

ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: DOS DESAFIOS ÀS POTENCIALIDADES

RECEPTION WITH ASSESSMENT AND RISK CLASSIFICATION: FROM CHALLENGES TO POTENTIALS

Natália Frota Goyanna ¹

José Jeová Mourão Netto ²

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas ³

Maria Alzeni Coelho Ponte ⁴

Maria Socorro de Araújo Dias ⁵

RESUMO

O objetivo deste trabalho é descrever a experiência vivenciada por uma estudante inserida na prática da atenção secundária do município de Sobral – CE através do Internato em Enfermagem. Consiste em um relato de experiência, fruto das vivências em um serviço de Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco (AACR), durante estágio do nono semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, que ocorreu no período de setembro a outubro de 2013. O AACR se configura como o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, sendo o bom atendimento, neste primeiro momento definidor para considerá-lo de qualidade. O interesse em resolver o problema do usuário deve ser uma qualidade do profissional que lida diretamente com o público, pois constantemente observa-se profissionais tentando transferir a responsabilidade do atendimento e não dividi-la. Os profissionais desta unidade hospitalar constantemente usam da interdisciplinaridade na busca da resolução dos problemas de saúde das pessoas. Observa-se uma contribuição importante do AACR na organização dos fluxos dentro do município, o que ajuda a organizar os serviços, fortalecendo a Atenção Primária e ratificando sua representação como a porta de entrada no sistema de saúde. A vivência possibilitou à estudante uma visão mais ampla e aprofundada do acolhimento em serviços de emergência. Esta experiência, além de ter proporcionado um conhecimento abrangente do funcionamento e do atendimento a pacientes nos setores de emergência, mostrou à estudante a importância da prática de um acolhimento humanizado.

Palavras-chave: Acolhimento; Enfermagem em Emergência; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the personal experience of a student inserted in the practice of secondary care in the municipality of Sobral, Ceará during Nursing Internship. It consists of an experience report, fruit of experience at a service of Reception and Assessment with Risk Calculation (RARC), during internship in the ninth semester of Nursing Faculty at the State University 'Vale do Acaraú', which occurred between September and October 2013. RARC configures first contact of the user with the health service, and good attendance, in this first moment being definite in considering it of quality. Interest in solving the user's problem must be a quality of the professional who directly deals with the public, since professionals are constantly observed trying to transfer responsibility of treatment and not sharing it. The professionals from the hospital unit constantly use interdisciplinarity in the search for a solution to people's health problems. It was observed that RARC had an important contribution in the organization of fluxes within the municipality, strengthening Primary Care and ratifying its representation as the entrance to the health system. Experience has enabled the student to have broader and deeper insight on reception in emergency services. This experience, other than having proportioned comprehensive understanding on functioning and patient attendance in emergency sectors, has also showed the student the importance of practicing humanized reception.

Key words: User Embrace; Emergency Nursing; Health Services.

1- Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Sobral, CE.

2- Enfermeiro da Unidade Mista Dr. Tomaz Correa Aragão. Sobral, CE

3- Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Sobral, CE.

4- Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Sobral, CE.

5- Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Diretora do Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva – LABSUS.

INTRODUÇÃO

A Atenção à Saúde vem enfrentando mudanças significativas na busca de maior qualidade nos serviços. Neste contexto, podemos citar como símbolo da permanente transformação deste setor a Reforma Sanitária Brasileira. Àquela época, almejava-se um sistema de saúde que respondesse às necessidades das pessoas, estando consonante com os ideais de universalidade, integralidade e equidade.

Quanto à humanização em serviços de saúde, esta se configura como uma grande fragilidade, emergindo a necessidade de uma nova forma de se darem as relações entre usuários, trabalhadores e gestores, de forma que, em meio a este cenário, nasceu a Política Nacional de Humanização (PNH) - HUMANIZASUS.

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) constitui-se como uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização, visto que, nesta concepção, acolher expressa uma ação de aproximação, apoiado na prestação de um atendimento com qualidade, ética, dignidade e respeito aos usuários que procuram os serviços de emergência. O acolhimento deve ser parte do processo de produção da saúde, devendo ocorrer em articulação com outros serviços, sendo garantida uma atenção integral, resolutive e humanizada¹.

O enfermeiro é um dos profissionais mais indicados para a realização do AACR dos clientes/pacientes em Serviços de Urgência e Emergência (SUE), pois é capacitado para prestar uma assistência de forma holística verificando as prioridades e ouvindo com atenção as queixas que levaram o paciente a procurar o serviço, sejam elas físicas, psíquicas ou mesmo sociais².

Compreender a forma de operacionalização dessa estratégia para organização de SUE pode contribuir para uma nova forma de organização do processo de trabalho, guardando um potencial para somar rumo a uma melhoria da atenção prestada.

Assim, o objetivo deste trabalho é descrever a experiência vivenciada na prática da atenção secundária do município

de Sobral – CE, através do Internato em Enfermagem, no contexto hospitalar.

A relevância do estudo repousa na possibilidade de propagação de experiências, estratégias e inferências que podem subsidiar mudanças, melhorias e transformações em outros serviços de AACR, haja vista a importância da própria temática, que dialoga diretamente com a reafirmação constante e tão almejada da mudança do modelo de atenção à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, fruto das vivências em um serviço de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em Serviço de Urgência e Emergência de um hospital de pequeno porte, no município de Sobral, Ceará, durante estágio curricular do nono semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, que ocorreu entre setembro e outubro de 2013. Os estágios aconteceram no turno da manhã, no período entre 07:00 e 13:00, com carga horária total de 180 horas. A preceptoria foi realizada por enfermeiros do serviço.

As atividades desenvolvidas compreendiam a inserção do acadêmico na dinâmica do serviço, no intuito do desenvolvimento de *expertise* em procedimentos e condutas hospitalares, e ainda a análise semanal de casos, de forma que se provocasse uma reflexão sobre as formas e implicações do cuidado no Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco e em situações de urgência e emergência.

Este serviço se configura como hospital de pequeno porte, que serve de referência para os Centros de Saúde da Família do município e conta com atendimentos para adultos e crianças na emergência, porém com internamento apenas de clientes pediátricos, com capacidade para 28 leitos.

Todas as informações e dados obtidos durante a realização do estudo foram utilizados somente para fins da pesquisa, sendo garantido o sigilo e a confidencialidade de acordo com a Resolução 466/12³.

RELATO DAS VIVÊNCIAS

Os resultados deste estudo são apresentados e discutidos em cinco eixos temáticos, organizados com base nas vivências dos autores, sendo descritos alguns aspectos relevantes na realização do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em Serviços de Urgência e Emergência.

Acolhimento com avaliação e classificação de risco: onde se inicia o processo de cuidar

Na tentativa de melhor organizar os serviços de

*O Acolhimento
com Avaliação e
Classificação de Risco
constitui-se como
uma das diretrizes de
maior relevância da
Política Nacional de
Humanização.*

saúde, o Ministério da Saúde, através do HumanizaSUS, orienta uma nova forma de abordagem aos usuários à porta dos Serviços de Urgência e Emergência: o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco⁴.

O AACR é um processo dinâmico de identificação dos clientes/pacientes que necessitam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Essa prática é entendida como uma postura ética e profissional para o atendimento por nível de complexidade e estruturado em cores: (1) vermelho, emergências; (2) amarelo, urgências; (3) verde, não urgências e (4) azul, ambulatoriais⁴.

A expectativa da pessoa que necessita de internação hospitalar, de modo geral, é permeada pelo medo do desconhecido ao deparar-se com novas técnicas ou recursos tecnológicos, linguagem robusta dos profissionais e o receio de estar em um lugar estranho⁵. Assim, o AACR se configura como o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, sendo o bom atendimento, neste primeiro momento, no qual o usuário encontra-se com medo, dor, sofrimento, angústia, ansiedade, dentre outros sentimentos, definidor para considerá-lo de qualidade. A partir desse contato inicial, pode-se minimizar sofrimentos, explicitar o funcionamento da unidade e da rede de atenção, esclarecer dúvidas, construir ou desconstruir vínculos.

Os serviços públicos de urgência e emergência têm se caracterizado pela superlotação, ritmo acelerado e sobrecarga de trabalho para os profissionais da saúde. Estes aspectos, dentre tantos outros, estão implicados objetiva e subjetivamente na forma como é dada a dinâmica de trabalho nesse espaço e na maneira como os seres humanos sobrevivem a ela. Sob este contexto, o AACR se configura como estratégia importante para organizar a demanda nos SUE⁶.

Escutar os usuários e querer ajudá-los são competências estruturantes para o trabalho em AACR. A essência do trabalho está em acolher, ouvir, ter empatia, tentando pactuar junto com o usuário a melhor resposta para seu problema.

Embora possamos considerar o AACR como uma tecnologia leve-dura, não obstante, reconhecemos sua complexidade, uma vez que estar na condição de profissional deste serviço, requer um trabalho que considere, especialmente, a subjetividade e bagagem cultural dos usuários na busca de uma pactuação da resposta assentada no diálogo. Oliveira et al.⁷ valida este pensamento ao inferir que a classificação é uma atividade complexa que depende das habilidades e competências dos enfermeiros, além de fatores externos, como o ambiente de trabalho.

Escuta ativa como ferramenta de trabalho

Em SUE, é compreensível que muitas vezes, por conta da gravidade dos casos, da pressa ou do estresse inerentes a este setor, os profissionais apresentem formas de comunicação disfuncionais, não ouvindo o usuário, sem atender seus anseios e o frustrando com relação a suas expectativas de atendimento.

Nesse contexto, escutar ativamente compreende prestar atenção e agregar sentido às mensagens verbais e não verbais do cliente/paciente⁸, configurando-se em uma ferramenta essencial para o trabalho em AACR.

Observa-se que não são raros os casos de usuários que se dirigem aos SUE unicamente para serem ouvidos, vivenciando um sofrimento psíquico tão intenso quanto os usuários vitimados por dores físicas. Como evidência dos desafios da comunicação entre profissionais e clientes, destacamos os casos dos usuários de classificação azul, que podem esperar até quatro horas ou podem ser direcionados para atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), diante da grande resistência destes em se destacarem de um serviço para outro, demonstrando pouca compreensão sobre o cuidado organizado em níveis e Redes de Atenção. Franco e Franco⁹, em seus estudos, inferem que a maior dificuldade relatada pelos profissionais que classificam riscos ainda está justamente na referência segura do usuário classificado como azul para a Atenção Básica.

É comum que um cliente que chegue ao SUE queira que suas queixas sejam resolvidas, independentemente de quais sejam. Para este, pouco importa se o motivo que o levou foi a renovação de seu receituário de anti-hipertensivos ou se foi vítima de um acidente automobilístico. A queixa de cada usuário é única e é quase sempre interpretada como emergência. Tal comportamento evidencia uma lacuna no entendimento das pessoas sobre o funcionamento e ao que se destina o SUE. Provavelmente, contribua para isso a permanência do modelo hospitalocêntrico, instituído por décadas, no imaginário da população.

Outra realidade dos serviços se concretiza no fato de observarmos, em momentos pontuais, profissionais tentando

*Escutar os usuários
e querer ajudá-los
são competências
estruturantes
para o trabalho
em Acolhimento
com Avaliação e
Classificação de Risco.*

transferir a responsabilidade do atendimento e não dividi-la. Expressões como “não é aqui, procure seu posto de saúde”, “isso aqui é uma emergência e esse problema você tem que resolver no posto” ou, simplesmente, “não é aqui” devem ser evitadas. Ouvir e tentar resolver o problema ou a dúvida, explicando ao usuário onde, como e o porquê do direcionamento para outro equipamento da Rede de Atenção, devem fazer parte da rotina diária de quem trabalha com AACR.

Em um contraponto, percebe-se também abordagens mais funcionais, como “Boa tarde, posso ajudar?”, “Infelizmente não poderei resolver seu problema aqui, hoje, mas posso lhe indicar outro local para resolvê-lo, inclusive, disponibilizo até nossa ambulância para levá-la” ou “Não posso resolver aqui, mas o seu posto de saúde pode, vou ligar para lá e já lhe dou um retorno”. Este tipo de abordagem tranquiliza e conforma o usuário, ao contrário da abordagem anterior, que o revolta.

A comunicação vem se configurando como um problema dos espaços de produção de saúde. Verifica-se que os profissionais apresentam fragilidades na comunicação com os usuários. Isso se reflete em estresse, adoecimento e, até mesmo, em violência.

É necessário avançar, devendo-se para isso enfrentar o desafio da construção de agentes transformadores e de mudanças, reconhecer a necessidade de abandonar estratégias comunicacionais informativas e unilineares e, ao mesmo tempo, adotar uma prática mais dialogada, compartilhando com o “outro” os novos sentidos, dos novos caminhos e dos novos sujeitos¹⁰.

O classificador como mediador

O profissional do AACR constantemente encontra-se em uma situação de tensão, visto que se insere em meio aos anseios dos usuários e dos outros profissionais do SUE. O risco de ser agredido é uma realidade no cotidiano. A junção da tensão, estresse e número insuficiente de profissionais com o desconhecimento ou pouco entendimento do usuário sobre o funcionamento da Rede de Atenção e da classificação de risco é uma mistura muitas vezes danosa, a qual a agressão emerge com certa frequência, seja ela verbal, seja física. Assim, diante dessas situações, deve o profissional manter a calma e assumir uma postura apaziguadora, de forma que esteja resguardado pela existência de serviços de segurança ou policiamento, que se configuram como atividades estruturantes de retaguarda para os profissionais.

Nessa vivência, é possível perceber que o bom relacionamento entre os membros da equipe é fundamental para a prestação de um cuidado humanizado e que de fato resolva as demandas impostas. É fundamental um processo

A comunicação vem se configurando como um problema dos espaços de produção de saúde. Verifica-se que os profissionais apresentam fragilidades na comunicação.

constante de mediação pelo classificador no sentido de que terá, constantemente, que transcender o seu fazer estimulando outros membros da equipe a fazerem o mesmo, uma vez que as demandas são muitas e, algumas vezes, bastante complexas, necessitando que toda a equipe se mobilize para o oferecimento da melhor resposta. Ressalta-se ainda que se cada profissional se limitar a fazer apenas o específico do seu ofício, um fazer restrito, pouca contribuição trará para o bom desenvolvimento do serviço. Os profissionais desta unidade hospitalar constantemente usam da interdisciplinaridade na busca da resolução dos problemas de saúde das pessoas.

Salienta-se também que, tanto na visão de quem receberá os clientes classificados, médicos, como na dos que são classificados, clientes/pacientes, a figura do profissional do AACR constantemente será encarada com insatisfação. Logo, cabe ao classificador estar seguro dos protocolos e fluxos que norteiam a classificação de risco da instituição visando evitar erros e, ainda, poder refutar possíveis questionamentos quanto ao processo, desenvolvendo maturidade para compreender tal situação, que parece ser uma premissa deste processo de trabalho.

Contribuição da classificação de risco como estratégia para humanizar e organizar a Rede de Atenção

O AACR tem seu nascedouro no HumanizaSUS. Pensava-se em uma forma de organizar a demanda em portas de emergências a fim de que as pessoas pudessem ser ouvidas e o atendimento por ordem de chegada fosse superado, trazendo o sentimento da equidade para as vivências de profissionais e usuários implicadas na produção de saúde.

A partir dessa vivência, foi possível observar uma contribuição importante do AACR na organização dos fluxos dentro da instituição e do município, visto que, depois de realizado o atendimento inicial, os usuários que não atendem ao perfil do serviço de emergência são orientados a procurar outros níveis de atenção. Esta atitude ajuda a organizar os

serviços, evita paralelismos de ações e fortalece e reafirma a Atenção Básica, ratificando sua representação como a porta de entrada no sistema de saúde.

Em estudo sobre a implantação do AACR em um serviço de saúde, Bitencourte e Hortale¹¹ concluem que o sucesso desta estratégia em reduzir a superlotação nos serviços de saúde de emergência só é possível se for reorganizado o fluxo de atendimento em toda a rede de saúde, como a participação de todos os serviços da rede, uma vez que o grande número de atendimentos nos serviços de emergência indica baixo desempenho do sistema de saúde como um todo.

Como ganho para os profissionais, os principais avanços da equipe de AACR são a maior autonomia dos profissionais, aumentando a acessibilidade dos usuários aos setores, melhor organização do fluxo assistencial dentro da Unidade e da rede assistencial do SUS municipal⁹.

Ainda sobre o estudo de Bittencourt e Hortale¹¹, nos quatro primeiros meses após a implantação do AACR em um hospital, 4.487 pessoas foram encaminhadas para outros serviços, ou seja, 36% dos usuários passaram por consulta de Enfermagem e foram encaminhados. Em média, 1.121 usuários encaminhados/mês e 37 usuários encaminhados/dia. A quantidade de usuários encaminhados para as UBS revela que grande parcela dos clientes/pacientes que buscam atendimento no pronto-socorro do hospital do estudo poderia ter seu problema resolvido na Atenção Básica ou ambulatorial. Em outro estudo, Rossaneis et al.¹² constataram que, após a implantação do AACR em um SUE, houve queda de 64% no número de consultas médicas.

Vale ressaltar que a implantação do AACR proporciona maior agilidade no atendimento de pacientes com quadro clínico grave, como risco de morte, ao capacitar profissionais a identificar sinais e sintomas que indicam situações de urgência e emergência e que precisam ser priorizadas.

Em um estudo sobre a implantação da classificação de risco em um serviço de saúde, Franco e Franco⁹ concluem que o acolhimento mostrou a transformação no processo de trabalho de enfermagem que passa a ter maior presença na assistência direta ao usuário, valoriza o espaço intercessor

entre trabalhadores e usuários, aumentando o vínculo com os mesmos.

Essa experiência demonstra que é possível ter o AACR como principal diretriz de organização da rede de saúde, operando por uma ética do cuidado pautada centralmente no campo relacional de cuidados com base em critérios humanitários, lembrando sempre que o centro da questão está na nova configuração do processo de trabalho e na motivação para o trabalho em equipe. Quando isso não ocorre, a atividade de Acolhimento se transforma apenas na avaliação de riscos e prescrição sobre os mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência possibilitou uma visão mais ampla e aprofundada do acolhimento em serviços de emergência. O AACR é estruturante para a organização do serviço, humanização do trabalho, equidade e organização da Rede de Atenção à Saúde.

Existe um risco potencial para a violência contra profissionais que trabalham em SUE, seja ela verbal, seja física, sinalizando a necessidade do compromisso das instituições com a integridade física e psíquica desses trabalhadores disponibilizando serviços que garantam a segurança, como seguranças particulares e policiais.

O profissional que trabalha neste setor deve estar munido de competências que englobam a escuta ativa, querer ajudar, ser apaziguador, ter conhecimento, ter bom relacionamento interpessoal, manter a calma, ser conhecedor dos pontos da Rede de Atenção e ter compromisso com a melhor resposta a ser oferecida ao usuário.

Esta experiência proporcionou um conhecimento abrangente do funcionamento e do atendimento em serviços de emergência e mostrou a importância da prática de um acolhimento humanizado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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: MS; 2009.
2. Oliveira M, Trindade MF. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento [periódico na Internet]. Rev Hórus 2010; 2(4):[aproximadamente 11 p.]. [acesso em 16 Nov 2013]. Disponível em: http://www.faesd.edu.br/horus/num2_1/atendimento_urgencia.pdf
3. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. [acesso em 16 Nov 2013]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

*O Acolhimento
com Avaliação e
Classificação de Risco
é estruturante para a
organização do serviço,
humanização do
trabalho, equidade e
organização da Rede de
Atenção à Saúde.*

4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria executiva da política nacional de humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: MS; 2004.

5. Freitas NA, Silva ALF, Sousa RR, Oliveira CF, Mesquita AMP, Oliveira BN. A Prática da Terapia do Riso na Atenção Hospitalar: Reflexões a partir da Vivência Interdisciplinar. *Sanare* 2013; 1(12):54-8.

6. Dal Pai D, Lautert L. O Trabalho em Urgência e Emergência e a Relação com a Saúde das Profissionais de Enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem* 2008; 16(3).

7. Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. *Rev Lat Am Enfermagem* 2013; 21(2):500-6.

8. Dochterman JMCC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4ª ed. Artmed: Porto Alegre; 2008.

9. Franco TB, Franco CM. Acolhimento com Classificação de Risco e a Micropolítica do Trabalho em Saúde: A Experiência de Silva Jardim/Rio de Janeiro. *Rev APS* 2012; 15(2):227-33.

10. Spagnuolo RS, Pereira MLT. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. *Cien Saude Colet* 2007; 6(12):1603-10.

11. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saude Publica* 2009; 25(7):1439-54.

12. Rossaneis MA, Haddad MCL, Borsato FB, Vannuchi MO, Sentone ADS. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. *REE* 2011; 4(13):648-56.

Recebido em 18/01/2014. Aprovado em 24/06/2014.