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, após várias tentativas de reestruturações fracassadas os serviços de saúde, em especial os de urgência e emergência estão aderindo ao “Protocolo de Manchester”, que visa classificar os usuários por grau de risco e não por ordem de chegada.

Este protocolo não poderia ter surgido em melhor momento, já que os serviços de urgência e emergência estão vivendo um verdadeiro caos. A adesão ao protocolo de classificação de risco propõe não somente organizar os serviços em si para profissionais e gestores, mas, também fazer com que os usuários recebam um atendimento eficaz, de qualidade e principalmente humanizado já que isso não era possível com o caos do modelo de atendimento por ordem de chegada.

O protocolo propõe mudanças na forma como o usuário é recebido e atendido no serviço de urgência e emergência, além de identificá-los por grau de risco, onde os graves são atendidos primeiro e aqueles sem gravidade por último, ou são contra-referenciados para o serviço de menor complexidade (USF's).

Além disso, ele espera que o atendimento se torne mais humanizado e acolhedor, já que aproxima mais usuários e profissionais de saúde através da escuta, onde o enfermeiro ouve a queixa do paciente após sua entrada no serviço, na sala de triagem.

Apesar do Protocolo de Manchester ser um método moderno e inovador no serviço de urgência e emergência, ainda existe uma grande resistência e dificuldade de discernimento por parte dos usuários. Isso ocorre principalmente devido a falta de divulgação desta nova forma de atendimento e do costume da população com a fila de espera.

E ao mesmo tempo existe a não aceitação por boa parte dos profissionais, principalmente aqueles com formação mais antiga devido a necessidade de ter que orientar os usuários sobre o protocolo e classificação por ordem de gravidade e da questão da educação continuada através de treinamentos e cursos de extensão sobre o tema. Devido à dificuldade de explicar que pacientes estáveis poderão aguardar o atendimento, o que acarreta aborrecimentos e desentendimentos entre profissionais e usuários, impossibilitando o acolhimento do paciente e o bom andamento do serviço. Assim,

usuários classificados como “sem gravidade” com cores verdes ou azuis ainda não entenderam e aceitaram essa classificação, pois como todos os usuários que procuram o atendimento, acham que seu problema é o mais grave de todos e que devem ser atendidos imediatamente. Além de não aceitarem o fato de um paciente que chegou depois dele ser atendido primeiro por ser classificado como grave.

Além disso, existem profissionais de saúde como enfermeiros e principalmente médicos que não avaliam o protocolo como um método inovador de informatizar o serviço de urgência, mas sim um gasto de recursos desnecessário que dificulta a assistência, já que a mesma é feita pelo computador.

Já outros serviços referem melhora do atendimento e organização do fluxo de assistência após a implantação do protocolo de classificação de risco, conseguindo minimizar as filas e tumulto no serviço de saúde.

O protocolo de forma geral tem conseguido mais elogios do que críticas, pois usuários e profissionais de saúde estão começando a “enxergar” o objetivo real do mesmo que é fazer com que a assistência torne-se resolutiva, acolhedora e humanizada.

No auge do novo sistema de atendimento, espera-se que com o protocolo os serviços de urgência e emergência passem a ser vistos com “bons olhos” por todos. E que este momento possa ser motivo de união e reflexão de gestores e profissionais de todos os serviços de saúde, levando-os a pensarem sobre novas formas de assistência à saúde com integralidade, humanização e resolutividade.

Com o estudo foi possível verificar que a proposta do Protocolo de Risco é proporcionar um atendimento lógico baseado não na ordem de chegada, mas, nas necessidades clínicas dos usuários. Certamente, sua implantação e implementação possivelmente terão consequências iniciais de descontentamento dos usuários acostumados a buscarem os serviços de urgência e emergência como porta de entrada, pressionando os profissionais de saúde. Entretanto, haverá gradualmente através dos diversos setores da saúde uma necessidade de informação educativa da população no sentido de saber identificar de acordo com os seus problemas de saúde o nível de atenção a ser procurado, diminuindo o tumulto e as filas que se acumulam diariamente nas Unidades de Pronto Atendimento, possibilitando o atendimento humanizado nas unidades de urgência e emergência.

REFERÊNCIAS

- BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 3, Maio/Jun. 2009.
- BATISTELA, S.; GUERREIRO, N. P.; ROSSETO, E. G. Os motivos de procura pelo Pronto-Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis.

- Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, jul/dez. 2008.
- BECK, C. L. C. et al. Humanização da Assistência de Enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, Mar. 2009.
- BERNARDES, A. et al. Supervisão do Enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar Móvel: visão dos auxiliares de enfermagem. **Cienc Cuid Saúde**, São Paulo, v. 8,n.1, Jan/Mar. 2009.
- BITTENCOURT, R. J; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS – Série B. Textos Básicos de Saúde – 2ª edição – Editora MS – Brasília: DF, 2004.**
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação Médica das Urgências / Série A. Normas e Manuais Técnicos – Editora MS – Brasília: DF, 2006 a.**
- Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências / Série E. Legislação de Saúde – 3ª edição ampliada – Editora MS – Brasília: DF, 2006 b.**
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde / Série B. Textos Básicos de Saúde – 2ª edição – 2ª reimpressão – Editora MS – Brasília: DF, 2008.**
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS – Série B. Textos Básicos de Saúde – 4ª edição – 3ª reimpressão – Editora MS – Brasília: DF, 2009 a.**
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde / Série B. Textos Básicos de Saúde – 2ª edição – 3ª reimpressão – Editora MS – Brasília: DF, 2009 b.**
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Humaniza SUS: Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência / Série B. Textos Básicos de Saúde – Brasília: DF, 2009 c.**
- Ministério da Saúde. **UPA 24h - Mais agilidade e eficiência na Saúde**. Brasília, DF: banco de dados, 2010 a.
- Ministério da Saúde. **O que é o SAMU?**. Brasília, DF: banco de dados, 2010 b.
- Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Saúde. Legislação. **Urgência e Emergência / Portarias do Ministério da Saúde**. Brasília, DF: banco de dados, 2010 c.
- CLARKE, M; Oxman AD, editors. Cochrane Reviewers' Handbook 4.1 [updated March 2001]. in: **Review Manager (RevMan)** [Computer program]. Version 4.1. Oxford, England: The Cochrane Collaboration, 2001.
- EVANGELISTA, P. A; BARRETO, S. M; GUERRA, H. L. Central de Regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, 2008.
- GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n.2, Abr/Jun. 2009.
- KLOCK, P. et al. Reflexões sobre a Política Nacional de Humanização e suas interfaces no trabalho da enfermagem em instituição hospitalar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 3, set/dez. 2006.
- MACIAK, I; SANDRI, J. V. A; SPIER, F. D. Humanização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Emergência: percepção do usuário. **Cogitare Enfermagem**, Cascavel, v. 14, n. 1, Jan/Mar. 2009.
- MASCARENHAS, M. D. M. et al. Atendimento de emergência por acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes – Brasil, 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 14, n. 5, 2009.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Governo de Minas. **Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999**. Belo Horizonte, MG: banco de dados, 2010 a.
- Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Governo de Minas. **A Rede de Atenção às Urgências em Minas Gerais**. Belo Horizonte, MG: banco de dados, 2010 b.
- Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Governo de Minas. Programas e Ações de Governo. Urgência e Emergência. **Classificação de Risco**. Belo Horizonte, MG: banco de dados, 2010 c.
- MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, Ago. 2008.
- OLIVEIRA, L. H; MATTOS, R. A; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorro e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, 2009.
- ROMANI, H. M. et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, São Paulo, v.17, n. 1, 2009.
- SAMPAIO, R. F; MANCINI, M. C. Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 1, Jan/Fev. 2007.
- SOUZA, R. B; SILVA, M. J. P; NORI, A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais e pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, 2007.
- VALENTIM, M. R. S; SANTOS, M. L. S. C. Políticas de Saúde em Emergência e a Enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, Abr/Jun. 2009.