



**RELATOS DO ATO DE ACOLHER: FRAGMENTOS DE UMA PROBLEMÁTICA
ESTRUTURAL NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**ACCOMMODATION REPORTS: FRAGMENTS OF A STRUCTURAL PROBLEM
IN RECEPTION WITH RISK CLASSIFICATION**

📍 **Eunice Correa Ferreira**

Especialista em Atenção ao Paciente Crítico: Urgência, Emergência e UTI (UNINTER). Enfermeira, com ampla experiência em Urgência e Emergência, graduada pela ULBRA/ RS/ BRASIL. E-mail: eunicecorreaferreira@yahoo.com.br

📍 **Ronaldo Josué Faller**

Mestrando em Dinâmicas Regionais e Desenvolvimento pela UFRGS. Graduado em Comunicação Social pela Universidade FEEVALE/RS/BRASIL. E-mail: faller.ronaldo@gmail.com



RESUMO

O presente artigo realiza um estudo bibliográfico sobre acolhimento e classificação de risco e através de relatos do profissional de enfermagem faz uma análise crítica dos problemas estruturais encontrados. O objetivo geral deste trabalho é identificar os problemas enfrentados por este profissional no acolhimento. Este trabalho divide-se em três eixos teóricos: Acolhimento, urgência e emergência, e os desafios profissionais do enfermeiro, na prática do acolher. Conclui-se que a falta de médicos, e a falta de investimentos nas ESFs superlotam os centros de urgência e emergência, delegando responsabilidades da atenção básica a um centro de urgência, dificultando o trabalho dos profissionais e contribuindo para o aumento da demanda e espera no atendimento. O estudo aponta também para a necessidade de um olhar crítico das autoridades, dispendo de maiores investimentos, assim como no desenvolvimento de políticas para que a falta de médicos não potencialize maiores problemas dentro do sistema de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem. Classificação de Risco. Acolhimento.

ABSTRACT

This article carries out a bibliographic study on reception and risk classification and, through the reports of the nursing professional, makes a critical analysis of the structural problems encountered. The general objective of this work is to identify the problems faced by this professional in welcoming. This work is divided into three theoretical axes: Reception, urgency and emergency, and the professional challenges of nurses, in the practice of welcoming. It is concluded that the lack of doctors, and the lack of investments in the ESFs overcrowd the urgency and emergency centers, delegating responsibilities of primary care to an emergency center, making the work of professionals more difficult and contributing to the increase in demand and waiting in attendance. The study also points to the need for a critical look from the authorities, with greater investments, as well in the development of policies so that the lack of doctors does not lead to greater problems within the health system.

Keyword: Nursing. Risk Classification. User embracement.



1 INTRODUÇÃO

Os serviços de urgências e emergências vêm sendo cada vez mais procurados pela população, trazendo a esses setores, uma superlotação e sobrecarga devido a demanda diária de atendimentos. Consoante a isto, a Portaria 2048, BRASIL (2002), determinou a criação do Protocolo de Classificação de Risco do Ministério da Saúde. Esta, define uma metodologia de classificação dos pacientes de acordo com a urgência do atendimento médico.

Através deste, é possível classificar entre tantos pacientes, os que necessitam de atendimento imediato, priorizando as urgências, visando assim, minimizar sequelas permanentes e até mesmo a morte. Estamos falando de um cenário desafiador e complexo, que desafia o profissional enfermeiro em seu dia a dia.

Este estudo permeia por este espaço profissional da enfermagem, visando apontar através de breves relatos, situações, vivências, da autora deste artigo, em sua atividade profissional em um Centro de Pronto Atendimento, localizado na cidade de Torres, no litoral norte do Rio Grande do Sul, que além de suprir a sua demanda, atende as cidades ao seu entorno.

2 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica sobre o tema, realizando ao mesmo tempo uma análise crítica da problemática, confrontando a realidade profissional do enfermeiro, o protocolo de acolhimento com classificação de risco e as experiências vividas por esse profissional em seu dia a dia. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizada em um Pronto Atendimento 24 horas na cidade de Torres, região do litoral norte do Rio Grande do Sul, no período de dezembro de 2018 a março de 2019. O relato foi baseado na experiência do enfermeiro residente na unidade de atenção à saúde supracitada, identificando desafios envolvidos à execução das atividades na classificação de risco. O relato de experiência, segundo o Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora [2017] é um texto que descreve precisamente uma dada experiência que possa contribuir de forma relevante para sua área de atuação. Segundo este instrutivo de elaboração de relatos de experiência [2017], é a descrição que um autor ou uma equipe fazem de uma vivência profissional tida como exitosa ou não, mas que contribua com a discussão, a troca e a proposição de ideias para a melhoria do cuidado na saúde.



Para a realização do presente trabalho foram usados como fonte de pesquisa banco de dados confiáveis, como o SciELO, a Biblioteca Virtual da Saúde, do Ministério da Saúde e o Google Acadêmico. Nestes, foi consultado artigos que travavam o mesmo debate sobre a temática deste trabalho, servindo assim, de fonte para esta pesquisa.

O artigo está organizado em três eixos: O primeiro aborda o Acolhimento, trazendo os seus conceitos com base em dados da Portaria 2048 do Ministério da Saúde, de 2002, que Regulamenta o atendimento das Urgências e Emergências; no Protocolo de Acolhimento da Cidade de Formiga, Minas Gerais; no Informativo da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde e no Protocolo de Classificação de Risco dos Hospitais de São Luís/ Maranhão.

O segundo esforço feito, foi no debate teórico entre os autores: Andressa Moura, João Paulo Garcia de Carvalho e Marcos Aurélio de Barros Silva; Jacquemot Giglio, Ronald Teixeira Peçanha Fernandes e a Resolução de nº 1451 de 1995 do Conselho Federal de Medicina, sobre a desmistificação de urgência e emergência. O debate teórico esclarece que são conceitos despegados um do outro.

E o terceiro eixo trabalha a questão dos desafios profissionais, nos traz relatos de experiência, e a partir desta imersão é possível compreender os desafios atuais do enfermeiro na prática do acolhimento nos serviços de urgência.

3 ACOLHIMENTO

A palavra acolhimento, tem origem no *Latim ACCOLLIGERE*, que significa “levar em consideração, receber, acolher”. Na saúde, acolhimento, de acordo com Informativo da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), do Ministério da Saúde (2008), é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local, nem hora certa para acontecer. O informativo destaca também, que o acolhimento faz parte de todos os encontros do serviço de saúde, não determinando assim, um profissional específico para fazê-lo.

O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2008, p.1).

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros



serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. (BRASIL, 2009, P. 20-21)

Consoante ao Informativo da BVS do Ministério da Saúde (2008) acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços em saúde. Segundo Formiga (2009) o Protocolo de Acolhimento tem o objetivo de garantir o direito à Saúde ao usuário, reorganizando assim, o processo de trabalho, a fim de aumentar o acesso com resolutividade, vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários.

A classificação de risco é um dispositivo da PNH, de acordo com Informativo da BVS (2008), esta classificação é uma ferramenta de organização da “fila de espera” no serviço de saúde, para que os que necessitem mais, tenham prioridade no atendimento, classificando desta forma, por urgência e não por ordem de chegada.

A classificação de risco é realizada por um profissional de enfermagem, de nível superior, ou seja, o enfermeiro(a), que preconiza os usuários que têm sinais de maior risco de agravamento do seu quadro clínico. Segundo este mesmo Informativo da BVS (2008) a classificação de risco é feita por enfermeiros, de acordo com critérios preestabelecidos, levando em conta, os sinais e sintomas, no momento da avaliação. E esclarece que a classificação de risco não tem como objetivo definir quem vai ser atendido ou não, mas define somente a ordem do atendimento.

O acolhimento com classificação de risco tem como objetivos acolher, classificar e direcionar esse paciente a um atendimento resolutivo, pois, devido ao aumento da demanda nos serviços de urgências, e à quantidade de pacientes com sinais e sintomas de infarto agudo do miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) entre outros, o olhar crítico da enfermagem faz a diferença a esses pacientes podendo minimizar possíveis sequelas permanentes, se observados no momento em que o paciente chega ao acolhimento.

E a partir deste primeiro contato é que o profissional de enfermagem, o enfermeiro, estabelece a avaliação de acordo com a classificação de risco, a fim de priorizar as urgências e emergências do ponto de atendimento, pois segundo BRASIL (2002) o acolhimento com classificação de risco não serve para dispensar pacientes. Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma unidade de referência.

Segundo Servin et al [2008-2012], na publicação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Sistema Único de Saúde (SUS) Hospitais Municipais/ São Luís/MA, o acolhimento tem como objetivos: escutar, classificar, construir os fluxos e funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da



demanda dos serviços de urgência/emergência. Ou seja, avaliar, classificar e só então encaminhar esse paciente ao atendimento médico ou a unidade de saúde de seu bairro.

Os serviços de urgência e emergência são responsáveis pelo atendimento dos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica com a finalidade de possibilitar a resolução dos problemas de saúde dos pacientes que os procuram. Esses serviços funcionam 24 horas, atuando como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais serviços têm como desafio oferecer uma assistência de qualidade em um ambiente em que as demandas das urgências propriamente ditas, das urgências do indivíduo e das urgências sociais se misturam (BRASIL, 2002).

Essa estratificação por vezes torna-se desconfortável ao enfermeiro que além de acolher, escutar a queixa, aferir os sinais vitais do paciente, muitas vezes, têm que lidar com a superlotação, devido a demanda, as reclamações dos pacientes e familiares que em quase sua totalidade são dirigidas ao enfermeiro, e ainda, organizar o setor, entre outras tarefas, de sua competência, têm trazido uma sobrecarga aos profissionais que trabalham diariamente no setor de acolhimento.

4 DESMISTIFICAR URGÊNCIA DE EMERGÊNCIA

Os conceitos de urgência e emergência apesar de sua vasta utilização no cotidiano da sociedade, se fundem, se confundem, tornando-se sinônimos. Por isso, ao iniciarmos o debate destes conceitos, faz-se necessário conceituar uma a uma, urgência, separando de emergência.

Segundo o dicionário Aurélio, emergência se traduz a uma situação crítica. Já urgência, está ligado a algo que se faz necessário ser feito com rapidez. Aproximando à área da Saúde, de acordo com Moura; Carvalho e Silva (2018), tais definições se correlacionam com a prática dos profissionais. Para os autores acima (2018) a emergência corresponde a um processo com risco iminente de vida, enquanto urgência significa um processo agudo, porém sem risco de vida iminente.

Para Giglio (2005) enquanto a urgência é definida como qualidade urgente, a emergência trata-se da ação de emergir. Ou seja, segundo ele a urgência é o surgimento de um acontecimento. Também ressalta o seu “caráter repentino e imprevisto, assim como o seu caráter crítico e perigoso”. (GIGLIO, 2005, p. 16).

Uma emergência corresponde a um ‘processo com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação. Exige que o tratamento seja imediato diante da necessidade de manter funções vitais e evitar incapacidade ou complicações graves. Representa situações como choque, parada cardíaca e respiratória, hemorragia, traumatismo cranioencefálico etc. Já a urgência significa ‘um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de vida iminente’. Nesse



caso há risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatais, porém, não existe um risco iminente de vida. Representa situações como fraturas, feridas lácero-contusas sem grandes hemorragias, asma brônquica, transtornos psiquiátricos, etc (GIGLIO, 2005, p. 17).

Já nas palavras de Fernandes (2014, p. 9) “para conceituar e entender o que é uma urgência de uma emergência, e diferenciá-las corretamente, é preciso estar atento ao que o paciente diz quando é entrevistado e ao que ele sente”.

Segundo Fernandes (2014) o conceito de urgência está diretamente ligado à probabilidade do paciente evoluir de uma situação de menor gravidade para uma situação de maior agravo. Para compreender melhor esta situação apontada por Fernandes, o autor, exemplifica através do seguinte caso:

Digamos que o paciente fala para você que está sentindo fortes dores na barriga e que essa dor começou a ficar mais forte de dois dias pra cá. Isso é um sinal de que a evolução dessa dor é progressiva e que o fator tempo está interferindo-lhe. E todos nós sabemos que ter dor é desconfortável e pode significar algo mais grave (FERNANDES, 2014, p. 9).

Partindo daqui, segundo Fernandes (2014), podemos compreender melhor o que é uma urgência. Ou seja, isto se trata de uma situação em que não houve melhora ou não expressou resposta à medidas simples de tratamento, como o uso de remédios de venda livre, ou com chás caseiros.

Neste caso de acordo com Fernandes (2014), trata-se de uma situação de urgência, onde ainda é possível resolver o problema, é que não oferece risco à vida imediata. Para o Ministério da Saúde, segundo Brasil (2009), o termo urgência, tem um caráter evolutivo, sendo possível a espera por um prazo curto até a intervenção médica, é o caso de princípio de infarto, por exemplo, onde apresenta dor retroesternal, ou altura do peito a esquerda, com ou sem radiação para o pescoço, podendo se deslocar para a mandíbula, para as costas, ou membro superior esquerdo, desconforto no estômago ou dor epigástrica, que significa urgência, ou seja, que pode aguardar intervenção médica, desde que os sinais e sintomas estejam estáveis, mas que se não atendido em tempo hábil pode evoluir para risco de morte.

Já o contrário, quando falamos de Emergência, consoante Fernandes (2014) está relacionado a uma situação de risco iminente à vida, não podendo aguardar e sim, proceder com uma intervenção imediata, ou seja, intervenção em tempo zero. De acordo com Brasil (2006) o Conselho Federal de Medicina CFM em sua resolução de nº 1451 de 10/03/1995 Art.: 1º § 2º define emergência como “constatação de agravo à saúde que implique risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento imediato”. É o caso de um paciente em parada cardiopulmonar (PCR) onde o tempo de atendimento é zero, ou seja, se não for iniciado



imediatamente as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) esse paciente evolui a óbito.

Portanto, é necessário este esclarecimento público, destes tais conceitos, tanto dos profissionais, é claro, a fim de procederem de forma correta aos encaminhamentos e atendimentos de Urgência e Emergência. Quanto da população em geral, que por vezes, têm dificuldades de compreender esta dicotomia, gerando um desafio constante aos profissionais que realizam a classificação de risco.

5 OS DESAFIOS NA PRÁTICA DO ACOLHER

Nos serviços de urgência e emergência ocorre com frequência de nos deparamos com situações difíceis de encaminhar, pois, apesar da queixa do paciente não ser uma urgência, a falta de médicos nos serviços de estratégia de Saúde da Família (ESF) ou nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), fazem com que esses pacientes busquem os serviços de urgência, sendo esta uma das causas da superlotação destes centros.

A falta de médicos nas unidades básicas nos impossibilita de um encaminhamento de forma ajuizada, como prevê no acolhimento com classificação de risco, BRASIL (2002), ressalta que nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma unidade de saúde de referência. Pois se esse paciente for direcionado sem ter uma previsão de quando irá ter atendimento médico, na unidade de saúde, próximo a sua residência, retornará ao serviço de urgência outra vez, colaborando assim, para a superlotação e em casos que esse necessite de acompanhamento de seu quadro clínico crônico, o serviço de urgência não é o local indicado para esse atendimento. Este é apenas um dos problemas que os profissionais enfrentam todos os dias.

A partir de agora, relataremos alguns casos, descrevendo situações, possibilitando o transitar do leitor pelo dia a dia de um profissional da área da saúde, mais especificamente, as vivências do enfermeiro, ou as situações e as adversidades impostas a esses profissionais em seu território profissional. Mas antes, justificamos a não necessidade de aprovação prévia de Comitê de Ética em Pesquisa, a este trabalho, pelo não enquadramento do estudo na categoria de *série de casos*. Disto isso, nos recai uma importante questão acerca dos relatos de caso individual, se são ou não considerados como decorrentes de uma atividade de pesquisa.



As diretrizes brasileiras e internacionais definem que a pesquisa visa à geração de conhecimento generalizável. Por este motivo, muitos autores os caracterizam como sendo uma atividade médica ou educacional. Os relatos de caso individual surgem de uma observação assistencial, são situações não planejadas, onde não há um projeto ou objetivo prévios. Estes relatos documentam situações que se apresentam a um observador preparado e atento. Nesta perspectiva, não há como obter, de Comitê de Ética em Pesquisa, uma aprovação prévia à sua realização. Contudo, se forem apresentados de forma conjunta mais de três relatos de casos, isto já configura uma série de casos. Nesta situação há a necessidade da aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa, por ser considerada uma publicação decorrente de um projeto de pesquisa (GOLDIM; FLECK, 2010, p. 2).

Outro aspecto que cabe destacar é para a preservação dos dados de identificação do paciente. Segundo Goldim e Fleck (2010, p. 2) a privacidade ultrapassa em muito o simples anonimato e a omissão de seu nome. De acordo com os autores (2010, p. 2) nos relatos de caso não podem ser utilizadas as iniciais do paciente; os números de identificação de prontuário ou de outros documentos; as datas importantes, como a de nascimento, excetuando-se a citação do ano; a sua origem geográfica, identificando áreas específicas, como a sua cidade. Assim como outras formas que possam permitir a sua identificação. Tomados os devidos cuidados, seguiremos aos relatos do ato de acolher.

Os casos narrados, a partir de agora, são relatos vivenciados pela profissional de saúde, enfermeira, Eunice Correa Ferreira, especialista em *Atenção ao Paciente Crítico: Urgência, Emergência e UTI*, durante o período de 4 meses, de 2018 a 2019, no Pronto Socorro, plantão 24 horas, localizado no litoral norte gaúcho. A primeira situação tem a ver com a exposição de problemas sistêmicos e estruturais da atenção à Saúde, pois evidencia uma quebra ou rompimento em encaminhamentos e tratamentos médicos, como se percebe através do relato abaixo:

Paciente de 78 anos, feminina, procura a unidade de pronto atendimento para consulta médica por dor em ambos os joelhos e articulações dos pés. Questionada do início dos sintomas a mesma refere que a queixa teve início há 3 anos e que as medicações analgésicas de uso diário prescritas não alivia sua dor. Ao informar a paciente da necessidade de acompanhamento na unidade de Estratégia da Saúde da Família (ESF) de seu bairro, a mesma responde que iniciou acompanhamento, mas após licença saúde, o médico de sua unidade, se exonerou e desde então, está em aguardo de nova contratação médica e abertura da agenda para consulta, pois ficaram 2 meses sem o médico de saúde da família na unidade, o que causou uma espera na agenda de mais de 1 mês, refere que necessita de atendimento por aumento da dor nos últimos 2 dias (FERREIRA, 2019).

Percebe-se também, neste relato, a problemática advinda da falta de médicos nas Unidades Básicas de Saúde, ocasionando assim, o aumento da demanda na busca destes Serviços de Atenção em Saúde nas Unidades de Pronto Atendimento de Urgência e Emergência.



Em relação ao relato anterior, o caso da referida paciente, não tem sido uma demanda isolada, pois apesar da queixa da paciente ser crônica, que seria classificação azul, a dor está agudizada há 2 dias, o reencaminhamento da paciente à ESF, não é possível no momento, devido a agenda de consultas da unidade. Logo, essa paciente, tem outros critérios a serem avaliados na classificação de risco como: a dor crônica, mas que está agudizada há 2 dias; a idade da paciente; a falta de medicações, o que impossibilita o encaminhamento dessa paciente a aguardar a agenda. Devido aos critérios avaliados, essa paciente, vai ter seu atendimento no Pronto Atendimento, mas se a rede de Saúde Municipal estivesse com médico na ESF ou em acompanhamento com especialista, esse atendimento não chegaria ao Serviço de Urgência, pois a paciente estaria sendo acompanhada e tratada, o que diminuiria um atendimento na urgência.

Antagonicamente a este caso, existe também, o olhar da enfermagem aos sinais e sintomas do paciente, que indicam um quadro grave e através desta percepção profissional do enfermeiro, possibilita-se a agilidade da conduta médica. Vejamos a situação:

Paciente de 49 anos, masculino, chega a recepção para gerar a ficha de atendimento, o mesmo referia dor no peito, mal estar e sudorese. A enfermeira que passava pela recepção no momento ao escutar a queixa do paciente, observou faces de dor, palidez e sudorese, logo encaminhou o paciente a realizar eletrocardiograma (ECG) e a equipe de enfermagem imediatamente se mobiliza, enquanto um prepara o material para acesso venoso periférico, o outro avisa o médico. Ao realizar o ECG (Eletrocardiograma), o médico verifica a necessidade de intervenção e inicia o protocolo de IAM (Infarto Agudo do Miocárdio), realizando a medicação + coleta de enzimas cardíacas e mesmo antes de encaminhar o paciente a emergência do hospital de referência pela complexidade do caso, o paciente teve uma parada cardiorrespiratória (PCR) assistida o que permitiu a equipe iniciar imediatamente as manobras de ressuscitação que logo reverteu a PCR, estabilizado o paciente foi transferido para o hospital de referência (FERREIRA, 2019).

No caso em questão, se o enfermeiro não tivesse um olhar apurado aos sinais e sintomas do paciente, não teria sido agilizado o atendimento e o paciente teria ficado na recepção onde teria tido a PCR entre os outros pacientes que aguardavam.

O acolhimento com classificação de risco é um dos setores mais estressantes, pois além da demanda de pacientes, ainda, o profissional enfrenta, por vezes a violência verbal e/ou física por parte de pacientes e familiares. Esse stress diário segundo Sakai et al (2016) gera cansaço, frustrações aos profissionais enfermeiros que nos serviços são responsáveis pela classificação dos pacientes.

Por vezes, o paciente agride-nos verbalmente no momento da classificação do atendimento, mas na maioria das vezes, é em razão da demora no atendimento médico, onde o paciente vem questionar a enfermagem, o motivo da longa espera. Raras são as vezes que o paciente questiona o médico pela demora. É o enfermeiro quem recebe a cobrança e tem a



incumbência de acalmar os ânimos alterados para evitar confusões, tendo que ser assim, um mediador de conflitos e isso exige deste profissional um alto gerenciamento de crises e stress.

Percebe-se que estamos falando de um campo minado, onde a todo momento “uma bomba está prestes a explodir”, assim como o enfermeiro, o profissional da linha de frente, a recepção, também é exposta a estas adversidades. Estes casos, por vezes acabam evoluindo para uma agressão verbal, moral e até mesmo física no estabelecimento de Atendimento de Urgência.

Quer queira, quer não, o profissional de enfermagem fica exposto a estas situações, pois ninguém se prepara para socorrer pessoas ou o ato de se auto socorrer, a não ser os profissionais de saúde. Sendo assim, este, é um gerador de alto estresse ao paciente, por sua urgência iminente de ser atendido ou de prestar socorro a outrem. Este é um dos grandes desafios do profissional do acolhimento, ou seja, do enfermeiro, se não o principal, pois além da possibilidade de uma agressão, o profissional é impedido, por vezes, de realizar o seu trabalho.

A prática de enfermagem é bastante desafiadora, pois além de tratar do paciente, o profissional, está cada vez mais sendo desafiado com problemas que não são só de saúde, mas que acabam se tornando em virtude de outros problemas carregados pelo paciente. Problemas familiares, sociais, de dependência, por exemplo, são desencadeadores de alto stress em ambientes de Atenção à Saúde. Este território desafia dia a dia este profissional na sua prática profissional, exigindo deste, alta complexidade de empatia, resolutividade e humanização.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho é um estudo bibliográfico de produção acadêmica sobre a importância de um olhar holístico da enfermagem no acolhimento com classificação de risco. Para realização deste trabalho foram usados como fonte de pesquisa, artigos que se enquadram no contexto deste estudo. Os mesmos foram coletados a partir dos seguintes Bancos de Dados Científicos: Google Acadêmico, SciELO, e Biblioteca Virtual da Saúde.

Inicialmente, esta pesquisa surgiu de ponto de suspeita, onde através da prática profissional do Enfermeiro, pode-se perceber a importância deste debate científico em torno da atividade de Enfermagem no acolhimento com classificação de risco. A partir deste ponto, faz-se uma revisão bibliográfica em torno desta temática estabelecendo o encontro do debate científico com as vivências profissionais e aponta para resolução da problemática.



Foi realizada a leitura destes artigos, fichamentos foram feitos, classificação de conteúdo, a fim de apurar os principais tópicos debatidos pelos autores, com o intuito de apresentar um apanhado contundente a este trabalho.

Feita esta análise, o conteúdo foi apresentado através de três principais tópicos elencados na pesquisa, que foram: o acolhimento; a dicotomia entre os conceitos de urgência e emergência; e, os relatos da prática de enfermagem, estes, sendo necessários a fim de dar conta a problemática dos relatos do ato de acolher.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento com classificação de risco é um método de identificação e classificação de urgência médica. Porém a maioria da população não entende e até questiona o porquê um ou dois pacientes passaram na sua frente, pois já estão condicionados ao conceito de fila, espera, no entendimento social. O problema é que não existe este esclarecimento à população que em um centro de Atenção à Saúde, o que é levado a priori é a vida do paciente e que a ordem de chegada não determina a prioridade. Identificado esta problemática, como medida, o Ministério da Saúde deveria criar campanhas institucionais, veiculadas em veículos de acesso aberto, como a comunicação em massa, através da televisão e rádio, onde divulgassem à população o que realmente é uma urgência, uma emergência, a fim de evitar superlotação de centros de Saúde que prestam este serviço.

Através dos relatos ficam explícitos os desafios impostos aos profissionais de enfermagem em seu campo de atuação. É possível compreender o porquê que muitos deles acabam se afastando de suas atividades, talvez seja por essa exposição, que a longo prazo, podem deixá-los em desgaste emocional.

Outro aspecto importante que se percebe é que se faz necessário o treinamento constante de todos os profissionais ligados a estes centros, desde o enfermeiro à recepção. Porém, a falta de recursos, a falta de profissionais, a alta rotatividade dos mesmos, acabam dificultando o desenvolvimento da equipe. Outra barreira elencada está no perfil profissional, pois nem todo profissional possui o perfil para um Pronto Atendimento.

Outro obstáculo encontrado e se não, o principal, é que o centro de urgência é de atenção secundária e não primária. A falta de médicos, e a precariedade na atenção básica de Saúde, com a falta de investimentos nas ESFs, superlota os centros de urgência e emergência, delegando responsabilidades da atenção básica a um centro de urgência, dificultando o trabalho dos profissionais e contribuindo para o aumento da demanda e espera no atendimento.



Lembrando que a superlotação destes centros, não estão ligadas exclusivamente a falta de médicos nas ESFs, pois fora a esta demanda, tem todos os demais pacientes que acabam procurando atendimento de Urgência e Emergência, por outros vários motivos. Porém, esta demanda advinda da precariedade de atenção profissional, nas Unidades Básicas de Saúde, torna o fluxo mais denso, maior tempo de espera, devido a maioria destes pacientes serem classificados como verde, atendimento não urgente.

Portanto, se faz necessário um olhar crítico das autoridades, incrementando a Atenção à Saúde com maiores investimentos, investindo também na qualificação dos profissionais, é necessário também o desenvolvimento de políticas para que a falta de médicos não potencialize maiores problemas dentro do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Portaria. 2048/GM de 5 de novembro de 2002*. Regulamenta o atendimento das urgências e emergências. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://bit.ly/2NDOj1f>. Acesso em maio 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 1451/95, de 10 março 1995*. São Paulo: CFM. 2006. Disponível em: <https://bit.ly/2YJt0BI>. Acesso em abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde. *Informativo: Acolhimento*. Dicas de saúde. 2008. Disponível em: <https://bit.ly/3gcd2ps>. Acesso em maio 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. Disponível em: <https://bit.ly/2Bej3U6>. Acesso em maio 2019.

FERNANDES, Ronald Teixeira Peçanha. *Enfermagem em Emergência e Urgência*. NT Editora. Brasília: 2014, 150 p.

FERREIRA, Eunice Correa. *Relatos de Experiência*. Projeto de Pesquisa de conclusão de Especialização em Atenção ao Paciente Crítico: Urgência, Emergência e UTI (UNINTER). 2019.

FORMIGA. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de Acolhimento*. Minas Gerais: Formiga, 2009, p.3.



GIGLIO-JACQUEMOT, A. *Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Antropologia e Saúde Collection. 192 p.

GOLDIM, José Roberto; FLECK, Marcelo P. Ética e publicação de relatos de caso individuais. [Editorial]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.32, n.1, mar 2010.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA. Departamento de Nutrição. *Instrutivo para Elaboração de Relato de Experiência*. Estágio em Nutrição em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF - Campus Governador Valadares, 2017.

MOURA, Andressa; CARVALHO, João Paulo Garcia de; SILVA, Marcos Aurélio de Barros. Urgência e Emergência: Conceitos e Atualidades. *Saúde & Conhecimento – Jornal de Medicina*. UNIVAG 1, 2018.

SERVIN, Santiago Cirilo Noguera *et al.* *Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Sistema Único de Saúde (SUS) Hospitais Municipais/ São Luís/MA*. São Luís: Prefeitura de São Luís/ MA. Disponível em: <https://bit.ly/3dN1pUu>. Acesso em abr. 2019.

SAKAI, Andressa Midori *et al.* Sentimentos de enfermeiros no acolhimento e na avaliação da classificação de risco em pronto-socorro. *Rev Rene*, v.17, n.2, p.233-241, mar/abr. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2Bc11BV>. Acesso em maio 2019.