



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-UFMA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE ENFERMAGEM

**ACOLHIMENTO EM UNIDADE HOSPITALAR SEGUNDO A PERSPECTIVA DO  
USUÁRIO**

**SIMONE MARESSA RIBEIRO VIANA**

IMPERATRIZ-MA  
2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-UFMA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE ENFERMAGEM

**ACOLHIMENTO EM UNIDADE HOSPITALAR SEGUNDO A PERSPECTIVA DO  
USUÁRIO**

**Simone Maressa Ribeiro Viana**

**Orientador (a)**

**Prof.<sup>a</sup>. MSc. Francisca Jacinta Feitoza de Oliveira**

IMPERATRIZ-MA  
2017

**SIMONE MARESSA RIBEIRO VIANA**

**ACOLHIMENTO EM UNIDADE HOSPITALAR SEGUNDO A PERSPECTIVA DO  
USUÁRIO**

Artigo Científico apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão-UFMA, para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. MSc. Francisca Jacinta Feitoza de Oliveira

Nota atribuída em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**BANCA AVALIADORA**

---

**Prof. Masc. Francisca Jacinta Feitoza de Oliveira (orientador)**

---

**Prof. Esp. Werverson Ferreira da Silva (examinador)**

---

**Prof. Dra. Ismalia Cassandra Costa Maia Dias (examinador)**

# ACOLHIMENTO EM UNIDADE HOSPITALAR SEGUNDO A PERSPECTIVA DO USUÁRIO

## Hosting in a hospital unit according to the user's perspective

Simone Maressa Ribeiro Viana <sup>1</sup>  
Francisca Jacinta Feitoza de Oliveira<sup>2</sup>

### RESUMO

O acolhimento é conduzido à composição de trabalho para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência e estabelecimento de vínculo entre os envolvidos. Neste estudo objetivou-se descrever a realização do acolhimento com classificação de risco dos pacientes assistidos no atendimento de emergência em uma Unidade Hospitalar de um município do Maranhão. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, ocorreu no período de fevereiro a abril do ano de 2017, após passar pela sala de acolhimento com classificação de risco, envolvendo 100 usuários, com idade superior a 18 anos. Para coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturado. Em relação aos resultados, 64,0% relataram não saber qual critério de Manchester pertenciam, 56,0% relataram terem sido atendidos em até 10 minutos, 58,0% não souberam informar qual profissional o atendeu no acolhimento, 63,0% relataram que o procedimento adotado foi o de aferir pressão arterial (PA), 84,0% revelaram não ter recebido orientação prestada pelo profissional que praticava o acolhimento; 48,0% gostaram de todo o atendimento, 86,0% disseram quem suas necessidades foram ouvidas e 75,0% respondeu que entenderam tudo o que foi passado pelo profissional. Sobre a percepção dos pacientes, considerando o acolhimento oferecido, verificou-se que o acolhimento com classificação de risco trouxe vantagens, como um fluxo organizado priorizando a gravidade. A conscientização dos usuários quanto ao andamento e propósitos do acolhimento com classificação de risco trouxe maior compreensão do fluxo da instituição, não gerando assim nenhum sentimento de exclusão ou injustiça, mas de acordo com as diretrizes necessita de uma melhor divulgação entre os serviços.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Serviço de urgência e emergência. Pacientes. Triagem.

---

<sup>1</sup> Aluna do Curso de Graduação de Bacharel em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão-UFMA. E-mail: simonemaressarv@gmail.com

<sup>2</sup> Orientadora: Prof<sup>a</sup> MSc Francisca Jacinta Feitosa de Oliveira. E-mail: jacinta\_feitoza@hotmail.com

## 1. INTRODUÇÃO

O Humaniza SUS vem com uma proposta de reforçar os princípios do SUS, priorizando um atendimento de qualidade e participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários; valorizando os diferentes sujeitos dando a autonomia e protagonismo, corresponsabilidade, participação coletiva na gestão e indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2004).

Com o lançamento da Política Nacional de Humanização, tornou-se necessário uma reorganização dos serviços de saúde. O acolhimento como um dos protagonistas do Humaniza SUS, vem modulando o processo de trabalho, buscando atender a todos que procuram o serviço através de uma escuta qualificada e acolhedora, orientando com resolutividade e responsabilidade. Acolhimento com classificação de risco faz parte de todos os atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde, portanto é direito do cidadão e dever do Estado disponibilizar o método de classificação utilizado pelas unidades de saúde, inclusive as Unidades de Urgência e Emergência, instaladas no hospital (BRASIL, 2004).

Segundo a PNH (2004), acolher compreende receber o usuário, responsabilizar-se integralmente por ele, ouvir suas queixas a ponto de que expresse suas preocupações, angústias, sem deixar de impor limites necessários.

Por estar presente em todas as áreas, acolher é uma postura a ser exercida por toda a equipe, não tendo hora ou local para fazê-lo, diferente da triagem, gera inclusão e não se esgota na etapa da recepção. Devendo-se articular com várias diretrizes que atuam no processo de trabalho, onde se inclui a cogestão, as redes, clínica ampliada, núcleos de apoio. Caracteriza-se como ato coletivo, onde são acionadas as redes internas e externas, multiprofissionais, todos comprometidos com as necessidades dos usuários e famílias (BRASIL, 2010).

Sendo o acolhimento uma peça chave, viabiliza o direito desde o acesso, continuando em todo o atendimento, até a resolutividade em tempo adequado. Faz parte da estratégia do SUS qualificando a assistência, incentivando as relações humanas, democráticas e de solidariedade entre profissional-usuário, reconhecidos como sujeitos e participantes ativos no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

Em unidade hospitalar, sendo na porta de entrada, o acolhimento assume peculiaridade própria às demandas e necessidades relacionadas aos serviços de urgência e emergência. Se tornando decisivo não apenas em identificação de condições clínicas urgentes, mas também trazendo esclarecimento ao usuário. Cabe a enfermagem o cuidado de uma assistência que vá além de um olhar biológico e biomédico, integrando então diversas unidades e a multiplicidades dos seres (GUEDES, 2013).

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) transcende a lógica injusta de atendimento por ordem de chegada e se diferencia de outros atendimentos apenas com classificação de risco por prestar um serviço acolhedor, com fortalecimento de vínculo entre usuário e profissional, objetivando uma escuta qualificada (BRASIL, 2009).

Apesar de ser necessária a participação de uma equipe multiprofissional para a realização do ACCR, ressalta-se a importância do profissional enfermeiro, afinal cabe a ele a Classificação de Risco (BELLUCCI; MATSUDA, 2012).

A identificação da demanda, em relação ao acesso do usuário à unidade hospitalar, é fundamental para o gerenciamento do acesso, assim como a triagem do serviço à superlotação de emergência com problemas de saúde não urgente e ordem de fila (OLIVEIRA et al, 2012).

Segundo o Protocolo Municipal de Humanização (São Luís, 2006), Classificação de risco prioriza o atendimento de acordo com gravidade, codificando em cores. Cada cor expressa o tempo máximo que o paciente pode esperar até o atendimento, sem comprometer sua saúde. Assim, o protocolo visa identificar pessoas que precisam de atendimento imediato, ou podem apresentar complicações sérias em decorrência da espera.

Em 1997, o médico Kevin Mackway-Jones criou o Protocolo de Manchester, onde estabeleceu diretrizes para a classificação de urgência no Reino Unido, depois adotado no Brasil. E por meio de cores é identificada a gravidade do paciente, após ser avaliado pelo enfermeiro ou qualquer outro profissional gabaritado dentro dos parâmetros estabelecidos, que codifica através de uma avaliação de sinais e sintomas (RODRIGUES, 2013).

Através de pulseiras de identificação para pacientes, permite-se identificar rapidamente a situação de cada paciente e um tempo médio de espera de cada usuário.

Segundo o Protocolo de Manchester as cores indicam a gravidade, que é mensurada baseada em sintomas após uma triagem realizada pela equipe de enfermagem. Sendo então vermelha, emergência, indicando atendimento imediato; laranja, muito urgente, necessitando de atendimento quase imediato; amarelo, urgente, requer atendimento rápido, mas pode esperar; verde, pouco urgente, pode aguardar atendimento ou ser encaminhado para outros serviços de saúde; azul, não urgente, pode aguardar atendimento ou ser encaminhado para outros serviços de saúde (RODRIGUES,2013).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL(b), 2012) define claramente os tempos de espera para atendimento médico, sendo então:

Vermelho - risco imediato à vida, avaliação médica imediata;

Laranja - risco iminente à vida, avaliação médica em até 10 minutos;

Amarelo - potencial ameaça à vida/ urgência, avaliação médica em até 30 minutos;

Verde - situação de potencial urgência ou de complicação/gravidade importante, avaliação médica em até 60 minutos;

Azul - menos urgente ou problema clínico-administrativo, avaliação médica em até 120 minutos.

Cada vez mais é necessário o aperfeiçoamento de práticas prestadas nos serviços de saúde, em especial os de urgência e emergência, e que de acordo com as especificidades, os levam a se posicionar de maneira impessoal e não humanizada. Essa problemática se dá devido a precariedade estrutural do sistema de saúde, muita demanda para pouco profissional, fragmentação do trabalho e falta de filosofia organizacional, onde os princípios devem ser acessíveis e fáceis de serem colocados em prática. Essa demanda é atual e crescente no contexto de vida do cidadão brasileiro que, não tendo outra forma, se utilizam dos serviços públicos e passam a sofrer até de maus tratos (ANDRADE, 2009).

Diante dessa realidade se fez necessário uma discussão do tema em foco, sabendo da possibilidade de elucidar o significado das falas dos participantes, tem-se o intuito de elaborar propostas voltadas às práticas integrais e humanizadas no ambiente do atendimento de urgência e emergência.

O objetivo desse trabalho buscou descrever o acolhimento e classificação de risco dos pacientes assistidos no atendimento de emergência.

## **2. METODOLOGIA**

Realizado estudo descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa foi realizada em uma Unidade Hospitalar de Emergência no Município de Imperatriz – Maranhão, localizada na área urbana, objetivando atendimento de urgência e emergência.

O acolhimento com classificação de risco é realizado pelo enfermeiro e técnico de Enfermagem. Apesar do Pronto Socorro da unidade hospitalar funcionar em tempo integral, há momentos que não é realizado acolhimento com classificação de risco devido carência de funcionário, por motivo de falta ou remanejamento para outro setor, ficando descoberto o serviço.

A população de estudo se configura em pacientes que procuram atendimento direto ou por referência de outra instituição, sendo avaliados na consulta de enfermagem utilizando a classificação de risco, segundo a triagem de Manchester. Todos os entrevistados foram convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, elaborado em duas vias de igual teor, autorizando a realização da pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde. Assegurando o usuário participante do estudo a privacidade, compromisso sobre a segurança da sua identificação e sigilo sobre as informações fornecidas.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas com questionários semiestruturados realizadas no período de fevereiro a abril de 2017, com perguntas direcionadas a dados sociodemográficos, caracterização do atendimento e percepção dos usuários sobre o acolhimento. Os critérios de inclusão foram usuários com idade superior a 18 anos que passaram pela Sala de Acolhimento.

Para a análise de dados foi realizado um roteiro com dados sociodemográficos, questões norteadoras e análise de conteúdo de Bardin. Considerou-se suficiente o quantitativo de participantes entrevistados quando os dados se tornaram repetitivos. Foram registradas as informações com identificação codificada em números, para garantir a privacidade e o sigilo dos participantes.

### 3. RESULTADOS

Participaram desse estudo 100 usuários com idade superior a 18 anos. Em relação ao gênero 56,0% era feminino. Entre os entrevistados, 34,0% relataram ter o ensino fundamental incompleto. Se tratando da renda familiar, 66,0% declararam que sua renda familiar era de 1 salário mínimo. Referente ao município de origem, 69,0% disseram ser de Imperatriz, enquanto 31,0% de outros municípios, sendo eles: Arame-MA, Cidelândia-MA, Ribamar Fiquene-MA, Itinga, Davinópolis-MA, Senador Lã Roque-MA, Ipú –CE, Açailândia-MA, São Pedro da Água Branca-MA, Ribeirãozinho-MA, Marabá- PA, Pastos Bons-MA, Sorriso-MT, Vila Nova dos Martírios-MA, João Lisboa-MA, Teresina-PI, Estreito-MA, Porto Franco-MA, Guilhanópolis-PA, Carolina-MA, Tuntum-MA, São Miguel-TO; somando ao todo 24 municípios (Tabela 1).

**Tabela 1** - características dos pacientes atendidos no acolhimento do Hospital Municipal de Imperatriz, no período de fevereiro a abril/2017

Variável	Nº	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	56	56,0%
Masculino	44	44,0%
Total	100	100,0%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	19	19,0%
Ensino fundamental incompleto	34	34,0%
Ensino médio incompleto	25	25,0%
Ensino médio completo	21	21,0%
Superior completo	01	1,0%
Total	100	100%
<b>Renda Familiar</b>		
Menor que 1 salário mínimo	13	13,0%
1 salário mínimo	66	66,0%
2 salários mínimos	11	11,0%
3 salários mínimos	03	3,0%
Não especificaram o valor	07	7,0%
Total	100	100%
<b>Município residente</b>		
Imperatriz	69	69,0%
Outros	31	31,0%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

FONTE: Pesquisa de Campo, \* salário mínimo vigente R\$ 937,00.

Sobre o motivo da procura ao pronto-socorro, 89,4% dos entrevistados se enquadravam na clínica médica, 7,0% era de causa ortopédica, 1,7% relataram procurar atendimento para tomar medicação que já faziam esquema de uso (Benzetacil e Noripurum) e 1,7% vieram solicitar exames, referindo não ser disponível em sua cidade (Tabela 2).

**Tabela 2** – Motivo da procura ao Pronto-Socorro

<b>Variável</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Motivo do atendimento</b>		
Mialgia	19	16,6%
Trato Gastrointestinal	17	14,9%
Febre	12	10,5%
Respiratório	8	7,0%
Hipertensão	8	7,0%
Trauma físico	8	7,0%
Renal	8	7,0%
Cefaleia	6	5,2%
Cardíaco	6	5,2%
Diabetes	5	4,3%
Anemia	4	3,5%
Receber Medicação usual	2	1,7%
Imunodepressão	2	1,7%
Tegumentar	2	1,7%
Hepático	2	1,7%
Solicitar exames	2	1,7%
Hérnia	1	0,8%
Prolapso Uterino	1	0,8%
Nervos	1	0,8%
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>

FONTE: Pesquisa de Campo. \* pacientes com mais de uma queixa

### 3.1 Percepção dos usuários segundo Manchester

Dentre os entrevistados, 64,0% relataram não saber qual critério pertenciam, enquanto 36,0% revelaram ter conhecimento em qual classificação estavam enquadrados, desses: 12,0% verde, 10,0% vermelho, 9,0% amarelo, 5,0% azul.

Considerando do tempo de entrada até a classificação risco, 52,0% dos entrevistados foram atendidos em até 10 minutos, 27,0% foram atendidos de imediato, 17,0% em até 30 minutos e 4,0% em até 60 minutos.

Sobre a identificação do profissional que atendeu no acolhimento, 58,0% não souberam informar, 28,0% reconheceram ser o enfermeiro e 14,0% acreditaram ser o médico, segundo as falas:

*(...) não sei, não se identificou. Eles nunca se identificam (...)  
(paciente 55)*

*(...) foi uma moça lá, ela não falou quem era não (...)  
(paciente 68)*

*(...) foi uma técnica e uma enfermeira, mas não se identificaram, a gente sabe por que ver eles conversando (...)  
(paciente 85)*

*(...) ela não disse, foi uma mulher (...)  
(paciente 93)*

*(...) foi uma mulher de branco (...)  
(paciente 02)*

Em relação ao procedimento realizado durante o acolhimento, 63,0% dos pacientes entrevistados relataram que o procedimento adotado foi o de aferir pressão arterial (PA), ficando então 21% para PA e glicoteste; 14,0% para PA e temperatura e 2,0% para PA, glicoteste e temperatura.

Sobre a orientação prestada pelo profissional, 84,0% revelaram não terem sido orientados ou esclarecidos em algum momento na sala de acolhimento e 16,0% afirmaram terem recebidos algum tipo de informação a respeito de sua gravidade, procedimentos a serem realizados ou doença que apresentava, percebido nas falas:

*(...) olharam a pressão e anotaram aqui (...)  
(paciente 65)*

*(...) só perguntou a causa, eu falei e pronto (...)  
(paciente 43)*

*(...) olharam a pressão, colocaram o termômetro e só. Só fez escrever no papel e mandaram pra outra sala (...)  
(paciente 27)*

*(...) esse explicação só é feita pelo médico, lá ninguém nunca explica nada, só mandam pro médico (...) (paciente 29)*

### **3.2 Percepção do paciente em relação ao acolhimento**

Quando foi interrogado sobre o sentimento vivido após passar pela sala de acolhimento, sendo explicado antes pela pesquisadora sobre como deve ser realizado a classificação de risco no acolhimento hospitalar; 48,0% gostaram de todo o atendimento, 36,0% não gostaram da abordagem do profissional e 16,0% gostaram da educação do profissional, mas consideraram insatisfatório o atendimento, de acordo com as falas:

*(..) atenderam bem, depois que conversou me senti melhor (..) (paciente 27)*

*(..) eles vão resolver, achei muito respeito com a pessoa idosa. Achei muito digno (..) (paciente 37)*

*(..) antes eles atendiam de qualquer jeito, sem explicar nada, hoje até que eles explicam antes (..) (paciente 13)*

Sobre sentir que suas necessidades foram ouvidas, 86,0% disseram que suas queixas foram ouvidas e 14,0% relataram que não foram ouvidos, segundo as falas:

*(..) não interrompeu não, ouviu com paciência, até me acalmou (..) (paciente 46)*

*(..) ouviu, ele perguntou o que tava sentindo e eu falei (..) (paciente 50)*

*(..) ouviram tranquilo, com paciência (..) (paciente 11)*

*(..) sim, tudo o que eu tinha pra falar (..) (paciente 53)*

Foi perguntado se o enfermeiro falou com clareza, se havia entendido tudo o que tinha sido passado; 75,0% responderam que entenderam tudo o que foi passado pelo enfermeiro, 21,0% mostraram revolta afirmando que eles não explicam nada e 4,0% afirmaram ter ficado dúvidas, percebido nas falas:

*(..) dava pra entender direitim (..) (paciente36)*

*(..) falou bem esclarecido sim (..) (paciente 32)*

*(..) sim, falou normal mesmo (..) (paciente 50)*

*(..) entendi, a dúvida mesmo vai ser tirada aqui no médico(..)  
(paciente 58)*

#### **4. DISCUSSÃO**

Em relação ao perfil dos participantes não houve divergência acentuada se tratando do gênero masculino e feminino, ficando o feminino como a maioria.

O grau de escolaridade predominante foi o de ensino fundamental incompleto, e a renda que se sobressaiu foi de 1 salário mínimo por família. Segundo Siqueira (2011), o nível de educação como fator socioeconômico, mostra o meio social em que se vive, podendo ter uma influência muito forte sobre o estilo de vida e a saúde das pessoas, uma vez que seguimos a cultura e costumes do nosso grupo. A desigualdade em saúde reflete a classe social em que estamos inseridos, contudo não é o fator determinante, pois é levado em conta também um conjunto de fatores.

A maioria dos entrevistados é de Imperatriz-MA, mostrando um dado alto, além do esperado no início da pesquisa.

Em relação ao motivo que levou a procura hospitalar, mialgias, problemas relacionados ao TGI e febre foram os mais frequentes. Estes dados revelam que o Pronto-Socorro do hospital atende a prontidão e também atende aos usuários considerados não urgentes e que segundo Rati et al (2013), resulta no aumento da demanda para casos passíveis de serem tratados na Unidade Básica de Saúde.

Poucos pacientes que passaram pela sala de acolhimento eram por motivos de trauma físico, demonstrando um dado pequeno para o um serviço hospitalar de referência e que segundo as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico (BRASIL, 2015) há um aumento alarmante de traumas ortopédicos, superando em vários centros urbanos o índice de câncer.

Onde se realizou a pesquisa, foi observada que a linha de fluxo dos usuários seguia o Sistema Manchester (BRASIL, 2012b), onde a gravidade é representada em cores, vermelho, amarelo, verde e azul; tendo o vermelho como emergência e o azul como menos grave. A população usuária demonstrou não ter recebido

esclarecimento sobre a estratégia de cores adotada, revelando que a maioria dos entrevistados não sabia qual classificação pertencia.

No protocolo de classificação de Manchester existe um fluxograma baseado nas queixas, determinando a gravidade do usuário. É vital esclarecer à população sobre esse protocolo, a sua importância e quais critérios utilizados, pois por não entenderem essa situação de triagem, a população se mostra muitas vezes rude. Sendo necessário para um bom funcionamento desse sistema, profissional de saúde capacitado de forma que possam saber avaliar e classificar os pacientes adequadamente, conforme os sintomas apresentados (PINTO JUNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

Quanto a demora no tempo de espera até o atendimento na sala de acolhimento, os resultados foram positivos, a grande maioria dos entrevistados relataram ter sido atendidos em até 10 minutos; apontando precisão na burocracia da recepção, agilidade na fila e conseqüentemente redução dos riscos de piora do quadro devido longo tempo de espera. De acordo com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, a longa demora em filas faz com que compliquem alguns casos, podendo levar a morte de pessoas pela falta de atendimento em tempo adequado. A distinção de riscos ou graus de sofrimentos opera para que não haja grandes filas, agilizando o atendimento, trabalhando então como uma principal ferramenta para se evitar agravos (BRASIL, 2009).

A cada atendimento é importante que o profissional identifique a classe trabalhadora a que pertença, essa mediação inicial de diálogo deve ser feita pela apresentação de quem atende e quem é atendido deverá ser chamado pelo nome, aumentando assim o vínculo entre as partes e a confiança por parte do usuário, segundo o Projeto Acolher do Hospital das Clínicas (2015).

O encontro entre trabalhador e usuário proporciona uma relação de troca, onde cada um irá expor suas necessidades e o que tem a oferecer, sendo um encontro transformador, proporcionando vínculo e confiança (MATUMOTO, 1998). A relação é construída entre a população e o profissional de saúde que executa o acolhimento, o qual deve ser reconhecido não só pelo usuário, mas também pelo enfermeiro. Caracterizando um momento de autonomia e resolutividade com esse usuário, ofertando assim ações e serviços disponíveis que trabalhem de acordo com suas necessidades na rede. Passando-se a valorizar o papel do enfermeiro na

saúde, pois é o momento que aponta suas qualificações e importância no serviço, aumentando não só a responsabilidade, mas também destacando os benefícios das suas funções (SCHIMITH; LIMA, 2004).

O procedimento mais adotado foi o de apenas aferir a pressão arterial (PA). Segundo o texto básico do MS Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência (BRASIL,2009), o atendimento além de ser acolhedor, deverá proporcionar uma abordagem ao usuário para além da doença e suas queixas, avaliando então a condição clínica do usuário. A classificação de risco além de proporcionar equidade, integralidade na assistência, atendimento imediato a pacientes com risco de morte; oportuniza também informação sobre o estado de saúde e tempo provável de espera ao paciente e familiar (BRASIL, 2009).

Nesta pesquisa, os usuários em sua maioria revelaram não ter recebido orientação sobre como é realizado o procedimento de acolhimento com classificação de risco, proporcionando ao paciente sentimentos negativos como medo, insatisfação e fúria.

Segundo o Projeto Acolher do Hospital das Clínicas (2015), acolher o paciente resulta em confiança com a equipe cuidadora, noção de seus direitos e deveres, e sentimento de respeito à sua dignidade. Diante de um momento de fragilidade na saúde, surgem sentimentos de desamparo, vulnerabilidade e medo do desconhecido; o primeiro pensamento é buscar saber o que está se passando, a iniciativa principal é procurar uma unidade de saúde acreditando ter profissionais capacitados para detectar o problema. Nesse momento o acolhimento se torna fundamental, pois absorve essa vulnerabilidade e cria laços de confiança com o usuário.

Por outro lado, a maioria afirmou satisfeita com o atendimento na sala de acolhimento, relataram que suas queixas foram ouvidas e que havia sido entendido tudo o que foi passado pelo enfermeiro; mostrando uma contradição com os primeiros dados obtidos, onde a maioria respondeu não saber qual critério de classificação de risco pertenciam, não saber qual profissional que o estava atendendo, não ter recebido alguma informação sobre sua gravidade, procedimentos a serem realizados ou doença que apresentava. A integralidade como ato, pode demandar-se na organização de serviços, renovando as práticas de saúde e

valorizando o cuidado; onde considera o usuário como sujeito a ser respeitado e atendido em suas necessidades (PINHEIRO, 2001).

Tradicionalmente acolhimento pode se limitar a uma ação de generosidade, favor por parte de alguns profissionais, ambiente confortável ou também a uma ação de triagem. É importante não limitar o conceito de acolhimento apenas à forma de recepcionar a demanda, mas sim também como parte do processo de produção da saúde. O acolher deve acontecer também atrelado às várias diretrizes propostas para as mudanças nos processos de trabalho e gestão dos serviços: cogestão, clínica ampliada, ambiência, valorização do trabalho em saúde (BRASIL, 2009).

Assim a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (2009), afirma que: “Acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser um dispositivo de acionamento de redes internas, externas, multidisciplinares, comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos”.

Siqueira (2011) afirma que: “Os poderes e deveres que as pessoas exercem sobre os meios, ou seja, o que os agentes têm e o que fazem com essas propriedades são fatores que podem ser pensados a partir da desigualdade social”.

Considerando o grau de urgência como complexo, há carência no arranjo dos fluxos e cuidados com os usuários que demandam este serviço; sendo um vasto campo para a organização das práticas da enfermagem. O enfermeiro trabalha de forma rápida e eficaz pacientes críticos, baseado em protocolos voltados para esse serviço, acompanhando os pacientes em todo o processo clínico até a conclusão do tratamento. Sendo então o enfermeiro adequando e capacitado para o exercício não só do acolhimento, mas também da classificação de risco (Oliveira, Silva e Costa, 2012).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O acolhimento com classificação de risco trouxe vantagens, como um fluxo organizado priorizando a gravidade; estratégia que proporciona atendimento equitativo, diminuindo assim o risco de morte. O resultado dessa pesquisa mostra que os pacientes com eminente risco de morte têm atendimento prioritário, portanto são atendidos mais rapidamente.

Percebe-se que não tem como apenas mudar-se o fluxo do atendimento ou implantar nova política sem esclarecer ao usuário o funcionamento da instituição,

pois muitos casos poderiam ser atendidos na Atenção Básica. Revela-se ainda, a satisfação dos beneficiados do acolhimento com classificação de risco, mas também a insatisfação daqueles que vivem a realidade desse serviço.

Destaca-se a importância do enfermeiro empoderar-se do processo de triagem com acolhimento, segundo o proposto pelo Ministério da Saúde. Pois contribui assim para um melhor funcionamento do serviço de urgência/emergência, favorece o atendimento de acordo com o grau de gravidade do paciente e não por ordem de chegada, agiliza os processos, reduz o tempo das filas de espera diminuindo assim agravos.

Deve-se haver, também, maior envolvimento da gestão local para divulgar aos usuários e demais profissionais, os objetivos e vantagens da triagem com classificação de risco, não gerando assim nenhum sentimento de exclusão ou injustiça.

## **ABSTRACT**

VIANA, S.M.R **Hosting in a hospital unit according to the user's perspective.**

Imperatriz,2017.21f.Course Conclusion Paper presented to the Nursing Course of the Federal University of Maranhão.

This is an exploratory descriptive study with a quantitative-qualitative approach, carried out in the months of February to April of the year 2017, in a hospital unit of Imperatriz-MA, with the objective of analyzing the host process with risk classification, In the user's view. The study included 100 users who were in the hospital unit and who had already been attended by the risk classification. Data were collected through interviews and direct observations. For data collection, the semi-structured individual interview technique was used. The vast majority of users reside in Imperatriz. It was observed that users were not properly oriented about the concept and applicability of the reception with risk classification nor about the advantages that this method provides to the public health system. Agility was observed in care until the reception room with risk classification. Unsatisfied users were found in some aspects, but most were declared to be well served by the risk classification. It is concluded that the host with risk classification has advantages, such as an organized flow prioritizing the severity. The awareness of the users about the progress and purposes of the reception with risk classification brought a greater understanding of the flow of the institution, thus generating no sense of exclusion or injustice.

**Keywords:** Reception. Emergency and emergency service. Patients. Screening.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.M. et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Rev Eletr Enf**, 2009. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>>. Acesso em: 20 de out. de 2016.

BELLUCCI, J. J.A, MATSUDA, L.M. Implantação do acolhimento com classificação de risco em Serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro. **Cienc Cuid Saúde**. 2012;11(2):396-401.

BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Secretaria de Atenção a Saúde. **HUMANIZA SUS. Série B**, Textos Básicos de Saúde. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília -DF. 2009.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional**. . Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp?t=3&z=t&o=22&u1=1&u2=1&u4=1&u5=1&u6=1&u3=34>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002**. Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL. **ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM PARADIGMA ÉTICO-ESTÉTICO NO FAZER EM SAÚDE**. Ministério da Saúde. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Tiragem: 1.<sup>a</sup> edição – 2004.

BRASIL. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Ministério da Saúde 56p. Brasília (DF); 2009.

BRASIL. Documento base para trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde. 3.<sup>a</sup> edição 1.<sup>a</sup> reimpressão Série B. **Textos Básicos de Saúde Brasília** – DF 2006.

BRASIL (b). Acolhimento com classificação de risco. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Ministério da Saúde. v1.01- novembro,2012.

BRASIL. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Ministério da Saúde. ed.01. série B. Brasília-DF 2010.

BRASIL. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico.** ed.01. Brasília-DF 2015.

Projeto Acolher HC. **Acolhimento no Hospital das Clínicas da F.M.U.S.P. 2015.** Disponível em: <<http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/GUIA%20ACOLHIMENTO.pdf>>. Acesso em: 01jun. 2017.

GUEDES,M.V.C.et al. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Rev. bras. enferm.** vol.66 no.1 Brasília Jan./Feb. 2013.

PINTO JUNIOR, D. SALGADO,P.O. CHIANCA,T.C.M. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: Avaliação da Evolução dos Pacientes Admitidos em um Pronto Atendimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol. 20 n. 6 Ribeirão Preto. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000600005&script=sci\\_arttext&tling=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000600005&script=sci_arttext&tling=pt)>. Acesso em: 05 abril. 2017.

MATUMOTO S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde.** Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 354, DE 10 DE MARÇO DE 2014.** Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354\\_10\\_03\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html)>. Acesso em: 02 fevereiro. de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgências. Série B. **Textos Básicos de Saúde.** Brasília - DF. 2009.

OLIVEIRA,K.K.D. et al. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **Revista Mineradora de Enfermagem.**Vol.17.1.

OLIVEIRA, Ruth Fernandes de; SILVA, Melissa Almeida; COSTA, Adriana Cristina de Jesus. Classificação de risco pela enfermeira: uma revisão de literatura. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 1, p. 409-422, jan./abr. 2012. Disponível em: Acesso em: 01 jun. 2017.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.65-112.

RATI,R.M.S.;GOULART,L.M.H.F.;ALVIM,C.G.;MOTA,J.A.C. "Criança não pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. **Ciênc. saúde coletiva** vol.18 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2013. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001200022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200022)>. Acesso em: 28 de jun de 2017.

RODRIGUES.H.H.P. **Acolhimento com classificação de risco no SUS: Inserção de protocolos ou mudança de postura?** Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Centro de Educação Tecnologia e Pesquisa em Saúde – Escola GHC. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul – IFRS. Curso Técnico de enfermagem. 2013.

SIQUEIRA, N.L. **Desigualdade Social em Saúde no Brasil**. Disponível em:  
<<http://www.ufjf.br/virtu/files/2011/09/DESIGUALDADE-SOCIAL-EM-SA%C3%9ADE-NO-BRASIL.pdf>>. Acesso em 26.04.2017.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1487-1494, nov.-dez. 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/ SÃO LUÍS-MA. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco. Política Municipal de Humanização (PMH)**. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf)>. Acesso em: 02 jun. 2016.