



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

PATRICIA FERREIRA FAUSTO

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PROCESSO
VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO**

CAJAZEIRAS - PB

2013

PATRICIA FERREIRA FAUSTO

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PROCESSO
VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª Ms. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

CAJAZEIRAS-PB

2013

PATRÍCIA FERREIRA FAUSTO

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PROCESSO
VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: _____ de _____ de 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro
(Orientadora – UFCG)

Prof.^a Esp. Roberta de Miranda Henriques
(1º Membro Examinador – UFCG)

Prof.^a Esp. Mércia de França Nóbrega Medeiros
(2º Membro Examinador – UFCG)

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff

Dedico esse trabalho a Deus, pela a vida que me concedestes, e a meus pais, fonte de todo amor, respeito e carinho, pelos quais tenho amor maior.

AGRADECIMENTOS

Essa jornada estudantil em Cajazeiras representou para mim mais que ingressar numa universidade, foi todo um processo de mudança, conhecimento, responsabilidade e maturidade. Estou-me formando também como uma pessoa melhor na universidade da vida.

Agradeço a Deus, por ter embasado toda a minha coragem, confiança e esperança em sempre continuar motivada e firme através da fé.

Aos meus pais, Zelândia Medeiros e Sebastião Fausto eles que foram os verdadeiros responsáveis por toda essa conquista, são meus maiores exemplos de respeito e amor, nada que eu faça será o suficiente para expressar tamanha gratidão por tudo o que vocês fizeram e fazem por mim, me sinto abençoada por tê-los como família!

A minha irmã, Letícia, meu amor lindo, meu tudo, que nunca me dispensou de seus carinhos e atenção, que complementa a minha vida de um jeito único.

A minha avó, Josefa e Helena (em memória) pela atenção e afeto do qual sempre posso contar!

A minhas tias, Gilvanda e Rosiana, que contribuíram imensamente em muitos momentos ao longo do curso, e me dão essa tremenda alegria de tê-las como tias!

As minhas queridas amigas, Juliana, Isadora e Pollyana, por serem verdadeiros presentes de Deus em minha vida, ganhei 3 irmãs, que se complementam em suas diferenças, e que com certeza tornaram e tornam minha vida melhor em muitos sentidos, amo muito vocês e sei que vão ser enfermeiras maravilhosas, pelas ótimas pessoas que são!

A minha amiga, Rogna, irmã que escolhi, que sempre está comigo em todos os momentos, me apoiando incondicionalmente, obrigada pela linda amizade e motivação que me dá.

Aos meus adoráveis amigos, Adenusca, Fransuélcio, Kariny, Fernanda, Tamirys, Conceição, dos quais dividi e divido momentos únicos e que serão eternizados nas minhas boas lembranças.

A João Lima e Família, que me acolheram em Cajazeiras de maneira muito receptiva e generosa, me fazendo sentir-se da família também.

Aos enfermeiros, Rogers e Fatinha Cardoso, por terem me proporcionado o privilégio de estagiar no Hospital Regional de Patos, o que veio a ser definitivo para o restante da minha vida acadêmica, além do todo apoio, atenção e consideração que tenho de vocês.

A minha orientadora, Berenice, que desde início me deu todo o suporte para a realização desse trabalho, através da sua competência, responsabilidade, generosidade, carinho e atenção, serei eternamente grata pela assistência, lhe admiro bastante, muito obrigada por tudo.

Aos mestres, que participaram de todo meu curso estudantil, desde minha primeira professora aos mestres e doutores desta universidade.

A banca examinadora, pela a disponibilidade em participar do trabalho, e assim contribuir para o a realização do mesmo, que tem grande importância na minha vida profissional.

A todos os enfermeiros, que dispuseram a participar da pesquisa e assim tornando possível a concretização desse trabalho.

E a todos, em maneira geral, deixo meu fraterno agradecimento e reconhecimento por tornarem esse momento possível, a vocês, todo meu carinho e gratidão.

FERREIRA, Patrícia Fausto. **Acolhimento com classificação de risco: processo vivenciado pelo enfermeiro**. Trabalho de Conclusão de Curso [graduação]. Curso de Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2013. 64 p.

RESUMO

O Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização, e uma de suas diretrizes é o Acolhimento com Classificação de Risco que se constitui de uma prática onde prioriza o paciente como um todo, de acordo com suas necessidades. O enfermeiro realiza esse processo, na chegada do paciente, ele avalia o seu quadro clínico e gravidade, não priorizando o atendimento por ordem de chegada. Esse estudo tem como objetivo investigar o papel do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco no serviço de emergência. É caracterizado como um estudo de exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Foi realizado no setor de Urgência/Emergência do Hospital Regional de Patos Deputado Janduhy Carneiro, cuja amostra foi composta por 10 enfermeiros da instituição de acordo com os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. O instrumento de coleta de dados utilizados foi um questionário semiestruturado, abordando os dados sócios demográficos dos profissionais e questões relacionadas aos objetivos propostos, foi empregada a técnica de análise de conteúdo indicada por Bardin. De acordo com os resultados, os enfermeiros apresentaram conhecimento sobre o tema, entendem seu papel dentro do Acolhimento com classificação de risco, e que após a implantação do programa, o setor apresentou melhorias, porém deve-se ressaltar que existe uma resistência da população para entender o programa e a necessidade e capacitação dos profissionais que ali trabalham. A superlotação, longas filas de espera, mau atendimento, tensão e estresse entre os profissionais, são problemas atuais e frequentes nos serviços de emergência, o acolhimento com classificação de risco, propõe intervir para remediar situações como estas, disso tira-se a grande importância desse processo logo, de quem o realiza, no caso, enfermeiros, desse modo é importante a realização de capacitações para todos os profissionais envolvidos no setor, assim como ações educativas viabilizando o entendimento da população sobre o acolhimento com classificação de risco e o uso correto deste serviço.

Palavras-Chaves: Acolhimento. Emergência. Enfermagem

FERREIRA, Patrícia Fausto. **Reception with Risk Classification: process experienced by nurses.** Work Completion Course [graduation]. Bachelor of Nursing course. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2013. 64 p.

ABSTRAT

The Ministry of Health launched the National Humanization Policy and one of its guidelines is the Reception with Risk Classification, it is a practice in which prioritizes the patient as a whole, according to their needs, the nurse performs this process the arrival of the patient, assess their clinical severity and not prioritizing the order of arrival. This study aims to investigate the role of nurses in the Reception to Risk Classification in the emergency department. It is characterized as an exploratory and descriptive study with a qualitative approach. Was performed at section of the Urgency/Emergency at Regional Hospital of Patos Janduhy Carneiro, whose sample consisted of 10 nurses of the institution in accordance with standards for inclusion and exclusion from research. The instrument of data collection used was a semistructured questionnaire addressing sociodemographic data professionals and issues related to the proposed objectives, was used the technique of content analysis indicated by Bardin. According to the results, the nurses have knowledge on the subject, understand their role inside reception with risk classification, and that after the implementation of the program, the sector had improved but it should be noted that there is a resistance of the population to understand the program and the need and capacity of the professionals who work there. The overcrowding, long queues, poor attendance, tension and stress among professional, are current problems and frequent emergency services, the reception with risk classification, proposes to intervene to remedy situations like these, it takes up a great importance this process, who performs it , in this case, nurses , thus it is important to conduct training for all professionals involved in the sector, as well as educational activities enabling the understanding of the population on the reception with risk classification and the proper use of this service.

Key Words : Reception . Emergency. Nursing

LISTA DE SIGLAS

ACCR – Acolhimento com Classificação de Risco

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

HRP – Hospital Regional de Patos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHAH – Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel as Urgências

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UE – Unidade de Emergência

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 GERAL.....	13
2.2 ESPECÍFICOS	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	14
3.2 O SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ÂMBITO HOSPITALAR.....	18
3.3 O ENFERMEIRO E SUAS ATRIBUIÇÕES NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	20
4 PERCURSO METODOLÓGICO	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 LOCAL DO ESTUDO	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	25
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	25
4.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA.....	26
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	27
4.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
7 REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	52
ANEXOS.....	62

1 INTRODUÇÃO

Emergências em saúde são ocasiões onde o atendimento não pode ser adiado sendo assim, seu cuidado deve ser imediato, já as urgências são situações onde o socorro deve ser prestado em menos de duas horas (OLIVEIRA et al., 2011). Corroborando com isso, Romani et al (2009) diz que definição de urgência implica que o agravamento à saúde é de ocorrência inesperada e pode ser com ou sem risco potencial à vida e os casos de emergência são identificados através da constatação médica não entendendo que é uma ocorrência imprevista, mas seus agravos a saúde podem implicar no risco iminente à vida ou o intenso sofrimento.

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) um dos grandes problemas enfrentados foi garantir o acesso satisfatório ao paciente na rede pública de saúde através de várias portas de entrada dos quais oferecem, uma dessas portas são as emergências hospitalares e pronto-atendimento, onde os pacientes a reconhecem como melhor forma de buscar atendimento, pois encontram um atendimento mais preciso e direto. Segundo o Brasil (2006) 65% dos casos atendidos nos setores de urgência/emergência deveriam ser resolvidos na rede de atenção básica.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde passa a desenvolver políticas de saúde voltadas para a qualificação e melhoria dos processos de trabalho às urgências e emergências, em 2004 iniciou o Programa Nacional de Humanização (PNH), o Humanizaus, que tem entre suas diretrizes e dispositivos a estratégia de modificação utilizando ferramentas de acolhimento com classificação de risco (ACCR). (BRASIL, 2004)

Para Servin et. al (2010) a implantação do ACCR tem com visão estratégica a se permiti o aprendizado e reflexão institucional de maneira que reestruture as práticas assistências e assim formar novos princípios e significados, crescendo em ações humanizadas e divididas, pois implica em um trabalho de grupo e cooperativo, isso vai possibilitar a abrangência da resolutividade ao admitir critérios de avaliação de riscos, considerando toda a problemática que envolve o processo saúde/doença, levando em conta o nível de sofrimento dos pacientes e familiares, a administração da priorização no tempo, evitando e diminuindo assim o número de internações, sequelas e mortes.

A enfermagem tem fundamental importância nesse processo, pois segundo o Ministério da Saúde a realização da ACCR deve ser feita pelo enfermeiro profissional de nível superior titular do diploma de Enfermeiro, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem (BRASIL, 2002). Através de treinamentos específicos, e sendo

orientado por um protocolo direcionador, e assim se preocupar com o acolhimento como um todo, que através da humanização, garante benefícios para os pacientes como também para toda equipe envolvida. Torna inquestionável a influência do enfermeiro na qualidade do serviço prestado nesses setores, diante disso surgem algumas indagações correspondentes ao seu desempenho e conhecimento: Será que o enfermeiro reconhece e pratica seu papel dentro do acolhimento com classificação de risco? Existem dificuldades nessas práticas, se sim, quais são as mais frequentes? E como é feito o mecanismo de acolhimento com classificação de risco?

Nesse contexto, o interesse para a realização desse estudo, advém do reconhecimento da necessidade de analisar o funcionamento do acolhimento com classificação e risco nos setores de emergência, enfocando no papel do enfermeiro e suas atribuições ao serviço, abrangendo a estruturação, investigando o exercício da prática de humanização proposta pela a PNH e sua instrução sobre esse método de organização que bem executado, traz uma melhor qualidade nos cuidados prestados, além de ser resolutivo e utilizar critérios de prioridades que beneficiem os procedimentos e ainda proporcionem melhor inter-relação da equipe envolvida.

Vale salientar que ao participar de um estágio voluntário no Hospital Regional de Patos Dep. Janduhy Carneiro em Patos-PB, no setor de urgência e emergência, foi possível observar a complexidade no atendimento e o grande fluxo de atendimento no setor, bem com a escassez de trabalhos científicos publicados sobre a referida temática, percebendo-se assim a necessidade da execução de novas pesquisas que enfatizem o papel do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco, uma vez que desempenham um papel significativo e decisivo para alcançar o êxito na humanização proposta pela a classificação de risco, justificando a realização de estudos que como este, abordem a análise das atribuições enfermeiro dentro do processo de acolhimento com classificação de risco.

Esse estudo tem sua relevância baseada em compreender a função do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco, onde a partir dos resultados buscados poder-se-á contribuir para as reflexões sobre o aspecto do papel do enfermeiro, principalmente no setor de urgência e emergência, enfocando no seu funcionamento no acolhimento com classificação de risco visando colaborar de forma significativa para que haja uma reflexão acerca desta temática, de modo especial, entre os enfermeiros, a fim de que estes busquem seu aprimoramento e qualificação no que se refere ao acolhimento com classificação de risco.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Investigar o papel do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco no serviço de urgência e emergência.

2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Verificar a percepção dos enfermeiros sobre a classificação e os papéis que desempenham na mesma;
- ✓ Identificar se existem dificuldades e quais as que mais interferem;
- ✓ Conhecer como é feito o Acolhimento com classificação de risco pelos enfermeiros.

3 REFÊNCIAL TEÓRICO

3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

O SUS presta ações e serviços de saúde disponibilizados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, seus princípios estão baseados na universalidade, equidade e integralidade. Isso implica em um sistema de saúde capaz de garantir o acesso a esse serviço de maneira universal, trazendo assim a saúde e bem-estar da população de maneira equitativa e integral. Assim mostra-se a democratização do serviço, saindo da restrição de serviços para atender a população de maneira ampla e descentralizada (BRASIL, 2006).

Segundo o mesmo autor, em 1988 representou a primeira grande conquista da reforma sanitária, foi aprovada a nova Constituição Federal, onde uma das suas determinações era o estabelecimento da Lei nº 8080/90 que instituiu o SUS, onde essa lei foi chamada de Lei Orgânica da Saúde, sendo complementada posteriormente pela Lei nº 8142/90, o Brasil passou a conceber um sistema público de saúde, de maneira única e universal.

A partir daí, através de operacionais e portarias ministeriais direcionadas para cada esfera de governo, onde são gerenciadas por gestores federais, estaduais, municipais e aos respectivos conselhos de saúde, analisando a autonomia para aplicação de normas técnicas, medidas e estratégias que buscam instituir a universalidade, igualdade de acesso e da integralidade da assistência (MALTA et al. 2004).

Além disso, a fim de melhorar o serviço e alcançar suas diretrizes foram implantados serviços como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e outra ferramenta desenvolvida foi a Norma Operacional De Assistência à Saúde (NOAS) que objetiva chegar a eficácia e aumentar a assistência à saúde (VALENTIM; SANTOS, 2009).

Desde sua implantação até os dias de hoje, é notória que esse sistema de certa forma é generoso, mas infelizmente utópico, pois divide os espaços com um sistema suplementar, o que leva a pensar que seus serviços não estão abrangendo de maneira satisfatória, além de haver restrição de tratamentos e falta de recursos (ANDRADE; ANDRADE, 2010). Corroborando com isso Rios (2009) afirma que na medida em que pessoas, trabalhadores e pacientes buscavam melhorias nas práticas dos serviços oferecidos pelo o SUS surge a humanização.

Praticar a humanização tem sua fundamentação na integralidade do ser, visando o acolhimento do paciente em todos seus aspectos e não somente pela patologia, desse modo ele pode exercer o seu direito de ter uma vida digna durante seu processo de hospitalização, isso resulta numa sensibilização no comportamento dos que estão envolvidos, saindo da mecanização dos direitos e deveres a serem feitos e criando uma interrelação entre as pessoas, isso só pode ser atingido através do respeito ao ser humano em si e o contato constante, tendo com embasamento a verdade (SILVA, et al., 2012).

Segundo Souza (2004) humanizar não é uma técnica, uma arte e muito menos um artifício é um processo vivencial que permeia toda atividade do local e das pessoas que ali trabalha dessa forma, no atendimento é necessária uma visão holística do paciente, enxergá-lo como pessoa humana. Mesmo tendo em vista esses benefícios, muitas vezes a humanização é negligenciada pelos profissionais da área da saúde, isso ocorre devido a grande responsabilidade de suas ações, excessiva carga horária de trabalho, momentos de tensão vivenciados, além do envolvimento constante com perdas e mortes. Geralmente a reação a esses episódios são de negação e fuga, assim a atuação fica comprometida por um comportamento calculista e distante com os pacientes e familiares, evitando até mesmo o envolvimento emocional com os mesmos.

De todo modo, a importância da abordagem sobre e as medidas para sua implantação são de extrema necessidade no atendimento, uma vez que atingida a humanização o retorno está todo voltado ao paciente, a tendência do seu quadro é melhorar e o profissional vai tornar efetiva a qualidade da assistência. Na expectativa de fortalecer, ampliar e difundir a humanização nos serviços hospitalares, o Ministério da Saúde criou em 2000 o Programa Nacional de Humanização na assistência Hospitalar (PNHAH) que viabilizava melhorias na eficácia e qualidade dos serviços oferecidos buscando melhor relacionamento interpessoal através do englobamento de ações integradas BRASIL (2004).

Segundo o mesmo autor, esse programa tem como objetivo abordar e praticar a humanização de maneira geral como todo, não o especificando, e dessa forma enfrentar os problemas oriundos do mau atendimento hospitalar, abrangendo-se para os pacientes e profissionais. O PNHAH busca institucionalizar a humanização entre seus princípios, dentre eles, a valorização da discussão e a participação dos profissionais, a comprometimento da correlação da produção de saúde e assim o crescimento profissional dentro de um processo de educação fixo, além disso, propõe uma a democratização na gestão dos serviços e atenção integral a saúde, aliando-se as demais políticas nacionais de saúde sempre na concepção de humanização.

Em 2003, o PNHAH foi extinto e substituído pela PNH, onde a humanização é o instrumento para que aconteçam mudanças nos modelos de gestão e atenção, tendo como prioridade a atenção às necessidades da população, promoção e produção de saúde no próprio trabalho, valorizando o relacionamento entre todos os envolvidos (ANDRADE; ARTMANN; TRINDADE, 2013).

De acordo com Brasil (2008) o PNH tem como seus princípios norteadores: Respeitar toda a dimensão subjetiva e social que envolva as práticas de gestão e atenção, garantindo e fortalecendo os direitos do cidadão; Fortificar o trabalho em equipe; Encorajar a formação de redes cooperativas que se comprometam com o processo de produção de saúde; Elaboração da autonomia de todos os envolvidos na rede SUS; Dividir a responsabilidade do mesmo na gestão e atenção; Participação no controle social e todos os serviços relacionados ao SUS; Empenho com a democratização nos trabalhos, reconhecimento dos profissionais de saúde afim de estimulá-los no processo de educação definitivo; Valorização do ambiente, buscando proporcionar através de melhor organização, espaços acolhedores e saudáveis. Seguindo esses princípios, o PNH visa a redução das filas de atendimento, fazendo com que se tenha um acesso eficaz e acolhedor, baseando-se nos critérios de risco e tendo com compromisso com a resolução da urgência do paciente, ou referenciá-lo de acordo com a queixa prestada, atentando-se para as suas diferenças e dificuldades.

O governo referenciou os serviços de urgência e emergência também dentro do PNH, já que nos últimos anos, assim como em outros países, estes serviços só vêm aumentando e assim, devido a grande demanda, rotina alta, o atendimento torna-se mecânico, refletindo em tensão e desgaste para todos os envolvidos. Pensando nisso, buscou-se a implantação da humanização no atendimento, para que assim o serviço se reestruture e possibilite um melhor contato humano entre profissionais da saúde e pacientes, para que se tenha qualidade e valência nos cuidados dispensados (SILVA et al., 2012).

Segundo Santos (2003) urgência é uma ocorrência inesperada, onde seus danos a saúde não correm risco de morte, necessitam de tratamento médico e muitas vezes de cirurgia, contudo, possuem um caráter menos imediatista. Já emergência é quando, através de constatação médica, é concluído que a ocorrência imprevista pode trazer risco de morte, que exige uma cirurgia ou intervenção médica de imediato. Corroborando com isso Gomes (1994) afirma que para atender essas ocorrências existem as unidades de emergência, que são destinadas a esse atendimento e podem ser divididos em emergência, pronto atendimento e pronto socorro.

Emergência busca atender os pacientes cujo se encontram em situação que necessita de assistência imediata, o pronto-atendimento visa atender as urgências dentro do horário estabelecidos pelo serviço de saúde, já o pronto-socorro atende pacientes doentes, com ou sem risco de vida, cujo necessitam de atendimento imediato, tem 24 horas de funcionamento e disponibiliza leitos apenas de observação.

Considerando a necessidade de desenvolvimento da capacidade de atendimento de urgência no Brasil, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.923, de junho de 1998 determinando investimentos nas áreas de assistência as urgências e a capacitação de recursos humanos. Em 1999 foi lançada a Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril onde se criou mecanismos para a implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em atendimento de Urgências e Emergências e critérios de classificação e inclusão dos nos hospitais nesse serviço (BRASIL, 1999).

Além disso, foram elaboradas diretrizes técnicas para as Unidades não Hospitalares de Atendimento às Urgências, Transporte Inter-hospitalar, grades de capacitação para todos os níveis de atenção às urgências e diretrizes gerais para o desenho de uma rede regionalizada de atenção às urgências, que culminou na publicação da portaria GM nº 2.048 de 5 de novembro de 2002 que estabeleceu os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento (BRASIL, 2002).

Já em 2003 o setor de urgência tornou-se prioridade, refletindo na publicação da Portaria GM/MS n.º 1.863 de 29 de setembro de 2003, onde lançou a Política Nacional de Atenção às Urgências, que trouxe novos elementos conceituais e reavaliação de outros que já vinham sendo propagados. Ainda nesse período, com a portaria GM/MS n.º 1.864 de 29 de setembro de 2003, instituiu-se o componente pré-hospitalar móvel, através de SAMU e suas centrais e núcleos de regulação espalhados por todo território brasileiro (BRASIL, 2003).

Todas essas intervenções do governo federal em pró do avanço dos serviços de Urgência e Emergência refletem o quanto essas unidades são consideradas referências para todo e qualquer caso, já que a população os vê como locais de atendimento rápido e resolutivo. O que de certa forma não deixa de ser um problema, pois não é considerado por muitos como um serviço para atender pacientes em risco de morte, e sim para compensar o deficiente serviço de atenção básica (SANTOS, 2003).

3.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ÂMBITO HOSPITALAR

Os serviços de urgência e emergência no setor hospitalar são visto por muitos como ‘porta de entrada’ do SUS, por possuir características resolutivas e rápidas, torna-se a preferências da maioria dos pacientes que não aderem a proposta do governo em procurar primeiramente as unidades de saúde, dessa maneira o serviço enfrentam inúmeras dificuldades, pois geralmente possuem uma demanda bem além do que a esperada, e assim nesse ambiente se culmina situações de estresse, onde todos os que vivenciam essa realidade, como pacientes, familiares e a equipe de saúde, estão sempre envolvidos em situações de tensão, além disso deve-se destacar também as deficiências estruturais, a desintegração do cuidado entre outros (ANDRADE et al., 2009).

Oliveira et al. (2013) acrescenta que em meio a esse âmbito, a PNH trouxe como destaque de uma de suas diretrizes o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), como uma medida decisiva na realização de promoção e humanização na rede. Para Brasil (2004) a cartilha de AACR da PNH, o MS adota o termo de acolhimento com classificação de risco, em substituição ao termo triagem.

O acolhimento é uma forma de gerenciar processos de trabalho em saúde de maneira que atenda a toda demanda que procura o serviço, se disponibilizando a ouvir seus pedidos, assumindo uma postura capaz de escutar, acolher e chegar às respostas mais eficazes para os pacientes, desse modo, o acolhimento busca prestar um atendimento resolutivo e com responsabilidade, orientando pacientes e familiares se necessário, para outros serviços para que lá dê continuidade a assistência (BRASIL, 2006).

Segundo o mesmo autor, a ação do acolhimento tem uma visão tecno-assistencial, onde prevê mudanças na relação entre o profissional e o paciente, da maneira que ele seja tratado de maneira humanitária e ética e assim, o reconhece-lo como peça fundamental para a produção de saúde.

A partir dessa ação, a maneira de operacionalizar vai ser diferenciada no trabalho em saúde, promovendo assim o atendimento da demanda, ouvindo suas queixas e assumindo um papel resolutivo além do espaço do serviço, mas sim um papel ético, nisso ocorre a diferenciação da triagem, já o acolhimento é necessário em todos os momentos de saúde (SOUZA; BASTOS, 2008).

Seguindo essa perceptiva é importante ressaltar que é necessário ser acolhido para acolher e organizar os serviços de saúde onde ainda se estabelecem no modelo biomédico. O paciente precisa se sentir seguro, amparado e confortável no serviço, pois isso garante sua

autonomia e cidadania e desse modo, a liberdade e oportunidade de expressão (SCHNEIDER et al., 2008).

Além disso, é importante que se elabore um projeto terapêutico individual e coletivo, aumentar e melhorar os espaços para discussão, escutas e decisões, através disso é possível identificar riscos e vulnerabilidades, e desse modo é criado o vínculo com o paciente, assim o profissional poderá prestar uma assistência eficaz e ampla ao paciente (MORISHITA; SILVA; SOUZA, 2009).

O acolhimento age como política onde através de ações técnico-assistencial busca mudanças na relação entre profissional e paciente, e em toda a rede social que os envolve, através de meios que visem um atendimento mais solidário, respeitoso, humanitário e ético, cujo seu maior objetivo é que seja colocadas em prática a equidade, universalidade, acessibilidade e integralidade, os princípios do SUS (ÁLVARO FILHO et al., 2010)

O ACCR atua como método decisivo na organização das urgências, pois através dele é possível configurar uma organização onde haja a execução da produção de saúde, pois vai além da gestão local, trazendo ao cotidiano à conjunta existência das micro e macropolíticas (NASCIMENTO et al., 2011).

Segundo o autor supracitado, nesses setores o ACCR abrange os seguintes aspectos: aumentar o acesso sem sobrecarregar a equipe e nem interferir na qualidade do serviço, desviar o foco que antes era somente na doença, e ver o paciente como um todo, aumentar a capacidade dos profissionais em diferenciar e reconhecer riscos e consequências, e assim transformar o processo de trabalho em saúde, contribuindo para uma resposta satisfatória sem exacerbar as aptidões profissionais de cada categoria.

Entende-se que o ACCR é um meio para que haja transformações na promoção de saúde, e seu objetivo é obter um atendimento mais eficaz, que saiba identificar os atendimentos que devem ter prioridade, sem deixar de tratar os pacientes com humanidade e dignidade (FEIJÓ, 2010).

Para Brasil (2009) a prática do ACCR é necessária uma organização dos espaços e seus usos, para que haja clareza no entendimento, a formação sugerida pelo o MS é composta por eixos e áreas que esclarecem os níveis de risco dos pacientes, que são eles o eixo vermelho que expressa o paciente grave, que corre risco de morte e o eixo azul que identifica o paciente aparentemente não grave, mas que necessita de atendimento. Para compor o eixo vermelho, devem existir três áreas, sendo elas a área vermelha designada a pacientes que necessitam de cuidados imediatos, a área amarela determinada para pacientes que necessitam de cuidados, mas que já se encontram estabilizados e a área verde voltado para os pacientes

que esteja em situação menos crítica, dessa forma o paciente será avaliado e classificado e dependente disso, encaminhado.

No Brasil a classificação de risco vem sendo utilizada no através de protocolos já elaborados, esses protocolos não são entendidos como um processo de triagem, pois seu direcionamento está voltado à classificação de risco, não das ações a serem realizadas, desse modo, não há exclusão, todos os pacientes serão atendidos de acordo com suas necessidades e a gravidade em que se encontra, respeitando seu direito à saúde (BELLAGUARDA, 2009).

Esses protocolos de classificação de risco, são métodos que esquematizam a avaliação e dessa forma garantem o respaldo legal para os procedimentos de enfermagem, são úteis, mas não o bastante, já que não veem os aspectos emocionais e sociais do paciente, peças fundamentais para analisar o risco dos mesmos ao procurar os serviços de urgência e emergência. Dessa maneira, a o objetivo dessa classificação está em melhorar e organizar os setores, atuando na demanda e como ela será classificada, assim também com nas áreas físicas, para que quando o paciente se destinar a unidade, ele possa ser acolhido pelo o enfermeiro, e de acordo com seus critérios de risco, sua gravidade seja avaliada e classificada com as cores dos eixos e áreas (BRASIL, 2009).

Segundo Nascimento et al. (2011) entende-se que a classificação de risco, visa garantir o atendimento eficaz e rápido, não pela a ordem de chegada, mas sim pela a situação clínica do paciente, além de beneficiar e melhorar as condições de trabalho da equipe envolvida, atender as necessidades dos pacientes de maneira que eles se sintam satisfeitos e referenciá-los se for preciso, garantindo assim a contiguidade da assistência.

3.3 O ENFERMEIRO E SUAS ATRIBUIÇÕES NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Cuidar, gerenciar, ensinar e pesquisar são trabalhos que a Enfermagem engloba, eles podem ou não serem realizados e ter ligações entre si. Voltando-se ao processo de trabalho cuidar, o que se é cuidado são os pacientes e seus familiares, quem realiza isso são a equipe de enfermagem através de ações, habilidades, conhecimentos que vão resultar no cuidado em geral (SANNA, 2007).

A Enfermagem é uma atividade de cuidado e também é uma ciência cuja sua especificidade está baseada no cuidado do ser humano de maneira holística, criando assim de maneira independente ou em equipe, ações de promoção e prevenção de saúde, como também a recuperação dos pacientes (SALOMÉ; MARTINS; ESPÓSITO, 2009).

O profissional enfermeiro de nível superior tem atuação ampla na diversificação das políticas sociais, presta assistência à saúde individual e coletiva, age nos projetos de promoção à saúde, na educação e pesquisa, na gestão e gerenciamento de programas, como também consultorias técnicas na área de saúde e educação.

De acordo com Gatti (2009), a formação do enfermeiro é ressaltada na valorização das necessidades biológicas, sociais e psicológicas do paciente, assim como também está acostumado a exercer a liderança, o que o leva a uma visão ampla do setor, incluindo recursos humanos, fluxo de pacientes, área física o que é levado em conta no momento de priorizar o atendimento.

Para Zen; Montezeli; Peres (2012) os enfermeiros estão voltados aos fatores que não envolvem somente a classificação de risco, mas também o acolhimento por completo e de humanização havendo a cooperação da equipe como um todo, além disso são profissionais que frequentemente estão abertos a mudanças, outras opções de trabalhos e preocupados com a prestação de uma melhor atendimento.

Partindo do fato que o enfermeiro dispõe mais do seu tempo junto ao paciente e a família, Silva et al. (2012) afirma que ele é o profissional mais capacitado para fazer orientações, o que através disso cria-se o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente, que tem por base a comunicação de quem cuida e de quem é cuidado, proporcionando ao enfermeiro a melhor compreensão acerca do processo saúde-doença em que o paciente se encontra.

Segundo Rossi e Silva (2005) além da relação individual com o usuário, o enfermeiro busca o coletivo e a responsabilidade também nas atividades da equipe de enfermagem, em sua maioria, fazem gerência do cuidado ou da assistência. Dessa forma, Silva e Pires (2011) complementam dizendo que o enfermeiro atua com articulador, e é identificado na função do saber, e através da sua competência, reflete no fazer e assim na credibilidade e reconhecimento de toda equipe.

Na formação do profissional enfermeiro, ele aprende a proporcionar a assistência ao paciente, assim como a infra-estrutura que lhes é oferecida. Também é adquirida uma visão conjunta, pois conversa com o paciente, escutando suas queixas, sabendo assim o que o levou até o hospital, de modo que ele acabe visualizando todas as necessidades do paciente, sejam elas sociais psicológicas, assim como as físicas (AZEVEDO; BARBOSA,2007).

Bastita e Bianchi (2006) acrescentam que setores considerados desgastantes são subsidiados pela a Enfermagem, entre eles se encontra as unidades de urgência e emergência,

que é apropriada aos pacientes com problemas clínicos graves e local onde possui uma equipe especializada.

Ao atuar em unidade crítica como o setor de urgência e emergência, o profissional de enfermagem deve ter destreza, habilidade, agilidade e a capacidade de saber as prioridades e agir em pró disso de maneira segura, consciente e responsável, e não esquecer que mesmo na situação de emergência, através do cuidado é criado um elo de relação interpessoal juntamente ao paciente, assim é necessário que o cuidado seja multidimensional, que contempla integralmente o ser humano (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2008).

Dessa forma, Jacinto (2006) alega que o enfermeiro emergencialista é uma parte vital e fundamental d equipe, necessita ser competente e agir com eficiência, organiza r coordena toda a assistência, assim como também propõe todos os recursos humanos e materiais, inquestionáveis para que a realização de um trabalho onde traga informação e segurança ao paciente e a equipe.

O ACCR mencionado como forma de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde indica avaliações de riscos e a maneira vulnerável encontrada pelo o paciente do SUS. Essa atividade requer uma mais percepção dos sintomas e sinais, necessitando ser o enfermeiro profissional o responsável para classificar os pacientes, ouvi-los e identificar seus riscos, e dessa maneira, ser o responsável para responder o problema apresentado (BRASIL, 2004).

De acordo com Brasil (2009) o Enfermeiro é o profissional indicado para recepcionar e acolher o paciente, fazendo assim a primeira avaliação, nos serviços de urgência, determinando a prioridade da espera. Para isso, ele deve receber treinamento específico, além dos protocolos pré-estabelecidos, objetivando classificar, pelo quadro clínico do paciente, e não por ordem de chegada, organizando o fluxo de pacientes e prestando um cuidado mais humanizado.

Segundo o Conselho Regional de Enfermagem ele deve ter uma variedade de conhecimentos o que o faz capaz de avaliar, interferir, tratar de maneira veloz e ágil, diminuindo assim o risco de morte do paciente. Sendo generalista, ele está habilitado a assumir uma consulta de enfermagem, classificar o paciente e assim encaminhá-lo as áreas mais adequadas, como também pode agir na supervisão da equipe de enfermagem (COREN, 2010).

Desse modo, quando o paciente chega ao serviço de urgência e emergência, ele é acolhido pelo o enfermeiro, que em seguida faz o atendimento, com escuta qualificada e o qualifica de acordo com as cores postas nos critérios de risco (BRASIL, 2009).

Para Souza (2009) O enfermeiro que age na ACCR é de grande importância tenha uma boa escuta, para avaliação e registro adequado e detalhado da queixa que motivou o paciente a procurar o serviço, como também o desempenho de trabalhar em equipe, rápido raciocínio clínico para decidir e conhecimento de sistemas de apoio que o abrange.

De acordo com Gatti (2006) ao longo da vida profissional do enfermeiro na urgência, ele desenvolve habilidades que o possibilitam a avaliar as necessidades do paciente, e na sua formação inclui gestão de recursos humanos e suprimentos, que o faz ter uma visão logística sobre o atendimento, fazendo com que releve o que é realmente importante na prestação dos cuidados.

Corroborando com o autor supracitado Souza e Bastos (2008) complementam dizendo que a atuação do enfermeiro no ACCR está baseada na tomada de decisões, em que com métodos de análise clínica do paciente, o induza a um raciocínio lógico que determinará o risco. Essa tomada de decisão do enfermeiro perante a classificação objetiva-se entender as informações clínicas, como essas informações são processadas e os meios pelas quais essas informações determinam a categoria de classificação. Através do protocolo selecionado como diretriz técnica, ele tomará sua decisão, e assim decide o quanto de informações necessita daquele paciente, e analisa seus dados subjetivos e objetivos.

Para isso, o enfermeiro está respaldado na lei do exercício profissional nº 7.498 de 25 de junho de 1986, onde garante ao profissional enfermeiro, a consulta de enfermagem, assim como também a prescrição de medicamentos estabelecidos previamente pela a instituição de saúde (COREN, 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo teve como proposta metodológica a pesquisa de campo de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa.

A pesquisa de campo nos leva a variadas questões, de maneira imediata ou ao longo da pesquisa, isso nos faz refletir sobre essas problemáticas que surgem, como os problemas enfrentados, erros cometidos, escolhas feitas e dificuldades descobertas (DUARTE, 2002).

Para Piovesan e Temporini (1995, p. 321) a pesquisa exploratória pode ser definida “na qualidade de parte integrante da pesquisa principal, como o estudo preliminar realizado com a finalidade de melhor adequar o instrumento de medida à realidade que se pretende conhecer.”

Através da pesquisa exploratória pode-se desenvolver, esclarece e modificar conceitos e ideias, formando-se base para questionamentos mais precisos sobre problemas descobertos ou para futuros estudos (GIL, 2008).

Segundo o mesmo autor, a pesquisa descritiva tem como finalidade principal a descrição de características de determinada população, acontecimentos que a envolve ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

A análise qualitativa buscam entender o porquê das coisas afim de discriminar o que deve ser feito, mas não quantificam os valores e as trocas simbólicas, nem analisam as provas de dados, pois esses dados não são métricos, podem ter interações e seus valores podem ser identificados de diferentes abordagens (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Regional de Patos Dep. Janduhy Carneiro, localizado no município de Patos, do estado da Paraíba, na microrregião de Patos e na mesorregião do Sertão Paraibano. Situa-se a 307 km de João Pessoa, e segundo os dados do último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, sua população era estimada em 100.695 habitantes.



Figura1: Mapa Geográfico da Localização do Município de Patos-PB
Fonte: Googleimagem.com

O citado estabelecimento de saúde é considerado de grande porte, pois possui acima de 150 leitos disponíveis nas clínicas médica, cirúrgica, ortopédica, urgência e unidade de terapia intensiva (UTI) e entre os demais setores, e também é considerado um hospital oficial de administração central, já que o mesmo é mantido por órgão de administração centralizada estadual, pertencente à Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba. Além de atender a população local, também é ponto de referência para mais de 40 municípios da Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Ceará.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é o universo a ser pesquisado. Amostra é parte de um universo, é a parcela de população de sujeitos selecionada segundo conveniência da pesquisa, assim, quando se estuda a amostra espera-se que ela represente a população (GIL, 2008).

Deste modo, a população estudada foram 10 enfermeiros que atuam no Programa de Acolhimento com Classificação de Risco do Hospital Regional de Patos Dep. Janduhy Carneiro. A amostra do estudo será 100% da população, atribuindo critérios de inclusão e exclusão.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa os que se enquadraram nos requisitos pré estabelecidos:

- ✓ Enfermeiros que compõe a escala do setor de Acolhimento e Classificação de Risco da Urgência/Emergência;
- ✓ Participe voluntariamente da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE);

Foram excluídos os que não atenderem aos seguintes requisitos:

- ✓ Profissionais enfermeiros com tempo de atuação no setor inferior a seis meses;
- ✓ Esteja afastado por motivos de doença, licença ou férias.
- ✓ Recusa na participação

4.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA

A elaboração de um instrumento de pesquisa é fundamental para obter de maneira sistemática as informações desejadas. O questionário deve ser de fácil entendimento e que traga segurança tanto para o entrevistador e o entrevistado, além de fornecer uma análise apropriada e significativa dos dados coletados (REA;PARKER, 2000).

A primeira fase do instrumento de coleta questionou os dados sócio-demográficos para que se possa descobrir o perfil da população a ser estudada: sexo, idade, tempo de serviço e especialização. Em seguida, o enfoque do instrumento de coleta foi para atingir os objetivos propostos, as entrevistas também foram realizadas através de gravação.

Inicialmente o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFCG, via Portal da Plataforma Brasil, para que seja feita a avaliação da viabilidade da pesquisa. Com a aprovação, foi solicitada a diretora do Hospital a liberação para início da coleta. A coleta de dados foi realizada no mês setembro.

A pesquisadora se apresentou e assim estabeleceu o primeiro contato com os participantes plausíveis e abordou sobre seu projeto assim como seus objetivos, geral e específico, com a finalidade de alcançar a aceitabilidade dos mesmos. Conseguido a disponibilidade, o participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e recebeu o questionário para que assim o responda.

Os enfermeiros do Programa de Acolhimento com Classificação de Risco HRP foram interpelados durante sua atividade laboral, nos turnos da manhã, tarde e noite, no horário em que estiverem mais disponíveis. A pesquisadora presenciou a aplicação do questionário, assim com a gravação das entrevistas.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados de forma qualitativa e submetidos à Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2002). Nessa técnica os principais pontos da pré-análise foi a leitura flutuante (primeiras leituras de contato os textos), a escolha dos documentos (no caso os relatos transcritos e gravados), a formulação das hipóteses e objetivos (relacionados com a disciplina), a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores (a frequência de aparecimento) e a preparação do material.

Os textos passaram por pequenas correções lingüísticas, porém, não eliminou o caráter espontâneo das falas. Baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida observando-se os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Tendo por base essa Resolução, a pesquisadora compromete-se a garantir o sigilo das informações obtidas, não as utilizando para fins que não sejam os da pesquisa.

Seguindo os requisitos acima referidos, será garantida aos sujeitos, a liberdade de participar ou não do estudo, os que se disponibilizarem assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE III). Neste instrumento estarão às informações referentes à pesquisa e as definições de sua participação. Neste termo também estão assegurados os seguintes princípios éticos de pesquisas com seres humanos: sigilo e respeito das informações coletadas; conhecimento dos resultados e a possibilidade em abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos ao participante.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A caracterização da amostra foi realizada em duas etapas, a primeira, relacionada ao perfil sócio demográfico dos participantes e, a segunda, correspondeu aos dados relacionados com o objeto de estudo.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com 100% da população, com 10 (dez) profissionais enfermeiros que se enquadraram nos critérios de inclusão do estudo participaram da pesquisa, e, com base nos elementos constantes da primeira parte do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE IV), os participantes caracterizam-se da seguinte maneira, como demonstra a tabela a seguir.

Tabela 01- Caracterização dos participantes da pesquisa

<i>Variáveis</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo		
Feminino	09	90
Masculino	01	10
Faixa etária		
25-35 anos	07	70
36-45 anos	03	30
Tempo de serviço		
05 meses a 12 meses	02	20
1 ano a 2 anos	07	70
3 anos	01	10
Capacitação		
UTI	02	20
Urgência e Emergência	04	40
Nenhuma	04	40
TOTAL	10	100

Fonte: Dados da pesquisa/2013.

Através da tabela 01, percebe-se que foram entrevistados 10 profissionais de enfermagem que atuam no setor de Acolhimento com Classificação de Risco, onde 90% dessa população são do sexo feminino. Existe uma relação histórica entre a enfermagem e o sexo feminino, que para Carvalho e Kalinke (2008) essa predominância se dá devido ao fato de que desde tempos primordiais, o exercício da profissão era feita exclusivamente por mulheres, assim como também, em algumas culturas onde o papel de cuidar faz parte das tarefas da

mulher. Corroborando com essa ideia Silva et al (2011) afirma que isso se tornou uma característica peculiar ao profissional da enfermagem, reforçando a extensão de sua historicidade em relação a sua criação e acessão enquanto categoria profissional.

Em relação à prevalência feminina Lopes e Leal (2005) afirma que a enfermagem coexiste com o cuidado doméstico às crianças, velhos e doentes, isso associado a figura da mulher-mãe, que no princípio até os dias de hoje foi considerada curandeira e retentora de saberes sobre práticas em saúde, transmitidos de mulher para mulher.

Com relação à idade dos participantes, é possível observar que a faixa etária é variante entre 25 a 45 anos, sendo 70% equivalente aos participantes com 25 a 35 anos, e 30% constituído pelos os participantes com a idade entre 36 a 45 anos. Esses dados demonstram que os profissionais enfermeiros em atividade no setor em questão, estão em uma faixa etária que lhes proporcionam maior produtividade, ação e favorecimento para um melhor desempenho, garantindo-lhes assim no seu dia-a-dia maior maturidade e responsabilidade. Isso contribuiu bastante para a realização da pesquisa, pois a experiência adquirida na vivência resultou na ampliação do conhecimento.

Ao analisar o tempo de serviço verifica-se que ele varia de 05 meses a 03 anos, a maior parte dos participantes (70%) atuam no setor de 1 a 2 anos. O que se torna um ponto positivo, pois já se pode considerar um bom tempo de serviço, o que influencia na execução das atividades no setor referenciado. Porém, devido à mudança recente na direção do hospital, 20% dos profissionais apresentam tempo inferior a 01 ano, ainda em fase de adaptação, momento onde os enfermeiros precisam estar dispostos a aprender e otimizar o serviço de ACCR.

Observa-se que 60% dos enfermeiros pesquisados não possuem especialização em Urgência e Emergência, 40% possui caracterizando uma minoria, isso mostra que existe a necessidade de incentivar os enfermeiros para a procura pela a melhor formação e assim, se tornado mais qualificado.

Para Oliveira et al (2009) é através da especialização que o profissional de saúde se mantem em constante competitividade no mercado de trabalho, e além disso, agir na busca do saber científico o que vai lhe trazer segurança no serviço como um todo, garantindo o conhecimento técnico e abrangendo-lhe ao aprender. Além disso, a falta de especialização dos profissionais envolvidos no setor atua diretamente na qualidade do serviço prestado, uma vez que os pacientes são caracterizados por necessitarem de uma intervenção rápida e precisa, e os conhecimentos adquiridos nas especializações podem interferir nos cuidados prestados.

5.2 QUESTÕES NORTEADORAS

Neste passo da apresentação dos resultados, foram analisadas as respostas dos participantes com relação às questões norteadoras, deparando a existências das próximas categorias, as interpretando com o recurso da técnica de Bardin. Para respeitar a privacidade e manter o sigilo da identidade dos participantes, os nomes dos mesmos serão substituídos por códigos (E1,E2,E3,E4,E5,E6,E7,E8,E9 e E10).

5.2.1 – O conhecimento sobre o Programa de Acolhimento com Classificação de Risco

Questão norteadora

A princípio foi buscado entender o conhecimento dos participantes em relação à Política de Acolhimento e Classificação de risco, para isso foi perguntado aos participantes: *Qual o seu entendimento sobre Acolhimento e Classificação de Risco? Através das respostas dos participantes foi observado que 70% dos enfermeiros demonstraram entender a política, assim como também apresentaram ter um bom conhecimento sobre o tema, enfatizando a humanização do atendimento através de práticas de acolhimento, buscando classificar o paciente de acordo com os sintomas apresentados, não usando o critério por ordem de chegada, utilizado em triagens anteriores, isso é perceptível através das falas abaixo:*

“É um método muito eficiente para classificar o risco e a prioridade dos pacientes para o atendimento médico, facilitando e organizando o fluxo, agilizando o serviço.” (E3)

“...a classificação é de extrema necessidade pois assim podemos avaliar a necessidade de cada paciente e prestar os cuidados adequados.” (E5)

“É olhar para o paciente como um todo, diferenciando a gravidade de cada um , prestando atendimento por esse critério, e não por ordem de chegada.” (E8)

Já para 30% dos entrevistados, a definição de Acolhimento com Classificação de Risco ainda é um tanto quanto equívoca, pois as respostas foram vagas e confusas, como se percebe nas falas a seguir:

“É qualificar e identificar cada caso do para ciente, para que haja uma avaliação.”(E2)

“Ajuda fazer a triagem de acordo com o que o paciente está sentindo.” (E10)

De acordo com Brasil (2004) o ACCR atua como ferramenta potencialmente determinante para a reorganização e implementação da saúde na rede pública. Ela visa abranger o acesso dos pacientes sem sobrecarregar a equipe e não prejudicar a qualidade dos cuidados a serem prestados, sobrepujar o tradicionalismo que tinha somente um olhar biológico sobre o paciente sem interagir com o mesmo, transformar o processo de trabalho dentro da equipe promovendo maior união, ampliação da capacidade dos profissionais em saber distinguir e identificar os riscos, agravos e necessidades do paciente, fornecendo assim uma resposta adequada e eficaz sem ultrapassar a autoridade de cada categoria.

Nessa perspectiva Brasil (2006) cita que além de organizar a fila de espera e assim, sugerir uma ordem de atendimento que não a ordem de chegada, possui também outros objetivos não menos importantes, como assegurar ao paciente o atendimento imediato em casos de alto risco, criar um vínculo com paciente e seus familiares, os informando sobre a situação do paciente e o tempo de espera, conseqüentemente aumentar a alacridade do paciente, e assim possibilitar a construção de redes internas e externas.

Corroborando com o autor supracitado Servin et al (2010) afirma que o Acolhimento com Classificação de Risco manifesta-se como instrumento reorganizador dos processos de trabalho afim de melhorar e se estabilizar com o SUS. Tendo como princípio a humanização, positivamente trará mudanças no resultado do atendimento ao paciente.

Portanto, Takemoto e Silva (2007) alega que o acolhimento renova e transforma o processo de trabalho nos serviços de urgência e emergência, buscando identificar os problemas e suas devidas soluções, se necessário até encaminhá-los para outro serviço da rede assistencial, tudo isso tendo como foco a organização, garantindo assim o acesso universal e a humanização do serviço. Entretanto, como cita Calvacante et al (2012) não se pode atrelar a resolução dos problemas somente a classificação de risco, é importante que haja a construção de fluxos claros, protocolos e pactuações de atendimento.

Dando prosseguimento a pesquisa sobre a percepção do em relação ao tema, foi questionado aos mesmo: *Qual o papel do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco?* Foi identificado que cerca de 80% dos participantes responderam de forma gratificante, englobando todos os aspectos relacionados às funções que o enfermeiro exerce,

tendo o foco no olhar holístico sobre o paciente, o vendo como um todo, a partir da anamnese, aferição dos sinais vitais, promovendo o acolhimento através de uma escuta compassiva as queixas do paciente, averiguando suas necessidades em relação aos sinais e sintomas apresentados e fornecendo ao pacientes e seus familiares informações de como seria feito o atendimento de acordo com sua classificação. O que pode ser notado nas seguintes falas abaixo:

“O enfermeiro é responsável pela classificação de risco, onde a partir da anamnese, sinais vitais e da queixa principal deve-se classifica-lo e direcioná-lo para o atendimento adequado.”(E3)

“Distinguir através dos sinais e sintomas quais os pacientes que necessitem de atendimento primeiro e assim classifica-lo.”(E5)

“..é de suma importância orientar o paciente e seus familiares para onde ele está sendo encaminhado e o porque, isso facilitará a compreensão de todos, e sempre dar espaço para que tirem dúvidas, buscando acolhê-lo e assim ‘quebrar’ essa distância entre profissional e paciente.”(E9)

“Prestar assistência ao paciente, averiguando seus sinais e sintomas, orientá-lo sobre quais procedimentos eles irá passar e assim seguir com a classificação.”(E10)

E os 20% restantes, demonstraram não ter domínio sobre o papel que o enfermeiro executa dentro do Acolhimento com Classificação de Risco, o que é expresso nas falas abaixo:

“Procurar ajudar quem procura atendimento, triando cada especialidade.”(E2)

“Observar e identificar as necessidades gerais do paciente, tendo uma visão clínica do mesmo.”(E8)

O enfermeiro inserido dentro do ACCR não encaminha o paciente para uma especialidade e sim classifica-o pelo tempo terapêutico, diferenciando pela gravidade e classificação clínica. O médico emergencista, inserido nas áreas (vermelha, amarela e/ou verde) é quem definirá a necessidade ou não de um especialista.

Um dos objetivos do Acolhimento com Classificação de Risco é evitar que profissionais não qualificados façam inadequadamente o acolhimento, o enfermeiro é o

profissional indicado para a realização da avaliação e classificação de risco dos pacientes, orientado assim por um protocolo norteador, o enfermeiro inclusive tem amparo legal na resolução nº 159/93 do Conselho Federal de Enfermagem, que dispõe sobre a consulta de enfermagem. BRASIL (2006)

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (2010) a escolha por esse profissional está baseada nas suas características generalistas, que da ao enfermeiro a responsabilidade de assumir a avaliação inicial do paciente, obter a classificação e assim o encaminhar dentro do departamento de urgência e emergência para a área clínica adequada, assim como supervisionar o fluxo, e ter a competência de administrar os a equipe.

Segundo Zen et al (2012), a preocupação dos enfermeiros não está voltada somente ao ato da classificação de risco, mas também com o acolhimento de maneira geral, regidos pela a humanização como um processo que só é alcançado se toda a equipe interagir entre si. Além disso, os enfermeiros visando a melhoria do atendimento, se mostram abertos a mudanças.

Corroborando com a ideia do autor supracitado Oliveira e Trindade (2010) afirmam que o enfermeiro deve realizar o primeiro contato com o paciente a fim de verificar prioridades de assistência à saúde, através da observação por meio de uma visão holística, ou seja, ver o paciente com um todo, sabendo ouvir as queixas que o levaram até ali, sendo de ordem psíquica, física ou social.

Complementando, Godói (2010) afirma que através dessa escuta ativa do paciente, é possível construir uma relação de junção, troca de saberes e experiências, melhorando a interação entre profissionais e pacientes, garantindo-lhes assim um serviço técnico assistencial com maior qualidade e resolutividade.

Diante das afirmações supracitadas, é inestimável a importância do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco, pois sua contribuição reflete diretamente na qualidade do serviço prestado, produzindo assim maior satisfação para o paciente, assim como para toda a equipe que faz parte do setor.

5.2.2 – Percepção do enfermeiro sobre a necessidade de receber capacitação para o desempenho de suas funções no Acolhimento e Classificação de risco e quais as maiores dificuldades encontradas.

O enfermeiro foi indagado sobre a existência de alguma capacitação para exercer sua função no Acolhimento com classificação de risco através da seguinte pergunta: *Você recebeu*

alguma capacitação para atuar no Acolhimento com Classificação de Risco? Acha necessário? De maneira unânime, 100% dos enfermeiros afirmaram que não receberam nenhuma capacitação, dando ênfase na importância da realização da mesma, o que podemos perceber nas seguintes falas:

“Não recebi capacitação, porém pesquisei sobre o assunto e estudei. É extremamente necessária a capacitação, pois não é fácil assumir tal responsabilidade.” (E3)

“Não, é com certeza importante para aprimorar nossos conhecimentos.” (E6)

“Não, a capacitação seria muito importante para uma classificação adequada.” (E1)

A qualificação profissional é de suma importância para um bom desempenho do setor, através da capacitação, o profissional se atualiza, entende melhor o seu papel e como executá-lo. Esses benefícios vão refletir diretamente na assistência prestada, uma vez que através do conhecimento sobre o serviço e como fazê-lo, o profissional tende a disponibilizar melhor assistência.

Segundo Oliveira et al (2013), a classificação é um processo complexo que vai depender das competências e habilidades dos enfermeiros, além de outros fatores externos, como o ambiente de trabalho. O Brasil possui algumas instituições que produziram protocolos próprios o que torna essencial para avaliar as atribuições dos profissionais, evidenciando as necessidades de capacitação para essa atividade logo, fornecendo segurança ao paciente.

Dando continuidade a pesquisa, foi questionado ao enfermeiro a seguinte pergunta: *Quais as maiores dificuldade que você, enfermeiro, enfrenta no setor?* Cerca de 60% responderam que a maior dificuldade se encontra na aceitação dos pacientes em entender o processo de classificação, como é expresso nas falas abaixo:

“A conscientização do usuário.” (E2)

“Conscientizar o paciente sobre o tipo de classificação em que ele está enquadrado e o tempo de espera.” (E6)

“...principalmente a aceitação da população em entender, pois muitos não credibilidade a equipe de enfermagem.” (E4)

“...é muito difícil o paciente entender que tem que voltar para o ESF para ser atendido, pois ele já chega no setor com a intenção de ser atendido rapidamente, e não podemos priorizar um paciente que poderia resolver seu

problema no ESF, assim ele pode estar ocupando uma vaga de quem realmente precisa.” (E10)

Os outros 40% relataram a falta de estrutura, material, treinamento, médicos, e até mesmo a desvalorização dos profissionais que atuam no setor, problemas gerados na instituição em questão, que são evidenciados nas seguintes falas:

“A falta da estrutura física, a falta de treinamento, não tem local adequado para a realização da classificação.”(E3)

“Falta de atendimento em relação a equipe médica.” (E1)

“Hospital superlotado, a falta de material, a falta de atendimento nos ESFS, a desvalorização dos profissionais que trabalham no setor.” (E4)

Segundo Marques e Lima (2007), as urgências e emergências estão funcionando cada vez mais como porta de entrada no sistema de saúde, disponibilizando atendimento tanto para os pacientes mais graves, como para aqueles que poderiam ser resolvido na atenção primária. Nascimento et al (2011) cita que a grande procura por esse atendimento pode ser devido ao aumento dos acidentes e da violência urbana, questões socioeconômicas, a falta de estrutura na rede pública, o aumento da longevidade da população, assim como a deficiente agilidade e resolutividade das ações e serviços de saúde. Isso tudo pode sobrecarregar a equipe, mecanizando suas ações, esquecendo assim da humanização.

Silva et al (2012) corroborando com o auto supracitado, acrescenta que caracteriza as unidades de urgência e emergência como locais de acesso irrestrito, com número abusivo de pacientes, alta disparidade na gravidade no quadro inicial, colocando lado-a-lado pacientes estáveis e pacientes graves, falta de recursos, o número escasso de médicos, o cansaço, a supervisão inadequada, o cuidado que não é continuado e a falta da valorização dos profissionais envolvidos.

Dessa forma Zanelatto e Pai (2010) afirmam que esse setor é um ambiente agitado, com amplo fluxo e inúmeras demandas, demandas essas que nem sempre se destinam a esse serviço, mas o fato de ser imediatista no atendimento faz a preferência do paciente.

Ainda nessa perspectiva, de acordo com o autor supracitado, a subversão se inicia quando o paciente avalia seu estado de saúde e entende que necessita de atendimento imediato, mas a visão técnica do profissional enfermeiro que faz a classificação não o

enquadra em tal categoria. Dessa forma, o paciente propaga seu descontentamento ao enfermeiro que está na linha de frente do serviço, pois ele o encara como representante do sistema, e assim tem certa resistência para entender sua classificação.

De acordo com Brasil (2006) a procura pelo o serviço pode estar relacionada a divergência do conceito de urgência e emergência e a finalidade do setor, o que faz com que confunda o paciente na hora de buscar assistência. Segundo Bittencourt e Hortale (2009) além da disparidade no entendimento do paciente sobre o que o setor de urgência e emergência abrange, outro problema que interfere nos serviços da unidade são a total ocupação de leitos do serviço, servindo como válvula de escape para a falta de leitos nas unidades hospitalares e UTI, é habitual ver pacientes acamados nos corredores das urgências e emergências, deitados em macas, cadeiras de rodas, isso atrapalha no tempo de atendimento o que gera grande tensão para os pacientes e profissionais envolvidos.

Solla (2005) complementa afirmando que outro problema que interfere no desempenho do serviço é a falta de recursos na atenção primária, consultas, remédios, exames diversos muitas vezes não são disponibilizados pelo o sistema, a insuficiente estruturação das redes de atenção básica sobrecarrega os serviços de urgência e emergência.

Concluindo, Lumer e Rodrigues (2011) citam a importância da avaliação das normas para um atendimento resolutivo em urgência e emergência na estratégia da saúde da família por não estarem devidamente definidas e serem vagos e incoerentes, o que resulta na confusão dos profissionais quanto às atitudes laborais. Os mesmo autores ainda afirmam que é necessário que se tenha uma melhor definição do desempenho da saúde da família no atendimento às urgências, de maneira que conscientize os pacientes, diminua a morbimortalidade da população, conseguindo desafogue os serviços das demais complexidades, que diariamente recebem casos clínicos que poderiam ter sido resolucioneados na atenção primária.

5.2.3 – Percepção do enfermeiro quanto a organização do setor e quais os benefícios encontrados após a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco.

Neste tópico, podemos conhecer como é organizado o programa de Acolhimento com classificação de risco, 100% dos entrevistados afirmaram utilizar o protocolo por cores, como podemos identificar nas fala abaixo:

“Utilizamos o sistema de cores, o enfermeiro faz o

acolhimento e a classificação, aí o paciente é destinado para a área azul, verde, amarela ou vermelha.” (E10)

“Os pacientes com politraumatismos e trazidos pelo o SAMU, não passam pela ACCR, os demais sim. Verificamos a PA, temperatura, pulso e HGT se necessário, depois é feita uma entrevista rápida e assim ele é encaminhado de acordo com a sua necessidade.” (E3)

A existência de protocolos só visa melhorias para o setor e para os profissionais que fazem uso, uma vez que através dele o profissional enfermeiro pode ser embasar para uma melhor classificação, desse modo obtendo autonomia dentro do âmbito do acolhimento com classificação de risco, e podendo assim proporcionar ao paciente um atendimento direcionado as suas necessidades.

Segundo Carvalho (2008) o programa de Acolhimento com Classificação de Risco foi introduzido no setor de urgência e emergência através do processo de triagem, tendo como objetivo atender adequadamente cada necessidade do paciente, de acordo com a gravidade, mas sempre considerando a segurança do mesmo, dessa forma, refletindo na redução da superlotação desse âmbito.

Em todo mundo, existem inúmeras escalas para a classificação de risco, como por exemplo, NTS- National Triage Scale (Austrália), CTAS- Canadian Emergency Department Triage e Acuity Scale (Canadá), MTS- Manchester Triage System (Reino Unido), ESI- Emergency Severity Index (Estados Unidos) e MAT- Model Andorra de Triatje (Espanha). No Brasil, o Ministério aprovou o primeiro protocolo de classificação de risco oriundo da Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, em 2004 através da Política Nacional de Humanização. Ele tem como objetivo melhorar o fluxo de atendimento, através da qualificação das equipes e sistema de informação, prestando assim melhor assistência ao paciente. Está dividido de acordo com áreas e níveis de atendimento, onde a área vermelha corresponde ao paciente que necessita de atendimento rápido, a área amarela para os pacientes críticos e semicríticos e já estabilizados, área verde para os pacientes não críticos e área azul para consultas de baixa ou média complexidade (BRASIL, 2004).

Corroborando com o autor supracitado, Shiroma e Pires (2011) citam o protocolo de Manchester, reconhecido pelo o ministério da saúde, que realiza a classificação através do sistema de cores e indicação clínica, cada cor institui o tempo limite para atendimento, que vai do zero (atendimentos imediatos) à 240 minutos.

Para Brasil (2004) para a implantação dos protocolos tendo o Acolhimento com Classificação de risco como diretriz operacional solicita novos modos de pensamento e assim

transformações nos sistemas de saúde. Aborda os questionamentos sobre as relações clínicas nos serviços de saúde, desse modo, na atenção e gestão das redes assistenciais, nas quais precisam passar por uma adaptação para melhorar assim as condições de atendimento aos pacientes que procuram os serviços de emergência.

Considerando as afirmações anteriores, Brasil (2006) esclarece que o protocolo é sim uma ferramenta que facilita ao direcionar o paciente para o atendimento adequado, porém ele não abrange os aspectos sociais, subjetivos, tradicionais, culturais e até mesmo afetivos, desse modo ele não supre o diálogo, o respeito, a escuta, a própria humanização priorizada pela a PNH, desse modo é o MS sempre propõe a orientação sempre para o acolhimento com classificação de risco.

Desse modo, Brasil (2009) afirma que o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de urgência tem como meta constituir uma análise do processo de trabalho objetivando distinguir e estabelecer o atendimento de acordo com a necessidade do paciente, que através do acolhimento irá extinguir a triagem excludente, com isso é indicativo de que o protocolo tenha com objetivo primordial não retardar o atendimento aos que necessitam de uma intervenção imediata, embasados na avaliação primária, que cabe justamente ao profissional enfermeiro classificar através desta avaliação e para isso é necessário que ele tenha comprometimento para assumir a responsabilidade no contexto em questão.

Para concluir a pesquisa, foi analisado quais os benefícios e/ou malefícios que a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco trouxe, através da seguinte pergunta: *Qual a sua avaliação após a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco? Trouxe benefícios e/ou malefício?* 80% dos entrevistados ressaltaram que a implantação do programa trouxe muita organização ao setor, como podemos perceber pelas falas seguintes abaixo:

“Os benefícios são muitos, melhorou a organização e o fluxo de atendimento no setor de urgência, facilitou a triagem através do protocolo, ajudando no atendimento através das prioridades.” (E8)

“O setor ficou mais organizado, após a implantação do ACCR podemos encaminhar o paciente para o atendimento ideal.” (E4)

“ Melhor organização quanto a demanda e quanto a gravidade de cada paciente.” (E6)

“...o maior benefício foi a organização do setor.” (E8)

Já para 20% dos profissionais entrevistados o programa trouxe problemas como a superlotação do setor e a dificuldade de conscientização da população, o que podemos confirmar segundo as falas abaixo:

“O hospital ficou superlotado, mesmo fazendo uma triagem com a classificação de cor, aparece muita demanda de ESF, e alguns profissionais se sensibilizam e atendem.” (E1)

“...o único problema é a conscientização da população, muitos saem revoltados quando não são atendidos, mesmo a gente explicando a situação.” (E2)

São muitos os problemas identificados dentro das UE, o que mais se destaca é a falta de conscientização da população ao fazer uso do serviço, muitos casos poderiam ser resolvidos na atenção primária, o que sobrecarrega o setor, além dos problemas internos da instituição, como falta de espaço, profissionais e materiais. Isso tudo acarreta danos na dinâmica do processo de ACCR, já que não tem sustentabilidade um serviço com uma grande demanda e pouco suporte para mantê-la.

Brasil (2006) explica que o acolhimento é um meio de atuar nos processos de trabalho em saúde, desse modo visa atender os que procuram esses serviços, ouvindo suas queixas e pedidos, se responsabilizando em acolher, ouvir e disponibilizar respostas adequadas aos pacientes. Ou seja, busca proporcionar um atendimento resolutivo e responsável, se for necessária orientação para outros serviços, que ele amplie articulações com esses serviços garantindo assim um cuidado eficaz.

Corroborando com o autor supracitado Brasil (2006) complementa afirmando que o ACCR tem como foco melhorar o acesso dos pacientes ao serviço de saúde, melhorando assim o atendimento e abolindo o método de atendimento por ordem de chegada, assim como também as relações entre os profissionais, melhorando o trabalho em equipe agindo com complementaridade cada atividade exercida por cada categoria, aumentando assim sua responsabilidade em relação aos pacientes criando-se assim um maior vínculo, indo além da doença em si e possibilitando dessa forma, prestar o atendimento ideal de acordo com as condições do serviço. Nascimento et al (2011) ressalva que nesse processo, todos os

profissionais assim como a instituição, deve buscar sempre uma relação acolhedora e humanizada para com aqueles que buscam o serviço.

Concluindo a análise, Oliveira e Trindade (2010) afirmam que o Acolhimento com Classificação de risco demonstra grande importância, pois é considerado um processo ativo, decisivo que identifica e prioriza o atendimento, o qual através do processo de avaliação vai discernir os casos críticos que necessitam de atendimento dos não críticos, mas não deixando de prestar assistência para ambos os casos. Isso promove benefícios, porque transforma o sistema de priorizar quem chega primeiro ao setor e passa a valorizar o paciente como um todo, considerando o grau de gravidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As unidades de urgência e emergência são caracterizadas por terem um atendimento rápido e resolutivo, isso acarreta dificuldades ao setor como a superlotação e decaimento da assistência prestada, não havendo assim um critério justo de atendimento. Visando melhorar essa questão, o Ministério da Saúde lançou através da Política Nacional de Humanização o Acolhimento com Classificação de Risco aos pacientes usuários do SUS, que tem como finalidade organizar o fluxo de pacientes e prestar o melhor atendimento de acordo com a gravidade mesmo subsidiados pelo acolhimento e humanização.

Desse modo, o programa visa extinguir o critério de atendimento por ordem de chegada, pois esse método se torna falho por não encarar que existam pacientes que necessitam de cuidados imediatos, garantindo assim atenção a todos que procuram o setor. Além desse objetivo, o Acolhimento com Classificação de Risco busca também propor a utilização da humanização na classificação, fazendo assim o acolhimento que implica na visão do paciente com um todo, considerando sua queixa, e seu estado psíquico, físico e mental, criando assim um vínculo com o mesmo. Para isso é necessário também que toda a equipe esteja interligada, cada um dentro da sua categoria.

Nessa perspectiva, o resultado da pesquisa possibilitou a analisar e avaliar o programa de acolhimento com classificação de risco no setor de urgência/emergência do Hospital Regional de Patos Deputado Janduhy Carneiro, através da percepção e desempenho do enfermeiro no programa, profissional indicado pelo o Ministério da Saúde para avaliar e classificar o paciente, assim como também o acúmen desses profissionais para descrever a necessidade de capacitação, como é organizado a classificação no setor e os benefícios e malefícios que ocorreram após a implantação do programa.

A realização da pesquisa alcançou todos os objetivos propostos, deste modo o que se pôde constatar foi que a implantação do ACCR trouxe melhorias ao setor, entre elas a organização do fluxo de pacientes, melhor qualidade e eficácia no atendimento prestado, atribuindo assim ao enfermeiro tamanha responsabilidade por gerenciar esse processo, e uma das dificuldades mais citada foi a falta de capacitação para exercer tal tarefa, uma vez que a população tem grande resistência em entender os critérios de classificação, o que interfere intrinsecamente na assistência disponibilizada pelo o setor de urgência e emergência.

É importante que essa averiguação possa ser considerada ao ponto de contribuir para despertar a produção de noções e conhecimento acerca do tema referido, e assim destacar a importância que o acolhimento com classificação de risco nas urgências e emergências possui

para o bom funcionamento do setor assim como a grande importância e comprometimento que o enfermeiro possui dentro do programa.

Diante dos resultados, observou-se a necessidade de capacitação para toda a equipe que faz parte do setor de urgência e emergência, considerando que o acolhimento com classificação ainda não é muito aceita pela população, e para lidar com isso, os profissionais envolvidos precisam entender o programa, para assim poder disponibilizar uma assistência completa, e também principalmente como funcionam os protocolos e as leis internas da instituição.

Problemas como a falta de estruturação, de materiais, médicos e a desvalorização do profissional enfermeiro no setor, foram citados nas entrevistas, problemas esses oriundos da própria instituição em questão, que evidencia a necessidade de maior comprometimento com o setor.

Também se pôde constatar que o setor de urgência e emergência muitas vezes sofre pela má estrutura da atenção primária o que resulta na grande demanda da população, e para resolver esse quesito é preciso que haja uma reorganização não somente nas urgências e emergências, mas também a toda a rede de saúde, incluindo assim todos os serviços vinculados ao SUS, também os profissionais, para que juntos atuem na comunidade através de encontros, rodas de conversa, palestras, discursões, até mesmo dramatizações, para abordar e disponibilizar a temática sobre o Acolhimento com Classificação de Risco, ou até mesmo através de material impresso (folders, banners), ou fazendo uso da imprensa local (rádio, internet, televisão), buscando proporcionar o conhecimento sobre os protocolos constituídos, e assim uma melhor aceitação e utilização do programa.

A busca de conteúdo e material sobre o tema Acolhimento com Classificação de Risco evidenciou a escassez de produções científicas direcionadas ao assunto em questão, pois por se tratar de um ambiente que não tem restrição de acesso e ser o primeiro setor que se conhece ao procurar um hospital, o faz ser de grande relevância e magnitude para ocasionar aperfeiçoamento da assistência em saúde, principalmente para os profissionais que atuam no setor de urgência e emergência, para que através do material eles absorvam conhecimento e isso irá refletir na sua atuação, fornecendo uma assistência eficaz, qualificada e competente.

REFERÊNCIAS

ÁLVARO FILHO, A. D. D. et al. Acolhimento com Classificação de Risco: humanização nos serviços de emergência. 2010. 10 p. Curso de Enfermagem, Universidade Salgado de Oliveira, Campus Goiânia, 2010. Disponível em: <http://revista.universo.edu.br/index.php/1reta2/article/viewFile/311/238>. Acesso em: 10 de Jul. de 2013.

ANDRADE, E.; ANDRADE, E. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. **Revista Bioética**, Brasília, v.18, n.1, jun. 2010. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/536/52. Acesso em: 09 Jul. 2013.

ANDRADE, M. A. C.; ARTMANN, E.; TRINDADE, Z. A. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700043&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 de Jul. de 2013

ANDRADE L. M.; MARTINS E. C.; CAETANO J.A.; SOARES E, BESERRA E. P. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Rev. Eletr. Enf.** 2009;11(1):151-7. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/v11n1a19.htm . Acesso em: 10 de Jul. de 2013

AZEVEDO J. M. R.; BARBOSA M. A. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. **Rev Enferm UERJ** 2007; 15(1):33-9. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a05.pdf>. Acesso em: 10 de Jul. de 2013.

BAGGIO M.A.; CALLEGARO G.D.; ERDMANN A.L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Rev Bras Enferm.** 2008;61(5):552-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a04v61n5.pdf> . Acesso em: 11 de Jul. de 2013.

BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, Aug. 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 de Jul. de 2013

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde**. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>> Acesso em: 16 de Jul. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf> Acesso em: 16 de Jul. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf>. Acesso em: 16 de Jul. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético no fazer em saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 15 de Jul. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Acolhimento em saúde e acolhimento com classificação de risco. In: Passos E, Benevides R, organizadores. Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Atividades. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 85-106.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 11 de jul. de 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 15 de Jul. de 2013.

_____. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS . Brasília/DF, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 14 de Jul. de 2013.

_____. **Política Nacional de Humanização**. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2ª ed. Brasília/DF, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>. Acesso em: 15 de Jul. de 2013.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/projetos/Plano_editorial/Pdf/Legisl/capitulo-05.pdf>. Acesso em: 16 de Jul. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf>>. Acesso em: 15 de Jul. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.923, de 9 de junho de 1998. Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jun. 1998b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf>. Acesso em: 17 de Jul. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 479, de 15 de abril de 1999. Cria mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar de atendimento de urgências e emergências e estabelece critérios para classificação e inclusão dos hospitais no referido sistema. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 1999a. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/file/saudeemdebate81.pdf>> Acesso em: 15 de Jul. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui a política nacional de atenção às urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 out. 2003a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>>. Acesso em: 16 de Jul. de 2013.

BELLAGUARDA, M. L. R. Parecer COREN/SC N.º 001/CT/2009 Assunto: Acolhimento em Urgência e Emergência com Classificação de Risco. 2009

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática.** Cad. Saúde, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1453, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n7/02.pdf>. Acesso em: 07 de Set. de 2013.

CAVALCANTE R. B. et al. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2012 set/dez; 2(3):428-437. 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/288>. Acesso em: 06 de Ago. de 2013.

CARVALHO, D. R.; KALINKE, L. P. Perfil do enfermeiro quanto a motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. **Boletim de Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 82-95, 2008. Disponível em: http://www.utp.br/enfermagem/boletim_2_ano2_vol1/pdf/art7_perfildoenfermeiro.pdf. Acesso em: 06 de Set. de 2013.

CARRET, M. L.V.; FASSA, A. C. G.; DOMINGUES, M. R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, Jan. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 de Jul. de 2013

COREN. Atribuição da enfermagem na triagem com classificação de risco em urgência. Parecer COREN-DF N° 005/2010. Disponível em: http://www.corendf.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=684:0052010-atribuicao-doprofissional-de-enfermagem-na-triagem-comclassificacao-de-risco-nos-&catid=38:pareceres&Itemid=115. Acesso em: 12 de Jul. de 2013

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. Cadernos de Pesquisa, n. 115, março/ 2002 **Cadernos de Pesquisa**, n. 115, p. 139-154, Rio de Janeiro, março/ 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a05n115.pdf>. Acesso em: 12 de Jul. de 2013.

FEIJÓ, V. B. E. R. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: análise da demanda atendida no pronto socorro de um hospital escola. 2010. 112 p. Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/113.pdf>. Acesso em: 11 Jul. 2013.

GODÓI, F. D. S. Organização do Trabalho em uma Unidade de Urgência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco. 2010. 156 p. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/109.pdf>. Acesso em: 07 de Set. de 2013.

GATTI, M. F. Z. Triage de Enfermagem em Serviço de Emergência. São Paulo. 2006. Disponível em: <http://portal.samaritano.com.br/pt/interna.asp?page=1&idpagina=311>. Acesso em: 11 de Jul. de 2013.

GOMES, A.L. Emergência: planejamento e organização da unidade. Assistência de Enfermagem. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1994.

IBGE. **O Brasil município por município**. [S.l.:S.n.], [201-?]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 11 de Jul. 2012.

JACINTO, W. Condutas do Enfermeiro no Atendimento ao politraumatizado Ortopédico nas Unidades de Urgência e Emergência. 2006. 65f. Dissertação (Bacharelado e licenciatura em enfermagem) - Faculdade de enfermagem, Centro Universitário Claretiano, Batatais. Disponível em: <http://biblioteca.claretiano.edu.br/phl8/pdf/20003442.pdf>. Acesso em: 12 de Jul. de 2013

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cadernos Pagu (24), janeiro-junho de 2005, pp.105-125. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>. Acesso em: 06 de Set. de 2013.

LUMER, S.; RODRIGUES, P. H. A. O papel da saúde da família na atenção às urgências. **Revista de APS: Atenção Primária a Saúde**, Minas Gerais, v. 14, n. 3, p. 289-295, jul/ set. 2011. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/898>. Acesso em: 07 de Set. de 2013.

MALTA, D. C.; CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; JORGE, A. O.; COSTA, M. A. Perspectivas da regulação na saúde suplementar frente aos modelos assistenciais praticados.; **Cienc. Saúde Coletiva**, v.9, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20397.pdf>. Acesso em: 14 de Jul. de 2013.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de Usuários a um Serviço de Pronto Atendimento e seu Acolhimento ao sistema de saúde. **Rev. Latino em Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 1-8, jan/fev. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf. Acesso em: 06 de Set. de 2013.

MORISHITA, A.; SILVA, E. A. ; SOUZA, M. A. M. Concepção de triagem x demanda crescente do atendimento em unidades de urgência e emergência. **Revista Ponto de Encontro**. v. 1. p. 196-209, 2009.

NASCIMENTO, E. R. P. Classificação de Risco na Emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 84-88, jan/mar. 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf>>. Acesso em 10 de Jul. de 2013.

OLIVEIRA, G. N. et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. maio-jun 2011;19(3):[09 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14.pdf>. Acesso em: 16 de Jul de 2013

OLIVEIRA G. N.; VANCINI-CAMPANHARO C. R.; OKUNO M. F. P.; BATISTA R. E. A. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. mar.-abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000200500&script=sci_arttext&tln=pt>. Acesso em: 07 de Set. de 2013.

OLIVEIRA, M.; TRINDADE, M. F. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. **Revista Hórus**, v. 4, n. 2, out/dez. 2010. Disponível em: <http://www.faeso.edu.br/horus/artigos%20anteriores/2010/atendimento_urgencia.pd> Acesso em: 07 de Set. de 2013.

OLIVEIRA N. A.; THOFEHRN M.B.; CECAGNO D, SIQUEIRA H. C. H. Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos. **Texto Contexto Enferm**. 2009; 18(4):697-704. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072009000400011&script=sci_abstract&tln=pt. Acesso em: 07 de Set. de 2013.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, 29, nº 4, p.318-325, Ago,1995. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000400010>. Acesso em: 12 de Jul. de 2013.

REA, M.Louis & PARKER, Richard. **Metodologia da Pesquisa: do planejamento a execução**. São Paulo: Pioneira, 2000.

RIOS, I. C. Caminhos da humanização na saúde : prática e reflexão / - São Paulo : Áurea Editora, 2009. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/CAMINHOS_DA_HUMANIZACAO_NA_SAUDE.pdf>. Acesso em: 10 de jul. de 2013.

ROMANI, H. M. et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. *Rev. Bio. São Paulo*, 2009. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/78/82>. Acesso em: 16 de julho de 2013

ROSSI F.R.; SILVA M,A.D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev Esc Enferm USP**. 2005 Dez; 39(4):460-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 de Jul. de 2013.

SALOMÉ, G. M.; MARTINS, M. F. M. S.; ESPÓSITO, V. H. C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 102-112, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a09v62n6.pdf>>. Acesso em: 11 de Jul. de 2013

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2007, vol.60, n.2, pp. 221-224 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000200018&lng=en&nrm=iso>.ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>. Acesso em: 12 de Jul. de 2013.

SANTOS, N. C. M. **Urgência e emergência para a enfermagem**. São Paulo: Látrea, 2003.

SERVIN, S. C. N. et al; **Protocolo de acolhimento com classificação de risco sistema único de saúde (SUS) hospitais municipais/ São Luiz –MA**. 31p. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf. Acesso em: 16 de junho de 2013.

SCHNEIDER, D. G.; MANSCHEIN, A. M. M.; AUSEN, M. A. B.;MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, mar 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/09>> acesso em: 11 de Jul. de 2013.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. Classificação de Risco em emergências- 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>> Acesso em: 07 de Set. de 2013.

SILVA, A. A.; OLIVEIRA, E. C.; OLIVEIRA, S. H. A.; SOUZA, N. R. A humanização do atendimento e a percepção entre profissionais de enfermagem nos serviços de urgência e emergência dos prontos socorros: revisão de literatura.; **Ver. Ciência et Praxis**, v. 5, n. 9, 2012 Disponível em:

<<http://www.fip.fespmg.edu.br/ojs/index.php/scientae/article/viewFile/305/142>>. Acesso em: 10 de Jul. de 2013

SILVA, C. M. M. F.; PEIXOTO, E. S.; FREIAS, M. É. A. Parecer técnico 10/07. 2007.

Disponível em: < [http://www.coren-](http://www.coren-mg.gov.br/app/webold/camaras/gerencial/2007/gerencial1007.htm)

[mg.gov.br/app/webold/camaras/gerencial/2007/gerencial1007.htm](http://www.coren-mg.gov.br/app/webold/camaras/gerencial/2007/gerencial1007.htm)>. Acesso em: 09 de Jul. de 2013.

SILVA, K. R.; PIRES, R. C. C. P. A percepção da equipe de enfermagem sobre liderança no serviço de urgência e emergência de um hospital geral de Belo Horizonte. **Revista Tecer - Belo Horizonte** – vol. 4, nº 7, novembro de 2011. Disponível em:<

<http://pe.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/tec/article/view/67/0>>. Acesso em: 11 de Jul. de 2013.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. In: GERHARTD, T. E; SILVEIRA, D. T (org). Métodos de pesquisa. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil. Porto Alegre: editora da UFRGS, 2009.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out/dez. 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768.pdf>> Acesso em: 07 de Set. de 2013.

SOUZA, C. C. Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos. 2009. 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SOUZA, R., Pusch (coord). Humanização em cuidados intensivos. São Paulo: **Revinte Ltda**, 2004

SOUZA, R. S.; BASTOS, A. R. acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Rev. Min. Enferm.**;12(4): 581-586, out./dez., 2008

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/09.pdf>> Acesso em: 07 de Set. de 2013.

TEIXEIRA, C. Os princípios do sistema único de saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador—BA2011. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em: 10 de Jul. de 2013.

VALENTIM, M. R. S.; SANTOS M. L. S.C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. **Rev. enferm.** UERJ . 200917(2):285-9. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a26.pdf>. Acesso em: 10 de Jul. de 2013.

ZANELATTO D. M.; PAI D. D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Cienc Cuid Saúde** 2010 Abr/Jun; 9(2):358-365. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9390/6087>. Acesso em: 07 de setembro de 2013.

ZEM, K. K. S.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. **Rev. Rene.** v. 13, n. 4, 2012. Disponível em: www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article. Acesso em: 15 de Jul. de 2013.

APÉNDICE(S)

APÊNDICE I**TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: O PROCESSO VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ UFCG (Comitê de Ética em Pesquisas/ Universidade Federal de Campina Grande), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ UFCG, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2013.

Autor (a) da Pesquisa

MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO

Orientando (a)

PATRÍCIA FERREIRA FAUSTO

APÊNDICE II

**HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO**

Rua Horácio Nóbrega, S/N, bairro Belo Horizonte, CEP: 58.704-000 -

Patos – PB

DECLARAÇÃO CO-PARTICIPANTE

Eu, **Raphael Almeida**, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: O PROCESSO VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO”**, que será realizada com abordagem qualitativa, no referido Hospital no período de agosto a setembro de 2013, tendo como pesquisadora Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro professora da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG.

Patos, _____ / _____ / _____

Chefe do Núcleo
de Estágio

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

1. INFORMAÇÕES A (O) PARTICIPANTE

1.1 Este termo de consentimento livre e esclarecido tende a obedecer às exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que, no Brasil regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Seu principal objetivo é assegurar e preservar os direitos dos participantes da pesquisa.

1.2 A resolução CNS 466 (2012) define o consentimento livre e esclarecido como "anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais de riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária no experimento". O consentimento livre e esclarecido do participante é uma exigência não só do Brasil, mas de todos os códigos internacionais e é, sem dúvida, um dos pilares da ética nas pesquisas científicas.

1.3 No Brasil, a resolução CNS 466/12 estabelece que o pesquisador deverá suspender imediatamente o experimento quando perceber a possibilidade ou a ocorrência de um risco ou dano ao sujeito da pesquisa, não previsto no termo de consentimento.

2. IDENTIFICAÇÃO

2.1 Título do Projeto de Pesquisa: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: O PROCESSO VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO.

2.2 Nome do pesquisador Responsável: Prof^a Ma. MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO

2.3 Nome do pesquisador participante: PATRÍCIA FERREIRA FAUSTO

2.4 Instituição proponente: Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, situado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n – Casas Populares – Tel.: (83) 3532-2000, CEP: 58900-000 - Cajazeiras – PB.

2.5 Finalidade: Projeto de Pesquisa para realização de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem.

3. INFORMAÇÃO A CERCA DO PROJETO DE PESQUISA

3.1 Justificativa: Os serviços de urgência e emergência são caracterizados por serem rápidos, diretos e resolutivos, denominados muitas vezes como porta de entrada do SUS, isso acarreta inúmeras consequências, dentre elas a grande demanda, esgotamento dos profissionais, deficiência na assistência. Diante dessa realidade o governo lançou através da Política Nacional de Humanização, o Humanizadas, o Acolhimento com classificação de risco, que é o processo que visa acolher e também priorizar o atendimento através da gravidade do paciente, mas não desprezando quem está em menos grave. De acordo com o Ministério da Saúde, o profissional Enfermeiro é o mais indicado para realizar esse procedimento, por ter um contato mais próximo ao paciente, dando-lhe a melhor perspectiva sobre a situação do mesmo, diante disso surgiu o interesse em investigar se os profissionais que atuam nas urgências e emergências entendem como é feito o processo de classificação, qual o papel dentro dele e quais os principais desafios enfrentados diante do acolhimento.

3.2 Objetivos:

Investigar o papel do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco no serviço de emergência de um hospital do sertão paraibano. Assim como, verificar a percepção dos enfermeiros sobre a classificação e os papéis que desempenham na mesma, Identificar se existem dificuldades e quais as que mais interferem e conhecer como é feito o Acolhimento com classificação de risco pelos enfermeiros.

3.3 Procedimentos:

Primeiramente o projeto será enviado e cadastrado na Plataforma Brasil, logo em seguida encaminhado pelo mesmo para o Comitê de Ética em Pesquisa para fins avaliativos e de viabilidade e aptidão para pesquisa. Se aprovado, será iniciada então a coleta de dados. Deste momento em diante, a pesquisadora participante irá pessoalmente ao Hospital Regional de Patos Deputado Janduy Carneiro referida, onde irá realizar o primeiro contato com a equipe e os possíveis participantes do estudo em que será realizada um esclarecimento da finalidade do estudo de acordo com a disponibilidade do profissional, respeitando assim sua privacidade, objetivando maior aceitação do estudo.

Com o profissional estando em acordo, ele assinará o TCLE e receberá o questionário para que possa responder, o mesmo será aplicado durante o horário de funcionamento da emergência.

3.4 Riscos ou desconfortos: O referido projeto de pesquisa não acarretará nenhum tipo de risco ao público investigado, visto que o mesmo não apresenta quaisquer tipos de procedimentos invasivos ou questionário com perguntas agressivas.

3.5 Benefícios Esperados:

Esse estudo torna-se relevante pois possibilita avaliação do papel do enfermeiro dentro do acolhimento com classificação de risco, analisando quais são as maiores interferências e como ele realiza esse processo no setor de emergência hospitalar. Estima-se, que esse estudo gere resultados consistentes e que traga a compreensão sobre a grande importância que o profissional enfermeiro tem dentro desse recurso do acolhimento, a fim de refletir sobre a problemática, possibilitando um maior entendimento do tema, quais os problemas mais enfrentados dentro do meio do acolhimento, a percepção do enfermeiro, como também suas atribuições uma vez que o acolhimento com classificação de risco traz benefícios não só para o paciente, mas como também para toda a equipe de saúde envolvida.

4. GARANTIAS A (O) PARTICIPANTE DE PESQUISA

4.1 Garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia e procedimento da mesma.

4.2 Liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo ao seu cuidado ou assistência (caso o voluntário esteja recebendo cuidado ou assistência no âmbito da instituição onde está sendo realizada a pesquisa).

4.3 Garantia do sigilo que assegure a privacidade do (a) participante quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, e anonimato, visando preservar a integridade de seu nome e dos seus.

4.4 Garantia de que receberá retorno dos resultados da pesquisa e de sua publicação para fins acadêmicos e científicos, e que os dados coletados serão arquivados e ficarão sob a guarda do pesquisador, estando acessível a(o) participante quando desejar.

4.5 Garantia de que não terá nenhum ônus com o projeto, que será totalmente custeado pelo pesquisador e/ou patrocinador, e/ou instituição, e que será ressarcido de despesas decorrentes

do projeto de pesquisa, como deslocamento, afastamento das atividades e/ou do trabalho, hospedagem, alimentação, bem como será indenizado por eventuais danos diretamente resultantes da pesquisa a curto, a médio ou longo prazo

5. CONTATO(S) DISPONIBILIZADO(S) PELO(S) PESQUISADOR(ES)

O(s) pesquisador(es):

5.1 Ciente(s) da importância da participação do voluntário, o agradece(m) por permitir sua inclusão no acima referido projeto de pesquisa;

5.2 Se compromete(m), reiteradamente, a cumprir a resolução 196/96, e prometem zelar fielmente pelo que neste termo ficou acordado;

5.3. Como prova de compromisso, disponibilizam seus dados para contato ao participante:

Dados completos do pesquisador responsável para contato:

Nome: PROF. MA. MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO

Endereço completo: Rua: Alexandre de Carvalho, 78 Bairro: Belo Horizonte. Patos – PB.
CEP: 58704-240.

Telefone: (83) 8897-2909

E-mail: berenice_pinheiro@hotmail.com

Dados completos do pesquisador participante para contato

Nome: PATRÍCIA FERREIRA FAUSTO

Endereço completo: Rua José Vitoriano de alencar Bairro: Centro. Catingueira – PB. CEP:
58715-000

E-mail: patriciaffausto@hotmail.com

Telefone(s) para contato: (83) 9625-7929

6. CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Após obter as informações e esclarecimentos sobre o referido projeto de pesquisa, declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento e consinto minha inclusão no protocolo de pesquisa, de forma livre e gratuita. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Cajazeiras - PB, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE IV
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
INSTRUMENTO DE COLETA

1ª PARTE: DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

Sexo: Masculino () Feminino()

Idade: _____ anos

Tempo de serviço no setor: _____ meses

Já fez alguma especialização? Sim () Não () Se sim, qual (is): _____

2ª PARTE: DADOS REFERENTES AOS OBJETIVOS PROPOSTOS

1- Qual seu entendimento sobre Acolhimento com Classificação de Risco?

2- Qual é o papel do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco?

3- Você recebeu alguma capacitação para trabalhar no ACCR? Acha que a capacitação para esse serviço é necessária?

4- Quais as maiores dificuldades para a realização do ACCR?

5- Como é organizado o AACR no setor de urgência e emergência?

6- Qual sua avaliação do setor após a implantação do ACCR? Quais foram os maiores benefícios e malefícios?

ANEXO(S)

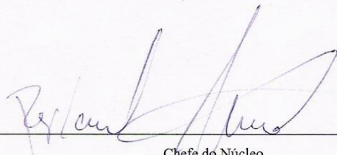
ANEXO I

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
Rua Horácio Nóbrega, S/N, bairro Belo Horizonte, CEP: 58.704-000 -
Patos – PB

DECLARAÇÃO CO-PARTICIPANTE

Eu, **Raphael Almeida**, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: O PROCESSO VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO”**, que será realizada com abordagem qualitativa, no referido Hospital no período de agosto a setembro de 2013, tendo como pesquisadora Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro professora da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG.

Patos, 09 / 08 / 2013



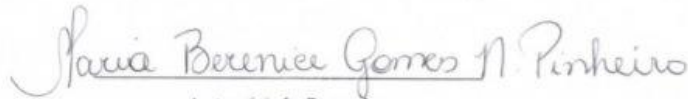
Chefe do Núcleo
de Estágio

ANEXO II**TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: O PROCESSO VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ UFCG (Comitê de Ética em Pesquisas/ Universidade Federal de Campina Grande), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ UFCG, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cajazeiras, 08 de agosto de 2013.



Autor (a) da Pesquisa

MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO



Orientando (a)

PATRÍCIA FERREIRA FAUSTO