

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

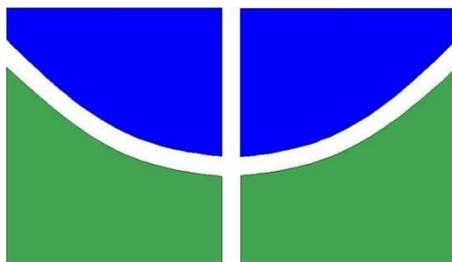
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM MECANISMO
DESAFIADOR DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.**

SCARLET CHRISTINE DA COSTA DIAS

Brasília

2015



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

SCARLET CHRISTINE DA COSTA DIAS

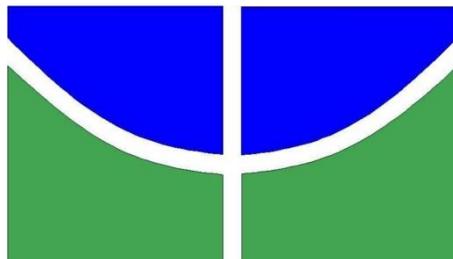
**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM MECANISMO
DESAFIADOR DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Gestão em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Elza Maria de Souza.

Brasília

2015



Monografia de autoria de Scarlet Christine da Costa Dias, intitulada: “Acolhimento com Classificação de Risco: Um mecanismo desafiador da Política Nacional de Humanização”, apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Prof.^a Dra. Elza Maria de Souza (Orientadora)

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília/UnB

Prof.^a Claudia Mara Pedrosa

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília/UnB

Brasília, 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que acreditam em si e na educação como combustíveis para a transformação da humanidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe Eni Santana da Costa, por ser um referencial de princípios e valores em minha vida e por estar presente em todos os momentos, me encorajando e me dando força.

A minha irmã Stephane Caroline da Costa Dias, por estar sempre ao meu lado.

As minhas amigas de graduação Renata Freitas e Maria Luisa, que durante a minha trajetória na Universidade de Brasília, sempre me motivou mesmo diante das dificuldades.

A professora Dr^a. Elza Maria de Souza, pela disponibilidade e apoio concedido durante a orientação do trabalho e durante o curso, me orientando e compartilhando sua vasta experiência.

“Dificuldades transformam pessoas comuns em destinos extraordinários.”

C.S Lewis

RESUMO

Os serviços públicos de saúde têm sofrido com a deficiência de recursos de toda natureza, sendo esse um dos vários motivos de queda da qualidade da atenção em todos os níveis, acarretando também conflitos na relação entre profissionais e usuários, ou seja, deterioração no acolhimento. Este pressupõe mudança na relação dos processos de trabalho dos profissionais, assim como na relação entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, proporcionando um atendimento humanizado e articulado. Os serviços de urgência e emergência continuam cada vez mais sobrecarregados devido à deficiência de profissionais, mas principalmente pela falta de articulação entre os diversos níveis do sistema de saúde. Está desarticulação por sua vez, gera problemas a oferta de atendimento humanizado aos usuários. Na tentativa de aprimorar e tornar mais justo o atendimento nas emergências dos hospitais, foi introduzido o modelo de acolhimento com a classificação de risco, utilizando-se o sistema de cores para definir prioridades no atendimento. Dessa forma, a cor vermelha significa risco de morte, a amarela risco intermediário e as cores verde e azul risco muito baixo e que o atendimento poderia ser realizado em unidades de atenção básica. No entanto, a atenção básica não se encontra suficientemente organizada para absorver o excesso de usuários que recebem as cores verde e azul nas emergências. A análise da importância e das limitações dessa classificação de risco ainda são escassas e mesmo em locais em que existem alguns registros como no Distrito Federal, por exemplo, embora os dados mostrem que aproximadamente 70% dos atendimentos encontram-se na classificação de baixo risco, a atenção básica está sofrendo uma redução no seu contingente profissional para reforçar os serviços de emergência, reforçando o seu caráter de porta de entrada dos serviços. Dessa forma, o propósito deste artigo é trazer à reflexão a questão do acolhimento após a introdução desse com a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.

Palavras-chave: Acolhimento, classificação de risco, urgência e emergência, serviços de saúde

ABSTRACT

Public health services have suffered from the deficiency of resources of all kinds and this is one of the main reasons for the decline in quality of health care at all levels. It also is the cause of conflicts in the relationship between professionals and users and deterioration in the way users are welcomed. These factors require attention so as to improve the relationship between health professionals and users, providing a humane and coordinated care. Urgency and emergency services continue increasingly overloaded due scarce number of professionals, but mainly due to poor coordination between the various levels of the health system. Disarticulation in turn creates problems to offer humanized care to users. In an attempt to improve the services and also to make it more equitable in emergency rooms of hospitals, it was introduced the model related to the risk rating, using a color system to define priorities in attendance. Thus, the red color means death risk, yellow means intermediate risk and green and blue colors very low risk. Then blue and green means that those classified with such colors could be referred to the primary health care services. However, primary care is not sufficiently organized to absorb the high demand of users who seek the emergency units. The analysis of the importance and limitations of risk classification are still mostly scarce in the Federal District, where, despite that the data collected show that approximately 70% of those who falls in low-risk classification, the number of professional in primary care is suffering a reduction as they are being sent to strengthen the emergency services. Thus, the purpose of this article is to bring to reflection the issue related to welcoming users after the introduction of risk classification in urgency and emergency care services.

Keywords: Welcome users, risk rating, Urgency and Emergency care, health services.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) estabeleceu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem em seus pilares o acesso à saúde para todo cidadão brasileiro (BRASIL, 2003). A Carta Magna institui no artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos e garantam acesso universal e igualitário às ações e serviços, para sua promoção, proteção e recuperação.

Apesar dos avanços que o Sistema Único de Saúde vem conseguindo desde a sua implantação, ainda são inúmeros os desafios quanto a assistência integral e acolhedora aos usuários nos serviços de saúde, visto que o acesso à saúde tem se tornado cada vez mais difícil, pois os recursos ainda são escassos e a articulação dos diversos níveis da assistência ainda é precária.

Em contrapartida a esses avanços, o debate atual em torno do SUS traz questionamentos que devem estar na pauta das discussões de toda a sociedade, para que estratégias sejam encontradas, impedindo a derrocada do SUS, uma vez que esse corresponde a uma conquista sem precedentes na história da saúde no Brasil.

O financiamento de campanhas políticas por parte dos planos privados de saúde, (Scheffer, Mário ^I; Bahia, Lígia ^{II}.2011), a crítica tendenciosa e constante feita pela mídia televisada, escrita e falada, reforçando os pontos negativos do sistema público, a ideia errônea apregoada por formadores de opinião de que o SUS é gratuito associada aos interesses particulares e políticos põe em risco e ameaça as conquistas que o Sistema conseguiu ao longo do tempo. A privatização da saúde para todos os usuários não parece a melhor saída para resolver os problemas quanto a assistência integral, considerando-se que os usuários já contribuirão com cargas tributárias exorbitantes, ainda terão que arcar com planos de saúde que não representam garantia de qualidade e ainda estão longe de priorizar a atenção básica.

A privatização acabaria por excluir a universalidade e integralidade pressupostas pelo SUS, visto que a cobrança pelos serviços da rede, hoje

pública, de acordo com a faixa de renda, aumentaria as diferenças da qualidade de acessos aos serviços e, conseqüentemente, aumentaria ainda mais as iniquidades na saúde, fato que, mesmo com o Sistema Único ainda não foi totalmente sanada.

Os planos de saúde com suas políticas de redução de custos, uma vez que visam principalmente o lucro, excluem ou dificultam de forma significativa o acesso aos serviços para idosos, pacientes com doenças crônicas, exames complementares de maior custo entre outros. Possuem uma rede de serviços reduzida, visto que ainda não investem, ou investem pouco, em prevenção de agravos e promoção da saúde, o que levam, em geral, ao atendimento hospitalar por demanda, principalmente de agravos já instalados. Esses fatores contribuem para perpetuar a concepção da saúde de forma reducionista, ou seja, reduzida aos aspectos biológicos, sem levar em conta os determinantes sociais da saúde.

O processo de produção da saúde de qualidade deve ser feito de maneira articulada, com participação dos atores atendentes e atendidos, desenvolvendo um sistema de acolhimento que em última instância beneficiará a todos.

Nessa dimensão, o acolhimento é entendido como todo o conjunto de fatores que mudam o modelo de produção da saúde dos indivíduos, não se restringindo apenas a um espaço físico confortável ou a forma pela qual o usuário é atendido em um serviço, mas sim pela forma de cuidar e contato entre os profissionais de saúde e os usuários em todas as fases do processo de atendimento do serviço, o que é estipulado na Política Nacional de Humanização.

A Política Nacional de Humanização

De acordo com a Política Nacional de Humanização também denominada “Programa Humaniza SUS” (Brasil, 2011), o acolhimento pode ser visto como uma relação que permite a mudança de comportamento entre o profissional de saúde e o usuário, tornando-os mais próximos para o diálogo e a compreensão mútua, e dessa forma, possibilitando ao indivíduo mais independência quanto às decisões sobre sua saúde. Essa interação possibilita a pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta mais acertada de quem atende no serviço (BRASIL, 2006).

Guerreiro (2013) refere que o acolhimento não é uma prática isolada, mas um conjunto de práticas que se traduzem em atitudes que as pessoas tomam nas interações estabelecidas nos serviços de saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada pelo Ministério da Saúde em 2003, (BRASIL, 2003) pressupõem ultrapassar os modos de formação de saúde dos indivíduos uma vez que preconiza uma atuação transversal em todos os níveis de atenção.

A atuação transversal às demais políticas de saúde permite que as suas dimensões alcancem todos os serviços, independente do seu nível de atenção, impulsionando melhoras no Sistema de Saúde (Brasil, 2010).

O acolhimento se evidencia como uma das diretrizes de maior relevância dessa nova política, no sentido de que é visto como uma postura ética, implicando na troca de saberes com responsabilidade e resolubilidade (Brasil, 2010). Seus princípios norteadores estão baseados no fortalecimento do trabalho em equipe, na autonomia dos indivíduos envolvidos na produção de saúde, além do compromisso com os processos de saúde em conformidade com os princípios do SUS.

O acolhimento de acordo com Ramos, (2003) leva em consideração a organização dos serviços segundo a cultura dos indivíduos o que torna o ambiente adequado e favorece de forma qualificada a assistência prestada, além de interferir no estado de saúde dos usuários. Um serviço acolhedor, de fato

interfere no bem-estar dos usuários, visto que a solidariedade, ou normas de reciprocidade é um dos componentes de capital social para a saúde (De Souza e Grundy, 2007)

Para Silva Junior e Mascarenhas (2006), o acolhimento possui três dimensões de grande importância: a postura dos profissionais envolvidos no processo, a técnica utilizada, levando em consideração a mobilização dos saberes para dar as respostas mais assertivas e a dos princípios de reorientação dos serviços de saúde.

De acordo com PNH todos os profissionais nos serviços de saúde envolvidos direta ou indiretamente com o cuidado ao usuário, deveriam estar aptos ao exercício do acolhimento. No entanto, essa prática ainda está longe de se tornar rotina no sistema de saúde, seja ele público ou privado, principalmente quando se refere ao acolhimento dos usuários menos favorecidos intelectual e economicamente, visto que esses não se encontram ainda suficientemente “empoderados” e, são, em geral, tratados com discriminação.

Dentre os fatores possíveis para essa dificuldade de disseminação do acolhimento no seu sentido amplo, que diz respeito a solidariedade no atendimento desde a porta da unidade de saúde até a resolução do problema, destacam-se o despreparo de alguns profissionais de saúde na abordagem e na prática do cuidado ao usuário, a desmotivação dos profissionais de saúde pela escassez de recursos, pela desvalorização das categorias profissionais, pela falta de estrutura física adequada para atender as demandas e a falta de confiança mútua entre do usuário e equipe que reduz o espaço de diálogo entre as partes.

Embora ainda de forma fragmentada, estratégias tem sido criada para aprimorar as ações propostas pela PNH, dentre elas destaca-se o Acolhimento com Classificação de Risco.

A Classificação de Risco como mecanismo de Acolhimento

A Classificação de risco é um protocolo primordial para reorganização do fluxo de atendimento nos serviços de urgência e emergência, que favorece um atendimento mais justo, ágil e, possivelmente mais resolutivo. Seu objetivo é priorizar o atendimento de acordo com sua gravidade.

Existem vários protocolos de classificação de risco adotados em quase todos os serviços de urgência e emergência, no entanto, a maioria utiliza a classificação por cores.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2009) introduziu esse método de classificação e recomenda o uso preferencial de cores e não de números, para a classificação de risco. Recomenda ainda identificar a classificação na ficha de atendimento, e não diretamente no usuário como as pulseiras, por exemplo, por entender que a classificação não é permanente e pode mudar em função de alterações do estado clínico. Para isso é necessário que os serviços façam reavaliações sistemáticas do paciente, a fim de evitar que um paciente que tenha se agravado, não corra risco de morte por não receber o atendimento necessário após a primeira avaliação.

A classificação das cores perpassa pela vermelha que indica risco de morte e a necessidade de atendimento prioritário, a amarela indica atendimento prioritário sem risco de morte, a verde e a azul representam casos menos grave com pouca urgência, sendo os pacientes encaminhados para consulta médica em uma unidade básica de saúde de referência. (GDF, SES-DF, 2012; Brasil 2009).

Deve-se ressaltar que esse processo de Acolhimento com Classificação de Risco não visa dispensar ou recusar atendimento aos usuários, e sim de dar prioridade aos casos mais graves, e como consequência desse processo, evitar que pacientes graves corram risco de morte esperando por atendimento ao mesmo tempo em que educa e orienta os usuários quanto ao uso racional da rede de serviços de saúde. (Brasil, 2009). Existe no SUS uma inversão quanto à porta de entrada dos serviços. Mesmo para atendimentos não emergenciais, os prontos socorros tornaram-se a primeira opção do sistema de saúde para grande

parte da população que não consegue ter na atenção básica o atendimento necessário. Isso gera uma sobrecarga na prestação dos serviços hospitalares principalmente os de urgência e emergência.

Ainda não existe uma articulação eficiente entre os vários níveis de atenção como não existe ainda a priorização da atenção básica para reduzir os atendimentos hospitalares, possibilitando o encaminhamento adequado dos usuários.

Essa ineficiência da articulação dos sistemas e dos serviços de saúde é devida a vários fatores, entre os quais se destacam a dificuldade na contratação de profissionais de saúde, principalmente médicos, os salários pouco atrativos da rede pública, o incentivo à especialização para os serviços secundários e terciários ainda vigentes na maioria das faculdades de saúde, o desconhecimento ou o descaso de gestores quanto à importância da atenção básica, geralmente nomeados por interesses político-partidários e a falta de conhecimento da população.

Enquanto a atenção básica não for reconhecida como a rede ordenadora de todos os níveis de saúde, capaz de reduzir a demanda que atualmente é direcionada aos serviços de urgência e emergência, todo esforço dos profissionais de saúde interessados no aprimoramento dos serviços e na educação dos usuários quanto à rede de saúde cai no vazio, pois na prática as políticas não funcionam da maneira adequada e os serviços locais permanecerão carentes de ordenamento.

A Classificação de Risco no Distrito Federal

O Distrito Federal (DF), a partir da Portaria de 2048 de 2002, do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2002) que considera os centros de urgência e emergência importantes componentes a assistência à saúde, implantou nessa vertente o acolhimento com classificação de risco nos hospitais regionais em pelo menos uma das entradas de urgência e emergência adulto, pediátrica ou ginecológica e obstetrícia (GDF, SES-DF, 2012).

De acordo com os dados levantados em fevereiro de 2012 pela Secretária de Saúde do Distrito Federal (SESDF 2012), no acolhimento com classificação de risco em todas as unidades de urgência e emergência, apontam que 65% a 70% dos atendimentos realizados se configuraram como não emergenciais. São pacientes classificados com as cores azul e verde, que não caracterizam gravidade e poderiam buscar atendimento na atenção básica, (GDF, SES-DF, 2012). Embora os dados levantados reafirmem e demonstrem que a maioria dos usuários que busca atendimento de urgência e emergência poderia ser atendida na rede básica, a prioridade dos gestores continua sendo os serviços hospitalares, principalmente os de emergência. A rede básica continua deficitária com quadros de profissionais reduzidos pelos motivos descritos anteriormente e também porque são constantemente deslocados para preencherem vagas nos hospitais. Dessa forma, os usuários, mesmo não necessitando de atendimento imediato, buscam os pronto socorros e conseguem um atendimento, que, resolutivo ou não, satisfazem a sua necessidade imediata. A orientação para a procura de unidades básicas torna-se supérflua, uma vez que, ou não necessitam mais ou não conseguem atendimento. Assim o sistema público segue o seu círculo vicioso, fomentando uma mídia tendenciosa que exacerba as condições precárias do sistema público de saúde e contribui para comprometer sua reputação para o júbilo dos partidários da privatização que lucrarão com a falência do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento é um dispositivo desafiante para o SUS, pois para que aconteça é necessário ter uma articulação entre todos os níveis envolvidos, exigindo um vínculo entre as políticas, os profissionais e os usuários, para modificar, dessa forma, o modelo de saúde vigente. Há necessidade também de número suficiente de profissionais nas unidades básicas de saúde para atender a demanda espontânea, a encaminhada das emergências bem como realizar ações de promoção da saúde. Devido a essas questões não resolvidas, o acolhimento ainda é um processo que está em construção no SUS, como praticamente todo o Sistema, o qual ainda se vê ameaçado com os interesses particulares de desconstrução em prol da privatização.

Compreende-se que acolhimento com classificação de risco é mecanismo relevante para a gestão, o qual poderia garantir um atendimento mais justo e mais eficiente nos serviços de emergência. No entanto, se continuar sendo indicado para os cargos de gestão pessoas sem a devida qualificação técnica, coagidos por interesses escusos, sem interesse na consolidação do SUS e que, não levam em consideração os dados fornecidos pelos sistemas de informação na reorganização dos serviços e fortalecimento da atenção básica, o sistema continuará funcionando de forma precária e com profissionais sobrecarregados e insatisfeitos. Se os usuários das emergências detentores da pulseira verde e azul continuarem sendo precariamente atendidos e encaminhados para serviços que não podem absorvê-los, o esforço de classificação será em vão e os alguns dos preceitos de humanização estarão comprometidos.

Nesse sentido, o acolhimento apresenta-se como um desafio cotidiano para as práticas do cuidado a saúde, visto que sua operacionalização depende de um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos ao sistema público de saúde.

A reorganização dos serviços ampliaria de forma significativa o acesso aos serviços de saúde, além de permitir à população maior participação e, conseqüentemente, mais poder nas decisões a ela relacionadas.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **SUS avanços e Desafios**. Brasília, 2006 - cap. 4. Disponível em: <http://www.conass.org.br>. Acesso em 19/09/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, 2009. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde – HumanizaSUS**. Brasília, 2004. 32p. Disponível em : <http://bvsmis.saude.gov.br>. Acesso em 10/08/2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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**. 4. ed. – Brasília, 2008.. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

SILVA Júnior, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos**. In: PINHEIRO, R.;MATTOS, R.A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3.ed. Rio de Janeiro:IMS/Uerj /Abrasco, 2006. p.241-57.

GUERRERO Patrícia; MELLO Ferreira A. L. S; ANDRADE Selma R. E. A; **O Acolhimento como boa prática na atenção à saúde**. Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22.

RAMOS DD; LIMA Mads. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul**. Brasil, Caderno Saúde Pública, 2003 Jan-Fev; 19(1):27-34.

BRASIL. Portal da Saúde. **Ministério da Saúde**, 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto. Acesso em 28/08/2015.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lígia. **Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil**. Espaço Aberto. Botucatu. Set, 2011.