

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

SUELEN MACHADO

DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA TRIAGEM NA EMERGÊNCIA

CRICIÚMA, OUTUBRO DE 2011

SUELEN MACHADO

DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA TRIAGEM NA EMERGÊNCIA

Monografia apresentada à Diretoria de Pós-Graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, para a obtenção do título de especialista em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência.

Orientador: Prof. Maria Tereza Soratto.

CRICIÚMA, OUTUBRO DE 2011

Dedico a minha família por estarem sempre ao meu lado, me apoiando e me dando forças para alcançar meus objetivos!

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a Deus, aos meus pais que sempre me apoiaram em minhas decisões e em especial ao meu pai que batalhou muito para que hoje eu pudesse ser enfermeira.

Agradeço meus professores que foram imprescindíveis para a construção do meu conhecimento e agradeço também ao local onde realizei a pesquisa que me deram abertura para que o trabalho pudesse ser realizado.

“Para realizar grandes conquistas, devemos não apenas agir, mas também sonhar; não apenas planejar, mas também acreditar”.

Mozart

RESUMO

O acolhimento nos serviços de saúde vem crescendo e ganhando importância, pois é um método que desenvolve os processos de trabalho em saúde a fim de atender os usuários que procuram os serviços de saúde. Tendo em vista a dinamicidade e complexidade da triagem de enfermagem esse estudo tem como objetivo conhecer os desafios e possibilidades da triagem na emergência de um Pronto Atendimento. A presente pesquisa assume caráter de estudo exploratório, descritivo e qualitativo. A partir do resultado da pesquisa, pode-se perceber que o profissional que deveria estar realizando a triagem não é o profissional preconizado pelo Coren, pois no pronto atendimento em questão, quem realiza o serviço de triagem são os técnicos de enfermagem. Sugere-se a implantação do protocolo de acolhimento com classificação de risco para que possa contribuir para diminuir o tempo de espera dos pacientes e melhorar a qualidade do atendimento, realizar um atendimento humanizado e com um profissional enfermeiro capacitado para realizar este serviço, pois ninguém melhor que o enfermeiro para identificar os pacientes que necessitam de um cuidado de urgência/emergência.

PALAVRAS CHAVE: Triagem, urgência/emergência, enfermagem.

ABSTRACT

The host in health services has been growing and gaining importance because it is a method that develops the work processes in health to meet users seeking health services. Given the dynamics and complexity of nursing triage this study aims to meet the challenges and possibilities of screening in the emergence of an Emergency Department. This research assumes the character of exploratory, descriptive and qualitative. From the survey results, one can see that the professional should be doing the screening is not recommended by the professional Coren, because the emergency room in question, who performs the screening service are the nursing staff. We suggest the implementation of the protocol with the host rating so you can help reduce the waiting time for patients and improve the quality of care, perform a humanized and a nurse trained to perform this service, because no one better the nurse to identify patients who need urgent care / emergency.

KEY WORDS: Screening, urgent/emergency, nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos do estudo	26
Quadro 2 – Categoria 1 – Capacitação para triagem em emergência	27
Quadro 3 – Categoria 2 – Organização das atividades junto à equipe de enfermagem	28
Quadro 4 – Categoria 3 - Profissional que desenvolve a triagem.....	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
2.1 PNHAH - Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar	10
2.2 Definição de Urgência e Emergência	15
2.3 Assistência de enfermagem na Urgência/Emergência.....	16
2.4 Conceito de triagem	17
2.5 Importância do acolhimento nos serviços de saúde.....	17
2.6 Acolhimento com classificação de risco.....	19
2.7 Protocolo de Manchester	20
3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO DA PESQUISA	21
3.1 Abordagem Metodológica e Tipo de pesquisa	21
3.2 Participantes do estudo	21
3.3 Instrumentos e local de coleta de dados	21
3.4 Procedimentos utilizados na coleta de dados	22
3.5 Análise dos dados	23
3.6 Aspectos éticos	23
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
4.1 Caracterização dos sujeitos do estudo	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	37
REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES	40
APÊNDICE A	41
APÊNDICE B	42

1 INTRODUÇÃO

O primeiro atendimento realizado pela equipe multiprofissional aos usuários de saúde é a triagem que tem como objetivo classificar os pacientes de acordo com a decisão de prioridades e intervenções terapêuticas individualizadas. A triagem vem para contribuir no atendimento favorecendo na redução de aglomerações nas unidades de urgência e emergência. (MORISHITA; SILVA; SOUZA, 2009)

Observa-se que a maior parte dos casos que procuram o serviço de urgência e emergência não são graves causando a superlotação do setor. A falta de conhecimento dos usuários da saúde com relação à finalidade do setor de urgência e emergência, bem como a demora e a limitação dos agendamentos na rede pública de saúde, faz com que os usuários procurem este serviço por se tratar de um setor que irão encontrar médicos e enfermeiros durante todo o período e as pessoas buscam o atendimento de suas necessidades em curto espaço de tempo. (MORISHITA; SILVA; SOUZA, 2009)

O acolhimento nos serviços de saúde vem crescendo e ganhando importância, pois é um método que desenvolve os processos de trabalho em saúde a fim de atender os usuários que procuram os serviços de saúde, ouvindo os seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. (MORISHITA; SILVA; SOUZA, 2009)

Diante do que foi descrito sugerem-se como hipóteses para a pesquisa: a) O protocolo de triagem é de difícil implantação devido à cultura da comunidade. b) Não há preparação dos enfermeiros para a realização da triagem no pronto atendimento. c) Existe Maior responsabilidade dos enfermeiros com relação a triagem.

Nesse panorama questiona-se quais os desafios e possibilidades da triagem na emergência de um Pronto Atendimento de um município do extremo sul catarinense?

Tendo em vista a dinamicidade e complexidade da triagem de enfermagem esse estudo tem como objetivo conhecer os desafios e possibilidades da triagem na emergência de um Pronto Atendimento.

Apresentam-se como objetivos específicos: a) Conhecer o perfil dos enfermeiros que atuam na triagem; b) Conhecer a organização das atividades do enfermeiro junto a equipe de enfermagem no pronto atendimento; c) Identificar os desafios da equipe de enfermagem

com relação a triagem no pronto atendimento. d) Identificar as possibilidades de implantação de um protocolo de triagem no pronto atendimento.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PNHAH - Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes. Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS hoje ainda enfrenta:

- Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado;
- Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Desrespeito aos direitos dos usuários;
- Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;
- Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;
- Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta. (BRASIL, 2006; 2010).

Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Ambas as noções têm sua importância. Entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a

uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. Nessa definição restrita de acolhimento, muitos serviços de saúde:

- convivem com filas “madrugadoras” na porta, disputando sem critério algum, exceto à hora de chegada, algumas vagas na manhã. É preciso salientar que tais serviços atendem principalmente os “mais fortes” e não os que mais necessitam de assistência;

- reproduzem uma certa forma de lidar com trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade. Muitas vezes, oferecem serviços totalmente incongruentes com a demanda e acreditam que o seu objeto de trabalho é esta ou aquela doença ou procedimento, atribuindo menor importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento;

- atendem pessoas com sérios problemas de saúde sem, por exemplo, acolhê-las durante um momento de agravação do problema, rompendo o vínculo que é alicerce constitutivo dos processos de produção de saúde;

- encontram-se muito atarefados, com os profissionais até mesmo exaustos de tanto realizar atividades, mas não conseguem avaliar e interferir nessas atividades de modo a melhor qualificá-las;

- convivem, os serviços de urgências, com casos graves em filas de espera porque não conseguem distinguir riscos. (BRASIL, 2006).

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos. (BRASIL, 2006; 2010).

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Os valores que norteiam a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde HumanizaSUS são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004; 2010).

De acordo com Brasil (2004; 2010) humanização é entendida como:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das necessidades sociais de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Para isso, a Humanização do SUS se operacionaliza com:

- A troca e a construção de saberes;
- O trabalho em rede com equipes multiprofissionais;
- A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;
- O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- Construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

Os princípios norteadores da política de humanização são relacionados a:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;

- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2004; 2010).

A implementação da PNH pressupõe vários eixos de ação que objetivam a institucionalização, difusão desta estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade, dentre eles:

- No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-a aos Pólos de Educação Permanente e às instituições de formação;
- No eixo da gestão da PNH, indica-se o acompanhamento e avaliação sistemáticos das ações realizadas, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da humanização;
- Instituir sistemática de acompanhamento e avaliação da PNH articulada com outros processos de avaliação do MS (Programa de Avaliação de Serviços Hospitalares, Pactos de Atenção Básica, etc.);
- Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;
- Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;
- Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável (BRASIL, 2004; 2010).

Dentre os Parâmetros para acompanhamento da implementação do PNH (Brasil, 2004; 2010), na atenção básica pressupõe:

- Elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde;

- Incentivo às práticas promocionais da saúde;

- Formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema efetivadas.

Na Urgência e Emergência, nos Pronto-Socorros, Pronto-Atendimentos, Assistência Pré-Hospitalar e outros:

- Demanda acolhida através de critérios de avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;

- Garantida a referência e contra-referência, resolução da urgência e emergência, provido o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários;

- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito.

Na Atenção Especializada:

- Garantia de agenda extraordinária em função da análise de risco e das necessidades do usuário;

- Critérios de acesso: identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra-referência.

Na Atenção Hospitalar:

- Otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas, terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação;

- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito.

Neste âmbito, Brasil (2004; 2010) propõe dois níveis crescentes (B e A) de padrões para adesão à PNH:

Parâmetros para o Nível B

- Existência de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido;

- Garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;

- Mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários;
 - Mecanismos de escuta para a população e trabalhadores;
 - Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;
 - Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
 - Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência.
- Parâmetros para o Nível A:
- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho implantado;
 - Garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
 - Ouvidoria funcionando;
 - Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;
 - Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
 - Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência;
 - Conselho Gestor Local, com funcionamento adequado;
 - Existência de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (Pronto Atendimento, Pronto Socorro, Ambulatório, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia);
 - Plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização, em implementação (BRASIL, 2004; 2010).

2.2 Definição de Urgência e Emergência

A resolução n. 1.451/95 do Conselho Federal de Medicina prevê que: **Emergência** é a circunstância de agravo à saúde, com risco iminente de vida ou que cause

intenso sofrimento ao paciente, que exige tratamento médico imediato. **Urgência** é o agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, que também implica em atendimento médico imediato. (MORISHITA; SILVA; SOUZA, 2009)

Os termos urgência e emergência geram muitas dúvidas no meio da saúde, por esta razão passou-se a utilizar somente o termo “urgência”, para os casos que necessitem de cuidados imediatos. Classificam-se os vários graus de urgência da seguinte forma: nível 1, emergência ou urgência de prioridade absoluta, casos em que há risco imediato de morte ou perda funcional grave; nível 2, urgência de prioridade moderada, casos de necessidade de atendimento médico não imediato, porém dentro de poucas horas; nível 3, urgência de prioridade baixa, com necessidade de avaliação médica, podendo aguardar várias horas; nível 4, urgência de prioridade mínima, situações em que o médico pode fornecer orientações por telefone. (BRASIL, 2006 apud MORISHITA; SILVA; SOUZA, 2009)

2.3 Assistência de Enfermagem na Urgência/Emergência

Durante o ato de classificação de risco o enfermeiro pode avaliar sinais vitais e dosagem de glicemia, realizar exame físico, estabelecendo a gravidade do paciente que procura o serviço de urgência e emergência da instituição. (BELLAGUARDA, 2009)

O profissional enfermeiro considera-se capacitado para a função, pois em sua formação é enfatizada a valorização das necessidades do paciente, as biológicas, as sociais e psicológicas. Além disso, o enfermeiro está habituado a ser líder, o que o leva a ter uma visão abrangente do setor incluindo recursos humanos, área física e fluxo de pacientes. (GATTI, 2008).

Para ser um enfermeiro de triagem devem-se apresentar três habilidades consideradas fundamentais: avaliação, conhecimento e intuição. A intuição se desenvolve com experiência, sensibilidade e o uso da observação. (GATTI, 2008).

O enfermeiro é o primeiro contato da equipe multidisciplinar com o paciente, pois ele coleta dados sobre a sintomatologia, medicações em uso e detecta possíveis déficits de conhecimento nesses aspectos, ou ainda relativos à questões de fluxo e especificidade de atendimento do setor. Quando da realização do registro, da entrevista e do exame físico, realizados com ênfase na observação do comportamento, expressão verbal e não verbal de

dor, postura e sinais clínicos, determina-se a classificação da prioridade do atendimento. (GATTI, 2008).

Constituem-se as seguintes fases para o atendimento na triagem: primeiro momento “A chamada do paciente”, trata-se do momento onde o enfermeiro pessoalmente o chama na recepção podendo observar o fluxo da sala e detectar situações de conflito ou urgência; no segundo momento “A apresentação” é realizada a apresentação do nome do profissional e sua função explicando esta fase do atendimento ao paciente assim como seu objetivo; terceiro momento “Coleta de dados” é o questionamento realizado ao paciente sobre a queixa atual e duração, antecedentes de real importância, alergias e medicamentos em uso; quarto momento “Verificação dos sinais vitais” neste momento é aferido a pressão arterial, a frequência cardíaca, a saturação de oxigênio e a temperatura; e no quinto momento “Solicitação de exames” de acordo com a avaliação, o enfermeiro pode solicitar a dosagem da glicemia capilar ou realização de eletrocardiograma, previamente à consulta médica. (GATTI, 2008)

2.4 Conceito de triagem

Na língua portuguesa triagem significa escolha, seleção. O serviço de triagem tem a finalidade de escolher o paciente que possui prioridade no atendimento, onde os pacientes mais graves devem ser atendidos primeiro. A triagem na emergência não tem a intenção de rejeitar usuários, mas sim de organizar o fluxo do paciente. Com a realização do serviço de triagem espera-se otimização do tempo e recursos utilizados, bem como o aumento na resolutividade do serviço e a satisfação do usuário de saúde e a equipe multidisciplinar. (PIRES, 2010).

A triagem é caracterizada por três categorias “emergente (doença ou lesão de risco de vida ou com risco potencial que exige o atendimento imediato), imediato (lesão ou doença não-aguda sem risco de vida) e urgente (doença ou lesão secundária que necessita de tratamento em nível de primeiros socorros)”. (BARE; SMELTZER, 2002 apud MORISHITA; SILVA; SOUZA, 2009)

2.5 Importância do acolhimento nos serviços de saúde

O processo de acolhimento nos serviços de saúde vem ganhando importância, por se tratar de um método de desenvolver os processos de trabalho em saúde de forma a atender os usuários que procuram os serviços de saúde, ouvindo os seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. (MORISHITA; SILVA; SOUZA, 2009)

O acolhimento visa à escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças, enfim é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo. Ao acolher, permitimos o encontro, o estar presente, o relacionamento, a criação de vínculo entre a família/paciente (usuários) e trabalhadores da saúde. O acolhimento gera as relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado, pois é uma ferramenta tecnológica imprescindível no cuidado em saúde. (SCHNEIDER, 2008).

O acolhimento deve estar presente em todos os processos de trabalho sendo necessário atender todos que procuram os serviços de saúde com resolutividade e responsabilidade, acolhendo, escutando e fornecendo as informações necessárias aos usuários como encaminhamentos para outros serviços de saúde caso seja necessário. (BRASIL, 2006, apud MORISHITA; SILVA; SOUZA, 2009).

O acolhimento deve ser entendido como um compromisso com o outro, compartilhando suas angústias e necessidades, não pode ser entendido somente como uma forma de triagem de paciente e encaminhamento para outros serviços, nem somente como um modo de proporcionar um ambiente confortável ao usuário. (BRASIL, 2006, apud MORISHITA; SILVA; SOUZA, 2009).

Para que o acolhimento seja posto em ação algumas atitudes devem ser implantadas como reorganizar o serviço de saúde possibilitando a intervenção de toda a equipe multiprofissional; elaborar um projeto terapêutico individual e coletivo; ampliação de espaços de discussão, escutas, trocas e decisões coletivas; escuta e compromisso com o usuário de saúde; escutar as queixas, os medos e as expectativas do usuário, identificando riscos e vulnerabilidades, produzindo vínculos; adequação da área física; e compartilhamento ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde, quando em favor da vida, dentre outros. (BRASIL, 2006, apud MORISHITA; SILVA; SOUZA, 2009).

A triagem é um trabalho fundamental para o correto redirecionamento dos usuários descongestionando o setor emergência, e, portanto, deve ser realizada por profissionais qualificados, aumentando a resolutividade dos problemas do usuário e a

qualidade do atendimento. Além dos aspectos anteriores, são necessárias mudanças estruturais e a reorganização dos vários níveis de saúde para a melhoria do atendimento à saúde da população. (MORISHITA; SILVA; SOUZA,2009).

2.6 Acolhimento com Classificação de Risco

O Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco não é entendido como um processo de triagem, pois segundo o Ministério da Saúde, produz direcionamento à classificação de risco e não conduta. O protocolo é entendido como uma classificação e não pressupõe a exclusão. Todos os pacientes devem ser atendidos, respeitando a situação de gravidade e complexidade apresentada pelo usuário que procurou o serviço de saúde. (BELLAGUARDA, 2009)

O Coren/SC esclarece que os profissionais de Enfermagem não fazem triagem e nem diagnóstico que substitua o trabalho médico, assim como não decidem quem será, ou não será atendido nas unidades de emergência. A Enfermagem participa do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco que é uma tecnologia do Ministério da Saúde, fundamentada em padrões internacionais estabelecidos pelo Protocolo de Manchester (1997). (PIRES, 2010).

O Acolhimento com classificação de risco é abrangido como uma atividade que não fere a Lei do Exercício profissional da Enfermagem, pois fica respaldado nas considerações referentes à Consulta de Enfermagem, que classificar as prioridades no atendimento de urgência e emergência também faz parte da atividade deste profissional de saúde. (BELLAGUARDA, 2009)

Os profissionais de saúde que atuam no atendimento de urgências e emergências devem receber treinamento específico e educação continuada, a fim de garantir uma assistência técnica e científica, bem como o domínio de suas emoções e conhecimento de seus limites e de suas possibilidades. O acolhimento com classificação de risco não excluem as competências dos demais profissionais da Área da Saúde, a avaliação e diagnóstico médico. (BELLAGUARDA, 2009)

Situa-se na finalidade da Política Nacional de Humanização e tem o propósito de dinamizar a identificação dos usuários que necessitam de pronto atendimento, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2004, apud PIRES, 2010). Para que haja a implantação é necessário reorganização do trabalho e intervenção compartilhada pela equipe multiprofissional responsável pela escuta e resolutividade dos problemas do usuário. (PIRES, 2010)

2.7 Protocolo de Manchester

O protocolo é uma metodologia de trabalho implementada em Manchester, Inglaterra, em 1997, e tem como objetivo estabelecer um tempo de espera pela atenção médica e não de estabelecer diagnóstico. O método consiste identificar a queixa inicial, seguir o fluxograma de decisão e, por fim, estabelecer o tempo de espera, que varia de acordo com a gravidade do paciente.

Segundo Ulbrich et. al. (2010, p.287) a classificação de risco é definida por coloração da área:

- Vermelha: deve estar devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas.
- Amarela: área destinada à assistência de vítimas críticas e semicríticas já com terapêutica de estabilização iniciada.
- Verde: acolhe vítimas não críticas, em observação ou internadas aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.
- Azul: recebe as vítimas de atendimento de consultas de baixa e média complexidade. Área de acolhimento com fluxo obrigatório na chegada.

A cor vermelha (emergente) tem prioridade no atendimento, ou seja, atendimento imediato; o laranja (muito urgente) prevê atendimento em dez minutos; o amarelo (urgente), 60 minutos; o verde (pouco urgente), 120 minutos e o azul (não urgente), 240 minutos.

3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO DA PESQUISA

O delineamento da pesquisa, segundo Gil (2002, p. 70), “refere-se ao planejamento da mesma em sua dimensão mais ampla”, ou seja, neste momento, o investigador estabelece os meios técnicos da investigação, prevendo-se os instrumentos e os procedimentos necessários utilizados para a coleta de dados.

3.1 Abordagem Metodológica e Tipo de pesquisa

A presente pesquisa assume caráter de estudo exploratório, descritivo e qualitativo, sendo que “os estudos exploratórios são aqueles que buscam maior familiaridade com o objeto de estudo e que aponta as variáveis essenciais que se quer estudar” (LEONEL; MOTTA, 2007, p. 100). Os estudos descritivos, por sua vez, são aqueles que têm como objetivo primordial a descrição de características do fenômeno em sua realidade (GIL, 2002).

Estudos qualitativos são aqueles que “o principal objetivo da pesquisa qualitativa é o de conhecer as percepções dos sujeitos pesquisados acerca da situação-problema, objeto da investigação” (LEONEL; MOTTA, 2007, p. 108).

3.2 Participantes do estudo

Inicialmente foram convidados a participar da pesquisa quatro enfermeiros, porém apenas três enfermeiros atuantes no Pronto Atendimento de um município do extremo sul catarinense aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.3 Instrumentos e local de coleta de dados

O estudo utilizou a entrevista semi-estruturada (Apêndice A). A entrevista foi realizada com os enfermeiros, com duração de 30 a 60 minutos, no Pronto Atendimento em que os mesmos atuam como responsáveis.

Segundo Minayo (2009, p.57):

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos – objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

A entrevista semi-estruturada caracteriza-se pela articulação de duas modalidades, a entrevista estruturada e a não-estruturada. A entrevista estruturada refere-se ao fato de que os participantes respondem a questões previamente formuladas, enquanto a entrevista não-estruturada permite ao participante abordar livremente sobre o tema proposto (MINAYO, 2009).

3.4 Procedimentos utilizados na coleta de dados

1º MOMENTO: O PROJETO DE MONOGRAFIA FOI ENCAMINHADO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNESC; SENDO QUE APÓS A APROVAÇÃO FOI SOLICITADO AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO da pesquisa a Secretaria de Saúde do local pesquisado.

2º Momento: Reconhecimento do local da pesquisa.

3º Momento: Foi realizada seleção intencional dos enfermeiros que atuam no Pronto Atendimento, de acordo com os seguintes critérios:

Critérios de Inclusão:

- Enfermeiros que atuem diretamente no Pronto Atendimento do local pesquisado;

- Assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de Exclusão:

- Enfermeiros que não atuem diretamente no Pronto Atendimento;

- Não aceitar participar da pesquisa e não Assinar o Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE).

3º Momento: Apresentação a equipe de enfermagem para informar o objetivo da pesquisa e solicitar a permissão para a coleta de dados. No ato da visita foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

4º Momento: Aplicação da entrevista semi-estruturada (Apêndice A) com os enfermeiros.

5º Momento: Análise dos dados.

3.5 Análise dos dados

O procedimento analítico dos dados coletados por meio das entrevistas foi submetido à análise de conteúdo, que é tido como um método de tratamento dos dados obtidos em textos, e como um conjunto de técnicas de análise de comunicação.

Na fase de análise dos conteúdos, utilizou-se a categorização de dados por melhor se adequar a investigação qualitativa do material sobre saúde, embasados em Minayo (2009).

Para Minayo (2009) as categorias são empregadas para estabelecer classificações, significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso que pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa.

Segundo a autora, para a operacionalização da análise e interpretação dos dados é necessário passar pelos seguintes passos: ordenação dos dados, classificação dos dados e interpretação.

Sendo assim, na etapa de ordenação dos dados realiza-se uma pré-análise; através da leitura e releitura dos resultados da entrevista semi-estruturada, buscando permear o pensamento geral dos entrevistados, relacionando a partir daí as categorias chaves.

Na etapa de classificação, após a identificação das categorias, busca-se estabelecer os pressupostos referentes à percepção e sentimento do paciente e família em relação ao processo de tratamento em transtorno mental.

Finalmente, realizou-se a interpretação dos dados coletados, articulando-os com as questões que nortearam toda a pesquisa: seus pressupostos, objetivos e referências teóricas.

No momento de análise dos dados foram utilizados recortes textuais das falas das participantes a fim de ilustrar a pesquisa e facilitar o entendimento do leitor.

3.6 Aspectos éticos

As Normas Éticas foram atendidas em acordo à Resolução CNS n. 196/96 para a realização da pesquisa com seres humanos, para tanto foi apresentado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) assegurando o anonimato aos respondentes e das instituições. Assim, para preservar a identidade dos informantes utilizou-se a denominação “E1”, “E2”, “E3” e “E4” no relato dos participantes. Esse estudo foi aprovado pelo CEP-UNESC sob o protocolo número 165/2011.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado desta pesquisa, extraiu-se um Sistema de Categorias proposto por Minayo, que permitiu organizar e analisar esses dados em direção aos objetivos do trabalho. Categoria, segundo Minayo (2009), se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias, ou expressões em torno de um conceito.

A seguir estão descritas as categorias apontadas na pesquisa, que após serão analisadas e discutidas:

Categoria 1 – Capacitação para triagem em emergência.

Categoria 2 – Organização das atividades junto à equipe de enfermagem.

Categoria 3 – Profissional que desenvolve a triagem.

Categoria 4 – Desafios encontrados na realização da triagem.

Categoria 5 – Conhecimento em relação ao Acolhimento de Classificação de Risco.

Categoria 6 – O que é necessário para implantação de um protocolo de triagem.

4.1 Caracterização dos Sujeitos do Estudo

Quanto a caracterização dos profissionais entrevistados percebeu-se que são profissionais jovens, de no máximo 40 anos e que o tempo de formação varia de 3 anos à 12 anos. Um dos profissionais não possui especialização e os outros foram em busca de uma formação mais especializada na área da emergência.

Quadro 1. Caracterização dos sujeitos do estudo.

Idade	De 24 a 27 anos	De 30 a 40 anos
		02
Tempo de Formação	3 a 4 anos	12 anos
	02	01
Especializações	Não possui	Possuem
	01	02

Fonte: Dados da pesquisa

A educação permanente parte da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais em ação a rede de serviços. Propõe-se que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS. (BRASIL, 2003)

As instituições hospitalares são sistemas complexos que absorvem grande parte dos profissionais da saúde e também disponibilizam empregos para diversos trabalhadores, porém, geralmente é executado de forma fragmentada, o que intensifica a lacuna existente entre as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, acarretando a compartimentalização da pessoa a ser cuidada. Outro agravante que ainda perdura na prática da saúde é a lógica tecnicista, cuja ênfase está no saber-fazer em detrimento do saber-ser. (AMESTOY et. al, 2008)

A educação permanente pode se constituir no primeiro passo para obtermos a amenização das condições atuais do trabalho nas instituições hospitalares, por meio do distanciamento deste modelo institucional que aliena os profissionais e transforma o trabalho em uma carga pesada e sofrida e de sua substituição por um local promotor de satisfação, desenvolvimento e capacitação pessoal. A adoção da educação permanente poderá contribuir de forma positiva para a modificação das condições de trabalho atualmente enfrentadas pelos profissionais da saúde, em especial os da enfermagem (AMESTOY et. al, 2008).

As demandas para capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de capacitação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas. (BRASIL, 2003).

Através da proposta de acolhimento de grau de risco do Ministério da Saúde (MS) as unidades de pronto socorro tem como objetivo disponibilizar profissionais capacitados para definir o grau de risco de seus paciente (BRASIL, 2004).

Categoria 1 – Capacitação para triagem em emergência

A maioria dos enfermeiros atuantes na unidade de pronto atendimento não receberam capacitação para a realização de triagem, apenas 01 enfermeiro relata que recebeu capacitação.

Quadro 2. Categoria 1 –Capacitação para triagem em emergência.

Capacitação para triagem	Enfermeiros (E)
Sim	“E3”.
Não	“E1”; “E2”.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Fica evidente que os profissionais atuantes no pronto atendimento, não são capacitados para realizar a triagem na emergência, nem mesmo são capacitados para realizar o atendimento na emergência, o que seria adequado, pois os profissionais atuantes aprendem na prática, no dia-a-dia de um setor de emergência.

Quando questionados se os técnicos de enfermagem são capacitados para atuar na triagem, os mesmos responderam que não, apenas é realizada educação continuada mensalmente com os profissionais do turno vespertino, onde os mesmo recebem uma apostila

com o tema a ser discutido na reunião uma semana antes e que no dia quem realiza a reunião é o enfermeiro responsável pelo setor, nesta reunião é realizado um simulado para saber o que os profissionais entenderam sobre o assunto e discutem o tema para retirar suas dúvidas.

A intuição de um enfermeiro de triagem se desenvolve com experiência, sensibilidade e o uso da observação. Todas essas características estão bem desenvolvidas em um enfermeiro de Pronto Socorro com experiência, por este motivo, necessitamos, no entanto, nos preocupar com as pessoas que ingressam na área, pois apesar de possuírem o perfil para trabalharem em um setor dinâmico precisam de um treinamento técnico-científico focando, principalmente, as situações de emergência e liderança de grupo. Quanto mais tempo e experiência se adquire, maior uso se faz da sensibilidade e intuição, estabelecendo-se de forma mais eficaz as pontes com o referencial teórico que sustenta o fazer. (GATTI, 2008)

Categoria 2 – Organização das atividades junto à equipe de enfermagem

Quanto à organização das atividades junto à equipe de enfermagem, os enfermeiros foram unânimes com relação a resposta, todos responderam que a organização se dá através de escala e rodízio, onde cada semana um funcionário fica responsável por cada serviço e havendo um rodízio na semana seguinte, ou seja, todos os funcionários passam por todo o setor, não é apenas um responsável, não havendo sobrecarga de funcionários e permitindo que todos tenham o conhecimento do trabalho.

Quadro 3. Categoria 2–Organização das atividades junto à equipe de enfermagem.

Organização das atividades	Enfermeiros (E)
Escala e rodízio	“E1”; “E2”; “E3”.

Fonte: Dados da Pesquisa.

O sistema de rodízio é adotado de modo que todos os funcionários (sem exceção) fiquem aptos a atender qualquer situação na seção. Como resultados, a seção colhe uma visão mais abrangente do processo de trabalho por parte dos funcionários, manifestação de maior satisfação com o envolvimento nas atividades, superação de receios quanto a suas supostas

limitações profissionais, descobrimento de sua capacidade para substituir uns aos outros, aumento da cooperação e responsabilidade de cada um para com o resultado final do trabalho, descobrimento da importância da sua participação, apresentação de um número maior de sugestões para melhorias no desenrolar diário dos trabalhos, manifestação por parte de usuários de satisfação com a melhoria de atendimento (GAMA, 2008).

Categoria 3 – Profissional que desenvolve a triagem

Apenas um enfermeiro relata que quem faz a triagem na emergência é ele mesmo, enquanto os outros responderam que quem faz a triagem é o técnico de enfermagem. Relataram também que quando o técnico de enfermagem possui dúvidas sobre qual caminho seguir com o paciente, se encaminha para o consultório, observação ou sala de primeiro atendimento, o mesmo solicita a opinião do enfermeiro.

Os enfermeiros quando questionados se realizam a triagem responderam que sim, e relataram que em sua triagem verificam os sinais vitais, temperatura, pressão arterial, pulsação e frequência respiratória e são avaliados os sinais e sintomas do paciente.

Quadro 4. Categoria 3 - Profissional que desenvolve a triagem.

Profissional que desenvolve a triagem	Enfermeiros (E)
Enfermeiro	“E3”
Técnico de enfermagem	“E1”; “E2”

Fonte: Dados da Pesquisa.

Uma pesquisa sobre triagem de pacientes realizada por médicos e enfermeiros concluiu que, o profissional médico desenvolve sua formação voltada para diagnóstico e tratamento, e seria um mau aproveitamento de suas habilidades utilizá-lo para o Serviço de Triagem, enquanto que o profissional enfermeiro aprende em sua formação a prestar assistência aos pacientes, adquire ainda uma visão de conjunto pelo fato de conversar com o paciente, ouvir suas queixas, saber o que o levou até o hospital, enfim conhecer suas

necessidades seja elas físicas, psicológicas e até de ordem social. (AZEVEDO; BARBOSA, 2007.)

A enfermagem possui habilidades na observação, percepção e capacidade de comunicação, o que auxilia no atendimento e facilita a interação entre profissional de saúde e usuário. Um bom atendimento e uma boa recepção satisfazem o usuário, mesmo que seu problema de saúde não tenha sido resolvido. A avaliação das condições do paciente faz-se no momento da consulta de enfermagem realizada na triagem. No exame físico, o enfermeiro procura identificar os sintomas, faz uma avaliação precisa e concisa sobre o estado de saúde do paciente e decide a conduta adequada. (AZEVEDO; BARBOSA, 2007.)

Pires (2003) afirma que em estudo realizado em seis hospitais privados do município de São Paulo percebeu-se que havia diversos profissionais envolvidos na triagem de pacientes, entre eles: segurança, recepcionista, auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico. Somente em um hospital do município, a triagem era realizada por enfermeiro que fazia um rápido exame físico, controle de sinais vitais e uma breve entrevista. Em quatro hospitais, a triagem consistia em anotar a queixa principal do paciente e fazer uma avaliação subjetiva. A avaliação era realizada por recepcionistas que, em caso de dúvidas, solicitavam a presença do enfermeiro. Em outro hospital, o segurança emitia um alarme que apresentava um código pré-estabelecido de sons, que permitia a distinção entre urgências e emergências, sendo que as urgências eram avaliadas por auxiliar de enfermagem e as emergências pelo enfermeiro e médico. (PIRES, 2003)

De acordo com a portaria 2048 de 05 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde que propõe a implantação nas Unidades de Atendimento às urgências do acolhimento e da “triagem classificatória de risco”, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento”. (LOPES, 2009)

A classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada dos serviços de urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado àqueles em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza. (LOPES, 2009)

O profissional Enfermeiro é detentor do conhecimento, capaz de avaliar e dentro de um protocolo e portaria classificar em qual escala de atendimento deverá se inserir aquele paciente/individuo, conforme estado geral do paciente e consulta de enfermagem se for o caso.(LOPES, 2009)

A enfermagem, portada de uma equipe, possa compor uma unidade de triagem, onde se trata de uma seleção para grupo de riscos e não de exclusão. E que em caso de dúvidas o profissional enfermeiro deve solicitar ao Médico responsável pelo plantão para definir e ou conduzir de acordo sua avaliação.(LOPES, 2009)

Categoria 4 – Desafios encontrados na realização da triagem

As respostas encontradas quando questionados sobre os desafios encontrados na realização da triagem no Pronto Atendimento foram diversas uma vez que, cada enfermeiro colocou sua opinião a respeito.

“Ver a necessidade de atendimento imediato”. (E1)

“Quando o paciente omite ou mente sobre as informações” (E2)

“O maior desafio encontrado é a influência da política no município”. (E3)

Um dos enfermeiros relata que a maior dificuldade encontrada é poder avaliar a necessidade de atendimento do paciente, o que se resolveria com a capacitação dos profissionais da área.

O “E2” respondeu que a sua dificuldade é quando o paciente omite ou mente sobre as informações, trabalho este que o profissional também tem que desenvolver habilidades para averiguar se as informações apresentadas pelos pacientes são verdadeiras.

Em por último, o “E3” responde que sua dificuldade em realizar a triagem na emergência é a forte influência política que o município possui, pois quando um dos pacientes tem influência política, ou são “apadrinhados” os mesmos conseguem na hora o que procuram no pronto atendimento, às vezes até passando na frente de pessoas que necessitam de consulta imediata.

Os autores Azevedo e Barbosa (2007, p. 37) referem que:

Um serviço de triagem pode resgatar os princípios e diretrizes do SUS e também garantir o direito à cidadania, na medida em que realiza o acolhimento, orienta e encaminha o usuário para o serviço adequado, atende necessidades do indivíduo e da

instituição, ou seja, triagem é muito mais que classificar doentes.

O indivíduo é avaliado de forma integral na triagem para que se identifique o tipo de atendimento necessário. O cliente deve ser visto como um todo, necessitando estar em sincronia consigo mesmo em todos os aspectos, físico, mental, espiritual e com o mundo, uma vez que a doença é uma consequência do desequilíbrio destes elementos, resultando em uma manifestação biológica da doença. Outro ponto a ser ressaltado é a valorização das questões culturais, as quais estão intimamente ligadas aos itinerários de saúde da população. (AZEVEDO; BARBOSA, 2007.).

Cabe ao profissional do serviço de emergência, embasado em dados clínico, informações objetivas e subjetivas e experiência, avaliar qual paciente necessita de atendimento imediato e qual pode esperar, sendo que muitas vezes, o próprio profissional encontra dificuldades em avaliar objetivamente o paciente. (PIRES, 2003)

Mc Kay observa algumas dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros que realizam triagem, como falta de profissionais, inexistência de protocolos que permitam ao enfermeiro solicitar exames laboratoriais e radiografias, falta de acesso informatizado a leitos disponíveis e necessidade de ausência da enfermeira da triagem da área para encaminhar um paciente grave para a área de atendimento de emergência. Existe dificuldade de se estabelecer critérios claros e bem definidos para avaliar o paciente quanto à real necessidade de receberem cuidados de emergência, e que diferentes profissionais têm opiniões divergentes acerca da gravidade do paciente, necessitando, assim, de protocolos de atendimento estruturados e designados para essa área. (PIRES, 2003).

O autor Herr recomenda que os enfermeiros que atuam em triagem lembrem-se que o paciente tem direito a escolha, e que realizem sempre uma avaliação que inclua sinais vitais e queixa principal; registrem observações; solicitem opinião de outro profissional quando houver dúvidas; e notifiquem os médicos responsáveis pelo paciente. (PIRES, 2003).

Para Shiroma; Pires (2011) um grande desafio atualmente é a implantação de uma nova tecnologia denominada pelo Ministério da saúde quanto ao Acolhimento com Avaliação e classificação de risco (AACR). Conforme estudos à AACR esta sendo implantada em diversos serviços de saúde que nada mais é que trocar o velho critério de atendimento de ordem de chegada por uma classificação de risco fundamentada em princípios internacionais estabelecidos pelo protocolo de Manchester.

Categoria 5 –Conhecimento em relação ao Acolhimento de Classificação de Risco

Quando questionados sobre o conhecimento em relação ao acolhimento de classificação de risco, apenas um enfermeiro respondeu que não tem conhecimento sobre o assunto, os outros dois responderam que conhecem, sendo que um deles relatou que conhece o suficiente para que possa realizar seu trabalho no pronto atendimento.

“Não conheço.” (E1)

“Conheço, o suficiente pelos critérios utilizados no Pronto Atendimento.” (E2)

“Conheço.” (E3)

Para o funcionamento adequado do Serviço de Triagem, é necessária a integração deste com outros serviços de saúde existentes no sistema, estabelecendo vínculos com os mesmos, de modo a permitir o adequado encaminhamento dos pacientes. A importância desse serviço está principalmente em prevenir complicações e identificar quadros agudos que implicam riscos de vida. A classificação de risco, preconizada pela Política Nacional de Humanização(PNH) adotada pelo Ministério da Saúde, tem como valores a autonomia do sujeito, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos, a participação coletiva no processo de gestão bem como da indissocialidade entre a atenção e a gestão. (AZEVEDO; BARBOSA, 2007).

Categoria 6 –O que seria necessário para implantação de um protocolo de triagem

Os enfermeiros acreditam que para a implantação de um protocolo de triagem é necessário realizar uma capacitação com todos os funcionários, o que se torna difícil pela falta de tempo dos profissionais e pela dificuldade em reunir todos.

“Treinamento com os funcionários, o que torna-se difícil pela falta de tempo e pela quantidade de funcionários.” (E1)

“Já existe um protocolo, talvez não seja tão rigoroso e a omissão dos pacientes torna-se difícil. Quando é realizado o acolhimento o paciente é encaminhado para o consultório, ou para a sala de primeiro atendimento ou para a observação.” (E2)

“Deixar a política de lado e colocar um enfermeiro capacitado para poder classificar a urgência e emergência.” (E3)

Cabe ao enfermeiro reavaliar constantemente o paciente, explicar motivos de demora e estabelecer uma adequada comunicação com clientes e familiares, evitando, assim, interpretações errôneas e futuros processos. A triagem é uma decisão que envolve não somente alocação de pessoas e recursos, mas, também o pensamento crítico do profissional.

A enfermeira de triagem deve ter responsabilidade, autonomia e muita experiência clínica, pois, geralmente, trabalha sozinha. A triagem pode oferecer riscos, mas representa, uma importante ferramenta para descrever a necessidade do cuidado individual e uniformização do atendimento. (PIRES, 2003)

Segundo Brasil (2004) o Ministério da Saúde descreve o acolhimento com classificação de risco como uma ferramenta utilizada para proporcionar a atenção por nível de gravidade.

Os principais objetivos desta tecnologia de classificação de risco do Ministério da Saúde são: Avaliar o paciente logo a chegada ao pronto socorro, humanizando o atendimento, descongestionar o pronto socorro, reduzir o tempo de espera ao atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto de acordo com a sua gravidade e determinar a área de atendimento primário ou de especialidade (BRASIL, 2004).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento de emergência apresenta grande importância devido à crescente demanda, e por ser sem dúvida, a porta de entrada da população e, que muitas vezes, determinará o sucesso ou o fracasso do tratamento do paciente.

Para que o paciente receba um atendimento eficaz e rápido, é necessária a implantação do sistema de triagem. A triagem é uma nova área de atuação para o enfermeiro e permite melhorar o gerenciamento do serviço de emergência, pois contribui para garantir o acesso do paciente, diminuir tempo de espera, diminuir riscos e melhorar a qualidade do atendimento.

O enfermeiro é o profissional indicado para a função de triagem, pois não só possui o conhecimento clínico associado à experiência prática, como também o conhecimento do serviço onde atua.

Em sua formação aprende a adquirir uma visão de conjunto pelo fato de conversar com o paciente, ouvir suas queixas, saber o que o levou até o hospital, enfim conhecer suas necessidades seja elas físicas, psicológicas e até de ordem social. Um bom atendimento e uma boa recepção deixam os usuários satisfeitos com o serviço, mesmo que seu problema de saúde não tenha sido solucionado.

Os desafios da triagem na emergência ficaram evidentes com a entrevista aos enfermeiros, nota-se que a questão cultural e política do local, ainda são um grande obstáculo para que os profissionais consigam atuar de acordo com a técnica, e que muitas vezes a manifestação política acaba influenciando para o bom funcionamento do serviço.

Os pressupostos da pesquisa foram confirmados, ou seja, o protocolo de triagem é de difícil implantação devido à cultura da comunidade; não há preparação dos enfermeiros para a realização da triagem no pronto atendimento e existe maior responsabilidade dos enfermeiros com relação à triagem.

A partir do resultado da pesquisa, pode-se perceber que o profissional que deveria estar realizando a triagem não é o profissional preconizado pelo Coren, pois no pronto atendimento em questão, quem realiza o serviço de triagem são os técnicos de enfermagem. É importante salientar que falta um acolhimento humanizado e que o local ainda não está preparado para realizar um acolhimento utilizando a classificação de risco, de modo que

faltam a esses profissionais a competência técnica e a preparação para realizar este tipo de serviço.

Surge como sugestão a implantação do protocolo de acolhimento com classificação de riscos para que possa contribuir para diminuir o tempo de espera dos pacientes e melhorar a qualidade do atendimento, realizar um atendimento humanizado e com um profissional enfermeiro capacitado pelo pronto atendimento para realizar este serviço, pois ninguém melhor que o enfermeiro para identificar os pacientes que necessitam de um cuidado de urgência/ emergência.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, Simone Coelho. MILBRATH, Viviane Marten, CESTARI, Maria Elisabeth, THOFEHRN, Maira Buss. Educação permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. **CiencCuidSaude**, 2008 Jan/Mar; 7(1):083-088. Disponível <em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4910/3213>> Acesso em: 19 ago. 2011.

AZEVEDO, Jane Mary Rosa; BARBOSA, Maria Alves. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2007 jan/mar; 15(1):33-9.

BELLAGUARDA, Maria Ligia dos Reis. Parecer COREN/SC N°. 001/CT/2009 Assunto: Acolhimento em Urgência e Emergência com Classificação de Risco. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>> Acesso em: 23 de maio de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed.** Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf> Acesso em: 23 de maio de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde departamento de gestão da educação na saúde. Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf> Acesso em: 19 ago. 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Resolução 196/96. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/res19696.htm>.> Acesso em 02 julho. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde.** Brasília; 2ª ed.; Série B. Textos Básicos de Saúde, 2006.

<portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf> Acesso 23 maio 2011.

GAMA, Claudio Marcio Araujoda. **Inovação: Imprensa Nacional adota rodízio de função.** 2008. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/informe-se/artigos/inovacao-imprensa-nacional-adota-rodizio-de-funcao/21067/>> Acesso em: 19 ago. 2011

GATTI, Maria Fernanda Zorzi. **Triagem de Enfermagem em Serviço de Emergência.** 2008. Disponível em: <<http://portal.samaritano.com.br/pt/interna.asp?page=1&idpagina=311>> Acesso em: 27 maio 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

LEONEL, Vilson; MOTTA, Alexandre de Medeiros. **Ciência e Pesquisa.** 2ª. ed. rev. atual. Palhoça: Unisul Virtual, 2007.

LOPES, Ireny Ferreira. Parecer nº64 Coren- TO. 2009. Disponível em: <<http://www.coretocantins.org.br/eUpload/arquivos/10/PARECER%20N%C2%BA%20%200064%20%20COREN%20juliana%20--%20Referente%20%C3%A0%20triagem%20feita%20pela%20Enfermagem%20no.pdf>> Acesso em: 19 ago. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 108 p.

MORISHITA, Alessandra; SILVA, Eunice Alves da; SOUZA, Michelle Aparecida Moraes de. Concepção de triagem x demanda crescente do atendimento em unidades de urgência e emergência. **Revista Ponto de Encontro.** v. 1. p. 196-209, 2009.

PIRES, Denise Elvira Pires de. **“Acolhimento com Classificação de Risco em Serviços de Emergência” - Posicionamento do COREN/SC.** 2010. Disponível em: <http://www.enfermagemesaude.com.br/noticia/noticias/164/acolhimento-com-classificacao-de-risco-em-servicos-de-emergencia-posicionamento-do-coren-sc>> Acesso em: 28 maio 2011.

PIRES, Patricia da Silva. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: “CanadianTriageandAcuityScale” (CTAS).** 2003. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de SãoPaulo para obtenção do título de Doutor. 2003

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2011.

SHIROMA, Licia Mara Brito; PIRES, *Denise Elvira Pires de*. Classificação de risco em emergência um desafio as/os enfermeiros. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 1: 14-17., 2011. Disponível em <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/67>> Acesso em: 4jun. 2011.

ULBRICHI, Elis Martins; MANTOVANI, Maria de Fátima; BALDUINO, Anice de Fátima; REIS, Bruna Karoline dos. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. **Cogitare Enferm.** 2010. Abr/Jun; 15(2):286-92.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

PROTOCOLO DE MANCHESTER. 2009. Disponível em:

<<http://www.esp.mg.gov.br/destaques/protocolo-de-manchester/>> Acesso em: 28 maio 2011.

APENDICE A – Instrumento utilizado para a coleta de dados – Entrevista

Projeto: “Desafios e possibilidades da triagem na emergência”

Pesquisadora Coordenadora: Profª Maria Tereza Soratto

Pesquisadora Autora: Enfª Suelen Machado

Instituição: Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome: _____

Idade: _____

Tempo de formação como Enfermeira (o): _____

Tempo de Atuação na Emergência: _____

Se tem ou faz especialização/Pós-Graduação: _____

1. Você foi capacitado para a **triagem em Emergência**? Sim () Não (). Se Sim, qual os assuntos abordados na capacitação, carga horária, ano, instituição capacitadora.
2. Existe Capacitação da **equipe de enfermagem** para a triagem no Pronto atendimento? Sim () Não (). Se Sim, quais os assuntos abordados na capacitação, carga horária, ano, instituição capacitadora. Quem capacita os técnicos de enfermagem?
3. Como são organizadas as atividades junto à equipe de enfermagem no pronto atendimento?
4. Quem faz a triagem na Emergência?
5. Você costuma fazer triagem? Se sim, como se desenvolve?
6. Quais os maiores desafios encontrados na realização da triagem?
7. Você conhece o Acolhimento de Classificação de Risco?
7. O que seria necessário para implantação de um protocolo de triagem na emergência?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

É de meu conhecimento que a Pós-Graduanda em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Enf^a Suelen Machado, orientada pela Prof^a Maria Tereza Soratto está desenvolvendo uma entrevista com enfermeiros, como pesquisa para Monografia do Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência intitulado: **“Desafios e possibilidades da triagem na emergência”**, que tem como objetivo conhecer os desafios e possibilidades da triagem na emergência.

Dessa forma, eu, _____, CPF _____ concordo em participar desta entrevista, de forma livre e espontânea, podendo desistir a qualquer momento. Estou informado que tenho garantido a confiabilidade e o sigilo dos dados coletados. Conforme assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, estou de acordo e ciente ainda que não haverá qualquer pagamento pela participação e que poderei solicitar informações a qualquer momento. Autorizo ainda a gravação e a publicação da minha entrevista, assegurado o sigilo do local e dos envolvidos na questão, caso for necessária a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autorizo ainda, descrever minha fala (escrita) no trabalho.

_____, _____ de _____ de 2011.

Assinatura