



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Ananeide Fernandes Vieira Duarte

**PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: REVISÃO
INTEGRATIVA**

Cajazeiras, PB

2017

Ananeide Fernandes Vieira Duarte

**PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: REVISÃO
INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores (CFP), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^ª. Especialista Flaviana Dávila de Sousa Soares

Cajazeiras- PB

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
JosivanCoêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras – Paraíba

D812pDuarte, Ananeide Fernandes Vieira.

O papel do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa/ Ananeide Fernandes Vieira Duarte. - Cajazeiras, 2017.

48p.: i

1.Bibliografia. f. 40 – 44.

Orientadora: Profa. Esp. Flaviana Dávila de Sousa Soares.
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

1.Enfermagem em emergência. 2.Acolhimento. 3. Humanização da assistência. I.Souares, Flaviana Dávila de Sousa.II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU-616-083.98

Ananeide Fernandes Vieira Duarte

**PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: REVISÃO
INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 27/04/2017

BANCA EXAMINADORA

Flaviana Dávila de Sousa Soares

Orientadora: Profa. Esp. Flaviana Dávila de Sousa Soares

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF

Mary Luce Melquiades Meira

1ª Examinadora: Profª. Esp. Mary Luce Melquíades

Aissa Romina Silva do Nascimento

2ª Examinadora: Profª. Dra. Aissa Romina Silva do

Dedico primeiramente a Deus por ter permitido a realização do meu sonho, dando-me serenidade para aceitar as coisas que não era capaz de modificar, coragem para modificar aquelas que estavam ao meu alcance e sabedoria para distinguir uma das outras. A minha filha, Ana Esther, criança muito amada e fruto de um amor incalculável, maior presente da minha vida. Ao meu esposo Aderson, por todo amor que me dedica, dizer obrigado é imensuravelmente insignificante diante de tudo que me proporciona, te amo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus por ser o condutor da minha vida e das minhas escolhas, a ele toda minha devoção, adoração e gratidão.

Sou grata a minha família por ser o meu alicerce, o lugar onde sempre encontro forças para seguir em frente diante as dificuldades. Aos meus pais por me apoiarem na escolha da minha profissão, um agradecimento especial a minha mãe por ser essa pessoa incansável, por ter me dado amor imensurável, por cuidar da minha filha, apoiar minhas escolhas, estar sempre presente, ser minha conselheira, confidente e amiga fiel.

Ao meu pai pelo senso de humor inabalável, pelo carinho, e por toda preocupação, pela pessoa cheia de batalhas que és, por tudo que me ensinou por tudo que sou, por ter chegado até aqui, eu te agradeço infinitamente.

A minha irmã Ana Luizapor ser minha motivação nas horas em que mais preciso, por estar sempre ao meu lado, por ser essa menina exemplo, o orgulho da nossa família, por tudo que superamos e conquistamos juntas, por me ajudar cuidando da minha filha para que eu estudasse. Juro que sem você não teria conseguido escrever nem o primeiro parágrafo desse trabalho. Nada disso seria possível se não fosse você, maninha.

Ao meu esposo e companheiro Aderson Duarte por ter me proporcionado os momentos mais felizes da minha vida até hoje, pelos sonhos que realizamos juntos, pelo melhor presente que me deu, a nossa filha Ana Esther. Obrigada por ser compreensivo, por sempre me ouvir, entender meus dilemas estudantis, por todo carinho, amor e companheirismo a que me dedica. Para mim o dia começa com o seu beijo. Sem você tenho certeza que teria sido bem mais difícil chegar até aqui. Amo-te!

Agradeço muito as minhas tias, meus amores de hoje e de sempre, minhas guerreiras, meus exemplos, que me ajudaram ao longo do curso para que pudesse chegar à conclusão, serei eternamente grata, pretendo retribuir com muita atenção em todos os momentos em que precisarem de mim. Agradeço especialmente a minha querida e inesquecível tia Aninha, por ter me ajudado em um momento muito difícil da minha vida, por ter me roubado muitos risos, mas também muitas lágrimas, lágrimas que me ensinaram o valor da vida, que me enchem os olhos de saudade de você, tia.

Agradeço muito aos mestres que ao longo desses quatro anos contribuíram para o meu crescimento pessoal e para minha formação profissional, repassando o seu conhecimento teórico-prático, seus valores e dividindo suas próprias experiências. Um agradecimento especial ao meu querido professor Marcelo Costa Fernandes, por toda a sua paixão pela enfermagem, saiba que és o meu modelo de professor e enfermeiro, minha inspiração. Peço ao Senhor que lhes abençoe e os recompensem pela entrega de vocês à docência e por quererem sempre dar o melhor de si.

Minha gratidão a minha orientadora Professora Flaviana, que mesmo sem me conhecer aceitou o convite. Obrigada por toda dedicação, paciência e interesse no meu trabalho. Deus colocou você como um anjo em meu caminho para me ajudar na realização desse sonho, serei eternamente grata por toda atenção que teve comigo.

A banca examinadora por ter compromisso com a docência, pela disponibilidade em avaliar meu trabalho, pela atenção, pelas críticas e pelos ensinamentos.

Finalmente agradeço a todos os colegas de classe por terem dividido comigo suas experiências de vida. Agradeço especialmente a JoyceWadna, amiga de todas as horas, meu exemplo de enfermeira.

Meus sinceros agradecimentos a todos que direto ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa!

Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.

Florence Nightingale

RESUMO

No Brasil e no mundo, a procura por Serviços Hospitalares de Emergência (SHE) tem sido maior nas últimas décadas, o que pode ser reflexo do aumento no número de acidentes automobilísticos, violência urbana, maior longevidade da população e não resolubilidade dos serviços de saúde. Com o intuito de melhorar a assistência prestada, o Ministério da Saúde (MS) resolveu aderir ao sistema de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) no ano de 2004, já adotado por diversos países para humanizar o atendimento, priorizando - o de acordo com o grau de necessidade de cada paciente. O acolhimento pode ser realizado por qualquer profissional da equipe, porém o enfermeiro como gerente do cuidado deve ser responsável por reunir as condições necessárias, conhecimento clínico e linguagem adequada para a realização das escalas de avaliação e classificação de risco do usuário de acordo com o grau de urgência de seu agravo. Pretende-se com este estudo contribuir para que o enfermeiro compreenda a importância de sua atuação no ACCR. Visando uma melhoria na prática dos serviços de enfermagem e a maior satisfação dos usuários. A metodologia utilizada foi à revisão integrativa da literatura (RIL) que é uma modalidade de pesquisa que visa sintetizar estudos já publicados sobre a temática abordada que são de relevância para a prática baseada em evidência e identificar lacunas para serem preenchidas com a realização de novos estudos. Foram utilizados como base de dados a LILACS e SCIELO, sendo selecionados 10 artigos após critérios de inclusão/exclusão. Observa-se que o enfermeiro como o gerente do cuidado é o profissional que “alavanca” o sistema de ACCR, possui competência técnica e científica para realizar um exame físico detalhado e classificar de acordo com o grau de risco. Percebe-se ainda que na realidade do ACCR o enfermeiro encontra dificuldades relacionadas à estrutura física do ambiente de classificação de risco, falta de recursos humanos e materiais, equipe multidisciplinar, sistema de contrarreferência, jornada exaustiva

Palavras-Chave: Enfermagem em Emergência. Acolhimento, Humanização da Assistência. Enfermagem.

ABSTRACT

In Brazil and in the world, the demand for Serviços Hospitalares de Emergência (SHE) has been larger in the last decades, which may be a reflection of the increase in the number of automobile accidents, urban violence, greater longevity of the population and irresolution of health services. In order to improve the care provided, the Ministério da Saúde (MS) decided to join the Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) system in 2004, already adopted by several countries to humanize care, prioritizing it according to the degree of need of each patient. The reception can be carried out by any professional of the team, but the nurse, as manager of the care, must be responsible for meeting the necessary conditions, clinical knowledge and adequate language to carry out the scales of assessment and risk classification of the patient according to the degree urgency of his injury. The aim of this study is to contribute to the nurses understanding of the importance of doing a qualified listening as well as the ACCR of their patients, in addition to recognizing the frailties faced to implement the method. Aiming for an improvement in the practice of nursing services and the greater satisfaction of its beneficiaries. The methodology used was the integrative literature review (ILR), which is a research modality, that aims to synthesize already published studies on the subject that are relevant to the practice based on evidence and to identify gaps to be filled with the accomplishment of new studies. LILACS and SCIELO were used as the database, and 10 articles were selected after inclusion/exclusion criteria. It is observed that the nurse, as the care manager, is the professional that leverages the ACCR system; has the technical and scientific competence to perform a detailed physical examination and to classify according to the degree of risk. It is also noticed that in the reality of ACCR, the nurse faces difficulties related to the physical structure of the risk classification environment, lack of human and material resources, multidisciplinary team, counter-referral system, long working hours and great demand for care.

Keywords: Emergency Nursing. Reception. Humanization of Care. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quantidade de artigos encontrados	25
Quadro 2 – Disposição das pesquisas inclusão na revisão integrativa de acordo com: autor, periódico, ano, título, objetivos e resultados das bases de dados. Scielo e lilacs 2017	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
SUS	Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
SHE	Serviço Hospitalar de Emergência
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
PNH	Política Nacional de Humanização
UE	Urgência e Emergência
DeCS	Descritores em Ciências de Saúde
IPE	Instituições Públicas de Ensino
PBE	Pesquisa Baseada em Evidências
RIL	Revisão Integrativa de Literatura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 <u>Objetivo Geral</u>	16
2.2 <u>Objetivos Específicos</u>	16
3 REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 <u>Acolhimento com Classificação de Risco: Conceitos e Aspectos Éticos e Legais</u>	17
3.2 <u>Os serviços de Urgência e Emergência no Brasil</u>	19
3.3 <u>O enfermeiro como o profissional no Acolhimento com Classificação de Risco</u>	21
4 DELINEAMENTO DA PESQUISA	23
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	27
5.1 <u>Caracterização das publicações</u>	27
5.2A <u>Atuação do Enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços Hospitalares de Emergência</u>	31
5.3 <u>Dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro no cotidiano do Acolhimento com Classificação de Risco dos Serviços de Emergência</u>	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE	43

1 INTRODUÇÃO

Com o objetivo de melhorar a atenção à saúde e promover a igualdade de acesso no Brasil em 2003 o Ministério da Saúde (MS) criou a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS), para por em prática os princípios do SUS, Universalidade, Equidade e Integralidade. Assim surgiu a necessidade de reorganizar os serviços de saúde, de modo a garantir à população um atendimento que fosse resolutivo, humanizado e acolhedor (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Segundo Chernicharo et al., (2014) a utilização do termo humanização nos tempos da pós-modernidade rememora movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos ou sucumbidos devido ao reordenamento social da época, decorrente do capitalismo multinacional e pela globalização econômica. À luz dessa situação, em meados do século XX, começou-se a discutir questões relacionadas aos direitos humanos, bioética, proteção ambiental e cidadania como resposta a tal situação, propondo uma reconstrução da realidade.

No Brasil e no mundo, a procura por Serviços Hospitalares de Emergência (SHE) tem sido maior nas últimas décadas, o que pode ser reflexo do aumento no número de acidentes automobilísticos, violência urbana, maior longevidade da população e não resolubilidade dos serviços de saúde. Como intuito de melhorar a assistência prestada, o MS resolveu aderir ao sistema de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) no ano de 2004, já adotado por diversos países para humanizar o atendimento, priorizando - o de acordo com o grau de necessidade de cada paciente (FEIJÓ et al., 2015).

Bellucci Junior e Matsuda (2012) ressaltaram em um artigo que ocorreram registros de que os primeiros hospitais brasileiros a utilizar o ACCR no atendimento foram o Hospital Municipal de Paulínia, em 1993, e o Hospital Municipal Dr. Mario Gatti, em Campinas, em 2001. Nessas instituições, um dos principais resultados obtidos foi o controle da demanda por meio da priorização dos casos de maior gravidade para o atendimento.

Lima Neto et al., (2013) estabelece que quando o paciente é acolhido e encaminhado para atendimento por ordem de chegada, sem o estabelecimento de critérios clínicos, a situação de superlotação dos serviços pode ser agravada, bem como a sua situação atual de saúde-doença. Para tanto, tem sido utilizado o acolhimento com classificação de risco que

consiste em um processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com a gravidade clínica do seu caso.

OACCR é direcionado por protocolo, não se baseia na forma de ordem por chegada, nem na triagem excludente e se diferencia dos demais sistemas de acolhimento porque é baseado no fortalecimento do vínculo com o cliente, visando uma escuta qualificada e consequentemente um atendimento satisfatório para usuário e acompanhante, garantindo assistência imediata ao usuário com o grau de risco elevado, assegurando também o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do paciente (COSTA et al., 2015).

Bellucci Junior et al., (2015) afirma em um dos seus estudos que, o primeiro país no mundo a desenvolver e adotar a técnica do ACCR foi a Austrália no década de 1990, e no Brasil um dos hospitais pioneiros a adotar essa forma de atendimento foi o Hospital Municipal Dr. Mário Gatti em Campinas-SP, que, no ano de 2000, implantou o sistema após ser convidado pelo MS para fazer parte de um projeto piloto que visava implantar um programa de humanização em alguns hospitais brasileiros.

A sistematização do ACCR consiste em quatro níveis de identificação de gravidade: emergência, urgência, menor urgência e baixa complexidade e os protocolos ou diretrizes que sustentam essa classificação são definidos por parâmetros objetivos e subjetivos, tempos e fluxos passíveis de modificações, a critério de cada instituição.

Bellucci Junior et al., (2015) corrobora que, dentre todos os setores de um hospital, é provável que o SHE seja um dos mais complexos para a implantação de sistemas que visem à melhoria da qualidade, porque as dificuldades observadas nesse local são distintas dos outros setores hospitalares, pelo fato de, cotidianamente, estar superlotado; excluir o usuário na porta de entrada; atuar sob processos de trabalho fragmentados; apresentar conflitos e assimetria de poder, dentre outros.

O acolhimento pode ser realizado por qualquer profissional da equipe, porém o enfermeiro como gerente do cuidado deve ser responsável por reunir as condições necessárias, conhecimento clínico e linguagem adequada para a realização das escalas de avaliação e classificação de risco do usuário de acordo com o grau de urgência de seu agravo. Garantindo, portanto, a segurança do cliente e consequentemente o melhor funcionamento do serviço, da mesma forma que essa responsabilidade também garante ao enfermeiro maior autonomia como regulador da porta de entrada dos serviços de Saúde do SUS. (INOUE et al., 2015).

Portanto, sendo o enfermeiro o profissional gerente do cuidado, qual o seu papel na realização do atendimento de acordo com as diretrizes do Acolhimento com Classificação de Risco?

A vontade de explorar a temática surgiu após a realização das aulas práticas da disciplina de Urgência e Emergência na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da cidade de Cajazeiras, quando se teve a oportunidade de colocar em prática as diretrizes sobre Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) vistas em sala de aula.

Pretende-se com este estudo contribuir para que o enfermeiro compreenda a importância de se realizar uma escuta qualificada, bem como o ACCR de seus pacientes, além de reconhecer as fragilidades enfrentadas para implantação do método. Visando melhorias na prática dos serviços de enfermagem assim como maior satisfação dos usuários dos SHE.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- ✓ Avaliar qual o papel do enfermeiro como o profissional que realiza o Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar a contribuição do enfermeiro para implantação do sistema de classificação de risco nas unidades de Urgência e Emergência;
- ✓ Identificar a opinião dos enfermeiros sobre a importância de se fazer o Acolhimento com Classificação de Risco;
- ✓ Averiguar sobre quais são as principais dificuldades encontradas para aplicação do modelo de classificação de risco.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Acolhimento com Classificação de Risco: Conceitos e Aspectos Éticos e Legais

Para concretizar o Sistema Único de Saúde(SUS) na prática foram estabelecidos alguns princípios básicos, são eles: hierarquização e regionalização, descentralização, participação dos cidadãos, complementaridade do sistema privado e resolubilidade. A resolubilidade diz respeito ao grau de eficiência e eficácia dos serviços de saúde e é uma barreira a ser enfrentada pelo SUS na consolidação do sistema e efetivação da assistência à saúde, porém nem sempre isto é possível. Pois muitas vezes a atenção está voltada para uma ideia de “queixa – conduta”.

Rossaneiset al.,(2011) discorre que, no Brasil, a maioria dos hospitais públicos funciona acima de sua capacidade máxima, com taxa de ocupação de leitos superior a 100%, número reduzido de recursos humanos, profissionais sem capacitação, excesso de demanda e demanda inadequada, déficit financeiro, gerenciamento precário de recursos, número de leitos insuficientes e sem planejamento efetivo. Algo que foge totalmente do proposto nos princípios básicos do SUS.

Além disso, os recursos tecnológicos, os avanços nas pesquisas científicas, a evolução da indústria farmacêutica e a superespecialização na área da saúde acabam desumanizando o serviço de saúde e excluindo o paciente e toda sua individualidade, crenças e valores (SEOANE; FORTES, 2014).

Para o dicionário online de língua portuguesa Priberam, humanizar significa dar ou ganhar atributos humanos. Humanização, segundo Simões et al., (2007) é uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Inserida no contexto da saúde, a humanização, muito mais que qualidade clínica dos profissionais, exige qualidade de comportamento.

Humanizar o serviço de saúde significa colocar-se no lugar do usuário e enxergá-lo de forma holística, reconhecer sua individualidade e preocupar-se em oferecer o máximo de conforto e cuidado.Segundo Seoane e Fortes(2014), Os profissionais de saúde baseiam-se na alteridade como um ideal para realização do seu trabalho.

Como política, a Humanização surgiu em 2003 na Política Nacional de Humanização (PNH), com o intuito de fazer valer os princípios do SUS no dia-a-dia das práticas de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Objetivando a comunicação efetiva entre todos os envolvidos no processo de saúde doença.

Na própria apresentação da PNH diz que, a Humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. Vale ressaltar que não estamos nos referindo a um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para “resolver” um problema, mas à produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes (BRASIL, 2006).

É de suma importância incluir o usuário como sujeito participante e ativo no processo decisório de sua saúde, desvinculando-o do modelo medicalocêntrico e inserindo-o em uma equipe multiprofissional, despertando desta forma, o aumento de responsabilização em relação aos usuários e a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles.

Como diretrizes a PNH apresenta: Acolhimento, Gestão Participativa e Cogestão, Ambiência, Clínica Ampliada e Compartilhada, Valorização do Trabalhador e Defesa dos Direitos dos Usuários.

O Acolhimento é uma diretriz operacional da PNH pode ser realizado por qualquer profissional da equipe de saúde, em qualquer lugar, a qualquer hora, deve ser a resposta do sistema de saúde às necessidades dos usuários. É importante que se faça presente em todo e qualquer atendimento prestado por profissional de saúde. Quando há acolhimento há aproximação e escuta do paciente e suas queixas, consequentemente o empoderamento deste no processo de saúde – doença, assim como na solução do problema.

Segundo Zanelatto e Dal Pai(2010),o acolhimento é uma ação de responsabilidade da equipe multiprofissional, na qual todos devem estar preparados, pois acolher na emergência exige o uso de tecnologias leves associadas à agilidade necessária para os casos graves. Para se ter uma assistência adequada os usuários precisam ser tratados com dignidade e receber atenção condizente com a necessidade. A humanização do atendimento vem ao encontro dessas necessidades, com vista à qualificação dos processos relacionados à promoção da saúde.

A Classificação de Risco é uma ferramenta fundamentada no protocolo internacional de Manchester, para ajudar a organizar o acolhimento a partir do fluxo, priorizar os casos mais graves, reduzir as filas e extinguir o sistema de “ordem de chegada”. Neste cenário o protocolo de ACCR visa estabelecer o atendimento de forma que este seja resolutivo e acolhedor, priorizando os casos mais graves, mas sem excluir ou privar qualquer pessoa do atendimento, diferentemente do que acontece nos sistemas de triagem (ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012).

Cordeiro Junior, Torres e Rausch(2014), designam que, O Modelo de Manchester (Manchester Triage System - MTS) - trabalha com algoritmos e discriminadores chaves, associados a tempos de espera simbolizados por cores. Está sistematizado em vários países da Europa. O mecanismo de entrada é uma queixa ou situação de apresentação do paciente. Baseado em categorias de sinais e sintomas e não em escalas de urgência pré-definidas que podem induzir ao diagnóstico, atividade não desejável num protocolo de classificação de risco.

Segundo os mesmo autores Protocolo de Manchester é baseado em evidência com regularidade e conformidade de padrões internacionais da boa prática e é adotado com sucesso em vários sistemas de saúde diferentes. Ele mostrou ter reconhecimento internacional, confiabilidade, uma metodologia eficaz, além de ser passível de informatização. E por ser passível de auditorias, individual e departamental, fornece um caminho sistemático e lógico para a tomada de decisão na classificação de risco assim como na gestão do serviço de urgência.

3.2 Os serviços de Urgência e Emergência no Brasil

Os Serviços de Urgência e Emergência (UE) constitui-se como importante auxiliar na rede de atenção a saúde pode ser oferecido em hospitais de grande, médio e pequeno porte e deve atender casos de urgência e emergência, graves e potencialmente graves. Para tal, este precisa dispor de recursos tecnológicos e humanos. Uma das características desse setor é assistir a uma demanda de usuários muito grande diariamente.

Sendo os UE uma das portas de entrada do SUS a estimativa é que uma boa parte destes usuários não esteja acometida por um agravo que demande atenção imediata. Isso por

sua vez é reflexo do quão caótico se encontra o sistema de saúde público brasileiro. Segundo Marques e Lima (2007), a falta de definições políticas, a baixa resolubilidade e qualidade oferecida nos serviços, aliada à dificuldade de mudança nos hábitos culturais e crenças da população têm levado o usuário a buscar a assistência médica onde exista a porta aberta.

Diante todas as dificuldades encontradas no atendimento de Urgência e Emergência (UE) brasileiro o MS estabeleceu em 29 de setembro de 2003 a portaria GM/MS 1.863 a Política Nacional de Atenção às Urgências com os seguintes componentes fundamentais: adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida; instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS; capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abrangendo toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde, orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção (BRASIL, 2006).

Segundo Santos et al., (2013) os serviços hospitalares de emergência continuam sendo o local para onde confluem problemas não resolvidos e não diagnosticados em outros níveis de atenção. Para grande parte da população que não tem acesso regular a um serviço de saúde, as emergências hospitalares representam a principal alternativa de atendimento para as mais diversas situações, pois, no senso comum, esses serviços reúnem um somatório de recursos que os tornam mais resolutivos, quais sejam consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações.

Nascimento et al., (2011) afirma que no SE, o ACCR configura-se como uma das ações potencialmente decisivas na reorganização e implementação da promoção de saúde em rede. Engloba os seguintes aspectos: ampliar o acesso sem sobrecarregar a equipe e sem prejudicar a qualidade das ações; superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica interagindo profissionais de saúde e usuários; reconfigurar o trabalho médico integrando-o no trabalho da equipe, transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, aumentando a capacidade dos trabalhadores em distinguir e identificar riscos e

agravos, adequando à resposta satisfatória sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de sua categoria. Deste modo, a proposta de implantação do ACCR nos serviços de UE brasileiros têm como objetivo permitir a humanização do atendimento, assim como contribuir para a reflexão da prática dos profissionais deste setor.

3.3 O enfermeiro como o profissional no Acolhimento com Classificação de Risco

O enfermeiro é o profissional designado pelo MS para gerir e realizar o ACCR, onde prioridade é categorizada de acordo com os níveis de emergência: casos emergentes, que demandam atenção imediata (cor vermelha), urgentes que necessitam de atenção médica rápida (cor amarela). Casos não graves e que podem aguardar o tempo de até 30 minutos (cor verde), poderão ou não ser reavaliados. Situações não urgentes em que o paciente pode aguardar (cor azul) aguardam por ordem de chegada, ou são encaminhados para outro serviço da rede de saúde (DURO; LIMA, 2010).

Duro e Lim(2010) discorrem que, o trabalho em saúde é produzido na lógica do encontro, entre pessoas que trazem um sofrimento ou necessidades de saúde e outras que dispõem de conhecimentos específicos ou instrumentos que podem solucionar o problema apresentado. Nesse encontro, são mobilizados sentimentos, emoções e identificações que podem dificultar ou facilitar a aplicação dos conhecimentos do profissional na percepção das necessidades ou interpretação das demandas trazidas pelo usuário.

O enfermeiro emergencista deve assumir e manter uma postura imparcial, que seja livre de emoções, preconceitos, julgamentos e estereótipos, pois a ordenação do fluxo de atendimento e da utilização dos recursos materiais disponíveis depende exclusivamente da sua habilidade de gerenciar o cuidado através da escuta qualificada para que haja uma relação de confiança entre o usuário, família e equipe de saúde (SANTOS et al., 2013).

No entanto, o ACCR vai muito, além disso, pois exigem além do conhecimento sobre administração o entendimento e domínio da linguagem clínica. O enfermeiro tem competência para realizar um exame físico detalhado e direcionar a conduta classificatória, baseada em sinais e sintomas. Devendo sempre ser detalhista de forma a conduzir todos os atendimentos para resolubilidade, seja ela o atendimento imediato ou o encaminhamento para o serviço responsável.

Zem, Montezeli e Peres (2012), afirmam que, enfermeiros preocupam-se com fatores que não envolvem somente o ato da classificação de risco, mas também com o trabalho de acolhimento como um todo e de humanização como um processo que somente é garantido se toda a equipe possuir uma comunicação congruente.

Apesar de ser preconizada a participação da equipe multidisciplinar no que concerne ao acolhimento, à equipe de enfermagem é a que mais assume este papel. O enfermeiro por sua vez, avalia clinicamente o paciente e classifica a prioridade do atendimento, assim como informa a família da conduta que foi tomada.

Enfermeiros que atuam no ACCR precisam estar preparados para tomar decisões imediatas, avaliar e se necessário reavaliar as condições dos pacientes, buscando sempre garantir a organização e preconização dos atendimentos mais urgentes.

Jorge et al., (2012) diz que o enfermeiro gerente de um setor de emergência deve buscar pelo constante aprimoramento técnico-científico de sua equipe de saúde, para a efetiva sistematização da prestação do cuidado. Porém, a superlotação, o ambiente conturbado e desorganizado, a falta de privacidade, somados às condições de trabalho nas quais os profissionais de enfermagem estão inseridos, tais como turnos desgastantes, estresse, esforços físicos e ritmo de trabalho excessivo, tendem a fazer da assistência, algo totalmente mecanizado e impessoal, limitando o profissional de enfermagem ao cumprimento do cuidado ao paciente de forma tecnicista.

4 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A presente pesquisa trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) que é uma modalidade de pesquisa que visa sintetizar estudos já publicados sobre a temática abordada que são de relevância para a prática baseada em evidência e identificar lacunas para serem preenchidas com a realização de novos estudos. Os profissionais de enfermagem são constantemente bombardeados com novos conhecimentos científicos, a fim de promover uma melhoria na qualidade da assistência. Desta forma esse método de estudo fornece um constante aperfeiçoamento da prática de enfermagem. Este aperfeiçoamento é fundamentado em pesquisas científicas que por sua vez dão credibilidade as informações que veiculam e contribuem para o aperfeiçoamento das práticas de enfermagem.

A revisão integrativa surgiu como artifício para sintetizar a quantidade incalculável de informações na área da saúde de forma concisa e cientificamente embasada em estudos publicados em bases de dados. A Prática Baseada em Evidencia (PBE) é uma abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que engloba a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional e os valores e preferências do paciente dentro do contexto do cuidado. Nessa perspectiva são inclusos a definição do problema, a busca das evidências disponíveis, a implementação desta na prática e a avaliação dos resultados obtidos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Segundo Galvão, Sawada e Mendes (2003), a enfermagem baseada em evidências envolve a explícita e criteriosa tomada de decisão sobre a assistência à saúde para indivíduos ou grupo de pacientes baseada no consenso das evidências mais relevantes oriundas de pesquisas e informações de base de dados, respondendo as preferências do cliente e expectativas da sociedade.

A elaboração deste trabalho ocorrerá em seis fases distintas, são elas:

Primeira etapa:Elaboração da hipótese ou questão norteadora para guiar a pesquisa, esta questão norteadora foi baseada em um problema real na área da enfermagem.

Nesta etapa definimos uma questão de relevância para a enfermagem, a partir deste determinamos quais seriam os dados coletados de cada estudo selecionado, qual seria o público alvo e ações e resultados a serem alcançados e mensurados no final do trabalho.

Assim sendo, a questão norteadora deste trabalho foi a seguinte: Sendo o enfermeiro o profissional gerente do cuidado, qual o seu papel na realização do atendimento de acordo com o protocolo de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência

Segunda Etapa: Busca ou Amostragem na Literatura: procura em base de dados, exposição e discussão dos critérios de inclusão e exclusão;

Intimamente atrelada à etapa anterior trata-se de uma etapa bastante criteriosa e decisiva do trabalho, pois vai determinar o grau de confiança e credibilidade do estudo. Uma pesquisa que não seja bem elaborada pode deixar lacunas e comprometer o estudo como um todo. Neste momento do trabalho os estudos publicados foram criticamente avaliados, a fim de extrair apenas informações relevantes e fidedignas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Dessa forma, para a busca dos estudos foram utilizadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Para a pesquisa nas bases de dados acima citadas foram utilizados palavras denominadas de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). As palavras utilizadas para arquitetura do trabalho de pesquisa foram: Enfermagem em Emergência; Acolhimento; Humanização da Assistência; Enfermagem.

Nesta etapa da pesquisa, objetivando responder a pergunta norteadora foram estabelecidos os critérios de exclusão inclusão, a fim de manter o rigor da pesquisa. Os critérios utilizados para seleção foram: publicação no intervalo de seis anos, ou seja, 2010 até 2016, idioma português, disponível para leitura completa, assunto principal enfermagem, na modalidade de artigo e que apresentem discussões relevantes a respeito do Papel do Enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco. Os critérios de exclusão não responder a pergunta norteadora, não contemplar a pesquisa e estar repetido em mais de uma base de dados.

Na primeira base de dados LILACS foi realizado pesquisa com o entrecruzamento dos descritores: Enfermagem em Emergência X Acolhimento, foram encontrados 84 artigos, que após a utilização dos critérios de inclusão permaneceram 59 artigos, após a utilização dos critérios de exclusão perfizeram 27 artigos. Após leitura minuciosa de todos, apenas 5 artigos não contemplaram a pesquisa ou não responderam a questão norteadora, sendo assim, foram

utilizados 22 artigos da referida base de dados. O segundo entrecruzamento foi com os descritores Enfermagem em Emergência X Humanização da Assistência, encontramos 32 artigos, após dos critérios de inclusão totalizando 16 artigos, selecionado para pesquisa apenas 01, pois os demais ou estavam repetidos, ou não respondiam a pergunta norteadora.

Na segunda base de dados foram utilizados os mesmos descritores e os mesmos entrecruzamentos, encontrados com o primeiro cruzamento 24 artigos, após os critérios de inclusão permaneceram 21 artigos, sendo selecionados para pesquisa apenas 2, os demais ou estavam repetidos em mais de uma base de dados ou não atendiam aos critérios da pesquisa. Com o segundo cruzamento encontramos 08 artigos, após os critérios de inclusão restaram apenas 05, nenhum foi incluído na pesquisa, pois todos estavam repetidos na primeira base de dados.

No quadro abaixo é possível analisar que apesar de termos encontrado 110 artigos publicados nas duas bases de dados utilizadas, apenas 26 foram selecionados para revisão, sendo que apenas 9 responderam a questão norteadora e atenderam aos objetivos da pesquisa. Este dado reflete no que diz respeito à fragilidade de pesquisas científicas no âmbito do Acolhimento com Classificação de Risco como um campo de atuação do enfermeiro.

Neste cenário fica, no entanto explícito a necessidade de investimento no campo de pesquisa, para que haja sensibilidade do enfermeiro, contribuindo assim para o aprimoramento da assistência prestada neste setor, bem como o depósito de material científico nas bases de dados.

Quadro 1 – Quantidade de artigos encontrados

CRUZAMENTO	LILACS		SCIELO	
	Encontrados	Utilizados	Encontrados	Utilizados
Enfermagem em Emergência X Acolhimento	46	22	24	02
Enfermagem em Emergência X Humanização da Assistência	32	01	08	00
TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS	78		32	
TOTAL DE ARTIGOS UTILIZADOS	24		02	

Terceira Etapa: Coleta e extração dos dados dos artigos selecionados com a utilização de um instrumento de coleta de dados para facilitar e organizar as informações extraídas;

Nesta etapa faz - se necessário a utilização de um instrumento previamente elaborado para extração dos dados e informações necessárias, visando minimizar erros ou abstração de informações relevantes e ainda servir de registro (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Deste modo foi elaborado um formulário a partir de um instrumento já aprovado (URSI, 2005), e neste contém as principais informações sobre os artigos, são elas: periódico, ano de publicação, autores, resultados, título da pesquisa, objetivos e metodologia dos estudos (Apêndice A).

Quarta Etapa: Análise crítica dos estudos inclusos no trabalho que tem como objetivoponderar o rigor e as características de cada estudo produzindo uma síntese de todos os estudos que responderam a questão norteadora;

É algo semelhante ao que é realizado na análise de dados dos estudos convencionais. A avaliação crítica é feita através de leitura exploratória de cada estudo, isto permite encontrar explicações para os resultados diferentes e conflitantes de cada estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Quinta Etapa: Discussão e Resultados;

Comparação dos dados coletados em relação com o referencial teórico, o revisor consegue contrapor os resultados encontrados nos estudos com os utilizados no referencial teórico. Neste momento é possível identificar as lacunas sobre o assunto abordado e sugerir novas linhas de pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Sexta Etapa: Apresentação da Revisão Integrativa;

Contextualização dos resultados sem omitir qualquer informação ou evidência, a conclusão da revisão deve estar baseada e fundamentada nas referências que foram utilizadas nas etapas anteriores. Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010) todo discernimento de relações ou conclusões requer constatação com a fonte primária, para que não haja conclusões prematuras ou exclusão de evidências pertinentes durante o processo.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Caracterização das publicações

Os estudos utilizados para a pesquisa foram em sua totalidade produzidos e publicados em periódicos nacionais, ligados a Instituições Públicas de Ensino (IPE), especificamente no campo da enfermagem. As palavras chaves mais utilizadas pelos autores foram: enfermagem, enfermagem em emergência, serviço de emergência, acolhimento e humanização da assistência.

Em sua maioria os artigos procuravam explicar qual o papel do enfermeiro no ACCR e quais as funções e responsabilidades do enfermeiro nesse ambiente hospitalar tão conturbado, bem como a qualidade do serviço prestado neste setor por esses profissionais. Percebe-se que a maioria dos artigos foram publicados em revistas da área de enfermagem.

No quadro 02 evidencia-se que o assunto abordado é carente de publicações, sendo o maior número de estudos publicados no ano de 2012 e havendo apenas duas publicações do ano de 2015 e apenas uma do ano de 2016, logo, fica evidente neste caso a pouca produção científica sobre a temática e a necessidade de se trabalhar mais esta temática, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento da prática de enfermagem no ACCR.

No tocante aos objetivos, os estudos em sua maioria procuravam investigar qual o papel do enfermeiro no ACCR nos SHE e descrever quais as principais dificuldades enfrentadas com a implantação deste sistema. Todos os estudos destacaram a atuação do enfermeiro como elemento fundamental para implantação, funcionamento e gerenciamento do ACCR.

Com relação às dificuldades alguns estudos citaram problemas relacionados com a estrutura física, equipe multidisciplinar, sistema de contrarreferência, falta de recursos materiais e humanos e a jornada exaustiva de trabalho. Através da análise dos artigos foi possível construir duas categorias a respeito da importância do enfermeiro na implantação do ACCR nos SE: A atuação do enfermeiro na implantação e execução do ACCR nos SE; Dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro no cotidiano do ACCR. Estas serão discutidas nos tópicos a seguir.

Quadro 2 – Disposição das pesquisas inclusão na revisão integrativa de acordo com: autor, periódico, ano, título, objetivos e resultados das bases de dados. Scielo e lilacs 2017

Autor	Periódico	Ano	Título	Objetivos	Resultados
BELLUCCI JÚNIOR, J.A.; MATSUDA, L.M.	Revista Gaúcha de Enfermagem.	2011	O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: Revisão Integrativa de Literatura.	Analisar publicações científicas relacionadas à atuação de enfermeiros no contexto do gerenciamento à Qualidade em SHE.	A atuação do enfermeiro no ACCR é uma das principais estratégias para gerenciamento da qualidade nesses serviços.
RATES, H.F.; Alves; M.; Cavalcante, R.B.	Revista Mineira de Enfermagem.	2016	O processo de trabalho do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco.	Descrever o processo de trabalho do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) na Unidade de Pronto-Atendimento de um município de Minas Gerais.	A principal finalidade do processo de trabalho do enfermeiro no ACCR foi reconhecida como priorizar os casos mais graves, além de orientação ao usuário e verificação de exames, destaca- se ainda a sensibilidade como objeto de trabalho, necessária para uma escuta qualificada.
NASCIMENTO, E.R.P., et al.	Revista Eletrônica de Enfermagem.	2011	Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação dos Profissionais de	Conhecer e analisar como os profissionais de enfermagem de um serviço hospitalar de	Foram apontadas como potencialidades do ACCR a maior agilidade no atendimento dos casos de agravos agudos a saúde, assim como atendimento

			Enfermagem de um Serviço de Emergência.	emergência público de Santa Catarina avaliam o ACCR.	mais humanizado. Como deficiências destacam-se: falta de recursos humanos e materiais e estrutura física desfavorável ao ACCR.
INOUE, K.C., et al.	Acta Paulista de Enfermagem.	2015a	Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência.	Avaliar a estrutura, processo e resultado do ACCR em SE brasileiros, sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem.	Apenas a dimensão resultado, de um único serviço de emergência, foi avaliada como Satisfatória. As demais dimensões, de todos os serviços investigados, foram consideradas precárias
BELLUCCI JÚNIOR, J.A.; MATSUDA, L.M.	Ciência, Cuidado e Saúde.	2012a	Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviço Hospitalar de Emergência: Atuação do Enfermeiro.	Objetivou relatar a atuação do enfermeiro no processo de implantação do ACCR no SHE do Hospital Universitário Regional de Maringá - PR.	Com relação às ações do enfermeiro: planejamento de construção de sala para consulta de enfermagem; adequação da escala de trabalhadores às necessidades do ACCR; criação de manuais e protocolos; e oficinas para treinamento da equipe.
SHIROMA, L.M.B.; PIRES, D.E.P.	Enfermagem em Foco.	2012	Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os	Conhecer a visão dos enfermeiros acerca da implantação do sistema de ACCR em SE.	AACR significa reorganização do atendimento e possibilidade de proporcionar melhor humanização, acesso e resposta satisfatória ao usuário em estado grave.

OLIVEIRA, R. F.; SILVA, M.A.; COSTA, A.C.J.	Revista Baiana de Enfermagem.	2012	Classificação de risco pela enfermeira: uma revisão de literatura.	Analisar publicações de 2004 até 2010 sobre a enfermeira no ACCR no Brasil.	Os temas abordados foram: determinantes do excesso de demanda, significado de acolhimento e triagem e aspectos favoráveis e desfavoráveis a atuação do enfermeiro. Na maioria dos trabalhos a atuação da enfermeira é benéfica ao ACCR.
GRIMBERG, S.K.C.R., et al.	Revista Brasileira de Ciências da Saúde.	2015	Entraves no Acolhimento por Enfermeiros de um Hospital Público.	Analisar os entraves encontrados pelos enfermeiros em um Hospital Público.	As principais barreiras encontradas foram: falta de condições de trabalho, falta de tempo para prestar assistência individualizada, profissionais saturados, descompromisso, baixa remuneração e estresse.
LIMA NETO, A.V., et al.	Revista de Enfermagem da UFSM	2013	Acolhimento e Humanização da Assistência em Pronto – Socorro Adulto: Percepções de Enfermeiros.	Descrever a percepção dos enfermeiros acerca da humanização no ACCR em um pronto socorro adulto.	Os sujeitos entendem os conceitos ampliados de acolhimento e humanização, porém a prática depende da forma como cada um os aplica, tornando essa atividade uma subjetividade que envolve o cotidiano profissional.

5.2A Atuação do Enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços Hospitalares de Emergência

Nos serviços de saúde, públicos ou não, todos os profissionais da equipe devem estar aptos a fazer o acolhimento do usuário, desde o porteiro até o médico, toda “família” do serviço deve estar preparada e comprometida com o acolhimento, tornando o ambiente hospitalar um local mais humanizado e aconchegante para receber o usuário.

Em diversos estudos a sensibilidade foi citada como recurso para a realização de uma escuta qualificada. E a escuta qualificada mencionada como principal objeto de trabalho para o reconhecimento das necessidades de cada paciente no momento da realização da classificação de risco.

A enfermagem é uma ciência voltada para o cuidado ser humano, de forma individual ou coletiva são os enfermeiros que têm maior contato com a população e também maior grau de intimidade, esta característica comprovadamente facilita a relação usuário/profissional que deve haver no momento da classificação de risco (GRIMBERG et al., 2015). Por esta mesma razão é profissional indicado para estar à frente do ACCR, pois reúne conhecimentos clínicos, linguagem adequada e escuta qualificada.

Rates, Alves e Cavalcante (2016), destacam que há uma finalidade de processo de trabalho do enfermeiro no ACCR que é estabelecida por uma norma (o protocolo). Isso é estabelecido previamente, mas outras finalidades são reconhecidas e construídas a partir da sua vivência no trabalho. É uma finalidade que se estabelece a partir da necessidade de agir em saúde, desenvolver o seu fazer em saúde, intervir sobre uma realidade que precisa de solução.

Destaca-se ainda que os profissionais enfermeiros reconhecem que a humanização é fundamental para um ACCR bem feito, muito embora nem todos demonstrem saber conceituar esta. Foi possível ainda perceber que os enfermeiros não só têm conhecimento sobre as diretrizes de ACCR, mas também se mostram capazes de capacitar os demais profissionais da equipe para utilização desta ferramenta de trabalho.

O enfermeiro do SE deve ser capacitado para realizar exame físico detalhado e identificar agravos potenciais a saúde, classificando de acordo com o nível de gravidade, neste sentido contribuindo para uma maior agilidade no atendimento dos casos graves e um melhor

esclarecimento aos usuários e familiares. Neste sentido Rates, Alves e Cavalcante (2016), denominam o enfermeiro como o “classificador” do SE.

Importante salientar que a atuação do enfermeiro no ACCR não dispõe apenas de competências técnicas e biológicas, mas também empatia com o contexto social que trabalha e que potencializa o atendimento, garantindo uma resposta satisfatória de acordo as necessidades da população (RATES, ALVES, CAVALCANTE, 2016).

Nascimento et al., (2011) ressalva em sua pesquisa através do discurso do sujeito coletivo pela voz dos enfermeiros de um hospital público de emergência que: A proposta do acolhimento é evidenciada na relação do profissional com o usuário, disposto a ouvi-lo e orientá-lo. Relata ainda que a implantação do ACCR permitiu que todos os usuários que procuram o SE tenham uma resposta do sistema de saúde, já que todos são atendidos e ouvidos na porta de entrada.

Bellucci Júnior e Matsuda, (2012) publicaram em sua pesquisa realizada com enfermeiros durante a implantação do ACCR no SHE do Hospital Universitário Regional de Maringá – PR no ano de 2008, que estes estão presentes a partir das ações de implantação do sistema. Neste mesmo afirmam que a implantação se deu em seis etapas distintas, avançadas pelos enfermeiros. Foram elas: sensibilização da equipe de saúde, criação de grupos de debate, visita aos serviços que já adotaram o ACCR, ações de ambiência, instituição de formulários, manuais e protocolos e oficinas para implantação.

O enfermeiro é líder nato e esta atitude de liderança do enfermeiro é de suma importância para implantação e funcionamento adequado do ACCR, bem como, o seu papel de gerente do cuidado e elo com a população. Pois este impulsiona a equipe a trabalhar de acordo com a proposta do PNH, quando preconiza o atendimento humanizado.

De uma forma ampla, nos estudos pesquisados a humanização é citada e entendida no contexto do SE como sendo a valorização do sujeito e sua individualidade, sendo a escuta qualificada o principal instrumento utilizado pelos enfermeiros para o acolhimento. Neste sentido o acolhimento é o momento onde devem ser estabelecidas relações humanizadas entre profissional e usuário, se distanciando um pouco da doença como o foco, dando destaque aos aspectos sociais, econômicos, culturais e histórias de vida (LIMA NETO et al., 2013).

A Política Nacional de Humanização (PNH) preconiza colocar o usuário como agente participativo do cuidado à saúde a partir da criação do vínculo com o serviço de saúde.

Apesar demonstrarem ter conhecimento sobre o sentido amplo de humanização os enfermeiros demonstram insegurança quando assunto é a PNH.

Em seu estudo Lima Neto et al., (2013) destacou em sua pesquisa com enfermeiros do ACCR de uma UPA que os sujeitos não demonstram segurança para falar abertamente sobre a PNH, assim como o conhecimento sobre o que é preconizado na política para o ACCR ao serem questionados se tinham domínio dela. Sendo este um problema potencial, tendo em vista que a PNH deve ser utilizada como ferramenta de trabalho dos enfermeiros dos SE. Por outro lado o ACCR ainda não é visto como humanizado como deveria ser, pois há muitos entraves no cotidiano da sua prática.

No entanto foi possível perceber que os enfermeiros têm um papel de destaque no ACCR, sendo também o regulador de mais uma das portas de entrada do SUS. Indiscutivelmente o ACCR se mostrou um importante aliado ao trabalho dos enfermeiros, por reduzir as filas de espera, atender a todos, organizar os serviços e gerir os recursos de forma mais satisfatória.

5.3 Dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro no cotidiano do Acolhimento com Classificação de Risco dos Serviços de Emergência

Se por um lado o enfermeiro é a peça chave do ACCR de risco por outro ele também tem que enfrentar muitas dificuldades para realização deste, desde a implantação até a implementação. Além do ambiente conturbado que é a emergência hospitalar existem inúmeros outros entraves para o ACCR ser realmente efetivado em sua essência como diretriz.

Apesar de o ACCR ser citado como o impulso para a melhoria da qualidade dos SE existe uma lacuna muito grande a ser preenchida para que este seja adotado e aplicado em todo o seu conteúdo, todo seu espírito de tornar a assistência à saúde mais acolhedora (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Evidenciaram-se problemas como: desorganização do espaço físico, espaço físico inadequado, demanda excessiva, sobrecarga de trabalho, falta de recursos humanos e materiais, dificuldades para acessibilidade, estresse laboral, baixa remuneração, insatisfação e

problemas com a equipe multidisciplinar e sistema de contrarreferência. Todos estes aspectos influem direto ou indiretamente para um ACCR deficiente.

Bellucci Júnior e Matsuda (2012) destacam que Apesar da importância da atuação do enfermeiro nos processos de gerenciamento à qualidade do atendimento prestado nos SHE brasileiros, as dificuldades que esse profissional enfrenta no cotidiano da gestão do serviço ainda são pouco divulgadas. Dentre os obstáculos vivenciados no local de trabalho desse profissional constam: falta de segurança à equipe; limpeza e conforto precários; falta de profissionais para o atendimento; elevada demanda de pacientes que poderiam ser atendidos na rede básica de saúde; falta de equipamentos e pouco tempo para executar treinamento à sua equipe.

Consequentemente esta conjuntura faz com que o ACCR não atenda a PNH trazendo consequências na qualidade do serviço. Apesar de vários estudos terem citado a baixa remuneração e a jornada exaustiva de trabalho como problema, o principal entrave é falta de recursos para assistência humanizada.

Em seu estudo Nascimento et al., (2011) relata através do discurso do sujeito coletivo a partir da ótica de enfermeiros do setor de emergência de um hospital público de Santa Catarina que: Uma das fragilidades com a implantação do ACCR é a própria estrutura do SE. Muitos setores não se adequaram à classificação. Outro fato importante é que mesmo depois da reforma no serviço de emergência continuamos sem conforto para trabalhar, pouco espaço físico e materiais disponíveis.

O setor de emergência do hospital é um ambiente conturbado e propenso a estresse, devida a grande demanda, proveniente do aumento do número de casos de violência urbana e agravos agudos à saúde. Trabalhar em um setor que tem grande demanda e não dispor de recursos materiais suficiente e estrutura física adequada para a assistência é um problema potencial que bloqueia a ideia de assistência humanizada e individualizada.

Em seu artigo Grimberg et al., (2015) corrobora, que a falta de condições de trabalho é um entrave presente na maioria das instituições hospitalares. O Ministério da Saúde preconiza que a humanização no ambiente hospitalar seja realizado em uma estrutura física e recursos materiais e humanos adequados, uma vez que não funciona, o bom andamento do setor, com o profissional sobrecarregado e ambiente sem recurso, ao contrário, influencia

espontaneamente o indivíduo a executar suas tarefas de modo automatizado o que é contrário a PNH.

Vale salientar que o principal objetivo do ACCR é fazer com que todos os que procuram o serviço sejam ouvidos, isso faz com que haja redução das filas de espera. Mas não resolve, nem atende as necessidades de todos os usuários, pois uma boa parte precisa ser referenciada a outros níveis de assistência, no entanto, não há a contrarreferência na maioria dos serviços.

Segundo Dal Pai e Lautert (2011), o acolhimento, como diretriz operacional, deve atender todos os que procuram o serviço, garantindo a universalidade de acesso, acolhendo e escutando os problemas de saúde da população na busca por resolvê-los. Além disso, deve reorganizar o processo de trabalho para que seu eixo central seja uma equipe multiprofissional de acolhimento, bem como qualificar a relação trabalhador-usuário por meio de subsídios humanitários, de solidariedade e cidadania.

O acolhimento é um recurso que se diferencia de triagem por procurar ouvir todos os usuários, pois a triagem é um sistema excludente, que não abraça a todos que procuram o serviço. Percebe-se que os enfermeiros reconhecem esta característica no ACCR. Quando muitas vezes para atender a toda demanda acabam por fazer procedimentos que não são respectivos do ACCR, tais como análise de resultados de exames.

De forma geral os estudos relatam que ACCR melhorou a assistência à saúde, reduzindo as filas de espera e organizando o serviço, porém não resolveu todos os problemas, pois não foi adotado de forma íntegra na maioria dos serviços. Apesar de haver a liderança do enfermeiro não há o comprometimento dos demais profissionais da equipe.

Percebe-se que grande demanda atendida pelos enfermeiros no ACCR é reflexo do quão caótico é sistema público de saúde brasileiro. Onde muitas vezes a emergência acaba se tornando a porta de entrada principal, onde o usuário que procura o serviço nem sempre está acometido por um agravo que demande atenção imediata. Porém a emergência foi à forma mais rápida que este enxergou para ser ouvido.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa evidenciou a importância do trabalho do enfermeiro no ACCR dos serviços de Urgência e Emergência, por meio da leitura científica. Foi possível destacar durante a pesquisa que se destacaram duas temáticas sobre o assunto, foram elas: A Atuação do Enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços Hospitalares de Emergência e Dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro no cotidiano do Acolhimento com Classificação de Risco dos Serviços de Emergência.

Esta revisão ressaltou que apesar da atuação do enfermeiro na gerência do recurso de ACCR ser primordial, ainda são incipientes as publicações sobre a temática. Este trabalho apresentou limitações no que diz respeito a publicações referentes à atuação do enfermeiro no ACCR e sua gerência, sugere-se neste cenário que a enfermagem aprimore os estudos relativos a esse campo de estudo e desenvolvimento profissional. Devido à importância do enfermeiro no ACCR este se torna mais um campo de atuação e crescimento para os enfermeiros, mais uma especialidade, mais uma área de estudo e de aprimoramento científico que precisa ser muito ampliada.

De forma geral a implantação do ACCR potencializou o trabalho dos enfermeiros no que concerne a agilidade do atendimento de casos graves, bem como, uma diminuição das filas de espera, contribuindo também para uma melhor organização do serviço e do trabalho da equipe de enfermagem. Cabe ao enfermeiro o papel de conscientizar e treinar a equipe para a adoção do ACCR. Do mesmo modo que também é de sua competência gerir a equipe deste setor.

Os estudos mostraram que no cotidiano do enfermeiro do ACCR eles enfrentam entraves diários, que estão presentes desde a implantação do recurso, assim como também problemas no que concerne a falta de recursos humanos e materiais. Logo, neste sentido sugere-se reformulações na política de implantação do sistema de ACCR, que deveria prioritariamente promover uma mudança na estrutura física do ambiente, assim como a contratação de mais profissionais, reduzindo assim a carga horária exaustiva do enfermeiro e melhorando a assistência, humanizando de verdade o serviço.

A pesquisa se mostrou limitada por abranger apenas o cenário nacional, sendo em sua maioria artigos da região sul e sudeste, o que não nos permite generalizar os achados.

Pretende-se com este estudo contribuir para o aprimoramento e melhoramento da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência, abrindo espaço para novas ideias e novos estudos sobre a temática, sugerindo o ACCR como mais uma especialidade da enfermagem.

REFERÊNCIAS

BELLUCCI JÚNIOR, José A. et al. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 82-7, jan/fev 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4976>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

BELLUCCI JÚNIOR, José A.; MATSUDA, Laura M. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.16, n. 3, p. 419-428, jul/set 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/545>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

BELLUCCI JÚNIOR, José A.; MATSUDA, Laura M. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 797-806, dez 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400022>. Acesso em: 11 jan. 2017.

BELLUCCI JÚNIOR, José A.; MATSUDA, Laura M. Implantação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 396-401, abr/jun 2012a. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14922>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências** / Ministério da Saúde. 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, (Série E. Legislação de Saúde).

CHERNICHARO, Isis de M.; SILVA, Fernanda D. da; FERREIRA, Márcia de A. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 156-162, 2014. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=704653&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

CORDEIRO JUNIOR, Welfane; TORRES, Bárbara L. de B.; RAUSCH, Maria do C. P. **Sistema manchester de classificação de risco: comparando modelos.** Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, abr. 2014. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/15263026-Sistema-manchester-de-classificacao-de-risco-comparando-modelos-welfane-cordeiro-junior-barbara-lobes-de-brito-torres-maria-do-carmo-paixao-rausch.html>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

COSTA, Maria A. R. et al. Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação de Serviços Hospitalares de Emergência. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 491-497, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0491.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

DAL PAI, Daiana; LAUTERT, Liana. Sofrimento no trabalho de Enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 524-530, jul/set 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300012>. Acesso em: 30 mar. 2017.

DURO, Carmen L. M.; LIMA, Maria A. D. da S. O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura. **Online Brazilian Journal of Nursing** [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro. v. 9, n. 3 p. 1-13, 2010. Disponível em: <http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/papel-do-enfermeiro-nos-sistemas-triagem-em-emerg%C3%Aancias-analise-da/id/59524813.html>. Acesso em: 30 mar. 2017.

FEIJÓ, Vivian B. el R. et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 627-636, jul/set 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00627.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

GALVÃO, Cristina M.; SAWADA, Namie O.; MENDES, Isabel A. C. A busca das melhores evidências. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v37n4/05.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

GRIMBERG, Sofia K. C. R. et al. Entraves no Acolhimento por Enfermeiros de um Hospital Público. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 4, p. 299-306, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/19857/15105>>. Acesso em: 11 jan.

INOUE, Kelly C. et al. Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 5, p. 420-5, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000500420&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 dez. 2016.

INOUE, Kelly C. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Revista Mineira de Enfermagem (REME)**, v. 19, n. 1, p. 13-20, jan/mar 2015a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1179.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

JORGE, Vivian C. et al. Enfermagem e indicadores de agravamento do paciente. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 4, p. 767-774, out/dez. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/18.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

LIMA NETO, Alcides V. de; et al. Acolhimento e Humanização da Assistência em Pronto – Socorro Adulto: Percepções de Enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 2, p. 276-286, mai/ago 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8279>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

MARQUES Giselda Q.; LIMA, Maria A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 15, n. 1, jan/fev 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000100003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 mar. 2017.

MENDES, Karina D. S.; SILVEIRA, Renata C. C. P.; GALVÃO, Cristina M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758, out/dez 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018>. Acesso em: 11 jan. 2017.

NASCIMENTO, Eliane R. P. do; et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v.13, n. 4, p. 597-603, out/dez 2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2017.

OLIVEIRA, Ruth F. de; SILVA, Melissa A.; COSTA, Adriana C. de J. 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: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5464>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

RATES, Hosana F.; ALVES, Marília; CAVALCANTE, Ricardo B. Acolhimento com classificação de risco: que lugar é esse?. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 2, p. 52-56, 2016. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/795>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

RATES, Hosana F.; ALVES, Marília; CAVALCANTE. O processo de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco. **Revista Mineira de Enfermagem (REME)**. 2016;

ROSSANEIS, Mariana A. et al. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. v. 13, n. 4, p. 648-56, out/dez 2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a08.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2017.

SANTOS, José L. G. dos et al. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 26, n. 2, p. 136-43, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200006>. Acesso em: 11 jan. 2017.

SEOANE, Antonio F.; FORTES, Paulo A. de C. Percepção de médicos e enfermeiros de unidades de assistência médica ambulatorial sobre humanização nos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1408-1416, 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1408.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

SIMÕES, Ana L. de A. et al. Humanização Na Saúde: Enfoque Na Atenção Primária Humanización de la salud: enfoque en la atención primaria. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-44, jul/set 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300009>. Acesso em: 30 mar. 2017.

SHIROMA, Lícia M. B.; PIRES, Denise E.P. Classificação de risco em emergência: um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 1, p.14-17, 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/67>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

SOUZA, Marcela T.; SILVA, Michelly D.; CARVALHO Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2017.

URSI, Elizabeth S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. Ribeirão Preto, 2005. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

ZANELATTO, Daiana M. DAL PAI, Daiane. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 9, n. 2, p. 358-365, abr/Jun 2010. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9390/6087>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

ZEM, Kelly K. S.; MONTEZELI, Juliana H.; PERES, Aida M. Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. **Revista Rene**. v. 13, n. 4, p. 899-908, 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-679884>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

APÊNDICE

Apêndice A – Instrumento De Coleta De Dados

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome: _____ Local de trabalho: _____ Graduação: _____
País	
Idioma	
Ano de publicação	
B. Instituição sede do estudo	
Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
C. Tipo de publicação	
Publicação de Enfermagem	
Publicação médica	

Publicação de outra área da saúde. Qual?	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	<p>1.1 Pesquisa</p> <p>() Abordagem quantitativa</p> <p>() Delineamento experimental</p> <p>() Delineamento quase-experimental</p> <p>() Delineamento não-experimental</p> <p>() Abordagem quantitativa</p> <p>1.2 Não pesquisa</p> <p>() Revisão de Literatura</p> <p>() Relato de experiência</p> <p>() Outras _____</p>
2. Objetivo ou questão de investigação	
3. Amostra	
	<p>3.1 Seleção</p> <p>() Randômica</p> <p>() Conveniência</p> <p>() Outra _____</p> <p>3.2 Tamanho (n)</p> <p>() Inicial _____</p> <p>() Final _____</p> <p>3.3 Características</p> <p>Idade _____</p> <p>Sexo: M () F ()</p>

	Raça _____ Diagnóstico _____ Tipo de cirurgia _____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos _____ _____
4. Tratamento dos dados	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente _____ 5.2 Variável dependente _____ 5.3 Grupo controle: () sim () não 5.4 Instrumento de medida: () sim () não 5.5 Duração do estudo _____ 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção _____
6. Resultados	

7. Análise	
	<p>7.1 Tratamento estatístico _____</p> <p>7.2 Nível de significância _____</p>
8. Implicações	<p>8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados</p> <p>_____</p> <p>8.2 Quais são as recomendações dos autores</p> <p>_____</p>
9. Nível de evidencia	
E. Avaliação do rigor metodológico	

Clareza na identificação do trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos, participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	