

Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência

Embracement with home risk rating: nursing professional's evaluation of an emergency care service

Acogimiento con la clasificación de riesgo: evaluación de los profesionales de enfermería de un servicio de emergencia

Eliane Regina Pereira do Nascimento^I, Bárbara Rosso Hilsendeger^{II}, Caroline Neth^{III},
Guilherme Mortari Belaver^{IV}, Kátia Cilene Godinho Bertoncello^V

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa que objetivou conhecer e analisar como os profissionais de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar público de Santa Catarina avaliam o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR). A coleta de dados ocorreu em abril e maio de 2010 por meio de entrevista semiestruturada, com 13 profissionais de enfermagem. Para análise adotou-se o Discurso do Sujeito Coletivo. Dos relatos surgiram dois temas: potencialidade do ACR e fragilidade do ACR. Como potencialidades, foram apontadas o atendimento mais rápido e humano aos usuários que estão com agravos agudos de saúde e que necessitam de intervenção imediata e como fragilidades, a deficiência de espaço físico, materiais e de recursos humanos. Os achados evidenciam que houve mudanças na organização e qualidade do atendimento ao usuário no serviço em questão com o ACR, porém ainda não atendem os pressupostos dessa estratégia da Política Nacional de Humanização.

Descritores: Emergências; Acolhimento; Classificação; Enfermagem.

ABSTRACT

It is a descriptive study in a qualitative approach, which objective was to analyze how and professional nurse in a hospital emergency room in Santa Catarina State evaluate the Home Risk Rating (ACR). Data collection occurred in April and May of 2010 through semi-structured interviews with 13 nurses. For the analysis we adopted the Collective Subject Discourse. Reports emerged of two themes: perception and potential fragility of the ACR and the ACR. The possibilities were: faster service to users who are health and acute health problems that require immediate intervention, the lack of physical space and materials are some of the weaknesses, among the difficulties signal the lack of reference and cross reference with consequent accumulation users of the service, interfering with quality of care, as well as the satisfaction of nurses in the Emergency Department.

Descriptors: Emergencies; User Embracement; Classification; Nursing.

RESUMEN

Estudio descriptivo con enfoque cualitativo, cuyo objetivo fue analizar cómo profesionales de enfermería de una sala de emergencias de un hospital del estado de Santa Catarina avalúan la calificación de riesgo principal (ACR). La recolección de datos hay ocurrido en abril y mayo de 2010 utilizándose la entrevista semi-estructurada con 13 enfermeros. Para el análisis se adoptó el Discurso del Sujeto Colectivo. De las entrevistas surgió dos temas: el potencial del ACR y fragilidad del ACR. Las posibilidades eran: un servicio más rápido a los usuarios que tienen problemas de salud agudos y que requieren una intervención inmediata, y la falta de espacio físico, de materiales y recursos humanos son algunas de las debilidades. Los resultados muestran que hubo cambios en la organización y la calidad de servicio al cliente en el servicio en cuestión con el ACR, pero todavía está lejos de cumplir con los supuestos de la estrategia de la Política Nacional de Humanización.

Descritores: Urgencias Médicas; Acogimiento; Clasificación; Enfermería.

^I Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professor Assistente IV, Departamento de Enfermagem (NPR), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Coordenadora do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde (GEASS/NPR/UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: pongopam@terra.com.br.

^{II} Enfermeira. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: babirossoh@hotmail.com.

^{III} Enfermeira. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: carolneth@hotmail.com.

^{IV} Enfermeiro. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: gmbelaver@gmail.com.

^V Enfermeira, Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Adjunta, NPR, UFSC. Pesquisadora GEASS/NPR/UFSC. Florianópolis, Brasil. E-mail: kbertoncello@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

Quase que diariamente nos deparamos com denúncias na mídia da situação caótica em que se encontram os serviços de saúde, em especial os serviços de emergência nos hospitais públicos do nosso país. Esses serviços são responsáveis pelos atendimentos das pessoas em situações agudas de saúde, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica com a finalidade de possibilitar a resolução dos seus problemas de saúde. Funcionam 24 horas, como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾, e tem enfrentado uma série de dificuldades para atender com qualidade as pessoas que o procuram, uma delas a grande demanda ao serviço.

A grande procura por atendimento nos serviços de urgência hospitalar tem inúmeras causas que podem estar associadas ao aumento de acidentes e da violência urbana, as questões socioeconômicas, a falta de leitos para internação na rede pública, o aumento da longevidade da população⁽²⁾, assim como a falta de agilidade e de resolutividade, de ações e serviços de saúde⁽³⁾, ou seja, à insuficiente estruturação da rede.

Esses fatos tem levado a procura ao atendimento nas emergências, não somente pessoas em situações de urgência e emergência, como também àquelas em condições de saúde não graves, que juntas no mesmo ambiente, dificultam a visualização e o estabelecimento de prioridades no atendimento⁽⁴⁻⁵⁾. Além disso, pode gerar sobrecarga de trabalho da equipe de saúde que realiza o atendimento e, como consequência, à prática das ações mecanizadas, desprovida de humanização⁽⁶⁾.

Essa situação levou o governo federal a reorganizar e normatizar o atendimento aos pacientes nos serviços de urgência e emergência em todo o território nacional. O Acolhimento com Classificação de Risco (ACR)⁽⁷⁾, estratégia proposta pela Política Nacional de Humanização (PNH)⁽⁷⁾, é criada com vistas a ampliar o acesso e reduzir as filas e o tempo de espera para o atendimento.

Essa política visa diminuir o risco de mortes evitáveis, extinções das conhecidas "triagens por porteiro" ou profissional não qualificado, priorização de acordo com os critérios clínicos e não por ordem de chegada⁽⁸⁾.

No serviço de emergência (SE), o ACR configura-se como uma das ações potencialmente decisivas na reorganização e implementação da promoção de saúde em rede. Engloba os seguintes aspectos: ampliar o acesso sem sobrecarregar a equipe e sem prejudicar a qualidade das ações; superar a prática tradicional,

centrada na exclusividade da dimensão biológica interagindo profissionais de saúde e usuários; reconfigurar o trabalho médico integrando-o no trabalho da equipe, transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, aumentando a capacidade dos trabalhadores em distinguir e identificar riscos e agravos, adequando à resposta satisfatória sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de sua categoria⁽⁷⁾.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento⁽⁷⁾.

Nesse processo, todos os profissionais de saúde e instituições são responsáveis pela busca de uma relação acolhedora e humanizada, com os usuários que procuram o serviço.

Em 26 de janeiro de 2009, o hospital, cenário desta pesquisa, que atende em média 800 pacientes diariamente, foi o primeiro da região da Grande Florianópolis (Santa Catarina) a implantar o ACR, por meio do incentivo e de recursos do Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Santa Catarina. O treinamento da equipe profissional foi realizado em dezembro de 2008, executado pela SES com carga horária de 16 horas e mais um treinamento interno realizado pela comissão de educação do hospital e enfermeiros lotados na emergência com carga horária de 24 horas.

Passado um ano de implantação do ACR desenvolvemos essa pesquisa suscitada pelos seguintes questionamentos: Qual a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a implementação do acolhimento com classificação de risco? Quais os seus benefícios e/ou fragilidades para o atendimento no Serviço de Emergência?

Para tanto esta investigação teve como objetivos conhecer e analisar como os profissionais de enfermagem de um serviço de emergência de um

hospital público avaliam a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), no contexto da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme sua capacitação prévia e sua prática assistencial no serviço de emergência.

Acredita-se que desenvolver pesquisa com o foco na avaliação de um serviço de emergência feita pelos próprios profissionais, é imprescindível para subsidiar propostas de reestruturação organizacional e melhorar a qualidade do atendimento no serviço. Esse estudo justifica-se também como contribuição para o avanço do conhecimento nessa área e tema, ainda pouco explorado a nível nacional.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, que possibilita a exploração e entendimento acerca do significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano⁽⁹⁾.

Essa pesquisa ocorreu no serviço de emergência adulto, de um hospital público da rede estadual de saúde de Santa Catarina, que atende exclusivamente pelo SUS, sendo referência na sua área de abrangência. O hospital possui na atualidade 300 leitos.

O Serviço de Emergência, cenário deste estudo, atende principalmente usuários em situações de emergência/urgência clínica e cirúrgica. A sua área física, para a implantação do ACR, foi reformada e está constituída de: unidade de observação para internação, unidade de cuidados semicríticos, dois quartos para isolamento com banheiro, almoxarifado, sala de materiais; banheiros para pacientes, rouparia, expurgo, copa para a equipe de saúde, copa para pacientes, banheiros para a equipe de saúde, uma sala de chefia de enfermagem, recepção, sala para classificação de risco, sala de espera, consultórios, sala de reanimação e salas cirúrgicas. A sala de classificação de risco fica estrategicamente localizada na entrada da unidade, proporcionando privacidade para o usuário durante a coleta de dados e possui alguns materiais básicos para o atendimento inicial, como esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, oxímetro de pulso e glicosímetro.

Para atender a demanda que é em média 800 usuários/dia, o Serviço de Emergência, conta com uma equipe de saúde constituída por 14 enfermeiros, 44 técnicos de enfermagem e 15 médicos. A Classificação

de Risco é de responsabilidade do profissional enfermeiro, que realiza a entrevista, o exame físico sucinto, a verificação de dados vitais e eventualmente algum exame complementar (ECG e glicemia capilar). Com base nos dados levantados, o enfermeiro formula julgamento clínico e crítico do caso, respaldado no protocolo de atendimento. Esse profissional emite uma decisão, expressa por meio de uma cor que classifica a prioridade de atendimento do usuário e organiza o fluxo das intervenções. O usuário é encaminhado para a área da cor correspondente a sua situação de saúde. A área azul é o local dos consultórios e da classificação de risco; a área verde é onde ficam os pacientes em observação ou aguardando leito de internação; a área laranja é destinada à assistência aos usuários em quadro crítico; e a área vermelha fica uma sala com quatro leitos, equipada para o atendimento às situações de urgência e emergência.

Para o estudo, foram utilizados como critérios de inclusão dos participantes: ser profissional de enfermagem e do quadro funcional do SE; estar em exercício pleno das funções no período de coleta de dados; atuar no serviço de emergência no período anterior e após, a implantação do ACR, quando o atendimento ao usuário era por ordem de chegada ou gravidade; ter participado do treinamento/capacitação para a implantação do ACR; aceitar participar da pesquisa confirmando sua concordância através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Atenderam a esses critérios e que compuseram a amostragem deste estudo, 13 profissionais (três enfermeiras e 10 técnicos em enfermagem).

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2010 por meio de entrevista semiestruturada que contemplou a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a implantação do protocolo de ACR da PNH do Ministério da Saúde, durante a sua prática profissional, no SE. As entrevistas foram realizadas no próprio serviço, em ambiente privativo, no horário de trabalho, em data previamente agendada e após apresentação e explicação dos objetivos da investigação e obtenção do consentimento de cada participante. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos, foram gravadas em formato MP3 e transcritas posteriormente. Os nomes dos participantes foram substituídos pelas letras "E" para enfermeiros e "T" para técnicos em enfermagem, seguidas de número absoluto e crescente, para diferenciá-los (E1,E2,T1,T2).

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética da Instituição Hospitalar (Protocolo Nº. 018/09) seguindo as recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Para ordenação e organização dos dados, utilizou-se o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁽¹⁰⁾. Os procedimentos de construção do DSC obedeceram às seguintes etapas: agrupamento dos discursos individuais relacionados a cada pergunta/tema; extração das expressões-chave (ECHs) dos discursos individuais; agrupamento das ECHs de mesmo sentido, de sentido equivalente, ou de sentido complementar; extração da idéia central (IC) de cada agrupamento de ECHs; construção do DSC com as ECHs relacionadas a cada IC. Para esta apresentação não se utilizou as ECHs, somente os DSC que as contém.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os resultados encontrados, classificamos os discursos dos participantes em dois temas: potencialidades do ACR e fragilidades do ACR. A discussão dos dados foi sustentada pelo ACR⁽⁷⁾ do Ministério da Saúde e pelas evidências científicas relacionadas as questões envolvidas nos discursos.

Tema 1: Potencialidades do ACR.

As potencialidades do ACR estão retratadas em duas ideias centrais: prioridade e agilidade no atendimento e humanização no atendimento.

IC - Prioridade e agilidade no atendimento.

DSC: *O ACR é o primeiro contato com o usuário que chega ao serviço de emergência, classificando-o de acordo com o grau de risco que ele apresenta, baseado no protocolo de atendimento do SE. O ACR prioriza os casos graves que necessitam de atendimento mais ágil, rápido e dinâmico e proporciona à equipe uma segurança maior por saber que quem está ali fora pode aguardar um pouco mais pelo tratamento. Antes da implantação do ACR o atendimento era por ordem de chegada, independente da gravidade. Agora não, agora o enfermeiro avalia e já classifica pelas cores, que traduzem a prioridade do atendimento. Não é mais um simples ato de atender alguém que entrou pela porta, e sim, estamos atendendo esse paciente pela situação de risco que ele está enfrentando. (E1-E3, T1-T9).*

No discurso dos participantes constata-se que o entendimento sobre o ACR vem ao encontro do que a PNH do Ministério da Saúde preconiza sobre o

atendimento nas Urgências e Emergências, uma vez que tem como um dos parâmetros acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco e não por ordem de chegada⁽⁷⁾.

Os profissionais expressaram que houve mudanças com a implantação do ACR, que esse novo método veio para guiar o atendimento no serviço de emergência, proporcionando uma resposta mais rápida aos usuários que estão com agravos agudos de saúde e que necessitam de intervenção médica e de enfermagem imediata.

Estudo realizado na Emergência de um hospital geral, público de Porto Alegre-RS, veio corroborar com esses dados, uma vez que detectou que os profissionais de enfermagem consideraram a implementação do acolhimento muito importante devido a melhor atenção aos usuários⁽¹¹⁾.

Percebe-se pelo discurso que houve avanço quanto à organização do serviço, quando os profissionais referem que o atendimento que antes era por ordem de chegada passou a ser, com a implementação da política, por prioridade do atendimento. Ao mesmo tempo em que os usuários que mais necessitam de atendimento são passados à frente o ACR, proporciona uma sensação de segurança nos funcionários do setor, pois sabem que as pessoas que estão do lado de fora e que já foram classificadas pelo enfermeiro realmente podem esperar pelo atendimento, e tem menos chances de que algum agravo aconteça durante sua permanência na sala de espera.

A implementação da estratégia organiza o fluxo direcionando cada usuário para a devida sala, agilizando o atendimento, fazendo os encaminhamentos necessários⁽¹²⁾, melhora a organização, classificação e priorização do atendimento⁽¹¹⁾.

Tempos prolongados de espera para pacientes nos SE estão associados à reduzida satisfação do paciente e aumento do risco de sair sem ser atendido. Isso, por sua vez está associado com altos índices de reclamações e piores resultados na saúde⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Portanto, é fundamental que o enfermeiro tenha um bom conhecimento clínico e saiba encaminhar os usuários corretamente, seguindo os protocolos estabelecidos e priorizando o atendimento dos casos graves, diminuindo o risco de morte e aumentando a expectativa de vida.

IC - Humanização no atendimento.

DSC: *O ACR oportuniza que o usuário seja acolhido no*

momento em que ele chega. A visão do profissional em relação a esse usuário dá-se de forma integral. Ele tem a possibilidade de ser ouvido, informado sobre a rotina hospitalar, e de ter algum atendimento. (E3, T4, T7, T8).

A proposta do acolhimento, no discurso, é evidenciada na relação do profissional com o usuário, disposto a ouvi-lo e orientá-lo. O discurso também retrata que os pacientes não saem do serviço sem antes receberem algum tipo de atendimento. Infere-se que esse fato se deve a duas razões: para cumprir o que determina a política do ACR atendendo a todos que chegam ao serviço e, devido à falta de um sistema de contrarreferência que integre o usuário do serviço à rede básica.

Se, por um lado há uma atenção básica deficitária, por outro lado também se tem o fomento para o vínculo permanente do usuário ao serviço de pronto socorro⁽¹⁵⁾, sendo esse um dos motivos da superlotação no serviço.

Entretanto, a missão do ACR 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⁽⁷⁾.

Neste sentido, trabalhadores e instituições precisam responsabilizar-se pela busca de uma relação acolhedora e humanizada, a qual exige metodologias participativas, que considerem a negociação permanente de conflitos na convivência diária nos serviços de saúde⁽¹⁶⁾.

O acolhimento como diretriz operacional, deve atender a todos que procuram o serviço, garantindo a universalidade de acesso, acolhendo e escutando os problemas de saúde da população na busca por resolvê-los. Além disso, deve reorganizar o processo de trabalho para qualificar a relação trabalhador/usuário por meio de subsídios humanitários, de solidariedade e cidadania⁽¹⁷⁾.

Uma fonte de realização dos trabalhadores, percebida no discurso, é o sentido dado para o trabalho que realizam, mais especificamente na sua utilidade social. Além disso, percebem a sua contribuição pessoal, subjetiva. Essa característica é proeminente no trabalho em saúde devido à sua especificidade na relação humana⁽¹⁴⁾.

Tema 2: Fragilidades do ACR.

As expressões-chaves que deram origem aos discursos remetem as fragilidades do acolhimento com classificação de risco relacionada principalmente a infraestrutura, tecnologias, materiais e recursos humanos no serviço de emergência.

IC - Estrutura pouco adequada.

DSC: *Uma das fragilidades com a implantação do ACR é a própria estrutura do SE. Muitos setores não se adequaram à classificação. Por exemplo, os exames que são pedidos não chegam ao laboratório com a cor para identificar o tipo de atendimento e isso dificulta a prioridade do resultado, o andamento do atendimento. Outro fato importante é que mesmo depois da reforma no serviço de emergência continuamos sem conforto para trabalhar, pouco espaço físico e materiais disponíveis. Não gostaria de chegar aqui passando mal e precisar de uma cadeira de rodas e não ter. (E2, E3, T2, T9).*

Nesse discurso a percepção dos profissionais com relação à infraestrutura, a inadequação dos setores do SE e o déficit de materiais se caracterizam como uma das maiores fragilidades na implementação do ACR.

Constata-se que a estrutura do serviço para realizar o acolhimento ainda não é a ideal. No processo de trabalho não existe uma integração entre os diferentes serviços da instituição para a resolutividade da necessidade de saúde do usuário no menor tempo possível.

O projeto de acolhimento requer que o mesmo não seja um ato isolado, mas sim um dispositivo de acionamento de redes internas, externas, multidisciplinares e comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos⁽⁷⁾.

Em um estudo realizado na emergência de um hospital geral com a equipe de enfermagem também foram apontadas pelos profissionais, dificuldades relacionadas à pouca disponibilidade de recursos humanos, materiais e espaço físico, interferindo no atendimento às necessidades dos usuários⁽¹⁴⁾.

Apesar das propostas de mudanças do modelo de atenção da saúde, que pregam a integralidade e a humanização da assistência, hoje se torna um grande desafio desenvolver uma assistência de qualidade com a falta desses recursos, fragilizando o ACR.

Cabe ressaltar que essas dificuldades são encontradas na maioria das emergências brasileiras. Elas são visivelmente expressas por meio da estrutura física e tecnológica inadequada, insuficiência de equipamentos, recursos humanos limitados, capacitação insuficiente para o trabalho⁽²⁾. A deficiência de equipamentos, materiais e a inadequação de área física são aspectos que contribuem não só para dificultar o atendimento como também as relações entre trabalhadores e usuários⁽²⁾.

Nesse sentido, a estruturação de sistemas de saúde na perspectiva de consolidação dos princípios do SUS, no que se refere à atenção à urgência/emergência, requer repensar a estruturação do espaço intra-hospitalar com a previsão/provisão de recursos humanos, materiais e de equipamentos, além da área física adequadas para atender as demandas⁽¹⁸⁾.

Essas deficiências configuram-se como condições impróprias para o trabalho e ameaça à saúde dos trabalhadores que atuam nos serviços hospitalares de emergência^(14,19).

IC - Desconhecimento do protocolo pela população.

DSC: *A nossa maior dificuldade é conseguir conscientizar a população, fazer entender que aqui é um hospital, e esse serviço é destinado ao atendimento de urgência/emergência, e explicar para o usuário que chegou antes que ele pode ser atendido depois daquele que acabou de chegar, que o atendimento não é por ordem de chegada.* (E2, T1, T3, T4, T8).

É comum no SE o grande fluxo de usuários à procura de atendimento. A implantação dos serviços de ACR deveria dar o destino correto a essa clientela, porém a população cada vez mais numerosa e com poucos recursos disponíveis na atenção básica acaba encontrando no SE o único lugar possível para atender as suas necessidades. O usuário que sofre de algum mal, quando procura o serviço de emergência, quer encontrar profissionais que lhe atendam rapidamente, e espera desses, resolutividade ao seu problema, independente de quão grave lhe pareça os sintomas⁽²⁰⁾.

Porém, cabe ao profissional do SE, embasado em dados clínicos, em informações objetivas, subjetivas e experiência e com a utilização de protocolos pré/estabelecidos avaliar o grau das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento⁽⁷⁾.

Em uma pesquisa realizada em unidade de emergência de hospital público de Porto Alegre foi constatado, assim como neste estudo, que a orientação quanto à necessidade de busca pelo serviço de atenção básica muitas vezes não era bem aceita⁽¹¹⁾. Em outro estudo, os trabalhadores referem como um dos obstáculos no ACR à responsabilidade de dizer ao usuário que ele deve optar pela atenção básica quando, na verdade, eles próprios não acreditam que esta seja uma solução⁽¹⁵⁾, talvez por conhecerem a fragilidade desses serviços.

Muitas vezes o usuário não aceita a indicação para a

procura a outro serviço, gerando conflito nas relações. O conflito se inicia quando a avaliação do usuário sobre o seu estado de saúde pede atenção imediata, mas o olhar técnico do profissional não o enquadra nessa categoria^(11,15). Assim, o usuário expressa seu descontentamento ao profissional que está na linha de frente, pois o vê como a pessoa que representa o sistema de saúde (que não o acolheu), e o profissional, por sua vez, sente-se injustiçado com a agressividade⁽¹⁵⁾. Essa atitude do usuário retrata suas angústias devido ao medo de não ter seu problema de saúde atendido⁽¹¹⁾.

Portanto a inadequada ou inexistente referência e contrarreferência, a falta de implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) em todas as suas instâncias, o desconhecimento da população da oferta de serviços de saúde ou a utilização inadequada dos mesmos, faz com que o ACR se torne ineficiente em alguns aspectos, já que o atendimento prestado aos usuários classificados como menos graves se torna superficial e inadequado⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da percepção dos profissionais de enfermagem relacionada à implantação do ACR evidenciou dois temas: potencialidades e fragilidades do ACR no SE estudado.

Os participantes perceberam como potencialidades a prioridade e agilidade no atendimento aos usuários que estão com agravos agudos de saúde e que necessitam de intervenção médica e de enfermagem imediatas, e a humanização no atendimento, que oferece uma resposta ao problema de saúde apresentado pelo usuário.

As fragilidades na estrutura pouco adequada, como a falta de espaço físico e materiais são apontadas, mesmo com as reformas estruturais realizadas antes de iniciar a implementação do ACR. Acredita-se que a emergente demanda de usuários no SE, vem afirmar a necessidade da efetiva ampliação do ACR em outros SE, como estratégia de ampliar o acesso da população, sem sobrecarregar a equipe do serviço de emergência e prejudicar a qualidade da assistência prestada.

O desconhecimento pela população sobre o protocolo ACR no SE, também foi uma fragilidade percebida, onde na nossa cultura é comum o usuário chegar e procurar uma fila, se posicionar, e cobrar que sua ordem de chegada seja obedecida, mesmo sendo este um SE. Portanto, cabe também aos enfermeiros utilizarem como estratégia a comunicação verbal e não verbal, para esclarecimento sobre o ACR, junto a sua comunidade.

Lembra-se que este estudo foi realizado em um serviço de emergência, que implementou o ACR, há pouco mais de um ano, podendo ser esta uma limitação dos resultados desta investigação. Contudo, percebemos que houve alguns avanços no serviço após a implementação da estratégia de acolher com a classificação de risco. Pontua-se também como limitação, o fato do estudo não ter envolvido outros profissionais que também integram a equipe de acolhimento com classificação de risco, assim como pacientes e familiares.

Não obstante, nada impede que os achados possam ser utilizados como subsídios importantes para reorganizar o serviço em questão e para gestores de outros serviços, que pretendem implementar e/ou qualificar o acolhimento com classificação de risco.

Portanto sugere-se novos estudos voltados para a percepção dos demais profissionais da equipe de saúde, quanto à implementação do ACR, bem como da satisfação dos usuários e familiares sobre esta ferramenta, que no momento está sendo utilizada em apenas alguns serviços de emergência do nosso país.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.
2. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2009 [cited 201 dez 29];18(2):266-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09.pdf>.
3. Valentim MRS, Santos MLSC. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2009 [cited 201 dez 29];17(2):285-9. <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a26.pdf>.
4. Marques GQ, Lima MADS. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):41-7.
5. Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. Reme: Rev. Min. Enferm. 2008;12(4):581-6.
6. Souza RB, Silva MJP, Nori A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e paciente. Rev Gaucha Enferm. 2007;28(2):242-9.
7. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.
8. Albino RM, Grosseman S, Riggenbach V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. ACM arq. catarin. med. 2007;36(4):70-5.
9. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo misto. Magda Lopes, tradutora. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
10. Lefèvre F, Lefèvre AM. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa desdobramentos. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
11. Zanellatto DM, Dal Pai D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. Ciênc. cuid. saúde. 2010;9(2):358-65.
12. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. Ciênc. cuid. saúde. 2008;7(1):65-72.
13. Goodacre S, Webster A. Who waits longest in the emergency department and who leaves without being seen? Emerg Med J [Internet]. 2005 [cited 2011 dez 29];22(2):93-6. Available from: Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 out/dez;13(4):597-603. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a02.htm>.
14. Almeida PJS, Pires DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007 [cited 201 dez 29];9(3):617-29. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>.
15. Dal Pai D, Lautert L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. Esc. Anna Nery. 2011;15(3):524-30.
16. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saude Publica. 2008;24 Suppl 2:S100-10.
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. Cien Saude Colet. 2009;14 Suppl 1:1523-31.
18. Azevedo ALCS, Ana Paula Pereira AP, Lemos C, Coelho MF, Chaves LDP. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010 [cited 201 dez 29];12(4):736-45. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a20.htm>.
19. Menzani G, Bianchi ERF. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [cited 201 dez 29];11(2):327-33. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a13.htm>.
20. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncillo KCG. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. Rev. enferm. UERJ. 2011 [cited 201 dez 29];19(1):84-8. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a14.pdf>.

Artigo recebido em 24.09.2010.

Aprovado para publicação em 19.11.2011.

Artigo publicado em 31.12.2011.