

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: O PROCESSO VIVENCIADO POR PROFISSIONAL ENFERMEIRO

RECEPTION WITH RISK CLASSIFICATION: THE PROCESS ACCORDING TO THE NURSE'S EXPERIENCE

ACOGIDA CON CLASIFICACIÓN DE RIESGO: EL PROCESO VIVIDO POR EL ENFERMERO

Raíssa Silva Souza¹
Marisa Antonini Ribeiro Bastos²

RESUMO

O objetivo com este artigo é relatar a experiência da atuação do enfermeiro no processo de acolhimento com classificação de risco em uma Unidade de Pronto Atendimento no município de Belo Horizonte-MG. Os resultados obtidos com o emprego dessa nova metodologia são, dentre outros, a ordenação do atendimento de acordo com a necessidade/gravidade de cada caso e a diminuição do tempo de espera pelo atendimento.

Palavras-chave: Triagem; Risco Ajustado; Acolhimento.

ABSTRACT

This study aims to report the experiences of nursing professionals in the process of reception with risk classification in an emergency care unit of Belo Horizonte, Minas Gerais. Results obtained with this new methodology are, among others, the organization of the reception service according to the severity and need of each case and the reduction of waiting time.

Key words: Triage; Risk Adjustment; User Embrace.

RESUMEN

Este artículo tiene el objetivo de relatar la experiencia del enfermero en el proceso de acogida con clasificación de riesgo en un centro de atención de emergencias de la municipalidad de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais. Los resultados obtenidos con la nueva metodología son los siguientes: orden de acogida según la necesidad / gravedad y disminución del tiempo de espera para ser atendido.

Palabras clave: Triage; Ajuste de Riesgo; Acogida.

¹ Enfermeira. Pós-graduada em Enfermagem Hospitalar com ênfase em Terapia Intensiva pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Enfermeira assistencial no Pronto Atendimento da Unimed Belo Horizonte. E-mail: raissaenftci@hotmail.com.

² Doutora. Enfermeira. Professora Adjunta aposentada do Departamento de Enfermagem Básica da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora titular da Faculdade de Ciências da Saúde da Fumec.

Endereço para correspondência: Raíssa Silva Souza Rua Padre Francisco Arantes, nº 151, Apto 503, Vila Paris, CEP 30380-730, Belo Horizonte-MG. Telefones: 8875 1806. 32969597. Coren-MG nº 122380.

INTRODUÇÃO

Em 2002 entrou em vigor a Portaria do Ministério de Saúde nº 2.048, com o intuito de organizar e normatizar os serviços de urgência e emergência nos Estados, Distrito Federal e Municípios. Nela propõe-se uma série de mudanças, tanto estruturais quanto operacionais, no que diz respeito ao atendimento às urgências e emergências em todo o território nacional. Além de permitir melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas, a portaria tornou-se elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. Destaca-se, ainda, a regionalização com referência pactuada e hierarquia resolutiva como a opção mais oportuna para operacionalizar a proposta de “acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva, estabilização e referência adequada, de responsabilidade de todos os níveis da rede assistencial”.¹ Com vista a essa nova proposta, o processo de acolhimento com classificação de risco é uma alternativa viável que possibilitará a vivência desta primeira atenção preconizada.¹

A Classificação de Risco é entendida como

um processo dinâmico que consiste em identificar o risco/vulnerabilidade do usuário, considerando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer, e desta forma orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário.²

As unidades de urgência e emergência, historicamente, são consideradas a referência para tratamento de todo e qualquer caso pela população em geral, por serem locais com atendimento rápido e resolutivo. Apoiando-se em tal concepção, o foco da atenção à saúde voltada para o pilar da doença, da cura, e não da prevenção, torna arraigado na cultura geral o foco em pronto atendimento. A população passa a entender o serviço de urgência e emergência não como um serviço voltado para o atendimento de paciente em risco de morte, mas, sim, como alternativa para a falta de retaguarda na atenção básica e procura de agilidade e resolutividade de tratamento.

Nesse contexto, os serviços de urgência e emergência de todo o País se vêem superlotados, com demandas que se misturam: paciente com real situação de urgência e emergência e pacientes com necessidade de atendimento de baixa complexidade juntos no mesmo ambiente, o que dificulta a visualização e o estabelecimento de prioridades de atendimento. Inseridos nessa realidade, os serviços de urgência e emergência do município de Belo Horizonte, em especial as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) distribuídas na região metropolitana, vivenciam esse contexto, que gera inquietação nos profissionais envolvidos. Eles se vêem cercados por uma demanda grande e diversa, gerando insatisfação e revolta na população em geral, que julga que os serviços devem absorver a demanda,

prestando atendimento a todos os que procuram as unidades. Pensando nisso e motivada pela portaria recém-publicada, a unidade de pronto atendimento abordada aqui iniciou o processo de acolhimento com classificação de risco: o profissional enfermeiro, na porta de entrada da unidade, por meio de entrevista, exame físico sucinto, verificação de dados vitais e eventualmente alguma exame complementar (ECG ou glicemia capilar) formula julgamento clínico e crítico do caso. As decisões são respaldadas por uma diretriz técnica aprovada e validade pela Secretaria Municipal de Saúde (protocolo). Nessa perspectiva, o enfermeiro emite uma decisão, expressa por meio de uma cor que classifica a prioridade de atendimento do caso. Nesse contexto, coloco-me como operacionalizadora do processo e pretendo, por meio deste artigo, relatar essa experiência de vivência do processo de acolhimento com classificação de risco em uma Unidade de Pronto Atendimento no município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

REVISÃO DA LITERATURA

Os serviços de urgência e emergência são responsáveis pelo atendimento dos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica com a finalidade de possibilitar a resolução dos problemas de saúde dos pacientes que os procuram. Esses serviços funcionam 24 horas, atuando como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais serviços têm como desafio oferecer uma assistência de qualidade em um ambiente em que as demandas das urgências propriamente ditas, das urgências do indivíduo e das urgências sociais se misturam.¹

A demanda de pessoas que procuram esse tipo de serviço cresce todos os dias, sendo a superlotação o fim mais previsível. Os hospitais norte-americanos já mostraram preocupação com o aumento da demanda de pacientes por serviços desse tipo há alguns anos.³

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) menciona que sempre que houver um desequilíbrio entre a demanda de pacientes e os recursos médicos para atender a essas necessidades deve-se estabelecer um processo de seleção ou triagem dos casos.⁴ Triagem é uma palavra de origem francesa que significa “pegar, selecionar ou escolher”.⁵ É um processo utilizado em situações em que a emergência ultrapassa a capacidade de resposta da equipe de socorro.⁶ A OPAS define triagem como “a classificação e seleção de feridos de guerra ou de um desastre para determinar a prioridade de necessidade e lugar adequado de tratamento”.⁴ A triagem é definida, ainda, como um “processo pelo qual um paciente é avaliado após sua chegada para determinar a urgência do problema e designar as fontes apropriadas de assistência médica capazes de cuidar do problema identificado”.⁶ Por ser uma metodologia criada para ser utilizada em situações de caos, tem a limitação de se basear na idéia de exclusão. Assim, a gravidade do quadro da vítima é que determina seu atendimento ou não. Tratando-se da demanda que procura as UPAs, sua constituição é, em sua maior parte, de usuários

desgarrados da atenção primária e que procuram as unidades em busca de atendimento rápido e resolutivo. Como o sistema de triagem é agressivo e excluyente, não se adequaria a essa realidade, visto que excluiria a maior parcela da demanda por atendimento e faria com que o usuário se sentisse desfavorecido e insatisfeito com o atendimento.

Com o intuito de mudar os paradigmas não excluindo, mas estratificando e regulando a demanda, iniciamos a implantação da metodologia do acolhimento com classificação de risco.

O acolhimento é uma maneira diferenciada de operacionalizar os processos de trabalho em saúde, na perspectiva de promover o atendimento de todos os usuários que procuram os serviços de saúde, ouvindo-lhes a demanda, assumindo uma postura resolutiva perante esta, que não se resume a um espaço ou um local, mas a uma postura ética. Desse modo, difere de triagem, uma vez que se apresenta como ação que deve ocorrer em todos os momentos no serviço de saúde.⁶

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as que procuram a unidade por demanda espontânea deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deverá escutar a queixa, os medos e as expectativas; identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário; e se responsabilizar para dar uma resposta adequada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com a oferta de serviço de urgência e emergência disponível, produzindo um direcionamento responsável e resolutivo à demanda de cada pessoa.⁶ Uma das questões críticas nesse contexto é a avaliação feita pelo paciente e pela família, visto que está repleta de dados subjetivos e, muitas vezes, fortemente vinculados a temores, ansiedade, medo da morte e outros fatores.³

O acolhimento com classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas, partindo do pressuposto da eficácia no atendimento. Com o auxílio de protocolos preestabelecidos, orienta o atendimento de acordo com o nível de complexidade, e não por ordem de chegada, exercendo, dessa maneira, “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”.¹

Os usuários buscam, constantemente, maneiras de atuar sobre suas necessidades com a finalidade de controlar sofrimentos (doenças) e/ou produção de saúde.⁷ O acolhimento com classificação de risco parte da diretriz de que, independentemente do problema de saúde apresentado pelo usuário, o sistema sempre deve oferecer uma resposta positiva a esse problema.²

A missão do acolhimento com classificação de risco é “ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência,

garantindo atendimento resolutivo e humanizado àqueles que se encontram em sofrimento de qualquer natureza”.²

Os objetivos do acolhimento com classificação de risco são “avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto-socorro, humanizando o atendimento; descongestionar o pronto-socorro; reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade; determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades, conforme protocolo”.¹

Cabe, então, ao profissional do serviço de emergência, embasado em dados clínicos, em informações objetivas, subjetivas e experiência, avaliar qual paciente necessita de atendimento imediato e qual pode esperar. O processo de acolhimento com classificação de risco deverá “ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento”.¹

As experiências descritas na literatura sobre o acolhimento e a classificação de risco têm citado o profissional enfermeiro como o executor desse processo. A atuação do enfermeiro no serviço de acolhimento e classificação de risco, além de constituir uma nova área de atuação para esse profissional, possibilitará melhor gerenciamento de serviços de emergência, pois contribui para garantir o acesso do paciente, diminuir o tempo de espera, diminuir o risco e ocorrências iatrogênicas e melhorar a qualidade do atendimento.³

Na classificação de risco, procede-se a entrevista com o paciente, visando saber o motivo que o levou ao serviço de saúde; isto é, sinais e sintomas que o levaram a procurar consulta médica e, a com base nesta, realiza-se uma avaliação da necessidade do paciente com vista ao estabelecimento dos cuidados multiprofissionais demandados.¹³

Segundo o Consenso de Enfermeiros de Cuidados Críticos da Espanha, o enfermeiro concebe o paciente como um sujeito em um contexto que o auxilia na resolução do problema daquele. Esse profissional, além de se certificar dos motivos que levaram a pessoa a procurar o serviço, procura saber em que condições ele deverá aguardar a consulta médica, o que produz no paciente uma sensação de estar sendo acolhido.⁸ Acredita-se que esse profissional possua conhecimento dotado de perícia, com proposições, hipóteses e princípios baseados em situações práticas.⁹

Nos ambientes de cuidados de saúde complexos, o enfermeiro deverá ser capaz de resolver problemas de forma precisa, eficaz e rápida. Isso significa que ele deve ser capaz de rever uma enorme quantidade de informações, pensar criticamente, fazer julgamentos corretos e decidir que direção a avaliação deverá tomar, realizando, assim, uma coleta de dados orientada para o problema, enfocando a situação atual do cliente.¹⁰

O trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco se baseia na tomada de decisão, em que a escuta qualificada e o julgamento clínico e crítico das queixas induzem a um raciocínio lógico, que determinará o risco. A tomada de decisão pelo enfermeiro, na classificação, tem como objetivo compreender a informação clínica, a seqüência em que a informação se processa e as vias pelas quais essa informação determina a categoria de classificação.¹³ Para tal ação, o enfermeiro utilizará um protocolo previamente selecionado como diretriz técnica que embasará teoricamente a decisão. É o enfermeiro quem decide qual e quanta informação precisará ser obtida sobre o estado de saúde de um cliente, avaliando tanto dados objetivos quanto subjetivos.⁹

O protocolo deverá ser a diretriz orientadora, trazendo experiências concretas e embasadas cientificamente, além de garantir a consistência do cuidado que será oferecido.¹⁴

O enfermeiro é o profissional preparado para exercer a função de sujeito no processo de classificação de risco, tendo para tal, o respaldo da lei do exercício profissional nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que garante ao profissional enfermeiro, privativamente, a consulta de enfermagem e a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde.¹⁵

DESCREVENDO A EXPERIÊNCIA

O município de Belo Horizonte é o terceiro centro urbano do País, tendo uma população estimada em 2.375.329 habitantes, sendo que, destes, 5,1 milhões residem na área metropolitana. O município tem uma área de 330,954 km² dividida em nove regionais administrativas, a saber: Barreiro, Centro-sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova.¹²

O município conta com 14 portas de entrada para o SUS, sendo a metade desses acessos representados por unidades pré-hospitalares fixas localizadas nas regionais administrativas acima mencionadas.¹² Caracteriza-se como uma unidade de atendimento pré-hospitalar fixa aquela que presta assistência “aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possam levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado”¹

As unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências são descritas como “unidades, que devem funcionar nas 24 horas do dia, os sete dias da semana, devendo estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade”.¹ Essas unidades devem estar aptas a prestar atendimento “resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados”.¹ Portanto, são unidades de estrutura intermediária que funcionam como retaguarda de atendimento para os casos de média e baixa complexidade que recorrem aos

pronto-socorros pelas mais diversas causas. Tais portas de entrada sofrem pressão dos usuários que, sendo urgência/ emergência ou não, querem atendimento. Como tentativa de minimizar o efeito dessa pressão, iniciativas isoladas foram tomadas por enfermeiros que atuavam como “priorizadores” do atendimento médico, responsabilizando-se, durante os plantões, pelo acesso do usuário à consulta médica.

Buscando equacionar esse cenário conturbado e desorganizado, bem como vislumbrando a Portaria do Ministério da Saúde de nº 2.048, que entrou em vigor em 2002, os gestores do sistema de saúde do município de Belo Horizonte implantaram nas UPAs o modelo de regulação de portas de entrada do sistema de saúde por meio da metodologia do acolhimento com classificação de risco.

Em Belo Horizonte, em 2003, essa realidade começou a ser vivenciada por mim em uma UPA do Sistema Único da Saúde de Belo Horizonte, onde o modelo produziu bons resultados. Com vista à disseminação dessa experiência tão positiva às outras unidades, foram realizadas discussões visando à elaboração de propostas e iniciativas para melhoramento do modelo e dos protocolos utilizados.

Nessa unidade, o processo de acolhimento com classificação de risco se destinava a todos os usuários que procuravam atendimento de urgência/emergência do SUS de Belo Horizonte.

A equipe de acolhimento e classificação de risco é interdisciplinar, sendo composta por enfermeiro, médico, assistente social, porteiros, recepcionistas, auxiliares e técnicos de enfermagem. Cada profissional dessa equipe contribui, de acordo com sua capacitação profissional, para o sucesso do processo. Esse serviço funcionava durante os sete dias da semana, sendo que de segunda a sexta-feira funcionava das 7 às 22 horas e, nos sábados, domingos e feriados, das 7 às 19 horas.

Quando o usuário chegava à unidade à procura de atendimento, era recebido pela recepção, onde era acolhido, identificado por meio do preenchimento da ficha de atendimento e orientado a aguardar para ser classificado segundo o risco. Os recepcionistas e porteiros eram orientados a, durante a abordagem inicial aos usuários, observar se necessitavam de alguma atenção imediata, como acomodação em cadeira de rodas/maca ou se tinham algum tipo de limitação funcional que os impossibilitava de esperar pelo momento da classificação no salão externo. Em seguida, o usuário era encaminhado à sala onde seria feita a classificação de risco propriamente dita. O tempo que o usuário aguardava, desde a abordagem inicial pela equipe do acolhimento até a classificação de risco feita por mim, era de, em média, 10-15 minutos, tendo esse tempo oscilações de acordo com o número de pacientes que aguardam na unidade.

Importante salientar que a sala da classificação de risco era estrategicamente localizada na entrada da unidade, proporcionando privacidade ao usuário durante a coleta

de dados e facilidade em acessar a sala de emergência quando necessário. Uma das particularidades nesse serviço é que havia duas portas de entrada distintas, sendo uma para acesso dos usuários e outra para entrada de pacientes trazidos de ambulância e casos necessitando de ingresso imediato nas dependências da unidade. Alguns materiais básicos ao atendimento inicial são o estetoscópio, o esfigmomanômetro, o termômetro, o glicosímetro e o oxímetro de pulso.

A equipe de enfermagem era composta por um auxiliar/técnico em enfermagem e um enfermeiro. No momento em que o usuário entrava em nossa sala, era recepcionado, o auxiliar/técnico em enfermagem o acomodava em uma cadeira e verificava-lhe os dados vitais. Em seguida, encaminhava-o a uma mesa ao lado, onde eu realizava a coleta de dados, focando na queixa principal que havia trazido aquele usuário ao serviço, associando antecedentes mórbidos relacionados e o uso de medicação, e procedia a um exame físico sucinto, buscando sinais objetivos. Assim, iniciava um processo mental no qual, com base nesses dados, filtrava os problemas mais relevantes e atribuía-lhes, qualificadores objetivos que me forneceria a necessidade de priorização do quadro.

Tal raciocínio era embasado tecnicamente pelo protocolo, que trazia em sua estrutura uma relação de queixas principais freqüentes e seus qualificadores preditores de gravidade/risco, resultando, assim, em uma classificação que determinava a necessidade de priorização. Os escores desse sistema de classificação baseavam-se no protocolo de Manchester, no qual eram utilizadas cores (azul, verde, amarela, vermelha) que determinavam o destino desses usuários. Assim, quando um paciente era classificado como amarelo (caso que necessita de atendimento urgente), por exemplo, nós o encaminhávamos a uma sala de espera, próxima à sala de emergência, onde ele era atendido em cerca de 20 minutos (tempo médio). Já os casos classificados como verde (caso que não necessita de atendimento urgente, porém tem necessidade de atendimento médico naquele dia) eram orientados sobre o caráter não emergencial de seu caso, sobre o tempo de espera e reencaminhado ao salão de espera, onde aguardava por atendimento, ciente da demora. Ainda, os casos classificados como azul (caso que não necessita de atendimento urgente e que seu atendimento poderá ser postergado sem prejuízo ao seu estado de saúde) eram também orientados, sendo que, diferente dos casos verdes, eram encaminhados à sala do serviço social, onde a assistente social e duas pessoas do setor administrativo ficavam à disposição para reencaixar tais usuários nas agendas de atendimento dos centros de saúde de referência do paciente, sendo que em 90% dos casos, o usuário saía da unidade com consulta agendada ainda para aquele dia no centro de saúde mais próximo de sua casa. Os pacientes classificados como vermelho (pacientes com necessidade de atendimento emergencial) eram imediatamente conduzidos à sala de emergência, sendo um sinal sonoro acionado, sinalizando necessidade de atendimento médico e da equipe de enfermagem

imediate. Esses casos, geralmente, nem passavam pela sala de classificação, por serem de grande gravidade/complexidade.

Em nenhum momento a classificação de risco pára de funcionar, sendo que nos casos vermelhos a equipe conduz o caso até a chegada, quase que imediata, da equipe assistencial.

Nessa unidade, predominavam dos casos verdes e azuis, pois estava localizada em uma região cercada por outros municípios menores, onde a atenção à saúde era precária, sendo essa unidade referência para as necessidades de atendimento de saúde dessa população.

Como também recebíamos usuários trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), estes também eram avaliados por nossa equipe e conduzidos à acomodação apropriada, segundo a classificação deles.

REFLEXÕES

O modelo de classificação de risco de pacientes adotada na unidade em questão está de acordo com a referida pela Portaria do Ministério da Saúde de nº 2.048, visto que é conduzida por um profissional graduado, de nível superior, que é o profissional enfermeiro. O papel central que exercemos neste contexto é o de facilitadores, nos responsabilizando pela articulação do processo, desde a chegada do usuário à unidade até o atendimento dele pelo médico.

O acolhimento com classificação de risco operacionalizou mudanças no cenário onde imperava a lógica da exclusão, associada à percepção negativa e cheia de desconfianças por parte dos usuários. Acolhendo toda a demanda, escutando e oferecendo uma resposta positiva, há melhora na percepção do usuário, quanto à atenção e à assistência e ele dispensada, e contribui definitivamente para a mudança do foco do atendimento, que sai da doença e vai para a pessoa, humanizando o atendimento. Além disso, essa mudança, tornou a assistência oportuna e pontual, contribuindo para a melhoria do prognóstico clínico dos pacientes atendidos.

Esse modelo tornou possível, também, a reorganização do processo de trabalho. A assistência tradicionalmente centrada na figura do médico foi transformada em uma assistência multidisciplinar e interdisciplinar, sendo que a contribuição de cada membro da equipe passou a ser fundamental para o sucesso do processo. O enfermeiro, assim, assume o papel de sujeito do processo, passando a conduzi-lo autonomamente, não mais ficando à margem dos acontecimentos.

Os resultados na prática do processo de acolhimento com classificação de risco são inúmeros, destacando-se a ordenação do atendimento de acordo com a necessidade/gravidade de cada caso, não mais deixando pessoas que necessitam de atendimento rápido aguardando nas filas; a diminuição do tempo de espera pelo atendimento do paciente em situação de real urgência/emergência; a diminuição de ocorrências

indesejadas nas filas de espera; a melhoria no prognóstico dos pacientes associada à intervenção mais rápida e oportuna conforme a necessidade.

Esse modelo permite, também, informar ao usuário a expectativa de atendimento e o tempo de espera, diminuindo-lhe a ansiedade e aumentando-lhe o nível de satisfação.

Acreditamos que essa proposta metodológica tenha contribuído positivamente na assistência à pessoa com real necessidade de atendimento de urgência e emergência que procura por atendimento nas portas de entrada do SUS.

Como fator educativo, acreditamos ter levado o usuário a pensar e a se questionar sobre os motivos pelos quais essa metodologia está sendo adotada; os motivos pelos quais, quando ele procura assistência numa UPA, é encaminhado ao centro de saúde ou é atendido, no intuito maior de chegar à formulação de um conhecimento próprio e particular, contribuindo para a mudança de sua postura e conduta.

Como ferramenta de avaliação, o acolhimento com classificação de risco se apresentou como “observatório” do sistema de saúde, fornecendo dados reais, dinâmicos e consistentes sobre o funcionamento da rede.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
2. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Proposta de regulação da porta de entrada das unidades de urgência e emergência de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG: SMSA; 2002.
3. Pires PS. Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: “Canadian Triage and Acuity Scale” (CTAS) [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003
4. Organización Panamericana de la Salud. Manejo de multitud de heridos. In: Administración sanitaria de emergencia con posterioridad a los desastres naturales. Washington; 1983. p. 21-2.
5. Bombeiros do Brasil. [Citado em 20 maio 2006]. Disponível em <http://www.bombeirosemergencia.com.br/start.htm>.
6. Estrada EG. Sistema de Triagem. In: Interamericana- Clínica de Enfermagem da América do Norte. Rio de Janeiro; 1981.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
8. Morales AJM, Martínez DJD, Muñoz RFJ. Consenso como método para la elaboración de estándares de recepción, clasificación e intervención sanitaria inicial de pacientes en urgencias: objetivos, metodología y revisión bibliográfica (I). Rev Intern Cuidado Paciente Crít. 2002; 2(2):51-6.
9. Rossi LA. Processo de enfermagem [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.
10. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999; 15(2):345-53.
11. Valadares GV, Viana LO. O trabalho da enfermeira na triagem clínica em hemoterapia: por uma especialização. Rev Escola Anna Nery. 2003; 7(3):334-41.
12. Biblioteca Virtual. [Citado em 20 maio 2006]. Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Belo_Horizonte.
13. Soares E, Aguiar BGC. Diagnóstico das condições de realização da triagem em pronto-socorro: Proposta de um modelo alternativo. O Mundo da Saúde. 1995; 19(1):34-40.
14. Chaves DPL, Macêdo MVA. Estudo sobre a triagem no serviço de emergência: revisão da literatura. Rev Gaúcha Enferm. 1987; 8(2):181-96.
15. Conselho Regional de Enfermagem. [Citado em 20 de maio 2006]. Disponível em <http://www.corenm.org.br>.

Data de submissão: 12/3/2008

Data de aprovação: 28/12/2008