

## IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

IMPACT OF THE IMPLEMENTATION OF PATIENT ENGAGEMENT WITH RISK  
CLASSIFICATION FOR PROFESSIONAL WORK OF ONE URGENT CARE UNIT

EFFECTOS DE LA PUESTA EM PRÁCTICA DE LA ACOGIDA CON CALIFICACIÓN DE  
RIESGO EN EL TRABAJO DE LOS PROFESIONALES DE UNA UNIDAD DE EMERGENCIAS

Kalyane Kelly Duarte de Oliveira <sup>1</sup>  
Kalianny Kadidja Polline Soares Amorim <sup>2</sup>  
Ana Paula Nunes de Lima Fernandes <sup>3</sup>  
Akemi Iwata Monteiro <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Professora da Universidade Potiguar. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Natal, RN – Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira da Unidade de Pronto Atendimento Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia. Natal, RN – Brasil.

<sup>3</sup> Acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade Potiguar (UnP). Natal, RN – Brasil.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Natal, RN – Brasil.

Autor Correspondente: Kalyane Kelly Duarte de Oliveira. E-mail: kkoliveira@unp.br  
Submetido em: 04/01/2012 Aprovado em: 26/09/2012

### RESUMO

Objetivou-se com este trabalho analisar o impacto da implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) no trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada na Unidade de Pronto Atendimento Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia, com a participação de doze profissionais: três médicos, três enfermeiros, três assistentes sociais e três técnicos de enfermagem. Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado e analisados de acordo com a técnica do discurso do sujeito coletivo. O trabalho foi realizado sob aprovação do Comitê de Ética da Famene/Facene, sob o nº 121/2010. Os resultados mostraram que existe conhecimento dos profissionais da UPA sobre o ACCR, citado como uma forma de humanizar o atendimento, e apontam respostas divergentes quanto à capacidade de instalação do ACCR na UPA em questão, mostrando deficiências estruturais e de pessoal. Os questionamentos revelam diversas opiniões sobre as mudanças da UPA após a implementação – por exemplo a melhoria no atendimento do paciente. O ACCR veio aperfeiçoar o atendimento das UPAs, criando ordem de atendimento segundo o maior risco de morrer e deixando o modelo de atendimento por ordem de chegada. Além disso, proporcionou humanização no atendimento, no trabalho com equipe multidisciplinar. Assim, concluiu-se que os serviços de saúde devem se interligar e buscar a atenção integral do usuário, promovendo melhorias, e toda a equipe da instituição deve engajar-se no novo dispositivo, respeitando suas normas e rotinas.

**Palavras-chave:** Humanização da Assistência; Acolhimento; Classificação.

### ABSTRACT

*The paper aims to analyze the impact of the implementation of Hospitality with Risk Rating (ACCR) for working professionals an emergency care unit. This is a descriptive qualitative approach. Data collection was performed in Emergency Care Unit Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia, had 12 professionals as subjects: 3 doctors, 3 nurses, three social workers and three nursing technicians. Data were collected through a structured interview semi-structured, analyzed according to the technique of collective subject discourse. The work was conducted under the approval of the ethics committee of FAMENE / FACENE with number 121/2010. The results show that there is knowledge of professionals in the UPA on the ACCR, cited as a way to humanize care and point differing responses regarding the ability of the ACCR installation in UPA concerned, pointing structural deficiencies and personnel. The questions reveal different opinions about the changes after the implementation of the UPA, such as improved patient care. The ACCR came to improve the care of PSUs, creating order of service according to the highest risk of death and leaving the service model in order of arrival. As well, humanization of care provided, work with a multidisciplinary team. Thus, we conclude that health services should interconnect and seek full attention of the user, providing improvements and the entire staff of the institution should engage the new device, respecting its rules and routines.*

**Keywords:** Humanization of Assistance; User Embrace; Classification.

### RESUMEN

*El presente trabajo tiene como objetivo analizar el impacto de la puesta en práctica de la Acogida con Calificación de Riesgo (ACCR) en profesionales que trabajan en la atención de emergencias. Se trata de una investigación descriptiva de enfoque cualitativo. La recogida de datos se llevó a cabo en la Unidad de Atención de Emergencias Dr. Tarcísio de Vasconcelos con doce profesionales: tres médicos, tres asistentes sociales y tres técnicos de enfermería. Los*

*datos fueron recogidos a través de entrevistas semi estructuradas y analizadas de acuerdo con la técnica del discurso del sujeto colectivo. El trabajo fue realizado con la aprobación del comité de ética de FAMENE / FACENE bajo el número 121/2010. Los resultados muestran que los profesionales conocen la ACCR, citado como una forma de humanizar la atención, y dan respuestas divergentes en cuanto a la capacidad de instalación del ACCR en las UPA en cuestión, señalando las deficiencias estructurales y de personal. Las preguntas revelan opiniones diferentes acerca de los cambios después de la aplicación de UPA, tales como el cuidado de los pacientes. El ACCR ha venido a mejorar la atención de las UPM, creando orden en la atención al dar prioridad según el riesgo de muerte y no por orden de llegada, como se hacía antes. Además, ha humanizado la atención prestada y el trabajo con personal multidisciplinario. Por lo tanto, llegamos a la conclusión de que los servicios de salud deben estar vinculados entre sí y buscar la atención integral del usuario, para promover mejoras. Además, todo el personal de la institución debe comprometerse con el nuevo modelo, respetando sus reglas y rutinas.*  
**Palabras clave:** Humanización de la Atención; Acogida; Clasificación.

## INTRODUÇÃO

A saúde como direito de todos e dever do Estado é uma conquista do povo brasileiro, alcançada apesar das dificuldades existentes na área da saúde. Em 1988, entrou em vigor a nova Constituição Federal, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios e diretrizes são: a universalidade, a integralidade e a equidade na atenção à saúde, assim como a descentralização, a hierarquização e a regionalização das ações de saúde.<sup>1</sup>

O SUS prevê a hierarquização do atendimento, respeitando os princípios de referência e contrarreferência nos três níveis de atenção. No entanto, estabelecer a hierarquização ainda é um desafio – por exemplo, o atendimento de urgência/emergência, na maioria dos hospitais públicos do Brasil, é ineficiente, resultando num atendimento de baixa qualidade, longo tempo de espera e acúmulo de pacientes nos corredores das unidades de pronto atendimento.<sup>2</sup> Esses fatos são favorecidos pelas deficiências do funcionamento da atenção básica e repercutem na grande demanda das unidades de pronto atendimento.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), na maioria das vezes, dão respostas rápidas às necessidades dos usuários, principalmente nas queixas agudas e graves, promovendo-lhes cuidados paliativos, acesso a diferentes tecnologias, no serviço ou em pactuação com outros, porém situa-se aquém do seu perfil de urgência e emergência ao realizar atendimento a usuários com patologias que necessitam de atenção básica, e não de serviços de pronto atendimento.<sup>2</sup>

Mediante o contexto enfrentado pelo SUS desde sua criação, segue-se a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), que visa à humanização em todos os serviços de saúde. Saliente-se, também, a importância dessa política nos atendimentos de urgência/emergência, pois por meio dela ficam consolidados pontos relevantes, tais como: redução das filas e do tempo de espera com atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios que classificam o risco; os usuários saberão quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial; as unidades de saúde garantirão as informações ao usuário e os direitos do código dos usuários do SUS, bem como a gestão participativa aos profissionais e usuários.<sup>1</sup>

A humanização no atendimento exige que os profissionais da saúde interajam com os usuários sobre experiências e vivências e, com isso, conduzam para ações diversas, grandes possibilidades de resoluções dos problemas e meios que facilitem o trabalho em saúde, buscando sempre melhorias para o usuário.<sup>3</sup>

Diante do exposto, pode-se citar para tal feito o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), um dispositivo pelo qual o Ministério da Saúde, por meio da PNH, visa, mediante análise, à agilidade no atendimento sob a óptica de protocolo preestabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade, e não na ordem de chegada. Dessa maneira, exerce-se uma avaliação e uma classificação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos.<sup>4</sup>

Enfatize-se que acolher o usuário ou recebê-lo de forma atenciosa e integral é promover saúde de forma humana. Esse dispositivo de humanização faz com que a sociedade seja educada quanto aos níveis de atenção à saúde e saiba se direcionar ao adequado serviço de saúde. A sociedade também deve ser orientada quanto à funcionalidade do dispositivo para que seja consciente do tempo de espera.

Assim, baseado no contexto supracitado, o ACCR, a implantação do serviço na Unidade de Pronto Atendimento Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia (UPA-TVM) teve início em fevereiro de 2010, e desde essa data as rotinas do serviço foram alteradas. Diante dessa situação questiona-se: Qual o impacto que o ACCR proporcionou ao trabalho dos profissionais da saúde da UPA-TVM?

O objetivo geral com este trabalho foi analisar o impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento de Mossoró. Os objetivos específicos foram: analisar o conhecimento dos profissionais de saúde entrevistados sobre o acolhimento com classificação de risco para o trabalho e averiguar, na opinião dos profissionais de saúde entrevistados, as mudanças no atendimento e o nível de satisfação do usuário após a implementação do acolhimento com classificação de risco no local de trabalho.

## METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como descritivo de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada na Unidade de Pronto Atendimento Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia, situada em Mossoró-RN, no mês de setembro de 2011.

A população escolhida foi os profissionais de saúde que trabalham na UPA-TVM, composta por 27 médicos, 18 enfermeiros, 13 assistentes sociais e 50 técnicos de enfermagem. Dada a dificuldade de entrevistar os profissionais, em decorrência da sobrecarga de trabalho do serviço, apenas um representante de cada categoria profissional, por turno, participou, considerando os turnos matutino, vespertino e noturno.

Assim a amostra foi constituída de doze profissionais da saúde escolhidos como representantes pelas respectivas categorias, sendo três enfermeiros, três assistentes sociais, três médicos e três técnicos de enfermagem. Para a validação da amostra, foram estabelecidos como critérios de inclusão fazer parte do quadro de profissionais de saúde da UPA-TVM, desde a implantação do ACCR, e concordar em participar da pesquisa.

O instrumento para coleta de dados foi um roteiro para entrevista semiestruturada. Na primeira parte, os participantes foram caracterizados em relação à categoria profissional, titulação e tempo de serviço. Na segunda parte da entrevista, foram exploradas questões concernentes à temática como: o conhecimento sobre o acolhimento com classificação de risco, dificuldades de implementação da estratégia no local da pesquisa, mudanças ocorridas na UPA após a implantação do acolhimento, e ainda a percepção dos profissionais sobre o nível de satisfação do usuário após o funcionamento do ACCR.

A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos sujeitos da pesquisa precedeu a aplicação do instrumento de coleta de dados, e todos foram informados quanto aos objetivos e aos procedimentos da pesquisa, ressaltando-se a voluntariedade de sua participação e a garantia do anonimato. A coleta ocorreu no mês de setembro de 2011, com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade Famene João Pessoa-PB, com certidão do CEP 121/10.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste na reunião, em um discurso-síntese, de expressões-chave com a mesma ideia central. Conforme os autores, os indivíduos se dissolvem e se incorporam em um ou em vários discursos coletivos, que expressam a representação social sobre determinado tema da coletividade à qual pertencem. Esse método permite representar os achados pela similaridade das respostas. Para tanto, foram seguidas as seguintes etapas: leituras sucessivas dos discursos; análise prévia de decomposição das respostas; seleção das ideias centrais e das expressões-chave presentes em cada um dos discursos.<sup>5</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização da amostra foi realizada utilizando-se as variáveis idade, sexo e tempo de formação profissional, para proporcionar melhor compreensão do perfil dos profissionais participantes do estudo. Nesse sentido, fizeram parte da amostra doze profissionais da saúde, sendo eles três enfermeiros, três assistentes sociais, três médicos e três técnicos de enfermagem.

Quanto ao tipo de pós-graduação do profissional entrevistado, sete dos profissionais possuem especialização, um tem residência e quatro não fizeram pós-graduação. Em relação ao tempo de serviço na unidade pesquisada, pode-se perceber que um dos profissionais estava no serviço havia quase um ano; dez, de um a cinco anos; e um, de cinco a dez anos, isto evidencia que a maioria dos entrevistados acompanhou a implantação e implementação do Acolhimento com Classificação de Risco na UPA Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia, que ocorreu há nove meses.

Em relação ao questionamento referente ao tempo de serviço na categoria profissional, os dados demonstram que dez dos profissionais estavam em exercício da profissão havia mais de dez anos; dois, de um a cinco anos; e um, de cinco a dez anos, mostrando que a maioria dos profissionais entrevistados possuíam muito tempo de experiência, tornando-os aptos a revelar a opinião do impacto do novo dispositivo de humanização, ACCR, sobre o trabalho deles, pois vivenciaram diversas realidades sobre o processo de acolher o usuário.

Quanto ao questionamento sobre a definição do acolhimento com classificação de risco para o trabalho, surgiram três ideias centrais: humanizar o atendimento, atendimento por ordem de gravidade das patologias e estratégia para diminuir as demandas de casos ambulatoriais na UPA.

A primeira ideia central que surgiu foi **humanizar o atendimento**:

*Receber melhor o paciente que vem na urgência e emergência. É uma forma muito oportuna de receber o usuário [...]. Os usuários têm a chance de serem acolhidos mais humanizados. É uma ferramenta de melhoria do atendimento para evitar que a gente deixe de atender as urgências nas horas certas.*

Essa ideia central remete à compreensão de que o ACCR é uma forma de humanizar o atendimento e expressa isso no DSC, o qual revela que os profissionais que fazem o ACCR promovem um atendimento humanizado, à medida que os pacientes são classificados de acordo com um protocolo estabelecido pelo MS, e não apenas de acordo com a visão inferida pelo profissional sobre a gravidade do paciente. Lembramos que, mesmo com a existência de um protocolo, a avaliação humanizada preconiza observar as angústias, os medos e os receios e não somente sinais e sintomas premonitórios de risco de morte.<sup>6</sup>

Um aspecto negativo do acolhimento feito anteriormente a implantação do ACCR, era que estava sendo realizado, muitas vezes, por funcionários do setor de segurança, maqueiros, ou auxiliar de serviços gerais, onde eles definiam a prioridade do atendimento. Tal situação deixava o indivíduo exposto, em péssimas condições de ambiente, de forma desumana, além do fato de os casos graves não serem priorizados.<sup>7</sup>

Com isso, o ACCR exige profissionais capacitados com visão clínica e percepção de possíveis agravos à saúde do usuário, independentemente da forma como forem expressos esses sinais, não podendo ser julgados e nem desprezados, mas sim avaliados cuidadosamente, para evitar maiores danos à saúde do usuário. É relevante considerar a subjetividade do indivíduo e a objetividade da biomédica para a definição complexa de uma situação de emergência.<sup>7</sup>

O processo de trabalho é determinado pelos seus objetivos, pela idealização dos fins que foram planejados, pelo trabalhador, muito antes da sua realização. O trabalhador interage com o usuário no processo, em busca do resultado almejado, e nessa troca de subjetividades está expressa a concepção de saúde e doença de quem produz e de quem recebe os cuidados, assim como o modo de produção dos mesmos.<sup>8</sup>

Outra ideia central sobre a definição **atendimento por ordem de gravidade das patologias**:

*Priorizar o atendimento que realmente é urgência e emergência [...]; priorizar o atendimento de quem tem mais necessidade. É uma maneira de filtrar as urgências e emergências da questão ambulatorial. É uma forma de fazer com que o usuário seja atendido de acordo com a necessidade da patologia, e não por ordem de chegada.*

Trata-se, de acordo com essa ideia, da necessidade de atendimento às pessoas acometidas de patologias mais graves. Com essa afirmação, a PNH mostra a classificação de risco como um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, conforme agravos à saúde ou grau de sofrimento.<sup>4</sup>

O discurso apontado remete-nos aos 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.

O ACCR é feito de maneira que o profissional enfermeiro escuta a queixa do usuário, observa seus sinais e sintomas e o conduz a um atendimento imediato ou com um tempo de espera determinado, seguindo o protocolo da instituição.<sup>4</sup>

O Ministério da Saúde recomenda que a classificação de risco seja evidenciada preferencialmente por cores, com quatro níveis de classificação, do mais grave ao menos grave (vermelho,

amarelo, verde, azul). Essa identificação deve ser feita na ficha de atendimento, e não diretamente no usuário (pulseira, por exemplo), pois a classificação é variável, dadas as possíveis alterações do estado clínico do paciente.<sup>9</sup> As cores indicam a gravidade do usuário e o tempo de espera pelo atendimento médico.

A direção da UPA Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia, junto com os enfermeiros do referido serviço, formularam um manual de normas e rotinas para que todos os profissionais o utilizem como meio de informação sobre alguns procedimentos da enfermagem, normas e rotinas da instituição. Um exemplo é o protocolo do ACCR, que discorre sobre o tempo de espera diante da classificação: vermelho, atendimento imediato; amarelo, atendimento em até 20 minutos; verde, atendimento em até duas horas e azul, encaminhados para a assistente social ou atendidos depois dos usuários classificados com vermelho, amarelo e verde.

Essa forma de classificação torna o ACCR uma estratégia “dinâmica, sendo necessário que, periodicamente, se reavalie o risco daqueles que ainda não foram atendidos ou mesmo daqueles cujo tempo de espera após a classificação é maior do que aquele que foi estabelecido no protocolo”.<sup>4,45</sup>

Outros profissionais definem o ACCR como **estratégia para diminuir as demandas de casos ambulatoriais na UPA**:

*Quando é classificado no eixo azul, que caracteriza um atendimento de unidade básica, atendimento ambulatorial. O ACCR não é descarte do usuário, e sim um direcionamento pra melhor atender à demanda; é uma estratégia de atendimento para melhor atender à demanda.*

Nessa fala, ressalta-se que os profissionais buscam fazer referência e contrarreferência para os usuários que precisam de atendimento na UBS, e não somente da UPA, e também aponta-se que os profissionais acreditam que o ACCR veio como uma estratégia para triagem dos usuários que necessitam de atendimento imediato e os usuários que precisam de acompanhamento na atenção básica, para, assim, direcioná-los de forma coerente com a realidade da UBS.

A implementação de ações que estimulem a humanização no serviço de urgência e emergência da rede SUS segue parâmetros para sua validação, que contemplam desde a acolhida adequada a demanda, com critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência, até a garantia de referência e contrarreferência, resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e à transferência segura conforme a necessidade dos usuários.<sup>10</sup>

Quanto ao questionamento sobre que dificuldades de instalação do acolhimento com classificação de risco na unidade de trabalho da pesquisa, os profissionais identificaram apenas a ideia central **dificuldades estruturais e organizacionais**:

*Falta estrutura física [...] Deveria ter mais condições de trabalho para essa instalação, como, no momento, os aparelhos de ECG, de HGT, oxímetro de pulso estão quebrados. Outro ponto é que o profissional enfermeiro precisa estar presente na classificação. A avaliação é pra ser feita fundamentalmente pelo enfermeiro, mas em algumas ocasiões percebemos que é feita apenas pelos técnicos de enfermagem. [...] A dificuldade maior que encontramos é nas unidades de referência. Não há capacidade para implantar o acolhimento com classificação de risco porque a UBS não funciona à noite. À noite, não tem como a gente fazer a ponte entre a UPA e a UBS.*

Essa ideia revela que, apesar de os profissionais concordarem com a implantação do ACCR, ressaltam que ainda faltam estrutura física e materiais primordiais, além de haver problemas organizacionais para um atendimento eficaz e satisfatório.

Para uma organização do fluxo do serviço na UPA, maior clareza do seu funcionamento, se faz necessário a organização do atendimento através da sinalização por eixos, dividido em cores (vermelho e azul) e áreas (vermelho, amarelo e azul) que evidenciem o nível de risco do paciente.<sup>6</sup>

O eixo vermelho relacionado ao paciente grave, com risco de morrer, é composto por três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde. Na área vermelha está a sala de emergência; a área amarela é composta por uma sala para paciente já estabilizado; a área verde é composta pelas salas de observação, divididas por sexo e idade.<sup>6</sup>

O eixo azul é composto por pacientes não graves. Esse eixo engloba três planos de atendimento: Plano 1 – espaços para acolhimento, classificação de risco, espera pelo atendimento médico, recepção; Plano 2 – área de atendimento médico; Plano 3 – áreas de procedimentos médicos e de enfermagem. É importante que as áreas de procedimentos estejam próximas dos consultórios para favorecer o trabalho em equipe.<sup>6</sup>

Ainda citando a organização estrutural para o atendimento, deve-se levar em conta, também, a proximidade dos consultórios médico e de enfermagem da sala de estar dos profissionais; sala de pequena cirurgia, que deverá ser inserida na entrada da instituição, a fim de acelerar o processo de atendimento. Contudo, essa divisão não foi realizada na UPA e as pessoas acolhidas e classificadas esperam por atendimento numa mesma sala, com exceção dos casos mais graves, que são direcionados imediatamente à sala de pequena cirurgia, onde funciona a estabilização ou aos leitos das enfermarias.

Percebeu-se, também, que há necessidade de revisão periódica dos aparelhos de ECG, HGT, assim como de desfibriladores, esfigmomanômetro, mesa cirúrgica (para mudança de decúbitos), oxímetro de pulso, pois eles, geralmente, são encontrados com defeito e retardam a estabilização do paciente, dada a demora de alguns achados anormais.

A UPA já possui profissionais capacitados para fazer o ACCR, sendo que o profissional enfermeiro está apto a pôr em prática os objetivos da PNH, pois as diretrizes curriculares dos cursos de graduação deixam claro que a formação é focada na atenção à saúde, o que faz desse profissional capaz de gerenciar ações da PNH, como o ACCR. Para tal feito, o enfermeiro trabalha com uma equipe multiprofissional, a qual é bem esclarecida quanto aos propósitos do novo processo de acolhimento e que utiliza a mesma linguagem no atendimento, evitando injustiças diante das situações diversas dos usuários.

Ressalte-se que, na UPA, os casos que não estão inseridos no atendimento emergencial e classificados como azul são encaminhados para o(a) assistente social, que os encaminha para a UBS ou unidade de saúde adequada à situação do paciente. Vale salientar que alguns casos classificados como azul são atendidos nessa unidade – por exemplo, a administração de medicamentos prescritos em outras unidades e a troca de sonda.

Cabem aos profissionais da UPA, responsáveis pelo ACCR, informar o usuário quanto ao processo de classificação de risco, ao tempo de espera conforme seu quadro clínico, promovendo a satisfação do usuário e seus familiares e evitando discussões desagradáveis por falta de informação. o tempo que o paciente deverá esperar, porém, não depende somente da classificação, mas também da quantidade de médicos trabalhando no horário. Geralmente, são disponibilizados apenas de um clínico e um Pediatra, o que deixa o atendimento lento, principalmente quando surge um caso de emergência, em que os profissionais tendem a concentrar-se somente nele.

Evidencia-se a importância da presença de um enfermeiro no ACCR, pois esse profissional é capacitado para tal feito e responsável por ele. O ACCR é atividade realizada por profissional de enfermagem de nível superior, preferencialmente com experiência em serviço de urgência e após capacitação específica para realizar o acolhimento. É relevante abordar que as condutas do enfermeiro no ACCR devem ser respeitadas e ter respaldo por níveis mais elevados da instituição.<sup>9</sup>

Presenciou-se que, em alguns momentos, o ACCR é feito por técnicos de enfermagem, o que não é recomendado pelos princípios e diretrizes do ACCR. O enfermeiro com seu amplo conhecimento de achados anormais deve seguir o protocolo do acolhimento como única referência para realizar tal atividade.

A ideia central confirma a dificuldade do alcance de um dos objetivos do ACCR, que é de acolher de maneira humanizada todos os usuários. É relevante que o acolhimento proporcione um atendimento integral e uma escuta qualificada, seja uma postura de todos os profissionais da instituição e tenha como princípio escutar e pactuar respostas adequadas. Esse modo de agir permite um atendimento humano, com resolutividade e responsabilização.<sup>11</sup>

Dentre as dificuldades já citadas, uma das que se evidenciaram no ACCR foi a de referenciar os usuários para a atenção básica. A falta de articulação entre a rede de serviços de saúde, a dificuldade de acesso e a falta de profissionais médicos na UBS faziam com que houvesse dificuldade do encaminhamento dos usuários para atendimento especializado e adequado à sua patologia.

Essa falta de interligação entre as unidades de saúde fere a integralidade proposta pelo SUS, que é a atenção integral ao paciente em todos os níveis de atenção à saúde. E isso repercute na qualidade da assistência prestada ao paciente.<sup>12</sup>

Essa ideia remete à dificuldade de trabalhar com referência e contrarreferência e não tem como referenciar os usuários, uma vez que a UBS não funciona à noite, nos finais de semana e nos feriados.

Assim, quando o usuário chega à UPA, ele recebe atendimento e é orientado pelos profissionais sobre os casos atendidos nas UPAs, um serviço para atender urgências, e sobre a implantação do ACCR, enfatizando-se que em outro momento os usuários devem dirigir-se à UBS. A atenção básica trabalha com a promoção e prevenção de agravos à saúde, devendo fazer, então, a busca ativa dos usuários que necessitam de cuidados rotineiros e de usuários que não procuram a unidade básica de saúde.

Por meio do discurso, pode-se analisar que nenhum profissional destacou pontos facilitadores na implantação do ACCR, demonstrando diversas dificuldades no processo de implementação do protocolo.

Quanto ao questionamento sobre as mudanças ocorridas com a implantação do acolhimento com classificação de risco no trabalho, surgiram as ideias centrais: melhorou o atendimento e poucas mudanças.

Na ideia central em que os profissionais afirmam que a implantação do ACCR **melhorou o atendimento**, surgiu o seguinte discurso:

*Sim, no sentido de ter uma nova dinâmica de atendimento [...] o usuário está sendo atendido mais rápido e mais adequadamente; a gente passa a atender segundo critérios de gravidade [...]. Hoje em dia se dá preferência às pessoas que estão com maior necessidade de atendimento. Quando a pessoa precisar, com certeza vai saber que aquela priorização faz com que o serviço flua melhor; mas ainda há resistência de algumas pessoas que trabalham o dia inteiro e não têm tempo de fazer uma consulta na UBS. É preciso que todos os profissionais incorporem o ACCR.*

Com o ACCR, o usuário passou a ser atendido mais precisamente, conforme a gravidade do seu quadro clínico.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e alterar a ordem de atendimento, para

maior risco de morrer ou maior grau de sofrimento, possui outros objetivos, também relevantes: a garantia do atendimento imediato do usuário com grau de risco de morte elevado e o repasse de informação ao paciente menos grave e a seus familiares sobre o tempo provável de espera para o atendimento médico.<sup>6</sup>

Alguns usuários resistem e somente vão valorizar o ACCR quando necessitarem do atendimento prioritário. Diante desse fato, os profissionais revelam que a classificação de risco é de difícil compreensão para a população, uma vez que não entendem como funciona o protocolo que determina quem tem prioridade de atendimento. Esse tipo de prioridade é mal recebida pelos usuários que são encaminhados a UBS.

Os profissionais da UPA buscam fazer sempre o elo entre a UPA e a UBS, mas a conduta desagradada às pessoas que realmente não dispõem de tempo no horário que a UBS funciona. Estudos confirmam que os casos encaminhados às UBSs para investigação e acompanhamento tornam-se demorados, e os sintomas agudizados fazem com que usuários busquem novamente os serviços da UPA para tratamento da mesma queixa.<sup>2</sup> Em virtude dessas situações é que os responsáveis pelo ACCR recebem todos os usuários que necessitam da assistência e cuidados condizentes com o que a UPA pode oferecer. O atendimento do usuário na UPA não é negado, porém o encaminhamento para a UBS é feito, em seu horário de funcionamento, pela assistente social.

Segundo o Ministério da Saúde, o protocolo da instituição deve ser apreciado por toda a equipe que atua na unidade de urgência: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, assistentes sociais, funcionários administrativos. O protocolo da UPA é baseado no do MS, onde foram feitas adaptações necessárias para a população da região, sendo que as modificações devem ser absorvidas por todos os funcionários do serviço, para que trabalhem em sintonia. Nesse sentido, se o ACCR for aplicado de maneira correta, garante a acessibilidade do paciente e otimiza o tempo e o trabalho dos profissionais da UPA.<sup>9</sup>

Outra ideia partida da opinião dos profissionais foi a de que a implantação surtiu **poucas mudanças**:

*Poucas mudanças, porque a coisa não tá como deveria ser. A mudança foi a ordem de entrada, as mesmas coisas que vinham antes estão vindo do mesmo jeito.*

Essa ideia central mostra que os profissionais acreditam que o ACCR ainda pode melhorar, seja com relação à estrutura física da UPA, para melhor acomodar os usuários, seja por meio das condições de trabalho pertinentes a um tratamento adequado para o usuário.

Em alguns estudos ressalta-se a necessidade de melhorar a qualidade do atendimento às emergências, evidenciado como objetivo do programa QualiSUS, cuja qualidade é defini-

da como o nível de expectativas e padrões de atendimento satisfatório às necessidades dos indivíduos e familiares.<sup>7</sup>

O Ministério da Saúde estabelece o protocolo de classificação de risco como uma ferramenta de inclusão, ou seja, ele não tem como objetivo encaminhar ninguém sem atendimento, mas, sim, organizar e garantir o atendimento de todos.<sup>6</sup>

Deve-se compreender que existem fatores, como a baixa resolutividade e dificuldade de trabalho na atenção básica, juntamente com a dificuldade de mudança nos hábitos culturais e crenças da população, que levam o usuário a buscar a assistência médica onde a porta está aberta, culminando em superlotação dos pronto atendimentos.<sup>2</sup> Em virtude de tal situação, os serviços de urgência e emergência culminam com uma demanda acentuada, porém não é objetivo do ACCR deixar de atendê-la, mas, quando possível, encaminhá-la a um serviço adequado.

Com relação ao questionamento quanto ao nível de satisfação do usuário com a implantação do acolhimento com classificação de risco no local de trabalho, surgiram três ideias centrais: os usuários que gostam do atendimento, os que não estão satisfeitos e os que consideram difícil avaliar.

Os usuários que **gostam do atendimento** relataram:

*O atendimento se não está de boa qualidade, mas está bem melhor que o particular. É um processo que a educação continuada tende a superar alguma insatisfação, pois como todo começo existe um pouco de receio, de preconceito, mas agora eles aceitam de maneira mais tranquila.*

O discurso do sujeito coletivo aborda a satisfação do usuário diante do novo dispositivo de humanização, porém faz-se necessária uma ação continuada para que os usuários possam entender o processo de mudança criado para melhor atendê-los. É muito importante que a organização do atendimento na urgência por meio do ACCR seja divulgada e explicitada com clareza o encaminhamento a ser dado, uma vez que o risco é classificado.<sup>6</sup>

Inicialmente, alguns usuários ignorarem a estratégia, contudo, quando se depararam com uma situação que exigia urgência no atendimento, viram o real objetivo do dispositivo. A procura por UPAs envolve fatores que definem a escolha desta pelo usuário. Assim, são observados: a gravidade ou a urgência do problema, a resolutividade do serviço, a agilidade no atendimento, o acolhimento, as experiências vividas pelos pacientes e familiares, a destreza no encaminhamento para outros serviços; e a relação estabelecida pelo usuário com os profissionais.<sup>2</sup>

Em estudos encontra-se a afirmação de que o ACCR proporciona uma regulação de acesso aos serviços mais adequados, promovendo atenção integral. Ainda que o serviço de pronto atendimento não esteja apto a responder algumas de-

mandas de indivíduos, ele é responsável pelo encaminhamento do usuário a um local que dê resposta às suas necessidades, seguindo o princípio de referência e contrarreferência.<sup>13</sup>

Outra ideia identificada quando se questionou o profissional sobre a satisfação do usuário com a implantação do ACCR foi que alguns **não estão satisfeitos**, evidenciada pelo discurso:

*O usuário questiona o tempo de espera, mesmo orientado sobre a nova estratégia, principalmente os que são classificados no eixo azul a insatisfação é ainda maior quando encaminhamos para a UBS, porque sempre vai ter as pessoas que não são informadas, não sabe como a coisa funciona.*

Essa ideia enfatiza a necessidade de educação continuada para a população, para que ela entenda e colabore com a estratégia. Percebeu-se que sempre vão existir pessoas com pouca ou nenhuma informação sobre o ACCR, fazendo com que concordem com a estratégia ou discordem dela.

Sabe-se que a procura dos usuários pelas UPAs se dá por vários motivos, e um deles é porque o usuário prefere procurar portas abertas dos serviços de emergência a esperar na fila pelo agendamento da UBS. Ao mesmo tempo o usuário procura, nos serviços, respostas às suas necessidades e as manifestações delas podem expressar o que o usuário pensa sobre o problema, cuja definição contempla o conceito de saúde-doença apreendido pelo usuário nas relações sociais e no cotidiano.<sup>2</sup>

A ideia central mostra, também, a insatisfação do usuário quanto ao tempo de espera e ao encaminhamento para a unidade básica de saúde. Em estudos, relata-se que os principais acontecimentos que geram insatisfação da população são: a demora em resolver seus problemas de saúde; o tempo de espera para ser atendido pelo médico e a equipe de enfermagem; e a péssima recepção dos serviços de saúde.<sup>7</sup>

A população, no momento, porém, não convive com esses fatores que a deixavam insatisfeita. Pelo contrário, a população presencia um novo modo de gerir a UPA, ou seja, com o ACCR, o atendimento passou a ser mais humano, foram priorizados os casos mais graves e modificações foram feitas em sua estrutura para acomodar melhor o usuário. Para alguns profissionais da UPA, mesmo com tantas mudanças para fluir melhor o atendimento, alguns usuários ainda julgam mal o atendimento.

A última ideia central identificada com o questionamento da satisfação do usuário, é que este considera **difícil avaliar** com o seguinte discurso:

*É difícil avaliar. A pessoa só vai entender a necessidade e vai saber que é um serviço útil quando chegar com dor e puder ser atendido primeiro. Uns acatam bem e são encaminhados por nós para UBS, já outros querem chegar e serem atendidos. Pra quem realmente necessita,*

*com certeza, o usuário se gratifica com o que foi mudado [...]; pra quem é classificado como verde ou azul, não gosta, tem uns que adoram o ACCR e elogiam o trabalho da gente, e usuários de outras demandas que se estressam com o tempo de espera.*

Percebe-se que o usuário só demonstra satisfação quando é atendido rapidamente. Como dito, o usuário manifesta satisfação quando o atendimento médico é feito imediatamente, porém isso só acontece quando o estado clínico do paciente é grave, uma vez que o dispositivo seleciona esses casos para serem atendidos de imediato. Então, na opinião do profissional, fica difícil avaliar e informar ao usuário o tempo de espera.

Compreende-se o ACCR como um dispositivo de humanização que, além de tornar humano o atendimento, seleciona os casos mais graves para serem imediatamente atendidos e, com isso, estabelece tempo de espera para os casos menos graves. Apesar desse tempo de espera se configurar para os usuários como descaso e desrespeito, o atendimento se torna mais integral e humano, pois o usuário passa por uma escuta qualificada com profissionais capacitados.

A ideia central ainda engloba a insatisfação do usuário pelo tempo de espera, pela referência à UBS e, ao mesmo tempo, os usuários que estão satisfeitos com a estratégia implantada, a qual proporciona melhoria no atendimento à população. Como dito, a espera pelo atendimento não se configura como bom atendimento pelo usuário que desconhece a finalidade do ACCR, porém o usuário bem informado quanto os objetivos desse dispositivo revela enorme satisfação.

## CONCLUSÃO

O ACCR é um dispositivo de humanização criado pela PNH do MS, implantado nos serviços das UPAs desse Estado, cujos princípios foram utilizados para organizar o serviço de urgência/emergência que se encontrava dissociado do seu principal foco de atuação: atender os casos prioritários.

O trabalho exposto trouxe aos pesquisadores a visão de que os profissionais da UPA Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia têm conhecimento sobre os princípios que regem o ACCR, principalmente a necessidade desse dispositivo para melhorar o atendimento, assim como organizar o fluxo do serviço. Cabe aos profissionais agirem conforme o protocolo estabelecido na unidade e adequá-lo às diversas situações com as quais se deparam.

Na opinião dos profissionais, o ACCR pode ser instalado na UPA, mas percebe-se que, apesar de instalado, existem necessidades para que ele seja mais bem conduzido diante do proposto pelo Ministério da Saúde. Foram identificados falta de estrutura física, materiais necessários ao bom funcionamento do serviço e educação continuada dos profissio-

nais. As opiniões divergem em relação às mudanças no atendimento após a implementação do ACCR. Observou-se que a maioria dos profissionais refere mudanças positivas com a implantação do ACCR na UPA e que tais mudanças repercutem na melhoria do serviço e atenção às urgências. Contudo, alguns profissionais que desconhecem os princípios do ACCR ignoram a mudança na ordem de atendimento e relatam que deveria ter ocorrido diminuição da demanda de usuário, sem levar em consideração que toda mudança se dá de forma gradativa, e não repentinamente.

De acordo com os profissionais, os usuários apresentam comportamentos distintos diante do ACCR, que da aceitação à rejeição dessa nova estratégia. Com isso, existe a necessidade de educação permanente aos usuários, conduzindo-os à melhor compreensão das mudanças que ocorrem nos níveis de complexidade e suas finalidades.

Esses profissionais enfrentam conflitos e embates diariamente e atuam em ambiente superlotado, com recursos humanos, tecnológicos e estrutura física inadequados, que não oferecem condições para acomodar os usuários com segurança e qualidade, além de difícil comunicação com a atenção básica para referenciar alguns usuários. Apesar desses entraves quanto à implantação do ACCR, este já demonstra um processo de evolução, no qual o acolhimento do usuário estabelece uma atenção integral, humanizando e priorizando o atendimento dos usuários com maior risco de morrer.

É relevante que os profissionais da UPA incorporem esse novo dispositivo de humanização, o ACCR, e que todos eles o conduzam da mesma maneira, sem deixar dúvidas para os usuários sobre seu objetivo e como funciona. É necessário, também, que os profissionais tenham educação permanente sobre humanização e o ACCR, visando à eficácia e à rapidez no trabalho de classificação de risco, sempre respeitando a individualidade do sujeito e seu atendimento integral.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Mais saúde: direito de todos 2008-2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Rev Latinoam Enferm. 2007; 15(1):13-9.
3. Mota RA, Martins CGM, Veras RM. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. Psicol Estudo. 2006; 11(2) 232-330.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Lefevre F, Lefevre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educus; 2000.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

7. Bittencourt R J, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):929-34.
  8. 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.
  9. Brasil. Ministério da Saúde. Portal Saúde.Gov/Humaniza SUS. O que é o HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
  10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. *Textos Básicos de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
  11. Silva LG, Alves MS. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev APS*. 2008; 11(1):74-84.
  12. Maurer TC. Enfermeiro no acolhimento com classificação de risco na emergência pediátrica [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
  13. Shimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(6):1487-94.
-