



Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

ISSN: 1517-3852

rene@ufc.br

Universidade Federal do Ceará

Brasil

Sales Zem, Kelly Karine; Montezeli, Juliana Helena; Peres, Aida Maris
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

Universidade Federal do Ceará

Fortaleza, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027983020>

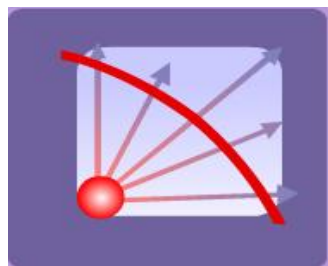
- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: CONCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DE UM PRONTO SOCORRO

EMBRACEMENT WITH RISK CLASSIFICATION: OPINION OF THE NURSES AT AN EMERGENCY SERVICE

ACOGIMIENTO CON CLASIFICACIÓN DE RIESGO: CONCEPCIÓN DE ENFERMEROS DE UN SERVICIO DE EMERGENCIA

Kelly Karine Sales Zem¹, Juliana Helena Montezeli², Aida Maris Peres³

Este estudo objetivou identificar o entendimento de enfermeiros de um pronto-socorro acerca da humanização e sua concepção sobre o acolhimento com classificação de risco. Pesquisa qualitativa, descritiva, realizada de julho a setembro de 2010 por entrevista semiestruturada com oito enfermeiros de um pronto-socorro de um hospital-escola em Curitiba-PR. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin. Emergiram três categorias: a primeira descreve o entendimento dos enfermeiros do pronto-socorro acerca da humanização; na segunda, evidencia-se o entendimento desses enfermeiros acerca do acolhimento com classificação de risco; e na terceira são elencados os elementos essenciais à implantação do acolhimento com classificação de risco. Há necessidade de os sujeitos se aprofundarem nas preconizações da Política Nacional de Humanização para a implantação do acolhimento com classificação de risco nesse cenário.

Descritores: Enfermagem em Emergência; Acolhimento; Serviço Hospitalar de Emergência.

This study aimed to identify the understanding of nurses from an emergency service on humanization and their conception on the embracement with risk classification. Descriptive qualitative research carried out from July to September 2010 through semi-structured interview with eight nurses from an emergency service of a school hospital in Curitiba, Parana, Brazil. The data underwent Bardin's content analysis. Three categories emerged: the first describes the understanding of the nurses from the emergency service on humanization; the second, the understanding of these nurses on embracement with risk classification is shown; and the third, the essential elements for the implementation of embracement with risk classification are listed. There is a need for the subjects to deepen their knowledge on the recommendations from the National Politics of Humanization to implement the embracement with risk classification in this scene.

Descriptors: Emergency Nursing; User Embracement; Emergency Service Hospital.

El objetivo fue identificar el entendimiento de enfermeros de un servicio de emergencia acerca de la humanización y su concepción acerca del acogimiento con clasificación de riesgo. Investigación cualitativa, descriptiva, llevada a cabo de julio a septiembre de 2010 por entrevista semiestructurada con ocho enfermeros de un servicio de emergencia de hospital escuela en Curitiba-PR, Brasil. Los datos fueron sometidos al análisis de contenido de Bardin. Emergieron tres categorías: la primera describe el entendimiento de los enfermeros del servicio de emergencia acerca de la humanización; en la segunda, se evidencia el entendimiento de esos enfermeros acerca del acogimiento con clasificación de riesgo; y en la tercera, son alistados los elementos esenciales a la implantación del acogimiento con clasificación de riesgo. Hay necesidad de los sujetos se profundizaren en las preconizaciones de la Política Nacional de Humanización para implantación del acogimiento con clasificación de riesgo en ese escenario.

Descriptores: Enfermería de Urgencia; Acogimiento; Servicio de Urgencia en Hospital.

¹Enfermeira. Especialista em Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico pela Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR). Enfermeira do Hospital das Nações. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: kellyzem@hotmail.com.

²Enfermeira Emergencista. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professora Assistente no Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Membro do Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas de Saúde da Universidade Federal do Paraná (GPPGPS/UFPR). Londrina, PR, Brasil. E-mail: jhmontezeli@hotmail.com.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Líder do GPPGPS/UFPR. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: aidamaris.peres@gmail.com

INTRODUÇÃO

Desde a idealização do Sistema Único de Saúde (SUS), instituir uma política assistencial que promova a continuidade das ações prestadas à população correspondeu a um dos seus maiores desafios⁽¹⁾. Diante do conhecimento da redução da eficiência e das dificuldades para atender a população em suas reais necessidades, foi preciso a elaboração de uma Política Nacional de Humanização (PNH) que contribuísse com a atenção integral, equânime, com responsabilização e vínculo para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo⁽²⁾.

Humanizar não significa exclusivamente apresentar um ambiente ostentado, estar sempre sorrindo e chamar o cliente pelo nome. O que a PNH propõe vai além disso e tem como princípios a ampliação do acesso do usuário ao serviço de saúde, a integração dos profissionais para maior resolutividade dos problemas, a atuação de modo cooperativo e solidário, a utilização da comunicação e educação permanente da gestão, uma adequação de ambientes e um atendimento acolhedor⁽²⁾.

Neste contexto, o Protocolo de Acolhimento e 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⁽³⁾. Assim, indica-se este protocolo com o objetivo prioritário de não retardar o atendimento prestado aos que necessitam de uma conduta imediata, sendo que sempre há o embasamento na avaliação primária do paciente. Para execução desta avaliação, o Ministério da Saúde designa o enfermeiro, propondo a utilização de um fluxograma de atendimento para incentivar este profissional a uma reflexão profunda sobre o processo de trabalho no contexto em questão⁽³⁾.

Os enfermeiros preocupam-se com fatores que não envolvem somente o ato da classificação de risco, mas também com o trabalho de acolhimento como um todo e de humanização como um processo que somente é garantido se toda a equipe possuir uma comunicação congruente. Geralmente, os enfermeiros mostram-se profissionais abertos a mudanças, a novas opções de trabalho e preocupam-se com a melhoria do atendimento prestado⁽⁴⁾.

Entretanto, no ambiente hospitalar, muitas vezes as demandas impostas pela lógica capitalista do trabalho culmina em um processo de trabalho parcelado que reproduz a organização do trabalho industrial, o que produz trabalhadores ora compromissados e ora desesperançados com as atividades e os resultados das práticas desempenhadas⁽⁵⁾.

A vivência profissional no pronto-socorro de uma instituição hospitalar de ensino possibilitou observar, ainda que empiricamente, a existência de lacunas no concernente à compreensão de conceitos da PNH por parte dos enfermeiros. A falta de conhecimento sobre esse assunto pode gerar grandes obstáculos para sua efetivação na prática, portanto, surgiu a presente investigação, que possui como referencial teórico as Políticas de Saúde, e cujo objetivo foi: identificar o entendimento dos enfermeiros de um pronto-socorro (PS) a respeito da humanização e sua concepção sobre o acolhimento com classificação de risco.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa-descritiva realizada no PS de um hospital de ensino filantrópico de grande porte de Curitiba-PR. A população de enfermeiros neste setor é de nove e todos foram convidados ao estudo. Entretanto, a amostra foi composta por oito sujeitos, pois um recusou-se a participar.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e setembro de 2010, por meio de entrevista semiestruturada áudio-gravada. Cada sujeito foi submetido a uma única entrevista, previamente agendada, a qual ocorreu em seu ambiente laboral, com duração que variou de quinze a trinta minutos. O instrumento norteador das entrevistas foi composto por quatro questões abertas: 1) O que você entende por humanização? 2) Descreva o que você sabe sobre a Política Nacional de Humanização no que se refere aos serviços de emergência. 3) Explique o que você sabe sobre Acolhimento com Classificação de Risco. 4) Qual a importância, na sua opinião, do enfermeiro inserido em um PS que realiza Acolhimento com Classificação de Risco?

Os preceitos éticos da pesquisa pautaram-se na Resolução 196/96⁽⁶⁾, sendo que os dados foram obtidos após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo de nº. 4461/10 e com assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido pelos sujeitos com as informações da referida pesquisa.

Após a transcrição das falas, os dados foram submetidos à análise de conteúdo, obedecendo às etapas de pré-análise, exploração dos dados e tratamento dos resultados⁽⁷⁾. A partir da emergência das categorias, realizaram-se discussões alicerçadas na literatura para fundamentar as reflexões e exemplos contidos nos relatos que foram codificados como EE1, EE2... EE8.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Emergiram três categorias: O entendimento dos enfermeiros do pronto-socorro acerca da humanização; O entendimento dos enfermeiros do pronto-socorro acerca do acolhimento com classificação de risco; e, Elementos essenciais à implantação do acolhimento com classificação de risco.

O entendimento dos enfermeiros do pronto-socorro acerca da humanização

A humanização da assistência tem sido foco significativo nas discussões ministeriais e em diversos fóruns ligados à saúde no âmbito hospitalar nos últimos anos. Portanto, urge a necessidade de revisar conceitos e práticas nomeadas como humanizadas⁽⁸⁾.

Os dados empíricos possibilitaram visualizar nesta categoria quatro questões principais: aspecto relacional da humanização, aspecto estrutural da humanização, aspectos dos recursos humanos na humanização e desconhecimento da PNH.

Referente ao aspecto relacional da humanização, este foi mencionado como um dos pontos inseridos no entendimento dos enfermeiros, como conferem as falas a seguir: *É você tratar o outro como você trataria você mesmo ou alguém da sua família, é você fazer o teu melhor pelo outro, independentemente da situação em que ele se encontra. Ter respeito pelo paciente, realizar todas as técnicas pensando no comprometimento que isso possa ter para o paciente (EE2). É prestar um cuidado em que você mantenha a visão holística do paciente, ou seja, tem que procurar entender além da doença, o que ele está apresentando, o motivo pelo qual ele veio ao hospital. Se você conseguir mesclar o atendimento médico ao de enfermagem e respeitar os princípios desse paciente, eu acredito que você está prestando um atendimento humanizado (EE6).*

Conforme coloca a política em questão, humanização deve ser entendida como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, com base nos valores de autonomia e o protagonismo dos mesmos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão⁽²⁾.

Assim, nota-se que humanização supõe necessariamente que sejam ultrapassadas fronteiras que muitas vezes apresentam-se rígidas em diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam na produção de saúde⁽²⁾. Desta maneira, ao mencionarem o termo como algo que se reporta apenas ao aspecto relacional da assistência, os enfermeiros demonstram uma visão

reducionista e limitada do que é humanizar, pois esta prática deve estar presente na forma de pensar e agir, desde o planejamento, a gestão e nos processos de trabalho⁽⁹⁾.

A política em questão clarifica que a humanização deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários. Porém, neste ponto, a tarefa dos profissionais torna-se dupla: seja como produtores de saúde, seja como produtores de sujeitos, perpassando o aspecto relacional⁽²⁾. Diferente do que foi explicitado nas falas, é preciso levar em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes sujeitos envolvidos na saúde e também compreender que, para isto, é essencial o desenvolvimento de ações políticas, as quais não foram lembradas pelos enfermeiros pesquisados.

Os sujeitos pontuam que o aspecto relacional deve ser estendido aos familiares/acompanhantes dos pacientes, como evidenciado nos seguintes trechos: *É conseguir uma acomodação não só para o paciente, mas para o acompanhante, para o familiar, alguma coisa assim* (EE4). *Humanização é o ato de você usar tudo que você e a instituição disponibilizam para fazer aquela pessoa, seja o cliente ou o acompanhante, sentir-se melhor. Ou seja, o que você pode oferecer a ele de atenção e cuidado* (EE5).

Percebe-se que os trechos das falas que se referem a estender o aspecto relacional da humanização aos familiares coadunam com a PNH, que sugere às instituições de saúde uma adequação para recepção das visitas abertas, com uma equipe multidisciplinar preparada para atendê-las e com um ambiente adequado⁽³⁾. A partir deste entendimento, os pesquisados iniciam uma aproximação com o aspecto estrutural da humanização, pois defendem a necessidade de preocupação com a ambiência.

Além disso, os profissionais entrevistados relacionam a humanização também ao aspecto físico-estrutural da instituição: *A humanização é prestar o melhor da assistência dentro do que você tem de material, de produto* (EE4). *Então é você pegá-lo, colocá-lo deitado, oferecer uma coberta, oferecer um travesseiro, fazer com que ela se sinta o mais próximo da*

realidade da vivência dele diária. Oferecer uma cadeira, por exemplo, além de você ir lá atender com gentileza, com educação a parte que foi afetada, é você ver e tentar entender no todo o que ela está passando (EE5).

Ainda neste sentido, ao serem questionados sobre o Acolhimento com Classificação de Risco, os enfermeiros consideram que para a consolidação da humanização será necessária uma reorganização da estrutura física em seu local de trabalho como exemplificado pela fala: *O que eu sei é que existe um protocolo onde eles estão procurando todas as redes de atendimento de emergência fazer uma adaptação física, não só física, como também preparar as equipes para que melhore a forma de atendimento* (EE5).

Os elementos arquitetônicos vinculadas ao conhecimento técnico-científico e ao desenvolvimento tecnológico influenciam na eficiência e na eficácia do atendimento emergencial e pode representar um fator fundamental para evitar morte e danos ao paciente na unidade de emergência⁽⁵⁾.

Nesta perspectiva, a reinvenção dos espaços físicos deve contribuir para a produção de saúde e antes mesmo desta, é preciso compreender o processo de construção da nova realidade⁽³⁾. Percebe-se com a fala anterior que os enfermeiros conhecem a necessidade da readequação, entretanto não sabem como podem interferir na organização dos espaços. Neste mesmo discurso é possível, ainda, verificar a preocupação com o aspecto dos recursos humanos na humanização, convergindo com o conceito promulgado pela PNH.

Os entrevistados destacam a importância da qualificação do funcionário como parte fundamental da humanização, como demonstra este discurso: *Então o que entendo por humanização, tanto no ambiente de trabalho, tanto para o atendimento, é que é preciso oferecer um ambiente tranquilo e para o funcionário é ter uma qualificação, dar treinamentos para que eles prestem um atendimento humanizado, igualitário, como preza também o SUS* (EE1).

A humanização relacionada ao funcionário enquanto produtor de saúde foi um aspecto levantado, conforme observado na fala a seguir: *Nós falamos muito da humanização com os pacientes, mas para que meus funcionários sejam humanos com os pacientes eu tenho que ser humano com eles.*

Não adianta eu sobrecarregar um funcionário para que ele aplique a política de humanização (EE4).

A PNH tem como alguns de seus princípios norteadores a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromisso/responsabilização bem como o estímulo ao comprometimento com os processos de produção de saúde e de sujeitos⁽²⁾. Para facilitar a execução destes princípios, são indicadas algumas estratégias como a promoção da participação dos trabalhadores em discussões e decisões para fortalecimento e valorização do seu comprometimento e crescimento profissional⁽²⁾.

Vale ressaltar que há a necessidade de adotar a humanização como política que caracteriza uma construção coletiva. Durante as entrevistas, ao levantarem questões com relação à humanização do funcionário, mostraram o caráter amplo da PNH que também defende a necessidade de garantir melhores condições de trabalho aos profissionais⁽²⁾.

Embora haja desconhecimento dos detalhes que apregoa a PNH para readequação dos serviços de urgência, um dos entrevistados reconhece que uma reorganização será necessária, tanto estruturalmente quanto de recursos humanos, conforme a fala a seguir: *Eu acho que vai precisar de uma boa adaptação, tanto física quanto de recursos humanos, profissionais contratados, muita coisa vai ter que mudar (EE7).*

Durante todo o discurso dos sujeitos, ficou evidente que há desconhecimento da PNH. Esta percepção se fortalece e se confirma quando questionados diretamente sobre o que sabiam sobre a mesma, como pode ser conferido nos exemplos abaixo: *Eu não tenho muito conhecimento sobre a Política Nacional de Humanização (EE1). Política Nacional de Humanização nos serviços de emergência? Para mim até agora não chegou nada (EE6).*

Assumir-se como núcleo de saberes e competências é imprescindível para a implementação da PNH. Contudo, tal idealização ainda não é uma realidade no cenário deste estudo, onde o desconhecimento da PNH foi evidenciado ao longo de todos os discursos.

Esta pode ser uma discussão de vasta abrangência. Aqui será desenvolvida sob a ótica da participação política do enfermeiro.

Hodiernamente, a participação política do enfermeiro é vista como um dos subprocessos que compõe o processo de trabalho do enfermeiro, juntamente com assistir, administrar, ensinar e pesquisar. Ele permeia todos os outros e sua finalidade é conquistar melhores condições para operar os outros processos de trabalho⁽¹⁰⁾. Assim, a partir da alienação política, o enfermeiro compactua com as suas condições de trabalho. O desconhecimento frente à PNH, que data do ano de 2004, converge com o mencionado, demonstrando ser um ponto crítico neste setor e possivelmente um obstáculo à implementação do Acolhimento com Classificação de Risco nesta realidade.

O entendimento dos enfermeiros do PS acerca do acolhimento com classificação de risco

Os sujeitos entendem a classificação de risco apenas na priorização do atendimento, sem relacioná-la ao acolhimento, conforme ilustra o trecho: *Eu sei que existem vários tipos de classificações; eu conheço sobre a classificação de Manchester. Que ela dá prioridade, ela classifica as pessoas por nível de urgência/emergência (EE1).*

É possível verificar que o entendimento dos enfermeiros acerca da classificação limita-se a um meio de priorizar o atendimento sem estar vinculado ao acolhimento da clientela que ali aporta, divergindo da proposta do MS.

Em outro estudo também foram evidenciados déficits no entendimento sobre acolhimento por parte da equipe de enfermagem. Naquela realidade, embora os sujeitos apresentassem conhecimento sobre a finalidade das propostas do acolhimento durante a classificação de risco, demonstraram não compreender sua abrangência, identificando-o apenas como uma parte do atendimento, destinada apenas a um local. Dessa forma, a atitude da equipe de enfermagem também representa um grande desafio quanto à

implementação da estratégia de acolhimento⁽¹¹⁾.

Outro ponto significativo que emergiu na análise dos dados foi a falta de distinção entre triagem e acolhimento, como visto a seguir: *Eu acredito que na classificação em si, tem que ter um enfermeiro treinado para fazer triagem (EE2). Eu acho muito importante a presença de um enfermeiro ali para o acolhimento, ou seja, para a triagem (EE3).*

Esta visão equivocada apresentada pelos pesquisados se reporta à anacronicidade da triagem excludente, divergindo dos princípios do SUS e da PNH. Já o acolhimento pode ser visto como uma estratégia para a aplicação destes princípios, a partir de uma escuta qualificada capaz de identificar necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário⁽¹²⁾.

Tradicionalmente, o conceito de acolhimento tem sido ora uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ora uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados, que assumem um caráter excludente por acabar selecionando aqueles que devem ser atendidos. Tais concepções quando isoladas restringem-se a uma ação descomprometida com os processos de trabalho em saúde e com a produção de vínculo. Nessa concepção de triagem administrativa os profissionais acabam tendo como foco a doença e o procedimento e não o indivíduo e suas necessidades⁽³⁾.

O Acolhimento com Classificação de Risco possui outros objetivos além de organizar as filas de espera e propor uma ordem de atendimento que não a ordem de chegada, como por exemplo: garantir atendimento imediato às pessoas que chegam nas portas dos serviços de urgência com risco elevado, informar aos pacientes que não tiverem grandes riscos e seus familiares, informar tempo provável de espera, aumentar a satisfação dos usuários e possibilitar construção de redes internas e externas do atendimento⁽³⁾. Todavia, sabe-se que pensar hoje em um novo sistema de saúde, baseado em um novo

paradigma, centrado no sujeito das ações de saúde e não na doença, ainda é desafiador ao SUS⁽¹³⁾.

Alguns enfermeiros confundem acolhimento com classificação de risco e grau de dependência dos cuidados de enfermagem, como nos mostra a fala: *O acolhimento é aquela hora que você chega à sala vermelha, na sala de emergência, e vai ver qual é a classificação do risco: se é grau um, grau dois, grau três e grau quatro (EE8).*

A determinação do nível de complexidade dos pacientes no PS estudado é feita conforme o modelo, segundo o qual, os pacientes são divididos em duas categorias: os internados sem leito ou em observação e aqueles atendidos na sala de emergência. A classificação dos internados ou em observação ocorre uma vez ao dia, representando uma amostra. Todos aqueles que são atendidos na sala de emergência são classificados ao darem entrada no serviço, permitindo a identificação do total de atendimentos segundo a necessidade dos cuidados de enfermagem⁽¹⁴⁾.

O sistema de classificação de pacientes permite sustentar o planejamento da assistência de enfermagem e mostra-se essencial para subsidiar o dimensionamento de recursos humanos e materiais, previsão dos custos da assistência e melhor distribuição de atividades entre os membros da equipe de enfermagem⁽¹⁵⁾. Desta maneira, neste cenário não há relação entre o propósito do acolhimento e a classificação de risco, como ocorrem os enfermeiros deste estudo.

Elementos essenciais para a implantação do acolhimento com classificação de risco em um pronto socorro

Os enfermeiros do PS elencaram como necessário para implantação do acolhimento com classificação de risco: multiprofissionalidade, processo educativo, conhecimento científico, competências gerenciais do enfermeiro e autonomia ao enfermeiro.

Em concordância com a relação de multiprofissionalidade proposta pelo MS, a fala seguinte nos mostra como um dos entrevistados a visualiza:

Porque não é a equipe de enfermagem aplicando (o acolhimento com classificação de risco), é o pronto-socorro. Então você tem que fazer um vínculo com a equipe médica, com a parte da assistência social, com a parte da nutrição, com a parte da psicologia para que ande como uma roda. Não adianta só a enfermagem se esforçar e fazer tudo sozinha porque não consegue (EE4).

Levando em consideração que o Acolhimento com Classificação De Risco é um mecanismo que visa à melhoria da qualidade dos serviços de urgência e um importante instrumento na construção de redes de atenção, são sugeridos por meio do protocolo de tal dispositivo etapas a serem cumpridas durante a sua implantação. Uma destas etapas constitui na sensibilização dos gestores, gerentes, chefes e demais trabalhadores dos serviços de urgência hospitalares com uso de encontros amplos e abertos para formação do processo de adesão ao acolhimento com classificação de risco⁽³⁾.

A formação destes grupos visa tanto à compreensão, reflexão e envolvimento sobre a organização do processo de trabalho e o trabalho em equipe quanto à capacitação técnica, que inclusive poderá ser realizada aos demais profissionais que não são estritamente da saúde⁽³⁾. Nesse sentido, a organização do processo de trabalho deve ser elaborada por meio da dialogicidade, sendo que as múltiplas vozes nele envolvidas estão em debate e negociação⁽¹⁶⁾.

Os processos de produção de saúde mostram que se faz necessário um trabalho coletivo e cooperativo entre sujeitos, formando uma rede de relações que exige interação e diálogo permanentes. Cuidar dessa rede de relações é uma ação imperativa fundamental no trabalho em saúde, pois através dela há a consolidação de práticas de corresponsabilidade e de autonomia dos sujeitos implicados⁽³⁾.

Destarte, o acolhimento requer um aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação ao usuário, bem como um aperfeiçoamento do trabalho em equipe com integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais para

que se fortaleça o trabalho da equipe multiprofissional estimulando, assim, a transdisciplinaridade e grupalidade.

Com esta proposição do atendimento ocorre uma inversão do modelo técnico-assistencial para um modelo usuário-centrado que deixa o serviço mais comprometido com a defesa da vida individual e coletiva. Desta forma, o processo de trabalho se descentraliza da figura e do saber médico para a figura da multiprofissionalidade que a partir do acolhimento dá respostas com resolutividade às suas demandas⁽¹⁷⁾.

A constituição de equipes multiprofissionais pela maior resolutividade dos problemas de saúde das populações locais ou referidas evita que seja colocada em risco a qualidade do trabalho. A introdução da Educação Permanente em Saúde seria uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social da educação, promovendo a implementação de espaços para discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essa prática⁽¹⁸⁾.

O processo educativo foi reconhecido por um dos sujeitos entrevistados como indispensável para o sucesso da implantação do acolhimento com classificação de risco: *Quando você começa a implementar uma coisa, você tem que treinar toda a sua equipe com base naquilo que é pedido. Eu acho que é assim: vamos implementar o acolhimento com classificação de risco, então, é preciso treinamento com todo mundo, de preferência com a equipe inteira, não é treinamento com a enfermeira da manhã, não é treinamento com o médico tal, monta vários grupos multiprofissionais e realiza um treinamento com a mesma pessoa para que seja falada a mesma língua. Qualquer coisa que você queira implementar, se você não falar a mesma língua que as outras equipes, não vai fluir (EE4).*

Esta consideração é prevista pelo MS tanto que, para nortear o processo educativo, o protocolo de acolhimento com classificação de risco propõe a realização de oficinas de trabalho em que deverão ser discutidos aspectos como acesso e caracterização da demanda do serviço, fluxos e critérios adotados para a

organização da atenção ao usuário, relações de trabalho, espaços de troca, ambiência, relações com usuários e familiares, entre outros⁽³⁾.

Apesar de reconhecerem a importância do processo educativo, foi constatado que os enfermeiros desta instituição se referem à falta de tal prática em seu cotidiano, como mostra esta fala: *Só que a equipe de enfermagem, os técnicos não tiveram treinamento com relação a isso (acolhimento com classificação de risco)* (EE2).

A ausência de um processo educativo contradiz a PNH, que o indica como parte integrante do conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e na extensão em saúde, no eixo da educação permanente⁽²⁾. Nos serviços de urgência, em que as equipes de saúde trabalham em regime de plantões, é sugerida a formação de rodas de conversa ou outras estratégias de mobilização junto à equipe multiprofissional para que haja análise e produção de planos conjuntos para o enfrentamento das dificuldades diárias⁽³⁾.

Para dar conta do cuidado, o enfermeiro, ao inserir-se nos processos de trabalho, busca a ocupação dos lugares que lhe dizem respeito: ora junto ao usuário, ora perante as equipes de saúde, de forma consciente e direcionada às necessidades específicas de cada um em busca da humanização⁽¹⁹⁾.

Quando perguntados com relação à importância do enfermeiro inserido no PS que realiza acolhimento com classificação de risco, os sujeitos pontuaram o conhecimento científico, a autonomia e as competências gerenciais deste profissional como elementos de relevância para o sucesso da implantação de tal protocolo. Com relação ao conhecimento científico, alguns dos entrevistados consideram que o enfermeiro é o profissional mais indicado para a realização da classificação de risco: *O auxiliar e o técnico não têm aquele estudo mais aprofundado necessário para avaliar um paciente como um todo* (EE7). *Acho que deveria ser o enfermeiro quem deveria realizar a classificação de risco, porque ele tem mais conhecimento* (EE1).

A concepção dos entrevistados demonstrada nas falas sobre o enfermeiro como profissional mais indicado para realizar o Acolhimento com Classificação De Risco converge com o modelo proposto pelo MS que dá a orientação de que esta deve ser uma atividade realizada por profissional de enfermagem de nível superior, preferencialmente com experiência em serviços de urgência e previamente capacitado para tal função⁽³⁾. Assim, o enfermeiro é o elemento mais indicado para a acolhida dos usuários por possuir a pessoa como o foco e transitar em diversas áreas do conhecimento, buscando tecnologias diferenciadas para a assistência⁽¹⁷⁾.

Em muitas situações, o enfermeiro reafirma sua responsabilidade de orientar, de colocar o seu saber e as normas da instituição para a assistência do usuário, demarcando o seu controle no processo de trabalho. Ao possibilitar a abertura de novos espaços na intenção de envolver e centralizar o usuário nos processos de seu cuidado, este profissional estaria rompendo gradativamente as resistências existentes nos contextos hospitalares para a criação de uma assistência acolhedora e humanizada⁽¹⁹⁾.

O enfermeiro pode ser considerado o profissional de saúde que mais domina métodos como planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria, empregados no processo de gerenciamento⁽¹⁰⁾. O desenvolvimento destas e de outras competências gerenciais por parte dos enfermeiros dos serviços de urgência facilita seu envolvimento com a organização dos processos de trabalho relacionados e a viabilização da classificação de risco.

Os entrevistados visualizam a competência gerencial do enfermeiro como desencadeadora da organização dos processos de trabalho para a aplicação do acolhimento com classificação de risco: *Eu acredito que é essencial a presença do enfermeiro para a classificação, para a organização disso, para isso acontecer corretamente* (EE1). *Eu acho que ele é a peça fundamental para que a política de humanização seja*

efetiva, para que não funcione só no papel, ele vai ver a realidade que ele tem, o que ele pode fazer, quanto que ele tem de carga horária, quanto que ele tem de funcionário, pegar o que está escrito e fazer essa vinculação com a prática (EE4).

Com o novo formato de acolhimento, há uma otimização tanto de tempo quanto de rendimento no trabalho do enfermeiro, que pode avaliar clinicamente um paciente utilizando todo seu potencial à assistência, e com isso garantir o impacto no acesso dos usuários. Além disso, o enfermeiro exerce uma autonomia que se deve à condição de que ele tem de decidir sobre o seu trabalho com exercício pleno do saber-fazer durante a assistência⁽¹⁷⁾.

A autonomia dada ao enfermeiro frente ao seu modelo de trabalhar também foi destacada pelos entrevistados: *A partir do momento em que ele consegue fazer essa avaliação, ele tem autonomia para ir lá determinar: eu quero que esse paciente vá para o box tal, colaborador tal você vai lá faça isso, faça aquilo, independentemente do atendimento médico. Ele tem autonomia para identificar e determinar: esse paciente tem que ser atendido lá, preciso para esse paciente de um respirador, então eu tenho que providenciar as coisas para esse paciente. O enfermeiro tem toda essa autonomia (EE5).*

No modelo de Acolhimento com Classificação De Risco, os protocolos contribuem para que haja um aumento na resolutividade do enfermeiro frente à assistência, favorecendo o fluxo dos usuários, fato que justifica a fala do enfermeiro entrevistado com relação à tomada de decisões perante a equipe, independente do pedido médico. Com a reorganização do processo de trabalho, esse profissional assume o papel de sujeito do processo dotado de maior autonomia, com contribuições efetivas à assistência multidisciplinar e interdisciplinar⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos dados obtidos pode-se inferir que conceitos da PNH e do protocolo nacional de acolhimento com classificação de risco não são conhecimentos de domínio por parte dos enfermeiros.

Visto que o PS cenário desta pesquisa passa por mudanças, primeiramente físicas e estruturais, para

atender às exigências da PNH, faz-se necessário um maior aprofundamento teórico sobre essa política para que a implantação do acolhimento com classificação de risco ocorra de forma gradativa e eficaz. O desconhecimento de uma política que traz como valor a humanização enquanto estratégia de interferência no processo de produção em saúde e que leva em conta que sujeitos sociais mobilizados transformam uma realidade, inviabiliza mudanças nos processos de trabalho.

Rever conceitos acerca da humanização e acolhimento requer não apenas tê-los na memória em termos técnicos, mas que o profissional agregue conhecimentos correlacionando-os à sua prática profissional. Entende-se, pois, que a humanização não se constitui em uma técnica e que o acolhimento exige uma mudança de postura profissional de todos os trabalhadores da saúde.

Não obstante, ressalta-se o papel do enfermeiro como idealizador da prática da educação permanente, que deve sempre buscar maior capacitação e adequar a realidade dos seus serviços às políticas que visem à melhoria dos mesmos. Discussões em equipe para que a complementaridade de cada profissional seja otimizada são sugeridas como forma de estratégia para criar uma maneira de fazer saúde pautada em referências de uma equipe multiprofissional.

Distante de sanar as discussões sobre a temática em questão devido às próprias limitações desta investigação, espera-se que novos estudos sejam realizados com o intuito de avaliar a PNH, observando dificuldades e possíveis obstáculos para o sucesso da implantação do protocolo de acolhimento com classificação de risco, na perspectiva de atender aos princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Mendonça FAC, Sampaio LRL, Linardi AG, Silva RM, Sampaio LL. Acolhimento e vínculo na consulta

- ginecológica: concepção de enfermeiras. *Rev Rene*. 2011; 12(1):57-64.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Política nacional de humanização: humanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Shiroma LMB, Pires DEP, Reibnitz KS. Reflexão acerca da implantação de um protocolo de classificação de risco no serviço de emergência. In: Anais do 2º. Seminário Internacional de Trabalho em Enfermagem; 2008 Abr. 17-19; Curitiba: ABEN; 2008.
5. Barbosa KP, Silva LMS, Fernandes MC, Torres RAM, Souza RS. Processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: a visão dos trabalhadores de enfermagem. *Rev Rene*. 2009; 10(4):70-6.
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
8. Falk MLR, Ramos MZ, Salgueiro JB, Gobbi A. Contextualizando a política nacional de humanização: a experiência de um hospital universitário. *Bol Saúde*. 2006; 20(2):135-44.
9. Oliveira SG. Humanização da assistência: um estudo de caso. *Rev Bras Enferm*. 2007; 9(35):55-62.
10. Sanna MC. Os processos de trabalho em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(2):221-4.
11. Zanelatto DM, Pai DD. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde*. 2010; 9(2):358-65.
12. Scholze AS, Ávila LH, Silva MM, Dacoreggio SYK. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. *Espaç Saúde*. 2006; 8(1):7-12.
13. Azevedo JM, Barbosa MA. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. *Rev Enferm UERJ*. 2007; 15(1):33-9.
14. Montezeli JH, Lopes AA. Implantação de um sistema classificatório do grau de dependência dos cuidados de enfermagem em um serviço de emergência. *Cogitare Enferm*. 2006; 11(3):239-44.
15. Carmona LMP, Évora YDM. Grau de dependência do paciente em relação à enfermagem: análise de prontuários. *Rev Latino-am Enferm*. 2003; 11(4):468-73.
16. Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2009; 13(1):603-13.
17. Souza AC, Lopes MJM. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2003; 24(1):8-13.
18. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2004/2005; 9(16):161-77.
19. Rossi FR, Lima MADs. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(3):305-10.
20. Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. *REME Rev Min Enferm*. 2008; 12(4):581-6.

Recebido: 02/01/2012

Aceito: 02/07/2012