

Implementação do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento

Implementation of risk-rated host in an emergency care unit

Herberte Henrique Nascimento Serra¹, Thiago da Silva Santana², Anderson Reis de Sousa³, Joilton Souza Santos¹,
Junilho Santos da Paz¹

Como citar: Serra HHN, Santana TS, Sousa AR, Santos JS, Paz JS. Implementação do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento. REVisa. 2019; 8(4): 484-95. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p484a495>

REVISA

1. Faculdade Maria Milza.
Governador Mangabeira,
Bahia, Brasil.

2. Universidade Estadual de
Feira de Santana. Feira de
Santana, Bahia, Brasil.

3. Universidade Federal da
Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

Recebido: 10/07/2019
Aprovado: 09/09/2019

RESUMO

Objetivo: Analisar o processo de implementação do acolhimento com classificação de risco na unidade de pronto atendimento de uma cidade da região do Recôncavo da Bahia, Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, realizado com oito enfermeiras, em uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas. Realizou-se entrevista individual em profundidade, analisadas pelo método da análise de conteúdo. **Resultados:** As enfermeiras apresentaram entendimento sobre o sistema de Acolhimento com Classificação de Risco, sendo percebida enquanto ferramenta eficaz de organização dos processos de trabalho, fluxos assistenciais e atendimento aos pacientes. Desvelam ainda, sentidos de humanização, atendimento oportuno e adequado às demandas por nível de priorização, delineamento de fluxos e resolução das demandas. A implementação está entrelaçadas por elementos facilitadores, dificultadores e de desafios, quanto à adesão e à operacionalização. **Conclusão:** o Acolhimento com Classificação de Risco é compreendido satisfatoriamente por enfermeiras, e ainda que hajam presença de elementos dificultadores e desafios, contribuições para atuação em Enfermagem e à atenção à saúde dos pacientes têm sido evidenciadas no cotidiano das práticas, carecendo de maior investigação.

Descritores: Acolhimento; Urgências; Serviço de Saúde de Emergência; Tratamento de Emergência.

ABSTRACT

Objective: To assess the implementation process of risk-rated host in the emergency care unit of a city in the Recôncavo da Bahia, Brazil. **Method:** This is a descriptive and qualitative study conducted with eight nurses in a 24-hour Emergency Care Unit. An in-depth individual interview was conducted and they were evaluated by the content analysis method. **Results:** The nurses had an understanding of the Risk Rating Host system, being perceived as an effective tool for the organization of work processes, care flows and patient care. They also reveal senses of humanization, timely and adequate demands attendance by level of prioritization, flow delineation and demands resolution. Implementation is intertwined by facilitating, hindering and challenging elements concerning the adherence and operationalization. **Conclusion:** Risk0rated host is satisfactorily understood by nurses, and although there are presence of hindering elements and challenges, contributions to nursing practice and patient health care have been evidenced in the daily practice, requiring further investigation.

Descriptors: User Embrace; Emergencies; Emergency Health Service; Emergency Treatment.

ORIGINAL

Introdução

Mundialmente, a procura pelos serviços de urgência tem aumentado durante as últimas décadas, levando à necessidade de modificação da organização da assistência. Assim, foram elaborados sistemas de triagem para identificação da prioridade clínica de cada paciente que aguarda atendimento, visando facilitar a igualdade de acesso.¹

Nesse contexto sistemas de triagem têm o objetivo de organizar a demanda de pacientes que chegam à procura de atendimentos em serviços de urgências da atenção hospitalar e pré-hospitalar, identificando os que necessitam de atendimento imediato e reconhecendo aqueles que podem aguardar em segurança o atendimento, antes que haja a avaliação diagnóstica e terapêutica completa¹.

No que se refere o componente pré-hospitalar, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), constituem um serviço de emergência intermediário entre à Atenção Básica e à Atenção Hospitalar, onde se aplica um sistema de triagem, denominado de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). Este sistema que opera a partir da seleção de usuários em atendimento prioritário, leva em conta a universalização, igualdade e equidade da atenção à saúde.²

No âmbito desse nível de atenção, o ACCR, configura-se como uma das ações potencialmente decisivas na reorganização e implementação da promoção de saúde em rede. O mesmo, pode ser compreendido, enquanto uma tecnologia utilizada pelo Ministério da Saúde (MS) no sentido de reorientação da política assistencial nos serviços de emergência, articulando os valores de humanização e qualificação da assistência.³

Neste sentido, a triagem estruturada passa a fazer referência a um protocolo de classificação válido, reproduzível e que permite a classificação dos pacientes, baseado nos diferentes níveis de urgência e de priorização da assistência somado à estrutura física e organização profissional e tecnológica adequada.³ Desse modo, acolher remete ao movimento de atender a todos os usuários, assim como, conhecê-los, atribuindo maior valor à escutar de suas demandas, os motivos da busca pelo serviço de saúde, bem como significa lhes dar boas-vindas, para estabelecer uma relação de confiança durante o atendimento.⁴

O acolhimento, sob esta lógica, estrutura-se a partir da noção de uma ação tecnoassistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.⁵

Embora seja reconhecida a expressiva contribuição do ACCR, estudo avaliativo, realizado em Santa Catarina, Brasil, evidenciou a precarização do mesmo, especialmente, no que se refere ao processo de operacionalização, por parte dos profissionais de saúde.⁶ Quando observada a satisfação de usuários (as) do serviço de saúde, quanto ao ACCR, evidências atuais apontam que há elevado nível de satisfação, em destaque para o acolhimento, confiança, oportunidade, ambiente, considerando conforto, limpeza e sinalização, humanização, considerando cortesia, respeito e interesse, encaminhamentos e agendamentos e expectativas quanto ao atendimento.⁷ No entanto essa perspectiva mostra-se divergente na literatura, ao passo de outro estudo aponta

para as fragilidades no processo de divulgação dos objetivos do ACCR, assim como insegurança e insatisfação por parte dos usuários (as), quanto ao processo de classificação.⁸

Por compreender que se faz necessário investigar o processo de implementação do ACCR, a fim de incentivar lacunas existentes, assim também como potencialidades e desafios para a concretização desse processo, este estudo alinha-se com os objetivos propostos nas diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, ao passo que permite configurar um meio de avaliação da implementação da mesma, contribuindo também com a melhoria das práticas assistenciais e de gestão do cuidado.

Em convergência com esta justificativa, este estudo foi permeado pela questão de investigação, a saber: como se configura a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco, em uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas? Para responder essa indagação, o objetivo deste artigo é analisar o processo de implementação do acolhimento com classificação de risco em uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas.

Método

Estudo descritivo, qualitativo, que buscou apreender o discurso coletivo de profissionais de Enfermagem que atuam em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, frente ao processo de implementação do sistema de acolhimento com classificação de risco.

O estudo foi realizado em uma UPA 24 horas, vinculada à rede pública de saúde, em um município da região do Recôncavo da Bahia. A unidade de saúde lócus do estudo, possui uma capacidade média de atendimento de 150 a 200 pessoas por dia, no qual o acolhimento com classificação de risco é aplicado.

Participaram da pesquisa, sete enfermeiras e um enfermeiro que atuam na UPA 24 horas, sendo incluídas as profissionais que trabalhassem pelo menos um ano na função ocupada, vinculadas ao trabalho assistencial direto aos pacientes e também ao trabalho administrativo de gestão e coordenação do serviço e que tivessem inserção no processo de implementação do acolhimento com classificação de risco. Estas profissionais encontram-se numa faixa etária entre 25 e 35 anos, de raça/cor autodeclarada preta/parda, com tempo de formação variando entre quatro a nove anos. No que se refere à formação, as participantes possuíam pós-graduação *lato sensu* na área de Enfermagem na Urgência, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (06), Gestão em saúde (02), Hemoterapia (01), Nefrologia (01), Obstetrícia (01), apenas uma participante informou não ter pós-graduação.

Sobre o tempo de formação profissional, as participantes do estudo têm, em média, 6 anos, sete deles possuem dupla jornada de trabalho quer na função de enfermeiro hospitalar, quer no cargo de docente do curso de Enfermagem. No que tange ao processo de trabalho das enfermeiras, todas têm carga horária de 36 horas semanais, com uma média de dois anos na função ocupada. Somente uma participante não possuía outro vínculo empregatício.

Não foram incluídas na pesquisa, as profissionais que estivessem afastadas, quer seja por licença médica e/ou prêmio, quer seja por motivo de férias, ou qualquer outro motivo gerador de afastamento das atividades

ocupacionais, além daquelas que não se encontravam em estado emocional satisfatório para participar da entrevista. No período da coleta de dados, duas participantes recusaram em participar da pesquisa, por motivo não referido.

Como técnica de coleta de dados, realizou-se entrevistas individuais, em profundidade, ancoradas em um instrumento semiestruturado, previamente elaborado, tomando como base a literatura disponível sobre o tema. As entrevistas foram agendadas e ocorreram mediante a conveniência e autorização das depoentes, mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As mesmas, aconteceram em local reservado na referida instituição, em horários opostos aos turnos de trabalho e foram gravadas, sendo posteriormente transcritas na íntegra. Contou-se com o suporte da coordenação de Enfermagem para operacionalização da coleta dos dados, como forma de preservar possíveis impactos gerados à qualidade da assistência prestada durante os turnos do plantão, nem tão pouco a organização das dinâmicas de trabalho das equipes.

O processo de organização dos dados, se deu mediante a cumprimento metodológico proposto pela estrutura teórica da abordagem qualitativa, atendendo os pressupostos da análise de conteúdo, proposta por Minayo⁹. Contou-se com o suporte do software NVIVO, afim de garantir a sistematização e codificação dos dados.

A análise este permeada por três dimensões: pré-análise, em que os dados são classificados e organizados, em comparação dos os pressupostos teóricos e objetivos, exploração do material, codificação e agregação dos dados, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Feito isso, a análise procedeu-se através de uma leitura crítica para a redação final, organização do conteúdo e redação dos conceitos finais⁹.

No que tange a dimensão ética do estudo, o projeto de pesquisa, atendeu as recomendações propostas pelas diretrizes, vigentes, a exemplo da Resolução 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo garantido o sigilo, anonimato, confidencialidade e autonomia das participantes. Além disso, o obteve-se aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer de número: 2.598.581. As participantes foram identificadas no estudo por meio de códigos, representados por E de enfermeira e do número de sequência, exemplo E1, E2 e subsequente.

Resultados

Os achados estão concentrados no conteúdo das narrativas de enfermeiras que desvelam o conhecimento acerca do acolhimento com classificação de risco e o processo de implementação d sistema na UPA.

Categoria temática 01: conhecimento de enfermeiras sobre acolhimento com classificação de risco

O conteúdo das narrativas, desvelam sentidos da humanização do atendimento, em especial no momento de recebimento do paciente, na resposta às suas demandas, na chegada até a unidade, e de seu envolvimento e pertencimento no processo assistencial de saúde e doença, fato destacado em razão das fragilidades existente no processo de atenção à saúde e de sensibilidade

dos profissionais. O acolhimento com classificação de risco, é reconhecido pelas profissionais como uma ferramenta, que torna possível classificar pacientes a partir da lógica da ordem de risco, bem como da recepção das queixas e da história clínica e avaliação global, nos primeiros momentos do atendimento.

“Acolhimento é a maneira humanizada de tratar os pacientes quando eles chegam na unidade de saúde. Em razão de uma carência de atenção, quando estes procuram o serviço de saúde é porque os mesmos possuem uma morbidade, mas também de atenção por parte dos profissionais. E a nossa formação é humanizada, e na verdade nós profissionais, temos que empregar o que aprendemos, o que deve ser preconizado na prática”. (ENF 1)

“Com o acolhimento com classificação de risco, os dados coletados por meio do levantamento das queixas dos pacientes, é possível classificá-los. A nível ambulatorial, por exemplo, classificando como pouco urgente, urgente ou a um risco mais elevado, que é classificado como vermelho. Então, a partir dessa coleta de dados a gente tem como classificar e a partir de aí atender mediante a ordem de risco”. No entanto eu percebo alguns entraves, por exemplo, caso eu identifique que o paciente é classificado como azul, eu poderia encaminhá-lo para a Unidade de Saúde da Família, mas é compreendido, como se eu estivesse realizando um diagnóstico médico, e o meu conselho profissional não permite, o que dificulta a minha atuação. (ENF 2)

“Acolher é saber em primeiro momento as queixas dos pacientes, saber a história, verificar se estes, apresentam relação entre a queixa e o histórico. De uma forma geral, é ver o estado global do paciente, tanto físico como psicológico”. (ENF 3)

O acolhimento com classificação de risco, foi objetivado pelo propósito da resolutividade dos problemas de saúde demandados pelos usuários no serviço, serviço este que é visto pelas enfermeiras, enquanto uma porta aberta para o sistema de saúde.

“ACCR é uma ferramenta que vem sendo utilizada por justamente estabelecer prioridades, em especial nas unidades de emergência. A UPA é uma porta aberta aqui para o município e toda a região circunvizinha. Então, de certa forma, é uma ferramenta que você trabalha a humanização do atendimento, oferecendo mais, logo de imediato, a quem mais precisa naquele momento, por isso é ferramenta importante”. (ENF 4)

“Acolhimento é resolver, vem de resolutividade. Ou você resolve, ou a vida do paciente vai embora. Não é escutar o paciente e deixar ele sentado. Eu sou muito prática quando eu estou trabalhando, eu gosto de acolher e resolver os problemas dos pacientes”. (ENF 5)

Categoria temática 02: processo de implementação do acolhimento com classificação de risco

A implementação do acolhimento com classificação de risco, operacionalizador a partir da atuação de enfermeiras, é permeado pela presença de elementos facilitadores, dificultadores e de desafios. Destacam-se entre as facilidades, a capacidade do ACCR, organizar a demanda mediante a priorização

dos casos pela gravidade, toda via, entre as dificuldades, as enfermeiras encontram, a não compreensão dos profissionais quanto à aplicação do ACCR, somados à problemáticas de instalações físicas, estruturais, no que concerne a organização de fluxos, rodízio de profissionais e ausência de materiais e equipamentos. Os desafios estão concentrados na superação das dificuldades de Enfermagem às dificuldades enfrentadas em seu processo de trabalho, partindo do pressuposto da criatividade e sabedoria, como sendo os componentes essenciais para garantir um atendimento qualificado e humanitário.

Subcategoria temática 02 A: elementos facilitadores

“O principal benefício do ACCR é tentar organizar a dimensão da gravidade dos pacientes, conferindo-lhe prioridade no atendimento a quem realmente mais precisa, garantindo assim, a equidade, e isso é um dos princípios do SUS. Agindo desse modo, eu vou garantir mais assistência a quem mais precisa”. (ENF 6)

“Para a Unidade de Pronto Atendimento, o ACCR, melhora a organização do fluxo, e para o enfermeiro, possibilita a prestação de maior assistência para aqueles que realmente estão precisando. (ENF 7)

Subcategoria temática 02 B: elementos dificultadores

“A estrutura física da sala do acolhimento que nós temos para trabalhar não possui um maca. Nós não temos uma balança infantil, ar condicionado, e isso atrapalha o trabalho. É muito barulho de batidas de portas, é muito volumosa a entrada e saída de profissionais a todo momento, e o espaço é muito pequeno para realizar o atendimento, quase não entra uma cadeira de rodas e além disso por ser uma passagem principal de pessoas da sala, os pacientes e acompanhantes tem acesso direto a unidade”. (ENF 1)

“O acesso do paciente até a sala não é bom. O Mesmo não tem privacidade, pois a porta está quebrada. A sala de triagem fica em frente a um banheiro, estando mal estruturada, e também é bem pequena. A recepção já é próxima das salas de atendimento, e necessitava ser mais isolada dessa área”. (ENF 2)

“O usuário não entende o que é a classificação de risco. As pessoas ainda não têm educação suficiente para entender. Eu não vejo paciente aqui na UPA demorar mais de meia hora para entrar e ser atendido, é muito difícil isso ocorrer. Pode acontecer um atendimento mais demorado em um dia de segunda feira, no qual a demanda é maior, mas aqui o atendimento é rápido, no entanto, as pessoas reclamam”. (ENF 5)

“Para os usuários, não há benefícios com o ACCR. Pela falta de informação pela falta de publicização, eles pensam que as cores não representam nada. A cor é vista como uma cor normal, e sem nenhum significado importante”. (ENF 7)

Subcategoria temática 02 C: desafios

“Como toda unidade, aqui também existe as suas dificuldades, e como dizem: a “Enfermagem é muito na base do improviso”, então a gente

sempre tenta improvisar, para ofertar a melhor qualidade no atendimento e garantir a humanização, que é o fundamental". (ENF 8)

"Nós profissionais de Enfermagem, temos que ter sabedoria para poder estar trabalhando diante a tantas dificuldades. Busco superar as dificuldades que eu tenho lidado aqui UPA, para evitar que algo me impeça de realizar o trabalho e prejudicar o meu plantão". (ENF 5)

"A autonomia profissional de Enfermagem aqui é respeitada, em alguns momentos tem sido questionada por médicos, mas a mesma é exercida de forma embasada, então não há um questionamento final. Desde quando eu prove porque classifiquei daquela maneira e justifique o acolhimento, os profissionais médicos passam a respeitar e então, a minha autonomia enquanto enfermeira, passa a ser prevalecida". (ENF 4)

"Comparando com outros lugares onde eu trabalhei, eu acho que a enfermeira tem bastante autonomia no desenvolvimento do seu processo de trabalho, até pela parceria estabelecida com os profissionais médicos. Eu me sinto confortável para opinar, e os médicos também se sentem à vontade de dizer também o que acham, então o trabalho aqui é desenvolvido em conjunto". (ENF 6)

"Tenho sido orientada, juntamente à equipe de Enfermagem, pela coordenação de Enfermagem, e através das reuniões e cursos de capacitação, a respeito da classificação. A secretaria de saúde, também tem direcionado atenção sobre esta tema, por meio das reuniões, o que faz promover maior mobilização municipal sobre o ACCR". (ENF 4)

"O fluxograma de atendimento funciona na unidade, eu e as demais enfermeiras, classificam os pacientes. Toda via, o que mais identificamos, são pacientes de classificação azul e verde. No geral, durante um dia, costumo classificar três pacientes de cor amarelo e um vermelho, os demais seriam pacientes com perfis para serem atendidos na Unidade de Saúde da Família". (ENF 6)

"Em razão da deficiência da atenção ambulatorial, prestamos atendimento a pacientes com perfis pouco urgente. Esse tipo de atendimento gera em média duas horas para ser efetivado, sendo melhor atendido na rede ambulatorial". (ENF 7)

Discussão

A ideia de acolhimento já acumula uma farta experiência em diversos serviços de saúde oferecidos pelo sistema público de saúde. Esta experiência é heterogênea como o próprio SUS e carrega consigo, aspectos de caráter positivos e negativos. Reconhecer esta longa trajetória, a respeito do acolhimento, significa legitimar que grande parte dos avanços, atribui-se ao acúmulo prático¹⁰ Sob esse prisma, o acolhimento no campo da saúde deve ser entendido como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços.¹⁰

No âmbito desse contexto, a implementação do ACCR se mostra resolutiva para as questões burocráticas existentes na relação profissional-usuário, em que é estruturado, um protocolo que rege o funcionamento da triagem dos pacientes. Com a intenção de tentar organizar a qualidade dos

serviços de emergência, o Ministério da Saúde adota a classificação de risco como estratégia mudança no trabalho da atenção, gestão e produção do cuidado em saúde, de forma atender os diferentes graus de necessidade dos pacientes.¹¹

Este estudo evidenciou, que há por parte das enfermeiras o entendimento de que o ACCR se mostra um importante dispositivo para qualificar atendimento dentro da UPA. Para tanto, enfermeiras aplicam neste serviço investigado, o Sistema Manchester, para classificarem os usuários no serviço de saúde, pela ordem de prioridade.

O Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR), tem a sua criação proposta por profissionais de Enfermagem e da Medicina do Reino Unido, e vis estabelecer, por meio de estratégias, o atendimento as demandas apresentadas por pacientes nas emergências, embasada por critério clínicos, que determinam a prioridade do mesmo.¹² Por sua vez, o Sistema de Manchester, segue orientado por uma diretriz de ordenamento para o atendimento nas emergências, e valoriza as oportunidades para os pacientes que apresentam condições clínicas de maior complexidade e risco.¹³

Estudo brasileiro que avaliou a qualidade da eficácia do Sistema Manchester, no que tange a análise do tempo que antecede e o tempo empregado na classificação de risco, em dada prioridade para o atendimento e no destino desses pacientes 24 horas após a admissão em uma unidade de emergência, revelou que o tempo envolvido em atividades que o primeiro atendimento médico, permanecer dentro do preconizado. Além disso, a proporção de classificações de menor prioridade e as altas, 24 horas após a classificação, se mostraram elevadas.¹⁴

Neste contexto, o sistema de Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência visa estabelecer uma análise do processo de trabalho com o objetivo de reconhecer e organizar o atendimento de acordo com as necessidades do usuário, substituindo a triagem excludente por um modelo acolhedor.¹⁵ Nota-se que as enfermeiras identificam tal contribuição para a organização dos processos de trabalho, enfatizando em especial, a organização do atendimento para dar respostas à gravidade dos quadros clínicos apresentados, em convergência com os princípios ordenadores do SUS, assim como dos fluxos assistenciais, que quando melhor direcionado, contribui para o desenvolvimento das práticas de Enfermagem e a atuação das enfermeiras.

Por meio do ACCR, a enfermeira formula julgamento clínico e crítico do caso, que se respaldada com a utilização do sistema. E é tomando como bases os elementos desse sistema, que estas profissionais, são capazes de emitir uma decisão clínica, que se expressa por meio de uma cor, que por sua vez, classifica a prioridade de atendimento do usuário e organiza o fluxo das intervenções.²

O conteúdo presente nas narrativas das enfermeiras, mostra que ainda há por parte dos usuários do serviço, uma cultura de dependência dos mesmos, em especial das emergências, fazendo com que a UPA se sobrecarregue com surgimento desordenado de demandas de saúde, consideradas não urgente. A UPA é o local destinado a prestar assistência aos usuários com ou sem risco, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. A mesma, visa melhorar a assistência dos usuários, por meio da garantia da organização assistencial, articulação dos serviços e definição fluxos e referências resolutivas.¹⁶ Por consequência, a UPA, se mostra enquanto aparece uma iniciativa resolutiva para os problemas da superlotação das unidades de emergências hospitalares.¹⁷

Mesmo estando bem estruturada, em termos de organização da rede de atenção, os serviços públicos de emergência, costumeiramente encontram-se sobrecarregados, em geral, por problemas que poderiam ser resolvidos num outro nível de atenção, a exemplo da Atenção Básica. Tal problemática, está demarcada pelo uso inadequado destes serviços, e esta situação diminui a rapidez do atendimento e afeta negativamente a qualidade do serviço emergencial prestado, aumentando os custos com o setor da saúde e impactando à resolutividade das demandas apresentadas.¹⁸

Ratificando o conteúdo da narrativa apresentada por uma das participantes do estudo, que enfatiza a decisão do Conselho Regional de Enfermagem do Estado da Bahia, e do Conselho Regional de Medicina, do referido estado, fica definido por meio de resoluções, que todo paciente que tiver acesso ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo, sob nenhuma justificativa, ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico. Tal decisão, não implica em barreiras na autonomia da atuação em Enfermagem, mas respalda lhes, mediante ao cumprimento rigoroso de seu exercício profissional, que não prevê, uma vez estando em um serviço de urgência, a alta de um paciente, sem a avaliação médica.¹⁹⁻²¹

Os benefícios do processo de classificação de risco do paciente, pois o foco desse processo é atender o paciente de forma mais humana e precisa, funcionando como um dispositivo ou meio para as unidades de pronto atendimento conduzirem seu trabalho conforme seus objetivos.¹⁶ Nessa ótica, objetivo central do ACCR, é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.²²

Para a atuação das enfermeiras, o ACCR, possibilita o alcance do sucesso na classificação de risco, e se mostra como sendo um instrumento essencial, capaz de guiar a avaliação promovida por esta profissional. A sustentação do processo classificador de risco, vale-se de parâmetros subjetivos e objetivos, tempos e fluxos, que se tornam passíveis de alterações em cada setor determinado, e são esses frequentemente utilizados por enfermeiras, considerando que estas possuem competências para este gerenciamento, toda via, não se pode perder de vista que o sucesso do ACCR, está também relacionado a uma efetiva implantação, junto a rede assistencial (estruturada e organizada).²³

Em contrapartida o entendimento para os usuários não é tão evidente, que por vezes, desconhecem a lógica do ACCR. Nessa ótica, a realização do ACCR de maneira isolada, não possibilita o surgimento de melhorias na qualidade assistencial, fazendo emergir a necessidade da construção de pactuações, sejam elas internas ou externas, como forma de viabilizar a operacionalização dos processos.²⁴

Experiências de implementação do ACCR, já consolidadas no mundo, tem sido evidenciadas no território brasileiro, entretanto as mesmas se mostram ainda pouco visibilizadas, carecendo da necessidade de ampliação, para que se conheça os possíveis avanços, formas de construções, entreves e facilidades.^{25,26} A enfermeira opera nesse processo de maneira singular, e mostra-se uma peça

chave para que haja o funcionamento adequado e eficiente, deste dispositivo de produção do cuidado nas situações de urgência e emergência. Desse modo, implica ressaltar, que enfermeiras devem prestar assistência segura e com qualidade.²⁷

Conclusão

Esta pesquisa teve como objetivo principal analisar o processo de implementação do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento de uma cidade do recôncavo baiano.

O processo de implementação do ACCR, é permeado pela presença de facilidades, que estão sustentadas pelas contribuições do ACCR, quanto à melhoria dos processos assistenciais e de gestão para o serviço, tal como da garantia da resolubilidade, priorização e da qualidade no atendimento ofertado. Toda via, está intrínseca a presença de variados elementos dificultadores, que partem desde de uma desensibilização da comunidade, ausência de pertencimento, enfraquecimento da participação social no Sistema Único de Saúde, tal como da fragilidade na educação em saúde e no empoderamentos dos sujeitos.

Além disso, destaca-se que as dificuldades que as enfermeiras enfrentam para implementarem o ACRR, estão concentradas nos fatores estruturais, que expressam limitações de ordem arquitetônico, a partir das falhas na organização dos setores de atendimento, assim como de administração do serviço e da gestão do cuidado ofertado aos pacientes a nível de média complexidade. Somados às facilidades e dificuldades, as enfermeiras buscam implementar o ACCR, buscando superar desafios reais e existente em sua prática profissional. Esses desafios são suscitados pelo convívio com as dificuldades no processo de trabalho, que fazem com que as enfermeiras exercitem competências outras, tal como a criatividade e o pensamento crítico, na tomada de decisão durante o atendimento e a oferta de cuidados de Enfermagem na UPA.

Dessa forma, a partir deste estudo, foi possível conhecer a compreensão de enfermeiras frente ao ACRR, bem como identificar as nuances do processo de implementação do ACCR, e identificar a presença de lacunas e desafios existentes nesse processo. Este conhecimento possibilita que profissionais de Enfermagem e de demais áreas da saúde, assim como docentes, pesquisadores (as) gestores (as), administradores (as) de saúde, bem como formuladores (as) de políticas públicas, movimentos sociais, conselhos fiscais e gestores (as) públicos, tenham acesso à essas evidências, como forma de substancias as ações a serem implementadas no âmbito da formação e da gestão dos serviços, dos recursos humanos e dos custos com o setor saúde.

O estudo limitou-se a investigar a atuação de enfermeiras, não sendo analisadas nas narrativas de demais profissionais da equipe de saúde, a exemplo das (os) técnicas (os) de Enfermagem e dos (as) profissionais da medicina. Toda via, compreende que as enfermeiras desenvolvem ações de coordenação e supervisão do cuidado, e por consequência dos serviços de saúde, julgou-se relevante apreender os conteúdos dessa categoria profissional.

Vale ressaltar a essencialidade da enfermeira no processo de produção do cuidado em saúde, em especial no âmbito das urgências e emergências, a exemplo das UPA, por exercerem uma atuação de gestora das unidades. Neste sentido, este estudo avança no conhecimento científico, na medida em que evidencia o contexto do trabalho da enfermeira na rede de atenção à saúde, no âmbito público, desvelando achados relevantes para o campo da saúde coletiva e do cuidado de Enfermagem.

Referências

1. Acosta, AM, Duro, CLM, LIMA, MAD S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, p.182-182, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400023>. Acesso em: 09 maio 2017.
2. Nascimento, ERP do et al (Org.). Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, n. , p.84-85, 10 jan. 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a14.pdf> Acesso em: 09 maio 2017.
3. Shiroma, LMB, Pires, DEP de. Classificação de risco em emergência - um desafio para as/os enfermeiras/os. *Enfermagem em Foco* 2011; 2(1):14-17. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/67/54>>. Acesso em: 09 maio 2017.
4. Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2012 jul / sep;14(3):541-9. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/13462/13376>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
6. Vieira HPM, Pereira do, NER, Echevarría-Guanilo, ME, Brüggemann OM, Malfussi LBH. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. *Rev. esc. enferm. USP [Internet]*. 2018 [cited 2019 Nov 26] ; 52: e03318. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100400&lng=en. Epub Apr 12, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017001303318>.
7. Silva PL, Paiva L, Faria VB, Ohl RIB, Chavaglia SRR. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):427-432. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342016000400008>
8. Oliveira JLCde, Gatti AP, Barreto MS, Bellucci JJA, Góes HLF, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. *Texto contexto - enferm. [Internet]*. 2017 [cited 2019 Nov 22] ; 26(1): e0960014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100301&lng=en. Epub Feb 06, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000960014>.
9. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]*. 2012 Mar [cited 2019 Nov 26] ; 17(3): 621-626. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.
10. Brasil. 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 (DF): MS; 2009
11. 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]*. 2011, vol. 19, n.1, pp. 26-33. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf
12. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. *Emergency triage: Manchester Triage Group*. 2nd ed. Oxford: Blackwell; 2006.
13. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. *Sistema Manchester de Classificação de Risco: classificação de risco na urgência e emergência*. 1. ed. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.
14. Anzilio Franciele, Dal Soler Bárbara Elis, Silva Bárbara Amaral da, Tancini Thaíla, Beghetto Mariur Gomes. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. *Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]*. 2016 [cited 2019 Nov 22] ; 37(4): e64753. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400417&lng=en. Epub Feb 23, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.64753>
15. Zem S, Montezeli KK, Peres, JHAM. Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, vol. 13, núm. 4, 2012, pp. 899-908. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027983020.pdf>
16. Oliveira, DA, Guimarães, JP. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de

- emergência. Caderno Saúde e Desenvolvimento, Viçosa, v. 2, n. 2, p.27-28, 2013. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/197>>. Acesso em: 2 maio 2017.
17. Uchimura LYT, Viana ALD, Silva HP, Ibañez N. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. SAÚDE DEBATE | Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, P. 972-983, OUT-DEZ 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00972.pdf>
18. Carret, MLV. Demanda do serviço de saúde de emergência: características e fatores de risco para o uso inadequado. 2007. 231 f. Tese (Doutorado)-Curso de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2007. Disponível em: <http://pct.capes.gov.br/teses/2007/969454_5.PDF>. Acesso em: 15 jun. 2018.
19. Bahia. Conselho Regional de Enfermagem - COREN. Nota conjunta: coren-ba e cremeb esclarecem sobre o accr - acolhimento com classificação de risco. 2014. Disponível em: <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/nota-conjunta-coren-ba-e-cremeb-esclarecem-sobre-o-accr-acolhimento-com-classificacao-de-risco_29672.html>. Acesso em: 19 jun. 2018.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. DISPONÍVEL EM: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
21. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução 423/2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html
23. Silva TF, David HMSL, Caldas CP, Martins EL, Ferreira S. O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, N. ESPECIAL 4, P. 249-260, DEZ 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe4/0103-1104-sdeb-42-spe04-0249.pdf>
24. Inoue KC, Murassaki ACY, Bellucci Júnior JA, Rossi RM, Martinez YDE, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado. Rev Min Enferm [Internet]. 2015 [citado 2016 set. 15];19(1):13-20. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/982> [Links]
25. Damasceno, FPC, Silva, LG, Menezes, MO, Silva, DP. Acolhimento com classificação de risco na rede de urgência e emergência: perspectivas para enfermagem. Ciências Biológicas e da Saúde | Aracaju | v.2 | n.2 | p. 45-58 | out 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/1181/1011>
26. Costa MAR, Silva VGLG, Bellucci Júnior JA, Inoue KC, Sales CA, Matsuda LM. Admittance of risk-classified cases: assessment of hospital emergency services. Esc Anna Nery [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 15]; 19(3):491-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/en_1414-8145-ean-19-03-0491.pdf [Links]
27. Camara et al. O papel do enfermeiro no processo de classificação de risco na urgência: uma revisão. Revista Humano Ser - UNIFACEX, Natal-RN, v.1, n.1, p. 99-114, 2015. file:///C:/Users/anderson.sousa/Downloads/628-1448-1-SM.pdf

Autor de Correspondência

Anderson Reis de Sousa
Escola de Enfermagem da Universidade Federal
da Bahia. R. Basílio da Gama, 241. CEP: 40110-907.
Canela. Salvador, Bahia, Brasil.
son.reis@hotmail.com