

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000960014>

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

João Lucas Campos de Oliveira¹, Ana Paula Gatti², Mayckel da Silva Barreto³, José Aparecido Bellucci Junior⁴, Herbert Leopoldo de Freitas Góes⁵, Laura Misue Matsuda⁶

- ¹ Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PSE) da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente colaborador da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: enfjoalcampos@yahoo.com.br
- ² Enfermeira. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: paulinhagatti@hotmail.com
- ³ Doutorando do PSE/UEM. Docente da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Mandaguari. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: mayckelbar@gmail.com
- ⁴ Doutorando do PSE/UEM. Docente da Universidade Estadual do Norte do Paraná. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: bellucci@uenp.edu.br
- ⁵ Doutor em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: hlfgoes@uem.br
- ⁶ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: Immatsuda@uem.br

RESUMO

Objetivo: apreender a percepção de usuários de uma unidade emergencial sobre o atendimento embasado no Acolhimento com Classificação de Risco.

Método: estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados junto a 20 usuários por meio de entrevista gravada, norteada pela questão: Fale-me sobre o atendimento inicial, o acolhimento com classificação de risco, que o(a) Sr(a) recebeu nesta unidade.

Resultados: realizou-se análise de conteúdo dos dados, modalidade temática, da qual resultaram duas categorias: A classificação de risco como vantagem no atendimento às emergências; e Discordância com a classificação de risco estabelecida pelos profissionais. Apesar de os usuários perceberem o Acolhimento com Classificação de Risco como meio que otimiza o atendimento em emergências, houve quem discordasse da classificação atribuída pelos profissionais.

Conclusão: o Acolhimento com Classificação de Risco necessita de maior divulgação de seus objetivos visando a melhor aceitação de seus resultados pela sociedade, pois quando classificados como de menor prioridade, os usuários referem insegurança e insatisfação.

DESCRIPTORIOS: Acolhimento. Triage. Serviços médicos de emergência. Enfermagem.

USER EMBRACEMENT WITH RISK CLASSIFICATION: PERCEPTIONS OF THE SERVICE USERS OF AN EMERGENCY CARE UNIT

ABSTRACT

Objective: to investigate the perception of service users of an emergency unit, regarding attendance based in User Embracement with Risk Classification.

Method: his descriptive-exploratory study, with a qualitative approach. The data were collected from 20 service users through an audio-recorded interview, guided by the following question: Tell me about your initial attendance, the user embracement with risk classification, which you received in this unit.

Results: content analysis was undertaken with the data in thematic modality, from which two categories resulted: Risk classification as an advantage in attending emergencies; and Disagreement with the risk classification established by the professionals. Although the service users perceived User Embracement with Risk Classification as a measure which optimizes attendance in emergencies, some users disagreed with the classification made by the professionals.

Conclusion: the objectives of User Embracement with Risk Classification need to be better publicized, with a view to the better acceptance of its results by society, as when classified as being of lower priority, the service users mention feeling unsafe and dissatisfied.

DESCRIPTORS: user embracement. Triage. Emergency medical servise. Nursing.

RECEPCIÓN CON CLASIFICACIÓN DE RIESGO: PERCEPCIONES DE LOS USUARIOS DEL ATENCIÓN DE EMERGENCIA

RESUMEM

Objetivo: apreender la percepción de los usuarios de una unidad de emergencia en el Centro de recepción con Calificación de Riesgo.

Método: estudio exploratorio descriptivo con abordaje cualitativo. Se recolectaron datos de 20 usuarios a través de entrevistas grabadas, guiado por la pregunta: Coménteme sobre la recepción inicial con calificación de riesgo, que usted recibió en esta unidad.

Resultados: se realizó análisis de contenido con la modalidad temática, lo que resultó en dos categorías: La clasificación de riesgo como una ventaja en la respuesta a emergencias y; desacuerdo con la clasificación de riesgo establecida por los profesionales. Aunque los usuarios percibieron la Recepción con Calificación de Riesgo como un medio para optimizar la atención de emergencia, se identificaron también algunos usuarios que no estuvieron de acuerdo con la calificación otorgada por los profesionales.

Conclusión: el Recepción con Calificación de Riesgo requiere una mayor divulgación de sus objetivos con el fin de mejorar la aceptación de sus resultados por parte de la sociedad, porque cuando se ha clasificado con una prioridad más baja, los usuarios refieren inseguridad e insatisfacción.

DESCRIPTORES: Acogimiento. Triage. Servicios médicos de urgencia. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica, social e epidemiológica faz com que a procura e a oferta de serviços de saúde no Brasil sejam fenômenos que se alteram constantemente. Nesse contexto, nas últimas décadas, tem-se observado grande aumento na demanda dos serviços de atendimento às urgências e emergências¹ que, por sua vez, exigem grande incremento de tecnologias criadas em diferentes áreas e formas.

Em decorrência da especificidade da dinâmica do atendimento prestado, bem como das reais necessidades da população que busca os serviços de emergência, no Brasil, a partir de 2003, por meio da Política Nacional de Urgência e Emergência, foram iniciados a estruturação e o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), as quais se configuram como estabelecimentos da rede de atenção às urgências, de complexidade intermediária, com funcionamento ininterrupto e competência para acolher e prestar assistência aos usuários com quadro clínico agudo de qualquer natureza.²

As UPAs são serviços de saúde que exigem grande atenção por parte das três esferas de governo (municipal, estadual e federal), por se configurarem como importante porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde para atendimento às urgências e emergências. Mesmo assim, observa-se que esses serviços sofrem com a superlotação diária de pacientes, causada, principalmente, pela diminuta interação entre as assistências primária, especializada e hospitalar; escassez de recursos humanos; imprevisibilidade da demanda e; pelo elevado número de casos de intensa gravidade.³

Diante das peculiaridades da população que busca assistência e, também, dos problemas viven-

ciados nas UPAs, a priorização dos atendimentos, de acordo com a ordem de chegada, não é efetiva, tornando-se premente estabelecer critérios clínicos de classificação e avaliação dos usuários a serem atendidos.⁴ Destarte, no ano de 2004, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), a qual, dentre as suas diretrizes, propõe a reestruturação dos Serviços de Urgência/Emergência, com a implantação do Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco (ACCR).⁵

O ACCR, objetiva reorganizar a atenção, mediante acolhimento ao usuário e da priorização do atendimento, de acordo com a gravidade do risco ou quadro apresentado, para então sistematizar o atendimento para que seja mais ágil, seguro e humanizado.⁵ Esse sistema apresenta vantagens por controlar a demanda, otimizar o atendimento às urgências e emergências, diminuir a sobrecarga ocupacional da equipe de saúde e fortalecer o vínculo usuário-trabalhador.⁶⁻⁷

No atendimento pelo ACCR, após o usuário ser acolhido no serviço, utiliza-se o ordenamento estratificado na forma de, no mínimo, quatro cores para classificar os agravos: vermelho (emergência); amarelo (urgência); verde (menor urgência); e azul (não urgência), representando, respectivamente, a escala do maior ao menor risco, segundo critérios clínicos estabelecidos por protocolos institucionalizados.⁵ Ainda, os serviços emergenciais podem adotar sistemas com outras categorias para o atendimento, ao exemplo do protocolo de Manchester, que é muito utilizado globalmente e acrescenta a cor laranja aos pacientes classificados como "muito urgentes", ou seja, um intermédio entre as cores vermelha e amarela antes citadas.⁸

Em que pesem os benefícios almejados pelo ACCR, embora escassa, a literatura aponta dificult-

dades para a sua efetiva implantação e operacionalização, devido ao elevado número de usuários que procuram por atendimento de urgência, mas que apresentam quadros clínicos passíveis de resolução na atenção primária, necessidade de contratação de mais profissionais de enfermagem para atuação nos horários de pico e, necessidade de investimentos para a adequação da ambiência.⁹ Além disso, na perspectiva dos usuários, há necessidade de se estabelecer pactos permanentes entre os serviços e a comunidade.¹⁰

Por se constituir em um processo contemporâneo de construção social, evidencia-se a necessidade de estudos acerca do ACCR nos serviços que implantaram esse dispositivo em seu cotidiano assistencial, porque os resultados das pesquisas poderão fundamentar o (re)planejamento do dispositivo, de forma a favorecer a humanização e a qualidade do cuidado. Neste sentido, é importante obter informações dos usuários dos serviços de saúde que utilizam o ACCR, pelo fato de os mesmos serem os sujeitos ativos da sua (re)construção e validação.¹¹

Com base no exposto, questionou-se: qual é a percepção dos usuários de saúde sobre o atendimento recebido em uma UPA que tem o ACCR implantado? E, para responder a essa questão, no presente estudo propôs-se o objetivo de apreender a percepção de usuários de uma unidade emergencial sobre o atendimento embasado no dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco.

MÉTODO

Pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, realizada com 20 usuários de uma UPA, em um município do interior do estado do Paraná, nos meses de novembro e dezembro de 2013. O serviço investigado utilizava o protocolo de Manchester acoplado à etapa de classificação de risco do dispositivo ACCR rotineiro.

Participaram da pesquisa pessoas com 18 anos ou mais; que receberam atendimento por meio do ACCR; e que não foram classificadas no risco correspondente à cor vermelha, pelo fato de esta condição clínica impossibilitar a participação do sujeito no estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas gravadas, em local privativo na própria UPA, norteadas pela seguinte proposição: fale-me sobre o atendimento inicial, o acolhimento com classificação de risco, que o(a) Sr(a) recebeu nesta unidade. A busca por informações ocorreu até a saturação teórica de dados, ou seja, momento em

que o pesquisador percebeu que os depoimentos haviam se tornado repetitivos.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e, em seguida, os textos foram revisados em relação à ortografia, sem que a essência fosse modificada. Após isso, as informações foram submetidas a tratamento e análise, por meio da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, respeitando-se as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados e inferência dos resultados.¹²

Na pré-análise foi realizada a leitura flutuante das entrevistas impressas, destacando-se os pontos de interesse, seguido da exploração do material com a leitura minuciosa e exaustiva de todo o conteúdo. Após, realizou-se a codificação das mensagens, por meio da qual se apreenderam os núcleos de sentido, os quais foram agrupados, gerando-se as categorias temáticas. Terminada a categorização, realizou-se a inferência a partir dos dados obtidos. Nesta fase, foram analisados o contexto da linguagem, a condição do emissor e suas significações.¹²

Na apresentação dos resultados, os excertos dos relatos foram editados, retirando-se ou acrescentando-se termos (entre colchetes) que facilitassem o entendimento pelo leitor sem, no entanto, alterar o conteúdo. Visando a manutenção do sigilo dos entrevistados, no final dos excertos foi acrescida a notação "U" que representa "Usuário", seguido de um número arábico que indica a sequência cronológica da entrevista realizada.

O desenvolvimento desta pesquisa se deu em conformidade com as exigências previstas na Resolução CNS nº. 466/2012 que está registrada sob CAAE: 22632013.3.0000.0104, estabelecido após análise e emissão de parecer favorável (449.662) do Comitê Permanente de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo tinham idade que variou de 18 a 57 anos (média de 33 anos); a maior parte deles era do sexo feminino (13); solteira (13); e já havia procurado anteriormente algum tipo de assistência em UPA (15).

Após o tratamento analítico dos dados, emergiram duas categorias: a) A classificação de risco como vantagem no atendimento às emergências; e b) Discordância com a classificação de risco estabelecida pelos profissionais.

A classificação de risco como vantagem no atendimento às emergências

Nessa categoria, os usuários relataram que o uso sistemático do dispositivo ACCR pode tornar mais ágil o atendimento aos pacientes com quadros clínicos considerados graves: *Usando sempre essa classificação, eles [os profissionais de saúde], veem melhor o que a pessoa está sentindo e, se estiver com muito risco, eles encaminham mais rápido. Acho isso legal! (U3). A classificação de risco é boa, porque você poderá saber, mais ou menos, qual horário será atendido. Quanto mais risco, mais rápido você é atendido (U7).*

De acordo com as falas supracitadas, depreende-se que o tempo de atendimento aos usuários que apresentam o que se pode chamar de “maior risco” é algo que pode ser otimizado com a utilização do ACCR, e isso é importante e necessário, pois o tempo de atendimento é um fator indissociável e inversamente proporcional à possibilidade de estabilização do risco ou quadro agudo apresentado pelo paciente.¹³

Além do tempo otimizado para o atendimento àqueles que apresentam quadros clínicos considerados mais graves, o dispositivo ACCR deve servir de subsídio para que os profissionais, mediante a classificação e monitoramento do risco de cada usuário, forneçam informações sobre o tempo previsto para o atendimento que, segundo a classificação, apresentam quadros clínicos menos graves.⁵ Isto também é importante, pois ao serem devidamente informados sobre o tempo para o atendimento, os usuários e/ou seus familiares podem se sentir menos ansiosos e mais seguros.

Corroborando com o explicitado anteriormente, um estudo acerca da implantação do ACCR em serviços de emergência aponta que esse dispositivo possibilita informar ao usuário a expectativa de atendimento e o tempo de espera, promovendo com isso, a redução da ansiedade e o aumento do nível de satisfação do cliente.¹⁰ Nesse sentido, apreende-se que o atendimento com base no ACCR pode ser considerado como um fator que colabora para o alcance da qualidade da atenção, visto que o nível de satisfação dos usuários é sabidamente um dos principais indicadores de qualidade na área da saúde.¹⁴

Em unidades de atendimento emergencial, a organização do processo de trabalho da equipe multiprofissional é um elemento que intervém na qualidade da assistência prestada, pois a forma com que o processo de trabalho é organizado reflete nos resultados assistenciais.⁴ Desse modo, em serviços de emergência, a organização do trabalho pode ser

aprimorada com a utilização de um conjunto de protocolos e dispositivos que objetivam acolher, classificar e direcionar o usuário para o atendimento, de maneira ágil, segura e humanizada,¹⁵⁻¹⁶ tal como estabelece o ACCR.

Outros participantes também reconheceram que a classificação do ACCR pode otimizar o tempo de atendimento daqueles que apresentam maior risco de morte. *É uma vantagem para quem estiver com mais risco, porque vai ser atendido primeiro. Eu acho isso importante porque tem gente que não está com tanta dor assim e tem gente que está correndo risco de morte [...] acho esse negócio legal (U20). Eu acho que isso veio para melhorar o atendimento. Às vezes chegam pessoas passando muito mal que precisam ser atendidas e ficar esperando muito tempo não dá. Então eu acho que é para melhorar (U9). Eu penso que tem que usar essa classificação sim! Se uma pessoa chega muito ruim e eu estou na frente, vou ser atendida antes? Tem que ser classificado sim (U10).*

De acordo com os excertos, os entrevistados demonstram compreensão e concordância com a aplicação do ACCR especialmente frente aos quadros de maior gravidade clínica. Esse dado é importante e necessário, pois em se tratando de usuários em estado de emergência, a rapidez para o atendimento é um fator importante à manutenção da vida e à prevenção de sequelas.

A percepção apresentada pelos entrevistados corrobora com a literatura,¹⁷ a qual menciona que os usuários, normalmente, compreendem que os casos de emergências devem ter atendimento prioritizados. Por outro lado, apesar de o ACCR favorecer a otimização do atendimento de casos mais graves, na opinião de usuários, outros importantes objetivos que deveriam estar associados ao dispositivo, como o acolhimento e a humanização da assistência, ainda se fazem pouco presentes.¹⁷

Diante dos resultados apresentados, conjectura-se ser importante o fato de os usuários entrevistados não terem mencionado o acolhimento, tampouco a humanização, os quais deveriam estar associados ao ACCR. Isto ganha ainda mais relevância quando se constata em pesquisas realizadas com profissionais de saúde acerca do dispositivo, que o ACCR tem maior impacto no cotidiano assistencial apenas em relação às ações de classificação de risco, sendo que o acolhimento e a humanização, na percepção destes sujeitos, apesar de serem reconhecidos como importantes, muitas vezes são concebidos como atividades secundárias.^{6,18} Sendo assim, faz-se necessária que a consolidação do acolhimento,

culminando na humanização da assistência, seja um produto de processo contínuo de reflexão e ação entre usuários, profissionais e gestores de saúde.

Transpondo os limites do atendimento pessoal, um entrevistado apontou a importância da classificação de risco para o rápido atendimento às outras pessoas, denotando que esse dispositivo, na realidade estudada, possivelmente passa por um momento de legitimação social, no que tange à sua característica de ordenamento da assistência de acordo com o risco: *Às vezes a gente chega aqui com uma criança com febre alta e outra criança que não tem tanta urgência. A criança com febre tem que ser atendida antes. Então eu acho bom, porque se está com urgência, já é encaminhado* (U16).

A percepção de que o atendimento é mais ágil de acordo com a gravidade do caso clínico apresentado pelo paciente ou mesmo pelo seu familiar também foi constatada em uma pesquisa realizada na região Sul do Brasil, junto a usuários de unidades de saúde que utilizavam o ACCR.¹⁰ Neste estudo, os resultados corroboraram com a proposta do dispositivo, pois se constatou que o atendimento com base no risco deve ser o método ordenador nos serviços de emergência.

Outros estudos nacionais realizados junto a médicos e profissionais da equipe de enfermagem também corroboram com o exposto, pois apontam que, na percepção dos profissionais, a característica melhor compreendida e mais bem aceita pelos usuários em relação ao ACCR é a oferta de atendimento imediato aos casos tidos como mais urgentes.^{6-7,18}

Os participantes da presente investigação não mencionaram outras possíveis vantagens advindas da utilização do ACCR como, por exemplo, melhor controle da demanda, fortalecimento do vínculo usuário-trabalhador e maior segurança profissional no desenvolvimento das atividades,^{5,7,9} o que, em parte, pode ser explicado pelo fato de o dispositivo ter sido instituído na unidade estudada há apenas um ano. Desta forma, depreende-se que os usuários ainda carecem de informações e, também, de se adaptarem ao método de atendimento do ACCR. Isso possivelmente é um dos fatores que influencia na sua capacidade de elencar um maior de número de vantagens.

Talvez pelos motivos antes referidos, alguns entrevistados referiram certa insatisfação decorrente da discordância entre o risco estabelecido pelo profissional da UPA e o risco que o usuário pensa ou sente estar enquadrado.

Discordância com a classificação de risco estabelecida pelos profissionais

Nesta categoria o agrupamento das falas dos participantes indicou que, apesar de o ACCR ter potencial para organizar/otimizar o atendimento às emergências, quando a classificação é para si, alguns usuários não concordam com o risco estabelecido pelos profissionais de saúde: [...] *hoje eu cheguei mal e me colocaram a classificação verde. Já eu, no meu ponto de vista, achei que era amarelo, porque eu não estava muito mal, mas também não estava muito bem. Acho que a classificação que eles fazem é meio ruim* [...] (U1). [...] *essa classificação é legal, mas na verdade eu acho que eles deveriam avaliar melhor, porque eu cheguei aqui com muita dor e me colocaram como verde. Deram prioridade muito baixa para o que eu estava sentindo. Então, a prioridade eles têm que dar pelo que a pessoa está sentindo e não pelo que eles acham que é* (U8). [...] *tem uma mulher passando mal ali e ela nem foi atendida ainda. A pressão dela está baixa, ela está quase caindo da cadeira e pode ter certeza que está o "verdinho" ali, que não é de risco* (U5).

Os excertos apresentados são importantes, pois apesar de a classificação de risco ser baseada em critérios clínicos previamente estabelecidos,⁵ cada um busca a resolução de problemas individuais que são percebidos de maneira particularizada, em torno da sua subjetividade, a qual não nem sempre pode ser avaliada com segurança pelo profissional. Dessa forma, a mensuração ou classificação de problemas relacionados à saúde é algo difícil de ser avaliado de maneira objetiva, especialmente no que se refere ao sentimento de dor aguda.¹⁹ Um modo de, talvez, resolver esse impasse pode ser o uso de escalas de dor, que podem ser mensuradas por meio de números com diferentes graduações ou figuras. Outras medidas que poderiam minimizar distorções desse tipo estão atreladas às ações de acolhimento e humanização, também propostas no dispositivo ACCR.

Outra questão que merece destaque se relaciona ao fato de que os usuários que revelaram discordar da classificação realizada por meio do dispositivo ACCR eram aqueles classificados com a cor verde, o qual representa situação de menor-urgência⁵ e, possivelmente, poderia ser resolvida no âmbito da atenção primária.^{9,16} Mas, devido principalmente à falta de operacionalização do sistema de referência e de contrarreferência e da soberania do modelo médico-curativista, os usuários com possibilidades de serem atendidos em serviços de menor complexidade procuram a resolução de seus problemas em serviços de emergência.²⁰

Frente aos achados e à literatura consultada, percebe-se que o ACCR ainda se encontra em fase inicial de concretização, pois os usuários ainda apontam a eficiência do dispositivo basicamente para os casos de emergência, sentindo-se descontentes e/ou desacreditados face à classificação de menor risco. Além disso, o fato de não mencionarem os aspectos inerentes ao acolhimento e à humanização da assistência, colabora para a manutenção da cultura de que o dispositivo tem a função de mera “triagem”, como se observar a seguir: *hoje eu só fui atendido rápido porque não tinha muita gente. A minha classificação era verde, mas eu não estava bem, estava com bastante dor. Então, eu acho que quem está lá dentro deve fazer um treinamento para fazer uma triagem melhor* (U2).

A fala de U2 caracteriza a possível dificuldade de os usuários superarem a lógica da “triagem”, que é considerada como método excludente, pois tem como característica “escolher” quem deve ou não ser atendido, deixando de assistir àqueles que, segundo o próprio método de “triagem”, não atendem aos requisitos nele estabelecidos.⁵ Sendo assim, a aceitação da proposta do ACCR pela sociedade é importante porque, tende a evitar a superlotação nos serviços de emergência e, assim, atender prioritariamente casos mais graves com maior efetividade.

Diante do exposto, percebe-se que o ACCR, devido à característica de organizar o trabalho, também consiste em um dispositivo de gerenciamento da assistência e, por isso, deve ser continuamente aprimorado e ajustado à realidade de cada serviço e/ou clientela.¹⁹ Possivelmente, uma forma de ajustar o ACCR às necessidades da população, é instrumentalizar os enfermeiros, já que as ações de avaliação e classificação de cada caso devem ser realizadas por este profissional, que é considerado qualificado e preparado para atuar em serviços de emergência.²¹⁻²²

É importante frisar que os enfermeiros atuantes em tais serviços, que adotam o ACCR no cotidiano assistencial, necessitam aprimorar continuamente os seus conhecimentos e habilidades para que as ações de classificação e avaliação sejam eficientes e eficazes. Condutas desse tipo são fundamentais para evitar o que ocorreu com um dos usuários que referiu que a classificação recebida não tinha sido adequada e, que isso, quase resultou em consequências danosas e até irreversíveis. *Eu acredito que isso não funciona. Porque eu cito um exemplo que já aconteceu comigo. Eu vim na UPA e me classificaram como “laranja”. Disseram para eu esperar ali. Então, o que é prioridade aqui? Sabe qual era o meu problema?*

Eu fui para o cardiologista e estava com 90% da veia principal entupida. Eu tive que fazer uma angioplastia urgente, correndo, para não morrer. E aqui classificaram como uma simples dor muscular (U4).

O excerto apresentado reforça a ideia de que, na percepção dos participantes, o risco percebido individualmente diverge do risco classificado segundo o ACCR que, desta vez, foi ineficiente, pois houve a necessidade de rápida procura por serviços mais complexos para resolução do problema em questão. Isso tem relevância, pois, isoladamente, o ACCR não garante melhoria na qualidade da assistência. Do contrário, se o usuário encaminhado para outro serviço não for acolhido, acabará sendo excluído da rede de atenção à saúde e, muitas vezes, poderá ter o seu problema agravado.²³

O relato de U4 relaciona-se com os resultados de um estudo avaliativo acerca do ACCR, o qual revelou que grande parte dos usuários deixa os serviços de emergência sem que seus problemas ou agravos sejam atendidos na proporção esperada.¹⁷ Para enfrentar essa problemática, é imprescindível que os gestores destes serviços e da atenção primária à saúde construam protocolos pactuados, que garantam a execução efetiva do sistema de referência/contrarreferência entre as instituições e redes de saúde.

O descrédito ou descontentamento vivenciado pelos usuários entrevistados em relação ao ACCR, como aquele identificado no relato de U4, reafirmam aspectos apontados em estudos acerca da implantação deste dispositivo, os quais indicam a necessidade do cumprimento de algumas etapas consideradas fundamentais para o sucesso de sua operacionalização, como contratação de mais profissionais de enfermagem no serviço, pactuação entre os serviços de emergência e não emergenciais, treinamentos específicos para os profissionais atuantes no ACCR, construção de protocolos de atendimento, embasados no perfil epidemiológico da população e na literatura científica.^{9,20}

Não foi possível perceber no serviço estudado se tais etapas inerentes à implantação do ACCR foram seguidas. Contudo, é fato que, estando imerso em um processo de trabalho peculiar, esse dispositivo deve ser ciclicamente aprimorado por meio de ações de (re)planejamento, ação e avaliação.

Em nenhuma entrevista foi mencionada a conduta de acolhimento, que deve estar atrelada às ações de classificação de risco.⁵ Isso é um agravante, porque o acolhimento e a disposição para escutar são requisitos para se iniciar uma relação empática com o usuário e, assim, garantir um processo de

classificação de risco humanizado, com maior acesso aos serviços de saúde e alcançar o objetivo central que é o atendimento qualificado.²⁴

Considera-se que, quando não ocorre a criação de vínculo entre trabalhadores e usuários, há falha na relação de empatia e clínica ampliada para o atendimento e isso significa que os preceitos da humanização da assistência não estão sendo valorizados.⁹ Mediante a esse fato, salienta-se que é preciso discutir a melhor forma de estabelecer um fluxo de atendimento resolutivo, de modo que se mantenha o foco nas necessidades do usuário, considerando, ao mesmo tempo, o perfil do atendimento “de porta” e a realidade gerencial de cada instituição.

Diante do exposto, percebe-se que os usuários entrevistados não se sentem completamente satisfeitos com o ACCR, visto apontarem a existência de eficácia somente para situações de emergência. Sendo assim, cabe refletir sobre a atuação da equipe multiprofissional nos espaços de prestação do cuidado, como a UPA, e no uso do dispositivo ACCR, já que a qualidade do cuidado nesses serviços é o produto resultante, entre outros, da soma de ações de acolhimento, classificação de risco e direcionamento de fluxos, associados às habilidades relacionais, comunicativas e técnicas dos profissionais.

CONCLUSÃO

Neste estudo, as percepções dos usuários de uma UPA frente ao ACCR foram representadas em duas categorias temáticas. A primeira, A classificação de risco como vantagem no atendimento às emergências se configurou pelo agrupamento dos relatos dos usuários que expressaram que o ACCR é um dispositivo capaz de dar agilidade ao atendimento àqueles em situações de emergência, ou seja, com risco de morte.

Por sua vez, a segunda categoria temática, Discordância com a classificação de risco estabelecida pelos profissionais, apreendeu as percepções dos sujeitos referentes à falta de acurácia do ACCR para classificar o risco que o próprio usuário atribui. Conclui-se que apesar do ACCR ser reconhecido como um valioso dispositivo na priorização de casos considerados graves, esse dispositivo necessita de maior divulgação e de aceitação pela sociedade, porque quando classificados como de menor prioridade para o atendimento, os usuários referem insegurança e insatisfação.

Como limitação deste estudo, considera-se a percepção de usuários em um único local e em um momento pontual. Desse modo, sugerem-se

investigações do tipo longitudinal e de abordagem quantitativa, tendo como objetos a avaliação dos usuários e trabalhadores sobre o ACCR e, também, a precisão/acurácia da classificação realizada pelos profissionais.

Por fim, como contribuições à área da saúde e à enfermagem, ressaltam-se as informações levantadas que, certamente, poderão subsidiar novos estudos e discussões que visam ao aprimoramento do dispositivo ACCR, na busca por resultados favoráveis à qualidade do atendimento em serviços de emergência.

REFERÊNCIAS

1. O'Dwyer G, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Cienc Saúde Colet*. 2009; 14(5):1881-90.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.648, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre as diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 h da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política de Atenção às Urgências. Brasília. [Internet] 2011 [[cited 2014 Jan 18]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2648_07_11_2011.html
3. Jorge VC, Barreto MS, Ferrer ALM, Santos EAQ, Rikkli HC, Marcon SS. Equipe de enfermagem e detecção de indicadores de agravamento em pacientes de pronto-socorro. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(4):767-74.
4. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(2):266-72.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília (DF): MS; 2009.
6. Zanellatto DM, Dal Pai D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde*. 2010; 9(2):358-65.
7. Costa MAR, Cambiriba MS. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. *Ciênc Cuid Saúde*. 2010; 9(3):494-502.
8. Pinto Júnior D, Salgado PO, Chianca TCM. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet] 2012 [cited 2017 Set 29]; 20(6):1041-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/05.pdf>
9. Bellucci Junior JA, Matsuda LM. Implantação do Programa Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2014 Jan 18]; 21(1):217-25. Available from: <http://www.scielo.br/>

- pdf/tce/v21n1/a25v21n1.pdf
10. Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2012 [cited 2014 Jan 18]; 14(3):541-9. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a10.htm>.
 11. Vituri DW, Inoue KC, Bellucci Junior JA, Oliveira CA, Rossi RM, Matsuda LM. Welcoming with risk classification in teaching hospitals: assessment of structure, process and result. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]* 2013 [cited 2014 Jan 18]; 21(5):1179-87. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/0104-1169-rlae-21-05-1179.pdf>
 12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo (SP): Edições 70; 2011.
 13. Martins HS, RA Brandão Neto, A Scalabrini Neto, I Velasco. *Emergências clínicas - abordagem prática*. 9ª ed. São Paulo (SP): Manole; 2014.
 14. Pena MM, Melleiro MM. Degree of satisfaction of users of private hospital. *Acta Paul. Enferm.* 2012; 25(2):197-203.
 15. Neto GV. Organização e funcionamento dos serviços de saúde - pronto socorro. In: Neto GV, Malik AM. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2012.
 16. Ulbrich EM, Mantovani MF, Balduino AF, Reis BK. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídio para o acolhimento às vítimas. *Cogitare Enferm.* 2010; 15(2):286-92.
 17. Guedes MVC, Henriques ACPT, Lima MMN. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(1):31-7.
 18. Zem KKS, Montezeli JH, Peres AM. Acolhimento com Classificação de Risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. *Rev Rene.* 2012. 13(4):899-908.
 19. Coutinho AAP, Cecílio LCO, Mota JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de Manchester. *Rev Med Minas Gerais.* 2012; 22(2):188-98.
 20. Fernandes FSL, Lima BS, Ribeiro MN. Welcoming with risk classification in the Hospital São Paulo's emergency department. *Acta Paul Enferm.* 2012. 25(Spe 2):164-8.
 21. Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. *Rev Min Enferm.* 2008; 12(4):581-6.
 22. Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33(4):181-90.
 23. Rossaneis MA, Haddad MCL, Borsato FG, Vannuchi MO, Sentone ADD. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. *Rev Eletr Enferm [Internet]* 2011 [cited 2014 Jan 18]; 13(4):648-56.
 24. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]* 2011 [cited 2014 Jan 18]; 19(1):[08 telas] Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf