



USER EMBRACEMENT WITH EVALUATION AND CLASSIFICATION OF RISK: PERCEPTION OF NURSES

O ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS

ACOGIMIENTO CON EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE RIESGO: PERCEPCIÓN DE ENFERMEROS

Anna Katharinne Carreiro Santiago¹, Lídy Tolstenko Nogueira², Lucyanna Campos Gonçalves³, Ana Maria Ribeiro dos Santos⁴, Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino⁵

ABSTRACT

Objective: to know the perception of nurses about User Embracement with Risk Classification in urgency and emergency municipal service. **Method:** qualitative research whose data were obtained through interviews recorded on audio in MP3 format and subsequently fully transcribed, conducted with 14 nurses of five hospitals of the Municipal Health Network of Teresina, Piauí, Brazil. The semi-structured interview script was applied to nurses of user embracement and covered issues with data referred to professionals characterization, way of performing the working process, training, and difficulty and easiness of user embracement implementation. The information was subjected to analysis of content, from which three categories emerged: nursing and User Embracement with Risk Classification implementation; difficulties for the completion of User Embracement with Risk Classification; and the space of nurses in User Embracement with Risk Classification. The project of research was approved by the Committee of Ethics in Research of the Federal University of Piauí, under CAAE No. 0245.0.045.000-11. **Results:** the findings showed improvement in medical care, resulting from improved work organization; however, the quality of medical care provided to users was undermined by the inadequacy of reference and counter-reference, inefficiency in multidisciplinary interaction and unpreparedness of professionals for the adoption of this technology. **Conclusion:** it is necessary to expand the spaces for dialogue between professionals and managers and provide a policy of continuing training, so that the health system flow can occur more efficiently. **Descriptors:** user embracement; emergency nursing; classification; humanization of assistance..

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção de enfermeiros sobre o Acolhimento com Classificação de Risco em serviço municipal de urgência e emergência. **Método:** pesquisa qualitativa, com dados obtidos por meio de entrevistas gravadas em áudio, no formato MP3, em seguida, transcritas na íntegra, com 14 enfermeiros de cinco hospitais da Rede Municipal de Saúde de Teresina-PI, Brasil. O roteiro de entrevista semiestruturado foi validado com enfermeiros do acolhimento e contemplou questões com dados referentes à caracterização dos profissionais, modos de operar o processo de trabalho, capacitações, e aspectos dificultadores e facilitadores na implantação do acolhimento. As informações foram submetidas à técnica de Análise de Conteúdo, a partir da qual emergiram três categorias: A enfermagem e a operacionalização do Acolhimento com Classificação de Risco; as dificuldades para a realização do Acolhimento com Classificação de Risco; e O espaço do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob CAAE nº 0245.0.045.000-11. **Resultados:** os achados evidenciaram melhora no atendimento, advinda da maior organização do trabalho; contudo, o atendimento de qualidade ao usuário se mostrou comprometido pela inadequação de referência e contrarreferência, lacunas na interação multiprofissional e o despreparo dos profissionais para a adoção desta tecnologia. **Conclusão:** torna-se necessário ampliar os espaços para diálogo entre profissionais e gestores e instituir uma política de educação permanente, a fim de que o fluxo do sistema de saúde ocorra de forma mais eficiente. **Descritores:** acolhimento; enfermagem em emergência; classificação; humanização da assistência.

RESUMEN

Objetivo: conocer la percepción de los enfermeros sobre el Acogimiento con Clasificación de Riesgo en servicio municipal de urgencia y emergencia. **Método:** investigación cualitativa cuyos datos se obtuvieron a través de entrevistas grabadas en audio, en formato MP3 y posteriormente transcritas en su totalidad con 14 enfermeros de cinco hospitales de la Red Municipal de Salud de Teresina, Piauí, Brasil. El guión semiestructurado de la entrevista fue aplicado a enfermeros de acogimiento y abarcó cuestiones con datos referentes a la caracterización de los profesionales, maneras de desarrollar el proceso de trabajo, capacitaciones, y aspectos dificultadores y facilitadores de la implantación del acogimiento. Las informaciones fueron sometidas a análisis de contenido, del cual surgieron tres categorías: enfermería y aplicación del Acogimiento con Clasificación de Riesgo; las dificultades en la realización del Acogimiento con Clasificación de Riesgo; y el espacio del enfermero en el Acogimiento con Clasificación de Riesgo. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación de la Universidad Federal de Piauí con CAAE Nº 0245.0.045.000-11. **Resultados:** hubo evidencias de mejora en la atención, proveniente de una mayor organización del trabajo; sin embargo, la calidad de la atención al usuario fue comprometida por la insuficiencia de referencia y contrarreferencia, ineficacia en la interacción multidisciplinaria y falta de preparación de los profesionales para la adopción de esta tecnología. **Conclusión:** es necesario ampliar los espacios de diálogo entre los profesionales y administradores e instituir una política de formación continua, para que el flujo del sistema de salud se produzca de forma más eficaz. **Descriptores:** acogimiento; enfermería en emergencia; clasificación; humanización de la atención.

¹Enfermeira. Residente em Saúde da Família pelo Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Piauí/CCS/UESPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: akcsantiago@hotmail.com; ²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro/ UFRJ. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí/ UFPI com atuação no Curso de Enfermagem e no Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí/UFPI. Teresina-PI, Brasil. E-mail: lidyatn@gmail.com; ³Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí/CCS/UFPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: lucyannacamposgoncalves@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Professora Adjunta da Universidade Federal do Piauí/UFPI com atuação no Curso de Enfermagem. Teresina (PI), Brasil. E-mail: ana.mrsantos@gmail.com; ⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro/ UFRJ. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí/ UFPI com atuação no Curso de Enfermagem. Teresina (PI), Brasil. E-mail: fvdavelino@gmail.com

INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos a saúde pública brasileira apresentou significativos avanços com o Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, persistem desafios na busca pela melhoria na qualidade da assistência, dentre os quais se destaca a mudança das práticas de acolhida aos cidadãos-usuários e aos cidadãos-trabalhadores nos serviços de saúde.

A dinâmica dos serviços de urgência e emergência vem se caracterizando pela superlotação, processo de trabalho fragmentado, assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, pouca articulação com o restante da rede de serviços, e sua melhoria se apresenta como um dos desafios no atendimento de saúde.¹ Na tentativa de reverter esse quadro, em 2004, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH) para garantir o direito constitucional de saúde para todos, promover a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. Para reestruturar o Setor de Emergência dos hospitais brasileiros, a PNH propôs o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), visando a substituir o acesso ao serviço por meio de filas e ordem de chegada pelo grau de necessidade do usuário.²

O acolhimento como modo de estruturar os processos em saúde visa ao atendimento de todos os usuários, pois vai além da classificação de risco que determina a sequência de ações em favor do restabelecimento da saúde. Não se constitui em sala de espera, tampouco pré-consulta. É um espaço de encontro onde o conhecimento ocorre de forma recíproca entre profissional da saúde e usuário. O acolhimento é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo, pois propende à escuta, à valorização das queixas do paciente/família, à identificação das suas necessidades.³⁻⁴

O ACR é a intervenção decisiva na reorganização das portas dos serviços de emergência e na implementação da produção de saúde em rede que visa a oferecer serviços de saúde baseados em critérios técnicos, éticos e humanísticos a partir de protocolos pré-estabelecidos. Contudo, o protocolo de classificação de risco não pode ser considerado panaceia para a problemática dos serviços de urgência, visto que sua operacionalização necessita ser homogênea e pactuada interna e externamente.^{1,5}

Nesse contexto, o enfermeiro é o profissional da saúde reconhecido

mundialmente como o mais habilitado para realizar a classificação de risco, após treinamento específico, considerando-se as peculiaridades da profissão, tais como: é característico o conversar e ouvir as queixas do paciente, a partir de uma visão do todo, diferentemente do médico com formação pautada em diagnóstico e tratamento.⁶⁻⁷

O ACR nos Serviços Hospitalares de Emergência foi introduzido como projeto-piloto no Hospital Municipal Dr. Mario Gatti, em Campinas-SP, a convite do Ministério da Saúde, em 2000, para posterior expansão do programa de humanização em âmbito nacional. Consecutivo aos bons resultados obtidos e à criação da PNH, esse serviço se configurou como modelo para a reorganização do fluxo de atendimento, o que influenciou a adesão gradativa de vários estados brasileiros.⁸⁻¹⁰

No Piauí, o ACR foi implantado em 2009, no Hospital de Urgência de Teresina Professor Zenon Rocha, como projeto-piloto, com protocolo próprio e capacitação dos profissionais envolvidos; posteriormente estendeu-se a quatro serviços hospitalares de emergência de médio porte.

A proposta do ACR implantada na rede hospitalar municipal de saúde de Teresina evidenciou as dinâmicas e os critérios de acessibilidade dos usuários, além de constituir diretriz para o estabelecimento do processo de trabalho centrado no interesse da clientela, com o intuito de melhorar a condução dos serviços em rede. Vale ressaltar que o ACR é um serviço e tecnologia relativamente recente e que muito pode contribuir para reorientar as práticas de saúde.

Ao deparar-se com a operacionalização do ACR como dispositivo de reorganização do serviço, inquietações surgiram quanto ao processo de trabalho do enfermeiro, bem como à constatação do atendimento fragmentado por parte da equipe de saúde atuante do ACR. Nesse sentido, o preenchimento de tais lacunas na produção de conhecimento pode fornecer subsídios para a construção de medidas geradoras de atendimento humanizado e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade da assistência em saúde. Frente ao exposto, pretendeu-se com este estudo conhecer a percepção dos enfermeiros do serviço de urgência e emergência de hospitais municipais acerca das suas experiências laborais no ACR.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com 14 enfermeiros atuantes no ACR de cinco serviços hospitalares de emergência gerenciados pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina. Para a obtenção dos dados utilizaram-se entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio, no formato MP3 e, em seguida, transcritas na íntegra. O roteiro contemplou questões abertas, com dados referentes à caracterização dos profissionais, modos de operar o processo de trabalho, capacitações, aspectos dificultadores e facilitadores na implantação do ACR. O instrumento foi validado com enfermeiros do ACR que não fizeram parte do estudo, e foram consideradas a viabilidade e a ambiência; as questões que apresentaram dificuldades de compreensão foram ajustadas de forma a tornarem-se claras e compreensíveis.

A obtenção dos dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2011, até a saturação das falas. As entrevistas foram realizadas nos locais e horários de trabalho, em momento escolhido pelos enfermeiros, com a abordagem aleatória, sem agendamento prévio.

O referencial metodológico analítico dos dados se deu por meio de análise de conteúdo, centrando-se na análise do tipo temática, que consiste em desvelar os núcleos de sentido da comunicação cuja presença ou frequência tenha relevância para o objeto em estudo.¹¹ Para preservar a identidade dos sujeitos na apresentação das falas, utilizou-se o código "E" seguido do número cardinal correspondente à ordem da entrevista.

A interpretação dos dados exigiu a elaboração de categorias, mediante sua ordenação prévia, por meio da transcrição das entrevistas, releitura do material e organização dos relatos em determinada ordem e dos dados em grupos com temas afins. Seguiram-se a classificação dos dados e a construção das categorias, após leitura dos discursos individuais e extração das expressões-chave, com seleção de temas; agrupamento dos discursos individuais relacionados aos temas; agrupamento dos discursos de mesmo sentido, de sentido equivalente, ou de sentido complementar; extração da ideia central e nominação das categorias.

Após análise dos discursos, foram identificadas três categorias: a enfermagem e a operacionalização do ACR, as dificuldades

para a realização do ACR e o espaço do enfermeiro no ACR.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CAAE nº 0245.0.045.000-11), respeitando-se os princípios da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Uma das limitações para o desenvolvimento deste estudo foi o fato de a produção de dados ter abrangido todos os serviços hospitalares de emergência da rede municipal de saúde de Teresina, tendo em vista que a diversidade na complexidade assistencial acarretou certa dificuldade para o agrupamento de dados. Outra limitação refere-se à desigualdade na capacitação dos enfermeiros, decorrente da substituição dos profissionais que mantinham vínculo terceirizado e que receberam o treinamento, por enfermeiros concursados, que não tiveram a oportunidade de participar dessa capacitação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• Contexto da pesquisa e perfil dos participantes

A idade dos participantes do estudo variou entre 22 e 57 anos; 11 eram do sexo feminino; trabalhavam aproximadamente há 3,2 anos em serviço de urgência e emergência e atuavam na classificação de risco em média há 11 meses; seis participaram de treinamento oferecido pela Fundação Municipal de Saúde e os demais receberam orientações informais de profissional que atuava no setor. Os enfermeiros com capacitação específica possuíam tempo de serviço equivalente ao período de implantação do ACR nos hospitais; a experiência, habilidade e destreza foram sendo adquiridas simultaneamente à implementação desse dispositivo assistencial.

• A enfermagem e a operacionalização do Acolhimento com Classificação de Risco -ACR

O ACR propõe uma mudança nos processos de saúde, cuja operacionalização se dá por meio da utilização do protocolo, para avaliar e classificar o usuário, permeada pela humanização que o acolhimento proporciona. Diante disso, o enfermeiro, como integrante da equipe de saúde do serviço, necessita empregar essa tecnologia na perspectiva da integralidade, como é evidenciado nas falas que se seguem: *Aqui nós abordamos o paciente de forma que se sinta a vontade,*

investigamos o problema, a queixa que apresenta. Nós classificamos conforme as cores preconizadas pelo protocolo. (E5) O paciente chega ao hospital, faz o boletim de entrada, depois é encaminhado ao consultório, onde é feita a classificação de risco pelos enfermeiros, com auxílio dos técnicos de enfermagem. (E10)

O paciente faz a ficha de atendimento na recepção, passa para a sala da classificação, onde é recebido pela enfermeira e pela técnica de enfermagem. Avalia-se a queixa e classifica-se de acordo com o grau de prioridade: vermelho, amarelo, verde ou azul. Em seguida, de acordo com a classificação, é encaminhado para o consultório clínico ou, quando é paciente que não tem condição de ir até o consultório, é colocado em observação na sala de parada e solicita-se a avaliação médica. (E2)

Esse cenário, em alguns aspectos, assemelhou-se à realidade observada em serviços hospitalares de emergência que implantaram o ACR, onde o enfermeiro classifica o risco baseado em protocolo pré-estabelecido que utiliza cores para identificar as prioridades de atendimento. Além disso, constatou-se que a condução adequada do usuário pelo sistema melhorou o fluxo de atendimento no serviço hospitalar de emergência, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.^{8,12-3}

Essa maneira de trabalhar possibilita agilidade, melhor direcionamento do fluxo de atendimento, com crescente organização do serviço. A implantação do ACR trouxe mudanças positivas para o serviço de urgência e emergência, como mostra a fala a seguir:

Muitos pacientes estão sendo direcionados para o fluxo certo, para que determinados agravos à saúde sejam encaminhados para um nível de atenção mais correto. (E3) O protocolo organiza o serviço, seleciona e termina sendo mais organizado. (E4)

Como fatores positivos do acolhimento destacaram-se: a humanização da assistência, a reorganização do processo de trabalho e a possibilidade de maior resolubilidade. O ACR abrange, pois, a recepção adequada dos clientes, a ser realizada por toda a equipe de saúde, em qualquer relação profissional-paciente. Nesse sentido, proporciona reconhecimento e satisfação dos usuários no serviço, quando orientado por diretrizes para a organização do processo de trabalho.¹⁴⁻⁶

A implantação do ACR traz a humanização como resposta mais imediata aos usuários dos serviços de urgência e emergência, por meio da escuta qualificada e da resolução do

problema: todos têm acesso ao atendimento, com a substituição da exclusão ou da ordem de chegada pela priorização dos casos mais graves.

Contudo, a humanização como consequência do ACR não se manifestou em totalidade na prática, pois alguns enfermeiros relataram que há tendência a somente classificar o usuário: *Porque o acolhimento não é só para fazer a classificação e é isso que nós terminamos fazendo [...]. (E4) Aqui não é triagem e as pessoas confundem com triagem e exclusão, aqui é uma classificação, atendimento por prioridade. (E9)*

Depreendeu-se dos discursos que há tênue percepção do que seja a dimensão do acolhimento e da humanização, visto que esses conceitos apresentaram-se meramente como ato de receber e escutar, e não como uma sequência de modos e atos que constituem o processo de trabalho em saúde.

A priorização do atendimento e o acesso do usuário ao serviço têm o acolhimento como condição antecessora. É comum a ocorrência de situações nas quais o problema urgente relatado pelo usuário não está expresso fisicamente, mas a simples escuta permite conhecer suas necessidades.¹⁷

Contudo, a prática do acolhimento nem sempre é efetiva, pois a comunicação entre profissionais e usuários tende a ser prejudicada por sobrecarga de trabalho, despreparo profissional e pelo tempo dispensado ao cuidado.¹⁸ Seguramente, o acolhimento, quando compreendido e apreendido, tende a melhorar a resolubilidade e a humanizar a assistência.

As falas dos enfermeiros expuseram a operacionalização do ACR frente ao atendimento da demanda, seja pela orientação quanto ao nível de assistência, pela agilidade de atendimento ou pela escuta, que nem sempre é qualificada. Por conseguinte, observou-se que embora a operacionalização ainda não ocorra em sua totalidade, os conceitos sobre ACR foram apropriados pelos sujeitos.

• Dificuldades para a realização do Acolhimento com Classificação de Risco - ACR

Dentre as dificuldades encontradas para a realização do ACR, sobressaíram: a demanda, o despreparo dos profissionais e o processo de trabalho ainda centrado nos modelos tradicionais.

Segundo os princípios e as diretrizes do SUS, a porta de entrada do sistema de saúde

é, preferencialmente, a atenção básica. Entretanto, a realidade nos serviços hospitalares de emergência destoa do preconizado, conforme os seguintes depoimentos:

Os pacientes classificados cor azul devem ser atendidos no ambulatório, mas muitas vezes não aceitam [...] falam que há ausência de médico no PSF e que os ambulatórios não estão equipados. (E1)

A referência de pacientes para ambulatórios e para postos de saúde é um problema e nós como profissionais de saúde sabemos das falhas nesses serviços. O paciente que vem para o pronto-socorro verificar simplesmente uma glicemia, uma pressão arterial, tira a chance de quem precisa de atendimento mais imediato. (E2)

Essas falas expõem uma das dificuldades que os enfermeiros enfrentavam no contexto do ACR com usuários acostumados a buscar o pronto-atendimento para sanar problemas de saúde não resolvidos na atenção básica. Os usuários nem sempre têm discernimento sobre a gravidade de seus problemas e também desconhecem normas e políticas institucionais relacionadas à hierarquização do sistema de saúde.¹⁹

Assim, munidos do protocolo de atendimento, os enfermeiros buscaram reorientar esse fluxo, mas sem a corresponsabilização devida: *A gente só orienta a população a procurar a atenção básica e eles já saem daqui com raiva, [...] falam muito da atenção básica, dizem que não há um funcionamento correto. (E8)*

Nesse contexto, o usuário depara-se com a informação ambígua de buscar o atendimento na atenção básica, mas sem a indicação da unidade de saúde a que recorrer, visto inexistir uma pactuação entre os serviços de urgência e emergência e a Estratégia de Saúde da Família ou ambulatórios especializados.

A referência e contrarreferência inapropriada ou inexistente, a não implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências em sua plenitude, o desconhecimento da população acerca da oferta de serviços de saúde, ou sua utilização inadequada, determinam lacunas na concretização do ACR e fragilizam o atendimento aos usuários classificados como menos graves.¹⁰

Esse quadro circunstancial vai de encontro ao artigo 198 da Constituição Federal e à portaria GM Nº 2048 do Ministério da Saúde, os quais determinam que ações e serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada com o propósito

de constituir um sistema único, que permita melhorar a organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências. Portanto, o sistema de referência e contrarreferência é indispensável para se promover a universalidade e a integralidade na atenção e torna-se elemento importante no envolvimento de toda a rede.²⁰⁻²¹

Para reverter o cenário de superlotação dos serviços de emergência e superar o modelo vigente, é imperativo o reordenamento da demanda dos usuários, em rede. O atendimento deve ter caráter sistêmico, com foco no usuário, redefinindo, integrando e organizando fluxos e repactuando os processos de trabalho.²²

Por outro lado, a falta do sistema de referência que integre o usuário do pronto-socorro à rede básica, para assegurar acompanhamento após o episódio que o levou ao serviço, favorece a busca recorrente às emergências.²³ Como estratégia para minimizar esse problema, destacou-se a capacitação específica de trabalhadores da saúde sobre o funcionamento da rede pública de assistência e a relação dela com as políticas de saúde:

Alguns profissionais foram inseridos dentro da classificação de risco, profissionais que não tiveram treinamento (E13).

Tem que acontecer na verdade é um treinamento, uma capacitação dos profissionais de hospital de bairro e dos interiores, para que entendam que não é tudo que tem que vir para cá, o hospital de bairro pode tratar... Por isso que acontece superlotação (E7).

Paralelamente a isso, houve a perspectiva médica, com atendimento ainda centrado no modelo biomédico e desvinculado da equipe multiprofissional, aventado como ponto impeditivo para a resolubilidade dos problemas dos usuários. O processo de trabalho centrado nos moldes tradicionais tem uma lógica difícil de ser rompida, pois enquanto os demais profissionais se envolvem dinamicamente e acompanham o resultado do seu trabalho, os médicos tendem a permanecer à parte, com uma visão limitada do que seja a realidade.²⁴ As falas a seguir são bastante elucidativas:

A resolubilidade seria bem maior se o trabalho multidisciplinar realmente ocorresse, mas não é o nosso caso. (E6)

Na classificação de risco, o enfermeiro e o técnico de enfermagem atuam juntos, daqui vai para o clínico que também faz parte da equipe, mas há dificuldade com médicos que não seguem o protocolo, mesmo os que o

conhecem. (E10)

O ACR limitado a uma categoria profissional, com tempo e espaço físico determinados, destoa do modo de operar os processos de trabalho em saúde proposto pelo SUS.² Assim, percebe-se a heterogeneidade das ações no cenário onde cada categoria profissional e cada setor trabalha de forma singular, sem a obrigação de acolher o usuário durante seu percurso no sistema de saúde e, por vezes, limitando o acolhimento à triagem.

Frente a essa realidade, o desafio no serviço inclui reestruturar o fluxo de atendimento e buscar propostas que contemplem o direcionamento adequado dos usuários classificados como verde e azul, implicando melhoria na organização do processo de trabalho, manejo da superlotação e consequente adequação da demanda.

• O espaço do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco - ACR

Pelas características próprias da profissão, o enfermeiro está habilitado ao atendimento de pacientes em situações de urgência e emergência, face ao conhecimento científico que possui e ao amparo legal oferecido pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86.²⁵ No papel de classificador, o enfermeiro avalia sinais e sintomas, não formula diagnóstico, mas direciona o fluxo de atendimento e diminui o tempo de espera para pacientes mais graves, sob o fundamento de que todos os usuários serão atendidos.

No entanto, essa pode ser uma situação de contornos não muito definidos para todos os profissionais que realizam o ACR, conforme mostram as falas a seguir:

O acolhimento veio para dar prioridade, mas não ocorre em 100% dos casos, porque esbarramos na cooperatividade que existe entre os médicos. Não conseguimos referenciar pacientes de nível verde a/b e o azul, justamente por essa questão: nós não temos o apoio da classe médica. (E6)

Dentre as dificuldades de operacionalização do ACR destacaram-se a baixa importância que os médicos atribuem ao protocolo. Essa contingência gerou insatisfação nos enfermeiros que perceberam o descrédito tanto da população, quanto de médicos nos pressupostos do ACR. Ademais, o relacionamento interdisciplinar frágil e a não sistematização do atendimento dispensado ao usuário podem acarretar implicações importantes para a segurança do paciente.²⁶

As falas dos depoentes corroboraram a resistência à prática pautada em protocolo

para classificação de pacientes, como exemplificado a seguir:

Fazemos a classificação, explicamos ao paciente que é do grupo azul e que isso significa atendimento ambulatorial. Mas o paciente vai à porta do médico e bate, quer ser atendido e o médico atende. Então nosso trabalho fica perdido. (E12)

O paciente entra na instituição, é classificado segundo o protocolo, de acordo com sua queixa principal. Existe o protocolo e nós seguimos para classificar esse paciente. Não é à toa, tem embasamento científico, mas por vezes, somos pouco valorizadas, os médicos desconhecem esse protocolo, acham que classificamos à toa [...]. (E7)

Os enfermeiros tinham consciência de que realizavam um trabalho que lhes é próprio, com segurança no que concerne à referência adequada dos usuários classificados. Porém, demonstraram incerteza quanto ao amparo legal para a atuação no ACR, oferecido por resoluções ou pareceres emitidos por órgão competente:

O amparo legal? Não, não conheço. (risos). (E14) Nós só temos o protocolo da Fundação, só esse documento que eu conheço. (E8)

Contraditoriamente, não houve menção a dispositivos legais próprios da profissão, como a consulta de enfermagem, atividade privativa do Enfermeiro, que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção e proteção da saúde do indivíduo. Nessa perspectiva, adiciona-se a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 423/2012, que regulamenta a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência como privativas do enfermeiro, dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento. É imprescindível reiterar que a classificação de risco, segundo a referida Resolução, deve ser executada no contexto do Processo de Enfermagem e seguindo os princípios da PNH.²⁷⁻²⁸

Apenas uma depoente mencionou o Código de Ética de Enfermagem:

O nosso respaldo legal é Código de Ética, que temos que seguir [...]. Nós seguimos o protocolo da Fundação que também está amparado no Código de Ética de Enfermagem. (E9)

Apesar dessa divergência, alguns enfermeiros expressaram sentimento de proteção quanto à autonomia que o protocolo

e o treinamento lhes conferem:

É um projeto que tem resolubilidade, que respalda o enfermeiro do serviço de urgência e emergência e orienta para a resolução dos problemas que surgem. (E3).

Acho que o respaldo é o preparo dos profissionais, o treinamento, o conhecimento do manual do Ministério da Saúde. (E7)

As falas, por um lado, evidenciaram o espaço ocupado pelo enfermeiro no contexto do ACR e, por outro, realçaram a fragilidade na gestão desse serviço, porquanto o protocolo não era utilizado igualmente por todos os profissionais, confirmando a necessidade de educação permanente, voltada para a adesão ao PNH.

CONCLUSÃO

O ACR foi implantado para tornar mais humano o atendimento em pronto-socorros, tanto para usuários quanto para profissionais de saúde, visto que a triagem não satisfazia aos que buscavam esse serviço. Teve como pré-requisitos a instituição de um protocolo e o treinamento dos profissionais, os quais buscam orientar a prática, sem dispensar o olhar atento voltado para as necessidades dos usuários que buscam esse serviço.

Os enfermeiros perceberam mudanças advindas da implantação do ACR, com destaque para a agilidade no atendimento aos usuários com agravos agudos de saúde e que necessitam de intervenção imediata. Entre as dificuldades, emergiram: a fragilidade do sistema de referência e contrarreferência, geradora de aglomeração de usuários no serviço, a carência no treinamento de alguns profissionais, afetando a qualidade do atendimento, e o envolvimento multiprofissional desigual.

O ACR ratificou o papel relevante do enfermeiro nos serviços hospitalares de emergência, pois ele dispõe de instrumentos para reorganizar o fluxo, considerando-se as características intrínsecas da profissão, como maior permanência de tempo junto ao usuário/família, resolução de conflitos, escuta qualificada, cuidado na perspectiva holística. Entretanto, é incontestável a necessidade de realização de estudos focalizando a equipe multiprofissional no ACR para se desvelarem novos prismas.

O ACR precisa ser divulgado dentro e fora do âmbito dos serviços de urgência e emergência, com o intuito de direcionar o fluxo de usuários do SUS. É imperativo que os gestores e trabalhadores abram espaço para

repensar e redirecionar a prática, considerando-se a percepção e a crítica dos sujeitos desta pesquisa, que ressaltaram quão delicada é a relação interpessoal entre os profissionais e desses com os usuários. Espera-se que a equipe de saúde estabeleça objetivos que englobem a humanização e promova discussões sobre como melhorar o atendimento aos usuários do SUS que buscam os serviços de urgência e emergência, para evitar a persistência desses como a porta de entrada mais acessível.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de urgência. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília (DF): MS; 2009.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à 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): MS; 2004.
3. Cavalcante Filho JB, Vasconcelos SEM, Ceccim RB, Gomes L. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. Interface comun saúde educ [Internet]. 2009 Oct/Dec [cited 2011 Nov 08];13(31):315-28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400007&lng=pt.
4. Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. Texto & contexto enferm [Internet]. 2008 Jan/Mar [cited 2012 June 30];17(1):81-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/09>.
5. Cordeiro Júnior W. A classificação de risco como linguagem da rede de urgência e emergência. RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde [Internet]. 2009 Jan/June [cited 2012 June 30];1(2):23-8. Available from: <http://www.face.ufmg.br/revista/index.php/rahis/article/viewFile/787/663>.
6. Albino RM, Grossemann S, Riegenbach V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. ACM arq catarin med [Internet]. 2007 [cited 2011 Nov 08]; 36(4):70-5. Available from: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/523.pdf>.

7. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev Latino-Am Enfermagem online* [Internet]. 2011 Jan/Feb [cited 2012 May 06]; 19(1):[about 8 p]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf.
8. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2012 Jan/Mar [cited 2012 July 02];21(1): 217-25. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100025&script=sci_arttext.
9. Lima FET, Magalhães FJ, Moura AF, Queiroz APO, Matos DPM, Bezerra MS. Capacitação profissional sobre o protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria. *Rev Rene* [Internet]. 2012 [cited 2012 June 30];13(1):211-9. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/32/28>.
10. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncello KCG. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2011 Jan/Mar [cited 2012 May 06];19(1):84-8. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=591020&indexSearch=>.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Cadernos HumanizaSUS: atenção hospitalar. Brasília (DF): MS; 2011.
13. Elcum NB, Barrett CA, Al-Omran H. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation in a tertiary care center in Saudi Arabia. *BMC emerg med* (Online) [Internet]. 2011 [cited 2012 June 30];11(3):[about 5 p.]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-227X-11-3.pdf>.
14. Beck CLC, Minuzi D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Saúde (Santa Maria)* [Internet]. 2008 [cited 2011 Nov 06];34a(1-2):37-43. Available from: [http://coralx.ufsm.br/revistasauade/2008/34a\(1-2\)37-43,%202008.pdf](http://coralx.ufsm.br/revistasauade/2008/34a(1-2)37-43,%202008.pdf).
15. Azevedo JMR, Barbosa MA. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2007 Jan/Mar [cited 2011 Nov 06];15(1):33-9. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=462287&indexSearch=ID>
16. Barrêto A, Vasconcelos V, Nogueira M, Trigueiro J, Silva A, Henriques M. Users' opinion on the embracement in a family health unit. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2011 Nov [cited 2012 May 06];5(9):[about 7 p.]. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1920>.
17. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2009 [cited 2011 Nov 06];14(supl.1):1523-31. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800026&script=sci_arttext.
18. Bossato HR, Pereira ER, Silva RMCRA, Cunha SHO da. The embracement of family members in the emergency service: contributions from the national policy of humanization. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2012 May 04];4(1):430-9. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/788/pdf_341
19. Marques GQ, Lima MADs. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev latino am enferm* [Internet]. 2007 Jan/Feb [cited 2011 Nov 30];15(1):13-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf
20. Brasil. Constituição Federal de 1988, de 05 de outubro de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 1988 Oct.
21. Brasil. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
22. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad saúde pública* [Internet]. 2009 July [cited 2012 June 30];25(7):1439-54. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n7/02.pdf>.

23. Pai DD, Lautert L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no Acolhimento com Classificação de Risco. Esc Anna Nery [Internet]. 2011 Jul/Sept [cited 2011 Nov 06];15(3):524-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300012&script=sci_arttext.

24. Franco TL, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad saúde pública [Internet]. 1999 Apr/June [cited 2011 Nov 12];15(2):345-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>.

25. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. 1986 Jun 26.

26. Durand AC, Gentile S, Gerbeaux P, Alazia M, Kiegel P, Luigi S et al. Be careful with triage I emergency departments: interobserver agreement on 1,578 patients in France. BMC emerg med (Online) [Internet]. 2011 Oct [cited 2012 July 02];11(19):[about 5 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3215166/pdf/1471-227X-11-19.pdf>.

27. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 423/2012. Normatiza, no âmbito do sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos [Internet]. [cited 2011 Nov 08]. Available from: <http://site.portalcofen.gov.br/node/8956>

28. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 159/1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem [Internet]. [cited 2011 Nov 08]. Available from: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2011/materias.asp?ArticleID=7028§ionID=34>.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012/05/24

Last received: 2012/07/31

Accepted: 2012/07/31

Publishing: 2012/09/01

Corresponding Address

Anna Katharinne Carreiro Santiago
Conjunto João Emílio Falcão, Q. 05, Bl. 08,
Ap. 204 – Bairro Cristo Rei
CEP: 64015-610 – Teresina (PI), Brazil