

Acolhimento com classificação de risco: relação de justiça com o usuário

Embracement with risk classification: relationship of justice with the user

Acogida con clasificación de riesgo: relación de justicia con el usuario

Andrea Stella Barbosa Lacerda^I

ORCID: 0000-0002-7706-5609

Marta Sauthier^{II}

ORCID: 0000-0002-5153-0170

Graciele Oroski Paes^{III}

ORCID: 0000-0001-8814-5770

Enéas Rangel Teixeira^{III}

ORCID: 0000-0002-1721-2056

^I Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro,
Rio de Janeiro, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,
Rio de Janeiro, Brasil.

^{III} Universidade Federal Fluminense, Niterói,
Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Lacerda ASB, Sauthier M, Paes GO, Teixeira ER. Embracement with risk classification: relationship of justice with the user. Rev Bras Enferm. 2019;72(6):1496-503. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0420>

Autor Correspondente:

Andrea Stella Barbosa Lacerda
E-mail: andreasblacerda@gmail.com



Submissão: 11-06-2018 **Aprovação:** 21-02-2019

RESUMO

Objetivo: descrever a concepção de justiça de enfermeiros e usuários na Classificação de Risco em Emergência; analisar a concepção de justiça na implementação da Classificação de Risco na Emergência a partir do reconhecimento do usuário; discutir, a partir da Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth, a justiça com o usuário na Classificação de Risco em Unidade de Emergência. **Método:** pesquisa qualitativa de tipologia descritiva, exploratória, que utilizou como método a pesquisa-ação. Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** foi organizada uma categoria: "Justiça versus Injustiça" e três subcategorias: "Autonomia/Liberdade versus Heteronomia/Subordinação"; "Comunicação versus Problemas Hermenêuticos"; "Contribuições versus Conflitos". **Considerações finais:** o Acolhimento com Classificação de Risco apresenta dificuldades em sua interpretação e efetividade, com situações de desrespeito que concorrem contra a ética requerida. A justiça de que trata esse estudo será alcançada por um sistema de acesso às emergências que atinja as expectativas do usuário, reconhecendo-o como sujeito de direitos.

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

ABSTRACT

Objective: to describe the conception of justice of nurses and users regarding the Risk Classification in Emergency Unit; to analyze the conception of justice in the implementation of the Risk Classification in Emergency Unit from the user's recognition; to discuss, from Axel Honneth's Theory of Recognition, justice with the user in the Risk Classification in Emergency Unit. **Method:** qualitative research of descriptive, exploratory typology, which used action research as a method. Bardin's Content Analysis was carried out. **Results:** a category was created: "Justice versus Injustice" and three subcategories: "Autonomy/Freedom versus Heteronomy/Subordination"; "Communication versus Hermeneutic Problems"; "Contributions versus Conflicts". **Final considerations:** Embracement with Risk Classification presents difficulties in its interpretation and effectiveness; there are situations of disrespect that compete against the required ethics. Justice addressed by this study will be achieved by an emergency access system that meets user expectations, recognizing it as a subject of rights.

Descriptors: User Embracement; Classification; Emergency Service, Hospital; Emergency Nursing; Ethics.

RESUMEN

Objetivo: describir la concepción de justicia de enfermeros y usuarios en la Clasificación de Riesgo en Emergencia; analizar la concepción de justicia en la implementación de la Clasificación de Riesgo en la Emergencia a partir del reconocimiento del usuario; discutir, a partir de la Teoría del Reconocimiento de Axel Honneth, la justicia con el usuario en la Clasificación de Riesgo en Unidad de Emergencia. **Método:** investigación cualitativa de tipologia descriptiva, exploratoria, que utilizó como método la investigación-acción. Análisis de Contenido de Bardin. **Resultados:** se organizó una categoría: "Justicia versus Injusticia" y tres subcategorías: "Autonomía/Libertad versus Heteronomía/Subordinación"; "Comunicación versus Problemas Hermenéuticos"; "Contribuciones versus Conflictos". **Consideraciones finales:** Acogida con Clasificación de Riesgo presenta dificultades en su interpretación y efectividad, con situaciones de incumplimiento que concurren contra la ética requerida. La justicia de que trata este estudio será alcanzada por un sistema de acceso a las emergencias que alcance las expectativas del usuario, reconociéndolo como sujeto de derechos.

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

INTRODUÇÃO

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um dispositivo da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) – HumanizaSUS, iniciado no ano de 2004, pelo Ministério da Saúde, que tem como foco dinamizar os atendimentos conforme “potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento”, priorizando os casos de maior gravidade e propõe uma assistência aos usuários de forma mais justa e acolhedora, quebrando o paradigma de exclusão e facilitando o acesso⁽¹⁻²⁾. É um processo que visa ordenar os atendimentos conforme a urgência, rompendo com o antigo modelo de atendimento por ordem de chegada⁽³⁻⁴⁾. A Classificação de Risco (CR) tem sido implantada nas Unidades de Emergência para ampliar e facilitar o acesso. Ela é dividida em pelo menos quatro cores: vermelha (atendimentos emergenciais), amarelo (atendimentos urgentes), verde (atendimentos pouco urgentes) e azul (atendimentos não urgentes)⁽¹⁾.

Para que exista um atendimento de forma justa, os enfermeiros são profissionais capacitados para avaliar os usuários por meio de sinais e sintomas, classificando o risco nos hospitais de emergência⁽⁵⁻⁶⁾. Essa dimensão da prática requer a aplicação ampla do conhecimento de enfermagem nos seus diversos padrões que constituem parte do saber da Enfermagem: científico, ético, estético e pessoal⁽⁷⁾. Assim, a atuação do enfermeiro em ACCR exige, além de conhecimentos técnicos-científicos, o desenvolvimento do senso crítico para avaliação do estado dos usuários, que inclui acesso aos conhecimentos adquiridos, capacidade de cada profissional realizar relações e uma espécie de capacidade metacognitiva, bem como conhecimento de suas possibilidades e limites frente ao protocolo de ACCR⁽⁸⁾. Também requer um olhar ético que incorpora conceitos centrais para o desenvolvimento de boas práticas de enfermagem e, dentre tais conceitos, destaca-se o de justiça.

Para Axel Honneth, a justiça tem relação direta com o reconhecimento. Sua concepção de justiça difere de bens distributivos, correspondendo às relações comunicativas de reciprocidade⁽⁹⁾. E a concepção de injustiça, ao contrário de ocorrer por desigualdades, se dá por falta de reconhecimento ou desrespeito. Nessa teoria, o reconhecimento apenas acontece quando os cidadãos apresentam autorrespeito, autoestima e, para a justiça social, é necessário haver a autonomia dos sujeitos. Assim, a justiça se apresenta como expressão da vontade comum entre sujeitos livres em comunicação. O sujeito é livre para optar entre o que é o bem comum e livre para escolher o que pode ser contributivo para a vida social. Em Honneth⁽⁹⁾, a proposta da justiça não se encontra com objeto nas liberdades subjetivas de ação; o foco da justiça centra-se nas esferas de comunicação sociais, ou seja, de reconhecimento recíproco.

Na atualidade, publicações sobre avaliações do trabalho dos enfermeiros na implementação e implantação do ACCR tratam das dificuldades estruturais e administrativas e, ainda, relatam as demandas e situações emergentes nessa atividade. A Revisão na Literatura realizada pelos autores na produção disponível na Biblioteca Virtual de Saúde e na CINAHL, do período de 2004 a 2017, retornou 36 artigos completos diretamente relacionados ao tema no campo da Enfermagem. Dos artigos identificados,

quatro abordavam a temática tendo como foco principal o usuário, suas concepções quanto ao funcionamento do ACCR em emergência e a sua satisfação com esse dispositivo⁽¹⁰⁻¹³⁾. Verifica-se que são escassos os estudos que tenham como foco o usuário, principalmente acerca da temática que traga a relação de justiça, mesmo considerando o valor que o assunto tenha para o cuidado profissional.

Convergindo a lacuna do conhecimento e a relevância do tema, o presente estudo busca esclarecer a concepção de justiça e injustiça por usuários e enfermeiros do setor de Emergência de um hospital municipal do Rio de Janeiro acerca da classificação e reclassificação de risco no ACCR proposto pela PNH. A justiça, utilizada como categoria de análise nesta produção, está diretamente relacionada à comunicação, à autonomia e à liberdade para o reconhecimento na perspectiva de Honneth.

OBJETIVO

Descrever a concepção de justiça de enfermeiros e usuários na Classificação de Risco em Emergência; analisar a concepção de justiça na implementação da Classificação de Risco na Emergência a partir do reconhecimento do usuário; discutir, a partir da Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth com base na moral social, a justiça com o usuário na Classificação de Risco em Unidade de Emergência.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo obteve aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições proponente (Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ) e coparticipante (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro). As etapas do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido foram cumpridas, para que, conforme a Resolução 466/12, o participante pudesse decidir de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida sua participação no estudo. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após receberem orientações acerca das questões éticas e legais que envolveram o estudo. A fim de garantir o anonimato dos participantes, o código “U” foi utilizado para os usuários e “E” para os enfermeiros, seguido dos algarismos arábicos, conforme a coleta de dados.

Tipo de estudo

O estudo é descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, onde se aplicou o método da pesquisa-ação que tem como objetivo produzir conhecimento, obter experiências e contribuir para a discussão sobre o tema em debate⁽¹⁴⁾; tem caráter participativo, reflexivo e dialógico. A pesquisa-ação é “associada a diversas formas de ação coletiva que é orientada em função da resolução de problemas ou de objetivos de transformação” e perpassa por três fases: a exploratória, que é definida pela observação do problema; a de desenvolvimento, constituída pelos seminários; e a conclusão, onde é realizada a análise, discussão e divulgação dos resultados⁽¹⁴⁾.

Procedimentos metodológicos

Este artigo caracteriza-se como produto da Dissertação de Mestrado intitulada: "ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA: relação de justiça com o usuário"⁽¹⁵⁾, apresentada à Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Neste artigo, optou-se pelo aprofundamento nas questões de justiça que são inerentes à ética em ACCR.

Hipótese

A hipótese descritiva é a de que não há informação suficiente, escuta ativa e vínculo, no cenário desta pesquisa, para se atingir a concepção de justiça em ACCR que se aproxime do reconhecimento de Honneth, resultando em exclusão, déficit de comunicação e heteronomia dos usuários.

Cenário do estudo

O estudo foi realizado no setor de ACCR do Serviço de Pronto Atendimento (SPA) de um Hospital Municipal de Emergência do Rio de Janeiro.

Fonte de dados

A partir da compreensão de que os usuários são o cerne principal do ACCR e que os enfermeiros são os profissionais que cotidianamente estão à frente desse dispositivo, a população selecionada para esse estudo foi de usuários do SPA e enfermeiros do referido setor a partir de 21 anos, de ambos os sexos e alfabetizados.

Participaram da pesquisa usuários com classificação de atendimento "pouco urgente", que estivessem aguardando atendimento médico na sala de espera ou após a medicação, sendo excluídos aqueles que não apresentassem condições clínicas para responder a pesquisa e/ou outro tipo de CR, e enfermeiros do referido setor do turno diurno, que era composto por 6 enfermeiros, divididos em 3 plantões. Foi excluído 1 enfermeiro que se encontrava de licença e a pesquisadora, que também integra esta equipe. Assim, a amostra foi constituída por 4 profissionais enfermeiras e 34 usuários, totalizando 38 participantes.

Coleta e organização dos dados

A coleta dos dados foi realizada no primeiro semestre de 2016, em três etapas concomitantes: seminários, que constituem a principal técnica de coleta de dados na pesquisa-ação, pois é nessa fase que são examinadas, discutidas e tomadas as decisões acerca do processo de investigação. Ocorreu com a contribuição do conhecimento teórico-prático da pesquisadora, enfermeira atuante neste cenário, com grupos de 3-4 usuários por vez, captados em sala de espera e esclarecidos sobre o tema da pesquisa de forma dialogal, com troca de saberes, dúvidas e conhecimentos. O tema dos seminários foi planejado conforme o enfoque principal da pesquisa, para que os objetivos do estudo fossem alcançados e trouxessem contribuições para o cenário. Assim, discutiu-se sobre o dispositivo ACCR, com foco nas questões de justiça com o usuário, devido à dinâmica do setor estudado. Com os enfermeiros, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas e observação

participante com diário de campo, que envolveu observação da dinâmica do cenário onde ocorre o ACCR.

Por se tratar de um ambiente de rotatividade contínua, todas essas etapas foram cumpridas sequencialmente e no mesmo dia. Os dados coletados durante os seminários e as entrevistas foram gravados em áudio e posteriormente transcritos em arquivo *Word*.

Análise dos dados

A análise de conteúdo⁽¹⁶⁾ foi organizada em torno de três polos: 1º - a pré-análise: que objetivou a organização do material de análise para que a pesquisadora pudesse conduzir as operações subsequentes; 2º - a exploração do material: referindo-se à aplicação das técnicas de análise no *corpus* como a codificação e a categorização; e 3º - o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Por meio da análise de conteúdo, foi organizada uma categoria de interpretação dos achados, nomeada de "Justiça versus Injustiça". Dela, emergiram três subcategorias: "Autonomia/Liberdade versus Heteronomia/Subordinação"; "Comunicação versus Problemas Hermenêuticos"; "Contribuições versus Conflitos".

RESULTADOS

A caracterização da amostra de profissionais por idade, sexo, tempo de formação, tempo de serviço no SPA e pós-graduação resultou em quatro participantes do sexo feminino das quais duas tinham entre 30 e 40 anos de idade, uma entre 41 e 50 anos e uma com mais de 50 anos. Quanto ao tempo de formação, duas possuíam mais de 20 anos, uma entre 1 e 5 anos e uma entre 6 e 10 anos. Duas apresentavam até 1 ano de tempo de serviço no SPA do hospital e duas com mais de 2 anos. Todas possuíam pós-graduação no nível de especialização, formando um grupo profissional mais atualizado e preparado para as demandas do ACCR.

Os usuários foram caracterizados conforme sexo, idade, escolaridade, renda familiar e CR. A faixa etária de maior frequência estava entre 21 e 30 anos, correspondendo a quatorze usuários, seguida da faixa etária de 41 a 50 anos, com sete usuários. Dos trinta e quatro participantes, vinte eram do sexo feminino e quatorze do sexo masculino. Quanto ao grau de escolaridade, dezoito usuários possuíam ensino médio completo, seis usuários possuíam ensino fundamental incompleto e seis usuários possuíam ensino fundamental incompleto; apenas quatro usuários possuíam ensino superior incompleto. Vinte e dois dos usuários entrevistados tinham renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, sendo o número mais expressivo. Todos os participantes tinham como classificação a cor verde.

A caracterização dos enfermeiros e usuários do cenário estudado indica um retrato da realidade vivenciada, o que favorece a descrição de fenômenos e articulações com os limites e possibilidades no ACCR, e influencia na compreensão da análise das categorias e subcategorias desta pesquisa.

Embora as subcategorias culminem todas em "Justiça versus Injustiça" na concepção da Teoria do Reconhecimento honnethiana, foram analisadas individualmente para melhor compreensão do princípio contido na teoria de Honneth⁽⁹⁾ de que só há justiça quando se tem um processo de comunicação efetivo para que se dê suporte a uma tomada de decisão consciente que prime pela autonomia, oferecendo dessa forma liberdade e a

corresponsabilização no processo do cuidado. Do mesmo modo, não são aceitáveis ações em ACCR em que pesem *status* social, ordem de chegada, ou quaisquer tipos de ações geradoras de conflito, pois todos os usuários devem ser igualmente reconhecidos como seres de direito, o que é considerado justiça em Honneth.

Justiça versus Injustiça

Em ACCR, há usuários que se sentem contemplados e outros que não, e esta concepção encontra-se mais diretamente relacionada ao tempo de espera pelo atendimento do que a qualidade da assistência. Os usuários em suas falas associaram a concepção de injustiça com a demora para o atendimento médico e também para ser classificado pelo profissional:

Eu acho que eles colocam a classificação de risco porque a gente chega antes, mas depois da gente chega uma pessoa com um estado mais grave [...] Porque tem gente que chega cedo, mas depois chega uma pessoa com um estado precário, aí vai passar na frente, para a gente entender que o caso daquela pessoa é mais grave, por isso a gente ficou para trás. Porque, por exemplo, a pessoa chega com um resfriado forte, dá para esperar um pouco. A pessoa chega com um derrame, por que eu estou na frente de uma pessoa com derrame se eu posso esperar um pouco? Eu concordo com essa classificação. (U24)

Eu acho que deveria ser um atendimento um pouco mais rápido. Porque as pessoas sofrem esperando, porque aí [na explanação sobre ACCR] fala um tanto de minutos, mas a gente espera muito mais. (U4)

A gente classifica, porém por causa da demanda, que é muito grande, ele acaba esperando além do tempo da proposta de classificação. Porque toda classificação ela tem um tempo de espera e aqui acaba extrapolando. Às vezes ele demora para ser classificado, pela quantidade de enfermeiro que tem na sala de classificação e pela quantidade de médico também. Ele acaba esperando mais, ele [o atendimento] acaba não sendo tão humanizado assim. (E1)

As falas apontam que há usuários que compreendem a CR e a necessidade de se priorizar certos tipos de atendimento devido à gravidade, porém, a concepção de injustiça é apontada no longo tempo de espera para atendimento médico e também para ser classificado (ver fala de E1). A queixa quanto ao demasiado tempo de espera também foi oriunda dos dados da observação participante.

O tempo de espera, superior ao preconizado ou desejado, também é apontado nas falas, gerando uma percepção de prejuízo no processo de humanização do atendimento.

Autonomia/Liberdade versus Heteronomia/Subordinação

Durante as entrevistas e anotações de caderno de campo em observação participante, as enfermeiras realizaram relatos que remeteram à reflexão acerca da autonomia e heteronomia. Um dos relatos contundentes é o que se segue:

Já reclassifiquei pacientes que eram verdes, que entraram com uma queixa de dor e essa dor aumentou, ou a pressão [arterial] aumentou, porque era muito tempo de espera, e o paciente retornou e foi reclassificado. E já aconteceu ao contrário, o paciente foi lá e permanecia a mesma coisa, mas ele achava que tinha que

ser reclassificado, porque ele percebeu que os amarelos, com classificação amarela, estavam passando na frente. Mas ele se mantinha estável e não foi reclassificado, mas já aconteceu de evoluir também e a gente ter que reclassificar. (E1)

Este relato evidencia que, no cenário em tela, a CR não é uma ação imposta pelo profissional de saúde, ela ocorre de modo coparticipativo, onde o usuário é ouvido, compreendido em suas subjetividades, o que converge com a política vigente a proposta do ACCR e a perspectiva honnetiana, contribuindo para a justiça almejada. Tal fato também foi constatado na observação participante, em que uma usuária com queixa de dor abdominal havia recebido CR verde, porém a mesma questionou o porquê de não ter prioridade. A enfermeira informou que, segundo o protocolo da unidade, queixas de dor abdominal eram classificadas como verde; a usuária informou que sua dor era muito forte, que já havia feito uso de analgésicos e não houve melhora e que não estava aguentando de dor. A usuária não apresentava faces de dor e nem alteração de sinais vitais, mas teve a sua CR alterada para amarela, pela enfermeira, devido ao seu relato de dor intensa, sendo a dor um sintoma inerente àquele que a sente.

Até agora eu não sei nem o que quer dizer o verde, o amarelo, o vermelho, uma vez eu estava mal e botaram verde e eu só fui atendido pela médica porque eu comecei a vomitar na porta da sala, aí ela veio [e perguntou]: "o que o senhor tem?" Eu: isso, isso, isso e isso. "Ah, mas botaram verde no senhor?" É, eu vou fazer o que? Eu não sei nem o que quer dizer esse verde aí. Aí ela pegou e me colocou lá para dentro, pediu ao pessoal e falou: "oh, ele vai entrar aqui porque ele está passando mal." Passou os exames todinhos, tomei injeção, aí que melhorou. Pronto, só isso. Infelizmente eles passam uma coisa para o paciente e não explicam o que é. Eu acho que deveria colocar aqui as classificações, um quadro, para a pessoa se sentir ali, ler pelo menos: o verde é isso. (U11)

Esse relato remete à insuficiência de informações e orientações, visto que os usuários não compreendem os critérios de cores, o que faz com que não compreendam a sua própria CR ou o porquê de alguém ser atendido com prioridade, o que gera a concepção de injustiça. Na observação participante, isto foi verificado no momento em que foi constatada a solicitação, principalmente por acompanhantes de CR prioritária. Ao serem questionados sobre qual seria o motivo, informavam que era devido à idade do usuário. Nesse momento, recebiam informações pela enfermeira de que a CR é feita conforme o agravo à saúde.

As questões de autonomia em ACCR atingem tanto usuários quanto profissionais, conforme os seguintes relatos:

Encontro dificuldade com o médico que às vezes, muitas vezes não concorda com a nossa classificação, vai até a gente reclamar que a nossa classificação é errada. (E1)

Eu acho que a equipe médica poderia trabalhar muito bem, mas ela recrimina nossas classificações demais. Deles chegarem e falarem assim: "olha, isso aqui é verde, você colocou amarelo?!"[...] Eles discriminam, eles recriminam nossa classificação, nossa capacidade. (E4)

Tais relatos mostram que o enfermeiro também tem a sua autonomia atingida, devido ao seu não reconhecimento por outra

categoria profissional como um ser capaz de cooperar corretamente no ACCR. Isto foi ratificado na observação participante, em que, por diversas vezes, médicos iam até a sala de classificação questionar as CR, em muitos casos, com usuários dentro da sala e sem buscar compreender o motivo da CR, apenas impondo sua conduta de forma não ética.

Comunicação versus Problemas Hermenêuticos

No setor de ACCR, um dos aspectos que marcam a concepção de injustiça é a falta de informação e compreensão sobre esse dispositivo, em que está imbricada uma má comunicação entre usuários, profissionais e instituição, geradora de problemas hermêuticos. Em muitos casos, não há conhecimento por parte dos usuários sobre o que é ou sobre como é realizado o ACCR:

[...] tem paciente que entende [...]. Tem paciente que não entende. Se a gente pega e dá um verde e ele quer um amarelo, porque tem amarelos passando na frente, ele vem com agressividade para cima de você. "Ah, por que está passando na minha frente?" Ele não entende, por mais que você explique. Eu pelo menos gosto de explicar: "o vermelho, o laranja e o amarelo passam na sua frente, está bom? O verde você fica esperando", mas eles vêm sempre esperando que o médico tem que atender eles imediatamente e rápido. (E4)

[...] a gente vai para tipo uma triagem com a Enfermagem, onde elas verificam nossa pressão, fazem as perguntas, por um técnico de enfermagem, para já dar um laudo, para encaminhar diretamente para o médico, esse é o processo ali delas. Depois volta para recepção para menina pegar os dados da gente, endereço, tudo, e dali aguardar o médico chamar a gente. Nesse período demora bastante. (U1)

Eu acho que além de ter uma enfermeira, digo, uma técnica de enfermagem, deveria ter uma enfermeira ali auxiliando. (U9)

As falas anteriores evidenciam que há uma incompreensão sobre como é o processo de ACCR, que não se trata de um diagnóstico médico prévio, e sim do levantamento de sinais e sintomas para avaliação de risco. Além disso, esses usuários desconhecem quem realiza a CR, apontando inclusive a necessidade da presença da enfermeira, que é a profissional que atua frente a esse processo no cenário estudado. Portanto, mostram-se indignados por acharem que a CR não é realizada por quem é de competência, devido à falta de informação.

Contribuições versus Conflitos

A utilização de protocolos nas intuições de saúde baseados nas premissas da PNH, são fundamentais para uma prática padronizada e eficaz em ACCR e contribui para tornar esse dispositivo justo, por valorizar a equidade e evitar que os atendimentos sejam realizados por ordem de chegada, sem considerar a gravidade de cada caso:

A gente segue bastante a classificação mesmo. [...] a gente procura seguir o protocolo, e o protocolo é justo, sim. (E1)

Nesta categoria, os relatos comprovam que os enfermeiros têm como base para suas CR o protocolo institucional, o que garante que suas classificações não sejam realizadas de forma

aleatória. Dados provenientes das entrevistas mostram que um dos conflitos enfrentados por esses enfermeiros é a responsabilidade de orientar os usuários que são classificados como azuis, isto é, de baixo risco, sobre o fato de que devem ser atendidos nas Unidades Básicas de Saúde:

[...] porque quando a gente classifica um paciente azul, é atenção básica, a gente tem que redirecionar ele para outra unidade. E a gente manda ele para outra unidade sem saber se ele vai ser atendido nesse exato momento. (E4)

Esse relato mostra que o funcionamento precário da rede básica de saúde sobrecarrega as Unidades de Emergência, bem como dificulta a continuidade dos cuidados de saúde, visto que, ao redirecionar para uma UBS, não há garantia de atendimento. Fato este que também pôde ser comprovado na observação participante, em que os usuários, ao serem orientados de que seus casos eram de classificação azul, e que deveriam ser atendidos na Clínica da Família, informavam que naquelas unidades não conseguiam atendimento por não haver médico ou pelo tempo prolongado para se conseguir uma consulta médica ou de enfermagem, e que, por isso, buscaram atendimento na emergência.

No cenário estudado, há situações que ferem a ética dos atendimentos, de modo que surgem conflitos de interesse em que são concedidos privilégios a uns em detrimento de outros:

[...] Porque às vezes você está ali passando mal, está no verde, aí entra uma pessoa ali menos mal e está no vermelho. Não sei se é parentesco, aí passa na frente. Eu já vi isso acontecer. A pessoa está mal, está verde, aí depois chega parentesco e bota vermelho, aí vai na frente. Isso aí eu acho injusto! (U11)

Só sei que uma vez eu vim, eu já tinha passado com a minha filha pelo atendimento da Enfermagem, a classificação dela não era de risco. Ela começou a passar mal, depois de ter passado por ali [CR], e ela passou na frente de todo mundo. A moça da recepção que mandou. Eu não fiz nada, ela que pegou a ficha dela e falou: "pode entrar". Ela foi e mudou a classificação. (U24)

[A CR] Já foi desrespeitada tanto pelo usuário quanto pelos profissionais médicos que atendem. Com o profissional médico: às vezes um conhecido que foi passado na frente dos demais, de uma classificação prioritária. E pelo usuário que está insatisfeito com a classificação que foi dada e quer passar na frente de todo mundo. (E2)

Conforme os dados provenientes das entrevistas, podemos notar que ocorrem "reclassificações indevidas", visto que há priorizações nos atendimentos de alguns usuários realizadas por profissionais que não pertencem à área de saúde. Além disso, ainda existem casos onde essa priorização é fruto de conhecimento ou parentesco com profissionais que atuam nesta unidade, o que gera um atendimento não ético e injusto.

DISCUSSÃO

Os resultados, expressos na categoria "Justiça versus Injustiça", elucidam que o grande tempo de espera pelo atendimento pode gerar consequências negativas, principalmente para usuários de

alto risco⁽¹⁷⁾. Além disso, o fato de indivíduos “passarem na frente” no atendimento pode gerar questionamentos nos usuários, o que provoca sentimento de injustiça, o que os leva a concepção de não serem reconhecidos como sujeitos de direito, porém essa concepção pode ser minimizada com a educação em saúde realizada nas salas de espera, sendo explicitado como é o processo em ACCR^(1,18), corroborando com o método de coleta de dados utilizado nesta pesquisa. Nessa concepção, Honneth⁽⁹⁾ argumenta que o reconhecimento denota-se como parte integrante da constituição do sujeito. Um dos enfoques da justiça é a garantia dos direitos individuais, “ao garantir direitos, um quadro jurídico justo protege os indivíduos dessas formas de desrespeito”⁽¹⁹⁾. As pessoas podem, por solidariedade e amor, compreenderem racionalmente as efetivas necessidades, deixando de lado sua vontade para garantir moralmente o que for correto, o que repercute em reconhecimento do outro como sujeito de direitos, ou seja, um ser autônomo⁽⁹⁾. Assim, a compreensão de que a ordenação dos atendimentos é realizada por meio de uma avaliação de risco gera nos sujeitos a sensação de justiça.

Tal fato é confirmado na subcategoria I, Autonomia/Liberdade *versus* Heteronomia/Subordinação. Os dados expressam que a garantia ao atendimento do usuário se dá por meio da avaliação por um profissional enfermeiro sobre o estado de saúde do usuário, que, a partir do diálogo, compreende ser a avaliação clínica o único meio de ordenar o atendimento. Este processo deve ser dialógico e garantir um atendimento equitativo. Por valorizar a equidade, são utilizados protocolos como instrumentos de apoio para o exercício do ACCR^(17,20-21), porém, a participação ativa do usuário é indispensável para que se valorize a sua autonomia. É um critério essencial para o seu bom funcionamento, pois o cuidado ao ser humano é algo complexo e envolto em subjetividades. Com essa perspectiva, pode-se evidenciar uma forte tendência educativa para o convívio social e para a sensibilidade social existentes no ACCR que contribui para que passem a perceber as demandas dos outros, deixando paulatinamente de ter o foco sempre em si mesmos, tornando-se menos autocentrados. Fatos como esses apontam a importância do diálogo permanente entre usuários e profissionais, como realizado nesta pesquisa, o que permitiu o esclarecimento de dúvidas sobre o ACCR, sua compreensão e fortalecimento de sua autonomia.

A autonomia é uma dimensão relacional, não segue uma lógica individual, é intersubjetiva. É composta por meio da reciprocidade de reconhecimento por meio de relações vivas, que são consideradas justas, de modo que aprendemos a valorizar mutuamente nossas necessidades, convicções e habilidades, por outro lado, a heteronomia é entendida como o oposto da autonomia⁽²²⁾.

Esta atividade deve levar em consideração as peculiaridades de cada usuário e suas condições biopsicossociais, o que exige uma visão holística dos profissionais e diálogo permanente entre equipe multidisciplinar e usuários, o que foi constantemente trabalhado durante as entrevistas dialogadas, pela pesquisadora. Além disso, devem ser pactuadas as redes de referência e contrarreferência para que se possa garantir a continuidade da assistência⁽²³⁾.

Com isso, uma boa comunicação entre usuários e enfermeiros deve estender-se a toda equipe multiprofissional e faz-se

necessária para uma assistência adequada que atenda aos direitos dos usuários. A carência de informações e acolhimento gera sentimentos de subordinação e exclusão aos usuários⁽²⁴⁾, que se veem submetidos a um sistema que proporciona privilégios a uns em detrimento dos outros. Na perspectiva honnethiana, práticas que geram sensações de subordinação ou exclusão, são consideradas injustas, uma vez que lesam substancialmente a autonomia do sujeito⁽¹⁹⁾. O ACCR é um dispositivo multiprofissional em que a participação de todos os implicados, inclusive o usuário, deve ser respeitada. O enfermeiro deve ter sua autonomia assegurada, sendo reconhecido como um ser capacitado para cuidar do outro⁽¹⁷⁾.

Um sujeito somente pode reconhecer-se como um ser de direitos, um ser autônomo e identificar seus objetivos e aspirações no momento em que agregue autoconfiança, autorrespeito e autoestima, que são as três formas de Reconhecimento, segundo a Teoria de Axel Honneth, sendo indissociáveis⁽⁹⁾.

Para dirimir os problemas hermenêuticos associados ao ACCR, faz-se necessário um processo efetivo de comunicação. Esse processo apresenta os seguintes elementos: emissor-mensagem-receptor-*feedback*, sem eles pode-se dizer que não há comunicação. Porém, nem sempre essa troca de informações é bem-sucedida. Não se pode garantir que essa mensagem se dê adequadamente como o desejado, não só pela linguagem, mas também pela essência da mensagem emitida e o conjunto de elementos que interferem na compreensão da mensagem, o que dá origem aos problemas hermenêuticos.

A Política Nacional de Humanização estimula que haja uma comunicação factual entre profissionais de saúde e usuários⁽¹⁾, fato que contribui para uma assistência que valorize a autonomia daquele que é cuidado e proporciona a corresponsabilidade. Tendo como base a Teoria de Honneth, usuários e profissionais necessitam fazer-se compreender para que sejam reconhecidos e para que estabeleçam uma relação de confiança, que é o cerne do ato terapêutico, pois “[...] só na medida em que é concedido em princípio a todos os sujeitos, com o estabelecimento do direito civil, a liberdade individual de decisão, cada um deles está igualmente em condições de definir as metas de sua vida sem influência externa”⁽⁹⁾.

A subcategoria II, Comunicação *versus* Problemas Hermenêuticos, sustenta que os usuários devem compreender o ACCR, visto que esta compreensão não se trata de um saber científico, mas de entender que a CR dos atendimentos é efetuada por um profissional capacitado e não é realizada de modo aleatório⁽¹⁷⁾. Além disso, deve-se promover a disseminação de informações, com uma boa comunicação, para que o usuário possa compreender a finalidade da CR, que visa dinamizar e priorizar os casos mais urgentes.

Neste estudo foi constatado, conforme exposto na subcategoria III, Contribuições *versus* Conflitos, que, por vezes, as emergências tornam-se unidades de referência para esses usuários em busca de cuidados de saúde, mesmo para os casos de baixa complexidade. Ressalta-se que não há uma “porta de entrada” específica nos serviços de saúde; os usuários precisam ter suas necessidades atendidas independente da unidade assistencial buscada⁽²⁴⁾. Além disso, devem ser acolhidos de forma resolutiva e justa, atendendo aos princípios éticos do cuidado.

Um dos fatores que fere a ética dos atendimentos está relacionado às “reclassificações indevidas” realizadas por profissionais que não são da área de saúde⁽²⁴⁾, e priorização de atendimento fruto de conhecimento ou parentesco com profissionais atuantes na unidade que geram sentimento de injustiça nos demais usuários, que se veem prejudicados, estendendo-se aos enfermeiros, que têm a sua CR desrespeitada. Essas atitudes vão de encontro com o que preconiza o dispositivo ACCR, que visa o atendimento conforme o grau de agravo à saúde e não mais o impessoal. No que se refere à prioridade de atendimento, “o sistema jurídico precisa ser entendido de agora em diante como expressão dos interesses universalizáveis, de sorte que não admita mais, segundo sua pretensão, exceções e privilégios”⁽⁹⁾. Ou seja, as pessoas devem ser tratadas como iguais, sem exceção, sendo suas necessidades diferentes e, assim, exigindo um atendimento com equidade.

O ACCR é contributivo na medida em que congrega a avaliação e a constante revisão das práticas de atenção e gestão empregadas nas instituições de saúde. Os fatores de produção de saúde estão interligados a ações coletivas e cooperativas entre os sujeitos, construídos de forma relacional, exigindo interatividade e diálogo permanente. Por meio deste diálogo, surgem questionamentos que contribuem para as práticas de corresponsabilidade e autonomia entre usuários e profissionais e um atendimento ético e justo^(5,25).

Para os enfermeiros, justiça estava diretamente relacionada ao coletivo, em que uns teriam prioridade ao atendimento por situações de agravos à saúde, enquanto que aos usuários, a justiça era tida como a urgência no seu atendimento, no tempo de espera, referindo uma visão individualista na sua concepção de justiça.

A partir do momento em que haja subordinação, como vimos, a relação de justiça fica comprometida. Nesse sentido, torna-se primordial a compreensão desses usuários sobre o funcionamento desse dispositivo, haja vista que somente por meio do conhecimento e sensibilização sobre seu papel social o usuário poderá sentir-se contemplado, solidarizado, dentro deste modelo assistencial.

Uma escuta ativa faz com que os profissionais tenham outra compreensão sobre o usuário, bem como a compreensão do ACCR faz com que os usuários se sintam contemplados de forma justa por esse dispositivo. Nem sempre, esclarecer algo é acolher. Em determinados momentos, atitudes, como olhar nos olhos, chamar pelo nome, cumprimentar, reconhecer suas concepções, responder suas dúvidas, ser resolutivo, faz com que a pessoa se sinta acolhida, ou seja, faltam as questões humanas do sujeito e não as questões políticas. Junto à competência técnica-científica, essas questões éticas precisam ser consideradas, mesmo reconhecendo que as competências técnicas sejam questões éticas, principalmente quando se fala em senso de justiça. O enfermeiro deve ser um aliado da comunidade, dos usuários, nesse processo, que é um trabalho educativo, dialógico e também cultural.

A estratégia de pesquisa oportunizou a escuta desses usuários e esclareceu suas dúvidas, promovendo reflexão conjunta entre usuários e enfermeira-pesquisadora, da mesma forma que possibilitou um momento de reflexão com os enfermeiros sobre a sua prática, o que convergiu para a transformação daquela realidade e contribuiu para que cada um dos participantes fortalecessem sua estima e participação social.

Esferas do reconhecimento, da teoria que oferece base a esta análise, emergiram como condições para que o usuário seja mais ouvido e atue como multiplicador de estratégias para que o ACCR funcione melhor e atenda mais às demandas dos próprios usuários a partir de relações mais firmes de amor, solidariedade e direitos entre si.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo são inerentes a não participação nesta pesquisa de todos os profissionais atuantes no processo de atendimento em ACCR, visto que é uma ação multiprofissional e que somente poderão resultar em mudanças efetivas neste cenário com o fortalecimento do trabalho em equipe. Sugerem-se, neste sentido, pesquisas em âmbito multidisciplinar.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Este estudo contribuiu, pois trouxe uma abordagem com foco no usuário, visando sua integralidade e o reconhecimento dos seus direitos, conforme a Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth. Ao proporcionar pensamentos críticos que promovem o repensar das práticas de enfermagem, a identificação de valores e princípios e da responsabilidade social com os usuários, ao mostrar um retrato desta realidade, pode motivar para novas estratégias a serem idealizadas e implementadas por cada um dos nossos leitores.

Além disso, a proposta de estratégias dialogais corroborou para esclarecer questões de justiça e injustiça, minimizando esses problemas. Foi possível mostrar aos usuários o papel do enfermeiro em ACCR e uma oportunidade de aprimoramento junto à comunidade. Porém, este ato isolado não é suficiente para extinguir essas tensões e conflitos. Sugere-se a implantação de ações de educação em saúde em sala de espera com os usuários. Também se faz necessária a constante capacitação da equipe multiprofissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No tocante às concepções dos enfermeiros e usuários, notamos que há déficit de ambas as partes. Alguns profissionais compreendem parcialmente o ACCR, não valorizando a importância da escuta e orientação. Quanto aos usuários, há um desconhecimento sobre o que é o ACCR e não há uma apresentação dialogal do mesmo para que se possa identificar verdadeiramente as dúvidas dos usuários acerca do ACCR. Para tanto, convergindo com a proposta da PNH, preconiza-se que seja construído um espaço dialogal para que haja uma ampliação das concepções e melhore a comunicação entre usuários, enfermeiros e equipe multiprofissional atuante em ACCR.

Conforme os resultados, comprovou-se que os usuários não compreendem os critérios de CR e priorização de atendimentos apenas verificando as diferentes cores e situações de emergência, o que gera sentimentos de subordinação e exclusão aos usuários. Um dos aspectos que marcam a concepção de injustiça é a carência de informações e a má comunicação entre

usuários, equipe multiprofissional e instituição, assim, não há um conhecimento por parte dos usuários sobre o que é ou sobre como é realizado o ACCR. Também foram evidenciados casos de conflitos de interesse, que vão de encontro com a proposta deste dispositivo. Deste modo, a hipótese descritiva deste estudo foi confirmada, especialmente quando se ofereceu informação com troca, *feedback*, escuta ativa e vínculo, no cenário de emergência estudado, na busca de atingir a concepção de justiça em ACCR,

aproximando-se do reconhecimento de Honneth, incluindo os usuários através da comunicação eficaz para que fossem reconhecidos e se reconhecessem em sua autonomia.

AGRADECIMENTO

Agradecemos ao Profº Drº Marcos Antônio Gomes Brandão pela revisão crítica do conteúdo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde [Internet]. Brasília; 2004 [cited 2018 Apr 28]. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>.
2. Bellucci Jr JA, Vituri DW, Versa GLGS, Furuya PS, Vidor RC, Matsuda LM. Hospital emergency service patient reception with triage: evaluation of the care process. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 22];23(1):82-87. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4976/18129>
3. Ramos CMA, Gomes SVGL, Bellucci Jr JA, Inoue KC, Sales CA, Matsuda LM. Admittance of risk-classified cases: assessment of hospital emergency services. *Rev Esc Anna Nery*. 2015;19(3):491-7. doi: 10.5935/1414-8145.20150065
4. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. *Emergency triage: Manchester Triage Group*. 3rd ed. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2014.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de Urgência [Internet]. Brasília; 2009 [cited 2018 Apr 28]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
6. Alves RA, Nogueira OD, Melo I, Fonseca VS, Figueiredo BR. Everyday experiences of the nurse in risk classification in an emergency unit. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(4):1743-51. doi: 10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201724
7. Carper BA. Fundamental patterns of knowing nursing. *Adv Nurs Sci*. 1978;1(1):13-24.
8. Morais Filho LA, Martini JG, Vargas MAO, Reibnitz KS, Bitencourt JVOV, Lazzari D. Legal Competence of Emergency Nurses. *Enferm Foco*. 2016;7(1):18-23. doi: 10.21675/2357-707X.2016.v7.n1.659
9. Honneth A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. 2ª ed. São Paulo: Editora 34; 2009.
10. Guedes MVC, Henriques ACPT, Lima MMN. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013;66(1):31-7. doi: 10.1590/S0034-71672013000100005
11. Silva PL, Paiva L, Faria VB, Ohl RIB, Chavaglia SRR. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):427-33. doi: 10.1590/S0080-623420160000400008
12. Ekwall A. Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2013;39(6):534-8. doi: 10.1016/j.jen.2010.10.003
13. Oliveira JLC, Gatti AP, Barreto MS, Bellucci Jr JA, Góes HLF, Matsuda LM. User embracement with risk classification: perceptions of the service users of an emergency care unit. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(1):e0960014. doi: 10.1590/0104-07072017000960014
14. Thiollent M. *Metodologia da pesquisa-Ação*. 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.
15. Lacerda ASB. Acolhimento com classificação de risco em emergência: relação de justiça com o usuário [Dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2017 [cited 2018 Apr 28]. Available from: <http://objdig.ufrj.br/51/teses/854443.pdf>
16. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
17. Malfussi LBH, Bertencello KCG, Nascimento ERP, Silva SG, Hermida PMV, Jung W. Agreement of an institutional risk classification assessment protocol. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(1):e4200016. doi: 10.1590/0104-07072018004200016
18. Sánchez G, Laza C, Estupiñán C, Estupiñán L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jul 24];32(3):305-13. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n3/v32n3a05.pdf>
19. Honneth A, Anderson J. Autonomy, Vulnerability, Recognition, and Justice. *Cad Filas Alem*. 2011;17(1):81-112. doi: 10.11606/issn.2318-9800.v0i17p81-112
20. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Scientific literature on the reliability and validity of the Manchester Triage System (MTS) protocol: a integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):142-9. doi: 10.1590/S0080-623420150000100019
21. Parenti N, Reggiani MLB, Iannone P, Percudani D, Dowding D. A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(7):1062-9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.01.013

22. Honneth A. A textura da justiça: sobre os limites do procedimentalismo contemporâneo. *Civitas*. 2009;9(3):345-68. doi: 10.15448/1984-7289.2009.3.6896
 23. Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarría-Guanilo ME, Brüggemann OM, Malfussi LBH. User embracement with risk classification in an emergency care unit: an evaluative study. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03318. doi: 10.1590/s1980-220x2017001303318
 24. Souza TH, Zeferino MT, Fermo VC. Reception: strategic point for user access to Unified Health System. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(3):e4440015. doi: 10.1590/0104-07072016004440015
 25. Weykamp JM, Pickersgill CS, Cecagno D, Vieira FP, Siqueira HCH. Welcoming with risk classification in urgent and emergency services: applicability in nursing. *Rev Rene*. 2015;16(3):327-36. doi: 10.15253/2175-6783.2015000300005
-