



Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem

Welcoming with risk classification in urgent and emergency services: applicability in nursing

Acogimiento con calificación de riesgo en los servicios de urgencia y emergencia: aplicabilidad en enfermería

Juliana Marques Weykamp¹, Caroline Silveira Pickersgill², Diana Cecagno², Flavio Peraça Vieira², Hedi Crecencia Heckler de Siqueira¹

Objetivo: identificar o conhecimento de enfermeiros acerca da implementação da proposta de Acolhimento com Classificação de Risco, num serviço de urgência e emergência. **Métodos:** estudo de abordagem qualitativa do tipo descritivo, exploratório. Foi realizada a coleta de dados por meio de entrevista semiestruturada, com a participação de sete enfermeiros que atuam na referida unidade. Análise dos dados seguiu os passos da análise temática. **Resultados:** enfocam a compreensão dos participantes sobre Acolhimento e as facilidades e/ou dificuldades encontradas por eles frente à implementação desta proposta. **Conclusão:** foi possível compreender a realidade vivenciada pelos entrevistados acerca da temática e constatar que, apesar das dificuldades, eles consideram que a proposta contribui para a reorganização do fluxo de atendimento da demanda de usuários.

Descritores: Acolhimento; Enfermagem; Emergências.

Objective: to identify the knowledge of nurses about the implementation the proposal of Welcoming with Risk Classification in an urgent and emergency service. **Methods:** this is a study with qualitative approach of descriptive and exploratory type. Data collection was conducted through semi-structured interviews, with the participation of seven nurses who work in the unit mentioned. Data analysis followed the steps of thematic analysis. **Results:** they focus on the understanding of participants about welcoming and the facilities and/or difficulties encountered by them due to the implementation of this proposal. **Conclusion:** it was possible to understand the reality experienced by respondents about the theme and notice that in spite of the difficulties, they consider that the proposal contributes to the reorganization of the users' flow and to meet their demands.

Descriptors: User Embrace; Nursing; Emergencies.

Objetivo: identificar el conocimiento de enfermeros sobre la aplicación de la propuesta de Acogimiento con Calificación de Riesgo, en un servicio de urgencia y emergencia. **Métodos:** estudio descriptivo, cualitativo, exploratorio. Recopilación de datos a través de entrevista semiestruturada, con participación de siete enfermeros que trabajaban en esa unidad. Análisis de los datos siguió los pasos del análisis temático. **Resultados:** se centran en la comprensión de los participantes sobre Acogimiento y las facilidades y/o dificultades encontradas por ellos delante de la aplicación de esta propuesta. **Conclusión:** es posible comprender la realidad que viven los encuestados sobre el tema y constatar que, a pesar de las dificultades, consideraban que la propuesta contribuye a la reorganización del flujo de servicio de la demanda del usuario.

Descriptor: Acogimiento; Enfermería; Urgencias Médicas.

¹Universidade Federal do Rio Grande. Pelotas, RS, Brasil.

²Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil.

Autor correspondente: Juliana Marques Weykamp
Rua Visconde de Ouro Preto, 258, CEP: 96077-000. Pelotas, RS, Brasil. E-mail: juweykamp@hotmail.com

Introdução

A crescente demanda dos serviços de urgência e emergência encontra-se relacionada a diversos fatores, tais como, aumento da violência, atual desestruturação da rede de atenção primária, crescimento populacional, entre outros. Como consequências desses fatores têm-se observado a dificuldade do acesso e a falta de humanização do cuidado prestado nos serviços mencionados⁽¹⁾. Para minimizar essa problemática, entende-se ser necessário reorganizar o atendimento prestado ao usuário nestes espaços, levando em consideração os princípios do Sistema Único de Saúde, em busca de um acolhimento mais humanizado.

Acolhimento, entendido como tecnologia relacional, visa promover a humanização do atendimento prestado junto aos usuários, sendo uma das propostas do Ministério da Saúde a fim de enfrentar a deficiência de resolutividade e qualidade dos serviços de saúde. Embora não mencionado diretamente dentre os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde, pode ser visto como ferramenta que possibilita melhorias na assistência prestada como também a reorganização do sistema de saúde brasileiro. Essa tecnologia encontra-se ancorada à Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS, que, nos serviços de urgência e emergência, propõe que o acolhimento dos usuários seja baseado na avaliação com classificação de risco⁽²⁻³⁾.

O acolhimento com classificação de risco no Sistema Único de Saúde, com o intuito de reorganizar o fluxo dos usuários e oferecer conforto e escuta em uma situação de vulnerabilidade, vem substituir a tradicional triagem. Diferencia-se da triagem por que visa atender a todos, utilizando como base o grau de prioridade de cada usuário, com critérios organizados. O grau de prioridade é definido por meio de protocolo padrão elaborado pela instituição, com fundamento no protocolo do Ministério da Saúde⁽²⁾.

Dessa forma, é proposta pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito ao acolhimento e

classificação de risco nos serviços de urgência, a divisão por eixos que evidenciam os riscos dos usuários e determinam a ordem de atendimento dos mesmos. Cada eixo é composto pelas cores vermelho, amarelo, verde e azul, sendo que a cor vermelha sinaliza usuários com risco de morte e que necessitam de atendimento imediato, a cor amarela corresponde aos usuários sem risco de morte iminente, mas que precisam de uma intervenção breve, o verde para os usuários sem risco de morte ou lesão em algum órgão, e por isso serão atendidos por ordem de demanda e prioridade, e por fim a cor azul que evidencia um usuário estável que receberá atendimento eletivo ou conforme demanda⁽²⁾.

Eleger o acolhimento com classificação de risco como diretriz operacional de uma instituição de saúde requer mudanças na relação profissional/usuário reconhecendo esse como sujeito ativo na produção de saúde. Pode-se acrescentar, ainda, que acolhimento implica organizar processos de trabalho de maneira a assistir, com qualidade, todos os que buscam o serviço⁽²⁾.

Pesquisa realizada para analisar a organização de trabalho em uma unidade de urgência e emergência do interior do estado do Rio Grande do Sul, que não trabalha com o sistema de classificação de risco, observou dificuldades tais como recursos humanos, recursos materiais e fluxo desordenado de usuários⁽⁴⁻³⁾. Destacou, também, a insatisfação dos profissionais em relação ao grande volume de atendimento de demanda não urgente.

A descaracterização do atendimento no Sistema Único de Saúde e a utilização indevida desse serviço observada pela grande quantidade de atendimentos eletivos geram estresse, sobrecarga dos profissionais além de prejudicar a qualidade do atendimento dos casos. Neste sentido, além de ter claro o processo de trabalho em unidades de urgência e emergência, os gestores, profissionais e usuários devem efetivar pactos com os demais serviços e instituições, a fim de que o atendimento da demanda seja, realmente, os casos de urgência e emergência, possibilitando

melhorar a qualidade do atendimento e evitar conflitos e insatisfações no trabalho⁽⁵⁾.

Tendo em vista as dificuldades enfrentadas pelos gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde apresenta o acolhimento com classificação de risco como diretriz a ser implantada nessas unidades com a missão de ser uma estratégia apropriada para garantir melhor acesso do cidadão aos serviços de urgência e emergência, com atendimento resolutivo e humanizado⁽²⁾.

Diante do exposto, este estudo objetivou investigar o conhecimento dos enfermeiros a cerca da implementação da proposta de acolhimento com classificação de risco, num serviço de urgência e emergência.

Método

Pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa, realizada em uma unidade de Urgência e Emergência localizada ao sul do estado do Rio Grande do Sul. Essa Unidade possui gestão compartilhada tripartite, entre uma universidade federal, uma universidade particular e a Secretaria Municipal de Saúde e presta atendimento à população exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. Funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, e conforme registros de atendimento da referida unidade, realiza em média 252 atendimentos por dia. Oferece atendimento à livre demanda, de urgência e emergência, a usuários de 26 municípios que integram a região sul do estado, da qual é referência. Possui um corpo clínico, cirúrgico e equipe de enfermagem própria e recebe, diariamente, estudantes dos cursos de enfermagem e medicina de uma universidade federal e uma universidade particular.

Coleta de dados realizada por meio de entrevista semi estruturada, no período de maio à julho de 2011. Todos os 12 enfermeiros que atuam na unidade foram convidados a participar do estudo, porém apenas sete aceitaram o convite. As entrevistas gravadas, realizadas em local privado, previamente

acordado pelo pesquisador e participante e tiveram a duração média de 30 minutos. Participantes foram identificados com a letra E, seguida de um algarismo arábico conforme a sequência em que as entrevistas foram efetuadas. Ex: E1, E2, E3 etc.

Adotou-se análise temática para tratamento dos dados, desdobrando-se em três etapas. Primeira etapa, pré-análise, que consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Segunda etapa, exploração do material realizada numa operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto e, para isso, o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. Terceira etapa, corresponde ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos, sendo, então os resultados obtidos confrontados com a literatura existente⁽⁶⁾.

Da análise surgiu o tema: Compreensão dos Enfermeiros sobre Acolhimento com Classificação de Risco.

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, emitiu parecer favorável de nº 053/2011.

Resultados

Em relação a compreensão dos enfermeiros sobre acolhimento e, buscando o significado de acolher e do acolhimento com classificação de risco, os entrevistados expressaram-se da seguinte forma: *Acolhimento é onde as pessoas se dirigem ao médico ou a um enfermeiro e eles através de um protocolo, faz em uma classificação de risco. As pessoas são classificadas em verde, amarelo, vermelho e azul (E6). Acolhimento é a maneira mais rápida de observar o que o paciente realmente tem e se ele tem necessidade de ficar no pronto socorro ou ser encaminhado para uma unidade básica ou outro atendimento (E5). Para mim acolher é dar a primeira atenção por uma pessoa treinada para deixar o paciente mais tranquilo. É primordial ter os sinais vitais do paciente na primeira hora para saber como classificar (E4).*

No processo de acolher, escutar e orientar de maneira adequada os usuários, do ponto de vista das portas de entrada, pode-se perceber que nem sempre a relação existente é pacífica, isto porque, às vezes, é difícil que eles entendam o processo de trabalho da equipe. Ele percebe sim, sua necessidade e procura a resolução imediata, gerando, muitas vezes, conflitos na relação. Essa relação conflituosa e sem confiança pode causar, por questões de intimidação, a omissão de fatos, sinais e sintomas importantes para uma classificação de risco adequada conforme as falas. *Hoje a gente encaminha para as unidades básicas e isso é um transtorno para os usuários ...quando passamos pessoas na frente deles, embora a gente explique, a população não consegue entender que é por uma situação de gravidade, de prioridade* (E3). *Na realidade eu acho que o paciente não fala o que ele sente, talvez por insatisfação com o serviço* (E7).

Quando questionados a respeito de terem realizado uma capacitação para atuar na prática do acolhimento com classificação de risco, a maioria afirmou ter recebido algumas informações: *Capacitação eu não sei se dá para dizer, eu passei por uma palestra onde foi dimensionado como seria o acolhimento, foi uma passagem superficial como são as cores* (E4). *Não. Especificamente alguma capacitação não. Mas uma médica nos passou algumas informações sobre o protocolo. Mas a capacitação mesmo a gente não teve* (E6). *Recebemos, mas não foi um treinamento de dois ou três dias, foi um treinamento inicial para conhecer o que era a classificação de risco* (E1).

Em relação às dificuldades mencionadas pelos entrevistados acerca da implantação do acolhimento com classificação de risco foram citadas pela maioria dos entrevistados representando assim um obstáculo para a prática diária, pois, segundo eles: *Na teoria funcionaria muito bem se o sistema (rede de serviços de saúde) funcionasse, que a dificuldade de encaminhar para algum serviço que acolhesse como a gente faz também* (E2). *Outra dificuldade é a acessibilidade com os outros serviços e a gente não tem para onde encaminhar* (E3). *A maior dificuldade é o atendimento posterior a classificação...*(E4).

Ao serem questionados sobre as barreiras internas vivenciadas no serviço de urgência e

emergência, os enfermeiros expõem que *Às vezes tu classifica o paciente como amarelo por exemplo que é a prioridade 1, é o próximo que tem que ser atendido, as vezes os verdes que estão ali esperando são atendidos mais rápido* (E1). *É bem difícil porque, infelizmente, não depende só de nós, nós classificamos e depende do médico, e as vezes tem muita demanda ou eles não querem atender mesmo* (E5). *Não está sendo fácil, principalmente, em relação ao suporte médico, nós não temos amparo médico normalmente, e o tempo de espera não está seguindo o protocolo* (E4). *Uma das dificuldades que eu tenho e acredito que os meus colegas também tenham é o não andamento do pronto atendimento junto com o acolhimento* (E6).

Apesar das dificuldades de aplicabilidade do acolhimento com classificação de risco é possível destacar nas falas dos entrevistados satisfeitos com a nova proposta de trabalho, o que permitiu uma reorganização do serviço: *Me sinto muito bem, gosto muito de trabalhar no acolhimento com classificação de risco. Eu acho muito importante a cidade ter esse serviço, acho bem interessante a minha participação também* (E6). *Eu gosto muito de trabalhar no acolhimento, porque eu acho que é uma necessidade que o pronto socorro tinha* (E7). *Acho a proposta ótima, eu acho que facilita de certa forma o fluxo aqui dentro* (E4).

Outro aspecto importante observado neste estudo foi a participação dos enfermeiros na construção e no aperfeiçoamento do protocolo: *Na verdade o protocolo foi montado por nós enfermeiros* (E3). *É pedido nas nossas reuniões que se alguém tem alguma sugestão que se coloque, para sair na próxima versão do protocolo* (E2).

Além da participação na construção e aperfeiçoamento do instrumento de classificação de risco os entrevistados asseguram que sua prática profissional está sendo reconhecida e valorizada: *É uma forma de reconhecimento profissional, que a gente já fazia só que não tinha um nome e um local específico, dessa forma valorizou, porque tem pelo menos mais um enfermeiro em cada turno* (E3). *Aqui no pronto socorro eu me sinto bem valorizada como enfermeira. Os médicos pedem para a enfermeira fazer a classificação por que eles confiam no que a enfermeira escreve e como ela classifica então, eu acho que valorizou muito a sabedoria e o conhecimento da enfermeira* (E1). *Acho que é uma oportunidade do enfermeiro mostrar uma nova função* (E6).

Discussão

Através dos depoimentos fica evidenciado que a compreensão sobre acolhimento é restrita, percebeu-se que a palavra acolhimento reportou os entrevistados às situações como verificação de sinais, as cores da classificação, o local onde é realizada a classificação, e até mesmo o protocolo, demonstrando um desconhecimento dos profissionais em relação ao sentido da palavra acolher. Conforme o Ministério da Saúde acolhimento deve expressar uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de” em relação ao usuário, por isso é entendida como uma relação de inclusão de alguém⁽²⁾.

É possível afirmar que nem todos os profissionais, deste estudo e que trabalham no acolhimento com classificação de risco, de fato acolhem os usuários que procuram o serviço, mas que somente os classificam de acordo com o protocolo elaborado pela instituição. Corroborando com o mencionado pelo autor⁽⁷⁾, o que se observa na unidade em estudo é um atendimento de forma fragmentada em que o ato de acolher é restrito ao momento da classificação de risco, tornando a relação profissional/usuário muitas vezes hostil.

Acolhimento deve ser parte de um processo que pretende promover qualidade de vida através de sensibilidade, sutileza e subjetividade na prática dos profissionais de saúde⁽⁸⁾. É, portanto, um processo especificamente de relações humanas, e deve ser desempenhado por toda equipe de saúde e em todos os setores do atendimento, não limita receber e encaminhar o usuário de forma fragmentada, mas sim constitui uma sequência de atos⁽²⁾. Este é considerado uma tecnologia relacional que pode proporcionar mudanças significativas no modo de se trabalhar em saúde, acrescenta ainda que essa tecnologia é permeada pelo diálogo e visa a escuta, a valorização da queixa do usuário e família além do respeito às diferenças⁽⁹⁾.

O acolhimento está presente nas relações cotidianas do ser humano, entretanto, quando se

reporta aos serviços de saúde, em especial, os de urgência e emergência, é necessário levar em conta as dificuldades estabelecidas pelo próprio fluxo e rotina da demanda na unidade de saúde e também as dificuldades em detectar, por meio de um simples instrumento de classificação as necessidades que se encontram no subjetivo do usuário⁽¹⁰⁾.

Neste contexto, o acolhimento passa a ser compreendido a partir do documento base da Política Nacional de Humanização, como uma postura ética, um modo de desenvolver os processos de trabalho em saúde, de forma a atingir a totalidade de usuários que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas queixas e assumindo no trabalho uma postura capaz de acolher, escutar, e dar respostas mais adequadas aos usuários⁽¹¹⁾.

A insatisfação relatada traduz a idéia de que o usuário, quando procura o serviço de urgência e emergência, busca uma resolução ou encaminhamento imediato de seu agravo de saúde, não encontrada na rede de atenção primária, as unidades básicas de saúde, mesmo que sua demanda não seja classificada com urgência ou emergência pelo protocolo adotado. Tal situação, por vezes, pode tornar os usuários insatisfeitos e até mesmo agressivos com os profissionais, indo ao encontro do estudo no qual usuários e acompanhantes estão insatisfeitos com o atendimento e resolutividade que recebem nos serviços de emergência, fato também denunciado na mídia sobre os aspectos negativos da assistência recebida nestes espaços⁽¹²⁻¹³⁾.

Este fator demonstra a necessidade de que esses profissionais reflitam a respeito das relações que têm estabelecido com seus usuários, especialmente, quando essa relação pode se tornar mais tensa, como nas portas de entrada das unidades de saúde. Pois, a imposição de limites administrativos, como a distribuição de fichas, por exemplo, pode causar um distanciamento na relação usuário/profissional.

Entende-se que, quando uma nova proposta é implantada num serviço de saúde, é necessário que ocorra capacitação entre os envolvidos no processo,

isso por que o aprendizado em equipe requer um esforço individual e em conjunto, ou seja, o aprendizado e o envolvimento propicia o sentimento de pertença o que pode gerar valorização no trabalho e maior probabilidade de que a proposta tenha êxito⁽¹⁴⁾. Estas autoras afirmam que para que capacitação adequada ocorra é necessário que a instituição forneça recursos humanos, materiais e físicos que possibilitem a atividade proposta. Outro sim é sabido que a escassez de recursos econômico-financeiros, encontrada nas instituições de saúde, que dependem de recursos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde, decorrente de uma política de saúde deficitária, em que o repasse de verbas pelas instâncias federal, estadual e municipal é precário e demora a acontecer, é, na maioria das vezes, causa do pouco investimento em melhorias relacionadas aos recursos humanos. O contexto socioeconômico, no qual o Brasil se encontra, divulgado por distintos meios de comunicação, limita as ações de investimento para o setor saúde uma vez que as verbas destinadas às instituições e serviços, geralmente, não refletem o atendimento que o indivíduo recebe para fins de diagnóstico ou tratamento.

Fatores que envolvem recursos humanos, que possuem dificuldades econômico-financeiras, estão relacionados à escassez de funcionários, mais de um vínculo empregatício, falta de incentivo e motivação, levando a pouco comprometimento consigo e com a instituição, baixa autoestima, falta de reconhecimento e valorização profissional, insatisfação no trabalho, bem como com os horários (durante ou fora da jornada de trabalho) de realização das possíveis atividades que envolvem a prática da capacitação em serviço⁽¹⁴⁾.

Em relação a compreensão de acolhimento com classificação de risco e como sinônimo do acolher, pode-se inferir que a capacitação recebida foi insuficiente, não contempla a Política Nacional de Humanização, pois está focada só na classificação de risco. O conhecimento e a implementação de protocolos com base na classificação de risco do usuário deve considerar os demais aspectos que constituem o contexto dessa unidade.

O conhecimento parcial que os profissionais de enfermagem possuem sobre a temática pode estar associado ao pouco investimento financeiro e de formação profissional, por parte dos gestores no serviço de urgência, emergência e pronto atendimento e, desta forma, ao não considerar o contexto como um todo, as políticas de humanização e o acolhimento implementado com a ferramenta da classificação de risco deixa de alcançar o seu verdadeiro sentido, com base na política⁽²⁾.

Política Nacional de Humanização dos serviços de saúde, por meio de seus dispositivos legais prevê capacitação abrangente que envolve o significado de acolher o usuário e não, simplesmente, classificá-lo como um objeto⁽¹⁾.

Implantação de protocolos de classificação de risco possibilita uma assistência prestada de acordo com os diferentes níveis de necessidades e não mais por ordem de chegada do usuário. O acolhimento realizado por meio desse protocolo de enfermagem, torna-se subsídio para intervenções de enfermagem sistematizadas, proporcionando assistência emergencial às vítimas de maneira mais segura ágil e integral⁽¹⁵⁾. Entretanto, a enfermagem não pode dispensar o cuidado que lhe cabe no acolhimento do usuário em detrimento de uma simples classificação de risco.

Colocar em ação o acolhimento com classificação de risco requer uma atitude que implica análise e revisão cotidiana das práticas nas unidades. O Ministério da Saúde, ao sugerir etapas para a implantação do sistema de acolhimento com classificação de risco atribui ao gestor a responsabilidade da "Implementação de sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, com garantia de análise e encaminhamentos a partir dos problemas apresentados"^(16:42).

Implantação do acolhimento com classificação de risco assume relevância ao gerar benefícios para o atendimento, como a diminuição da ansiedade dos profissionais e usuários, melhoria das relações interpessoais da equipe de saúde, padronização de dados para estudos, pesquisas e planejamentos, e

aumento da satisfação do usuário, uma vez que este será atendido de forma mais rápida e efetiva, mudando o foco da doença para o doente em uma abordagem integral do indivíduo⁽¹⁷⁾.

No cotidiano de trabalho, facilmente, se encontra superlotação dos serviços e sobrecarga profissional, e isso, parece que torna mais difícil exercer o preconizado na política de humanização junto ao usuário. É necessário encontrar estratégias capazes de minimizar esses aspectos para tornar o acolhimento mais humano e assim, alcançar o propósito da implementação da classificação de risco nos serviços de urgência, emergência e pronto atendimento.

É necessário identificar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros ao trabalharem no acolhimento com classificação de risco, tanto em relação a rede de atenção e sistema de referência e contra-referência, quanto os problemas internos do próprio serviço, o que possibilita o diagnóstico situacional e a proposição de alternativas para uma melhor adequação entre a proposta do Ministério da Saúde e a realidade do contexto profissional⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Um dos parâmetros previstos pelo Ministério da Saúde para a implementação do acolhimento com classificação de risco é “Critérios de acesso: identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra-referência”, sendo essa questão, entre outras, de responsabilidade dos gestores dos serviços de saúde^(19:44).

Para a utilização adequada dos diferentes níveis de complexidade deve-se estabelecer fluxos de forma organizada. Fluxos inexistentes e acesso facilitado aos níveis de maior complexidade geram distorções que comprometem os princípios de integralidade, universalidade e equidade, propostos pelo Sistema Único de Saúde⁽¹¹⁾.

Em relação às várias dificuldades relatadas, pode-se dizer que estas atrapalham a implementação da proposta pois é assegurado que se faz necessário conhecer a estrutura dos serviços e estabelecer a rede

de atenção às urgências, com grades de referência e contra referência efetivamente pactuadas, com definição de corresponsabilidades de modo a corrigir as distorções ainda existentes nas portas de entrada do Sistema Único de Saúde⁽⁵⁾. Entretanto, essas dificuldades existentes no Sistema Único de Saúde não correspondem somente ao processo de entrada, mas envolve-o como um todo, o fluxo deve possuir flexibilidade, cooperação e comprometimento de todos os envolvidos no processo.

Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde a cidade em que está localizada a unidade em estudo possui uma rede com 46 unidades básicas de saúde, essas poderiam ser capazes de absorver a demanda de consultas, exames e procedimentos considerados de menor complexidade⁽¹⁹⁾. Porém, entende-se que isso não ocorre por deficiência na referência e contrarreferência, pouco investimento em adequar as condições materiais e de recursos humanos com a demanda de serviço, situação também mencionada por outro estudo⁽¹³⁾.

Quanto aos conflitos entre os integrantes da equipe que atua no serviço em estudo, pode-se inferir que o seguimento adequado do protocolo elaborado pela própria equipe não teve adesão de todos os integrantes, pois se há discordância é porque existem lacunas no instrumento. Além disso, demonstra aos gestores a necessidade de se revisar o fluxo dos atendimentos e realizar capacitação de toda a equipe, incluindo, especialmente, os médicos buscando capacitá-los a trabalhar no coletivo e para assumir a sua função conforme acordos coletivos programados. Os acordos coletivos devem ser construídos por toda equipe a fim de padronizar as ações/atendimentos pactuando com a equipe médica, respeitando o tempo de espera preconizado para cada uma das classificações, para que se evitem agravos na saúde do usuário.

O protocolo adotado pela unidade deste estudo esta em conformidade com o padrão sugerido pelo Ministério da Saúde, seguindo outros estudos com

semelhança de protocolos que adotam as sugestões do Ministério da Saúde, no qual o atendimento foi classificado por níveis e cores, ou seja, vermelho, necessidade de atendimento imediato, com prioridade zero; amarelo, prioridade 1 que envolve urgência, isto é, atendimento o mais rápido possível; Verde para casos não urgentes, com prioridade 2 e Azul para atendimento conforme a chegada do usuário, tendo prioridade 3⁽²⁰⁾.

Diante disso, destaca-se novamente a responsabilidade dos gestores da unidade e do serviço na garantia do atendimento em períodos pactuados, além da responsabilização dos profissionais diante de suas ausências nos horários previamente acertados.

Estudos apontam que os trabalhadores de saúde, gestores, usuários e comunidade, que estão vinculados ao serviço, passam a ter corresponsabilidade pelo reconhecimento e adequação da oferta às reais necessidades, bem como pela conquista de um sistema hierarquizado de assistência à atenção básica e de construção de novos saberes com a intercessão dos participantes⁽¹¹⁾.

A valorização e o reconhecimento profissional dos enfermeiros podem ser alcançados por meio da autonomia, motivação e satisfação profissional. As pessoas são motivadas por trabalhos interessantes, por novos desafios, pelo aumento da responsabilidade e essa motivação faz com que o trabalhador realize suas tarefas com mais dedicação e satisfação⁽¹⁷⁾.

É imprescindível compreender as razões que levam os profissionais a se sentirem satisfeitos, ou não, no seu trabalho⁽¹⁶⁾. As dificuldades enfrentadas, que dizem respeito à organização do trabalho, devem ser investigadas, tornando-as conhecidas, pois ao detectá-las, torna-se possível analisá-las e, a partir daí, podem ser criadas maneiras de resolvê-las, para que os profissionais sintam-se estimulados a participar com entusiasmo no desenvolvimento do processo de trabalho. Para que se torne possível tal investigação é importante que haja um bom canal de comunicação entre gestores e trabalhadores a fim de que obstáculos

possam ser visualizados por todos os envolvidos e estes possam construir juntos, os possíveis caminhos para a resolução das dificuldades.

Corroborando com esses dados que a tarefa central que os enfermeiros desempenham no contexto do acolhimento com classificação de risco é de facilitadores, responsabilizando-se pela organização do atendimento desde a entrada do usuário no serviço até o seu atendimento pela equipe médica e a resolução da sua queixa⁽¹⁴⁾. Os autores acrescentam ainda que o modelo de acolhimento com classificação de risco torna possível a reorganização do processo de trabalho, proporcionando ao enfermeiro assumir sua função de sujeito no processo e passando a conduzi-lo de maneira independente, não ficando mais a margem dos acontecimentos.

O fato dos enfermeiros terem participado do processo tanto de construção quanto de aperfeiçoamento do protocolo adotado pelo pronto socorro, traduz a valorização de seu conhecimento técnico-científico por parte dos gestores, fato que gera valorização dos enfermeiros.

Percebe-se que embora os enfermeiros revelem dificuldades no seu dia-a-dia no acolhimento com classificação de risco, também se sentem satisfeitos, reconhecidos e valorizados por outros profissionais da equipe, o que traduz visibilidade na autonomia e respeito profissional. Entende-se que a tendência dos profissionais satisfeitos com o desenvolvimento de seu trabalho é o aumento da produtividade e da qualidade do serviço prestado assim, ambos aumentam as chances de atingir um objetivo comum de aumentar os índices de satisfação dos usuários.

A prática cotidiana do acolhimento com classificação de risco faz com que os enfermeiros se reconheçam mais dentro do serviço e gerando satisfação com seu trabalho. É possível afirmar também que a valorização do conhecimento do enfermeiro, por outros membros da equipe é um importante impulsionador para a realização das práticas com mais satisfação.

Conclusão

Este estudo permitiu compreender a realidade vivenciada pelos enfermeiros acerca da proposta do acolhimento com classificação de risco num serviço de urgência e emergência. Foi possível identificar a compreensão dos sujeitos acerca da proposta, bem como as facilidades e dificuldades encontradas ao exercerem suas atividades cotidianas nessa unidade.

Constata-se que, apesar das dificuldades internas da unidade e com as ausências e falhas na rede de serviços, os enfermeiros consideram que a proposta de acolhimento com classificação de risco contribui, significativamente, para a reorganização do fluxo de atendimento a demanda de usuários na unidade estudada.

É impar a discussão entre gestores da rede e do serviço de urgência e emergência, pactos de referência e contra referência com o serviço, o que possibilitaria tornar a proposta conhecida por todos os profissionais envolvidos, de maneira que os usuários fossem encaminhados adequadamente.

Considera-se o acolhimento com classificação de risco uma importante ferramenta para a qualificação do serviço, porém necessita de ampliação das discussões entre os gestores e a equipe a fim de que esta proposta seja compreendida em todas as suas dimensões: da humanização e a da classificação dos usuários, e ainda, seja seguida e respeitada por todos.

Destaca-se que a implementação que o acolhimento com classificação de risco necessita de uma ampla e profunda qualificação de todos os envolvidos no processo, entre eles os trabalhadores do serviço de urgência e emergência, os das unidades básicas de saúde, os das instituições que recebem os egressos do serviço de urgência e emergência, e a própria comunidade que deve ser devidamente esclarecida para entender a nova formatação de atendimento. As modificações introduzidas no sistema de saúde deve ser amplamente divulgada pela

mídia para informar o processo a ser implementado e, assim, conseguir a participação de todos nesse novo processo de atendimento do Sistema Único de Saúde.

Acredita-se que estudos desta natureza possam auxiliar o enfermeiro no gerenciamento das ações assistenciais realizadas junto usuários dos serviços de urgência e emergência, possibilitar a melhoria no fluxo do atendimento, aumentar a satisfação profissional e do cliente, bem como oportuniza uma melhor visibilidade do serviço.

Considera-se, como limite deste estudo, a realização do mesmo em apenas um serviço de urgência e emergência. Recomenda-se a realização de mais estudos desta natureza, a fim de ampliar o conhecimento acerca do tema e oportunizar a melhoria da qualidade da assistência prestada nesses serviços.

Colaborações

Weykamp JM, Pickersgill CS e Cecagno D contribuíram para concepção do trabalho, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Vieira FP e Siqueira HCH contribuíram para concepção do trabalho, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Versiani CC, Silva KM, Bretãs TCS, Marques F, Souto SGT, Magalhães DOL, et al. La humanización de la atención de enfermería en los servicios de urgencia y emergencia hospitalaria: um desafio. Rev Digital EFDesportes.com. [Internet] 2012 [citado 2014 Abr 25]; 17 (170). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd170/humanizacao-da-assistencia-de-enfermagem.htm>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

3. Castro RLV, Ribeiro YCNMB. Acolhimento com Classificação de Risco: dois momentos de reflexão em torno das cores. In: Araújo GF, Rates SMM. Cogestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte(MG): HOB Sigma Editora; 2009.
4. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situação de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm.* 2009; 18(2):266-72.
5. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Work objective in emergency wards: professionals' conceptions. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2009; 17(4):1-7.
6. Minayo MC. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2012.
7. Medeiros FA, Souza GCDA, Barbosa AAA, Costa IDCCC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev Salud Pública.* 2010; 12(3):402-13.
8. Maestri E, Nascimento ERP, Bertonecello KCG, Martins JJ. Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UERJ.* 2012; 20(1):73-8.
9. Coelho MF, Chaves LDP, Anselmi ML, Hayashida M, Santos CB. Analysis of the organizational aspects of a clinical emergency department: a study in a general hospital in Ribeirao Preto, SP, Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010; 18(4):770-7.
10. Shiroma LMB, Pires DEP. Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. *Enferm Foco.* 2011; 2(1):14-7.
11. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011; 19(1):26-33.
12. Andrade LM, Martins EC, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Rev Eletr Enferm.* [Internet] 2009 [citado 2014 Nov 07]; 11(1):151-7. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a19.pdf
13. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertonecello KCG. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UERJ.* 2011; 19(1):4-8.
14. Ulbrich EM, Mantovani MDF, Balduino ADF, Reis BKD. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento as vítimas. *Cogitare Enferm.* 2010; 15(2):286-92.
15. Souza FF, Silva MJM. Métodos utilizados no acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência e urgência. *Rev Enferm UFPI.* 2013; 2(spe):36-42.
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
17. Duro CLM, Lima MADS, Levandovski PF, Bohn MLS, Abreu KP. Nurses' perception of the risk assessment in the emergency units. *Rev Rene.* 2014; 15(3):447-54.
18. Torres HDC, Lelis RB. Oficinas de formação de profissionais da equipe saúde da família para a gestão do Acolhimento com Classificação de Risco. *Cienc Enferm.* 2010; 16(2):107-13.
19. Ministério da saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro nacional de estabelecimento de saúde [Internet] 2000 [citado 2014 Abr 17]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>
20. Sousa FF, Silva MJM. Methods employed in the reception with risk classification. *Rev Enferm UFPI.* 2013; 2(spe):36-42.