

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
DAIANA DA SILVA

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
LIMITES E POSSIBILIDADES

CRICIÚMA
2012

DAIANA DA SILVA

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
LIMITES e POSSIBILIDADES**

Monografia - Curso de Pós-Graduação- Lato
Senso Especialização em Assistência de
Enfermagem em Urgência e Emergência da
Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Orientador(a): Enf^a.MSc Maria Tereza Soratto

CRICIÚMA

2012

RESUMO

O presente estudo objetivou conhecer os limites e possibilidades no acolhimento com classificação de risco que os enfermeiros de um Pronto Atendimento no Litoral Norte enfrentam. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, de campo e descritivo-exploratória realizada no primeiro semestre de 2012, sendo os sujeitos do estudo, os enfermeiros do setor de emergência, totalizando uma amostra de oito sujeitos. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada, seguindo-se os princípios éticos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram analisados utilizando-se a metodologia de categorização. Constatou-se, a partir dos resultados da pesquisa que o acolhimento realizado pelo enfermeiro possibilita uma melhor seleção do grau de risco em urgência e emergência, possibilitando a melhora na organização do serviço no Pronto Atendimento. As limitações estão relacionadas a não aceitação do paciente em serem encaminhados aos ESF (Estratégia da Saúde da Família) de seus respectivos bairros, pela grande maioria dos casos atendidos, serem considerados ambulatoriais.

Palavras chave: Emergência; Enfermagem; Acolhimento com Classificação do Risco

ABSTRACT

The aim of the current paper was finding the boundaries and possibilities the nurse team deals in the reception with risky classification in the emergency room. The approach was through a qualitative and descriptive-exploratory fieldwork research; it was realized in the first semester of 2012, having as study subjects, the emergency room nurse team, totalizing eight specimens. The data was collected through semi-structured interview, following the National Health Council 196/96 ethics resolution; and it was analyzed employing the categorization methodology. Taking its results, it was verified that the nurse's reception enables a better risk degree estimation in urgency and emergency rooms, making it possible an improvement in the emergency service. The limitations are related to a patient's refuse to be leaded to FHS (Family Health Strategy) in its own neighborhood, taking in consideration that most of the episodes cared for are deliberated as ambulatories cases.

Keywords: Emergency; Nursing; Risky Classification

LISTA DE ABREVIATURAS

AACR	Acolhimento com Avaliação da Classificação de Risco
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
ESF	Estratégia da Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PNH	Política Nacional da Humanização
RCP	Reanimação Cardio-Pulmonar
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH).....	13
2.2 ACOLHIMENTO.....	14
2.2.1 Importância do Acolhimento nos Serviços de Saúde	15
2.2.2 Acolhimento Segundo Classificação de Risco	16
2.3 PROTOCOLO MANCHESTER.....	17
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICO	20
3.1 ASPÉCTOS ÉTICOS.....	20
3.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	21
3.3 TIPO DE PESQUISA.....	22
3.4 LOCAL DO ESTUDO.....	23
3.5 SUJEITO DO ESTUDO.....	23
3.6 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	23
3.7 PROCESSO DE COLETA DE DADOS.....	24
3.8 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS.....	25
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	27
4.1 A ENTREVISTA COM OS ENFERMEIROS.....	28
4.1.1 Perfil dos enfermeiros	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES	53
Apêndice A- Entrevista com os Enfermeiros do Pronto Atendimento.....	55
Apêndice B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	58

1 INTRODUÇÃO

A Consulta de Enfermagem tem como fundamento os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde; compõe-se de Histórico de Enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de Enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem (COREN, 2011).

Klock (2007 apud, MACIAK et al, 2009, p. 128) diz que:

Assistência humanizada é o cuidado que se resgata dos pequenos e grandes eventos do dia-a-dia, que tornam o ser humano único e especial nos diferentes espaços e situações em que se encontra no sentido de prestar um atendimento personalizado, voltado não para a doença, mas para o ser humano que adocece.

Os serviços de saúde destinados as urgências e emergências apresentam-se como a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), recebendo assim cada vez mais pessoas em busca por um atendimento rápido e eficaz, o qual venha diminuir e evitar danos à saúde dos mesmos.

A partir da criação do SUS, um dos grandes problemas enfrentados tem sido a garantia de acesso do usuário à rede de saúde através das várias portas de entrada ao sistema, bem como o atendimento de forma satisfatória às suas demandas. Os serviços públicos de urgência e emergência tem se caracterizado pela super lotação, ritmo acelerado e sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde. Ser atendido na saúde requer muito mais que a incumbência diária nos proporciona ser atendido de forma acolhedora refere aumentar a capacidade de escuta das demandas apresentadas, ampliando cada vez mais sua intervenção (BRASIL, 2004a).

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 pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade, orientando quando necessário, para que haja agilidade e articulação no atendimento prestado (BRASIL, 2004a).

Para Franco (1999, p.83), o acolhimento é:

[...] uma diretriz operacional, que traz entre si uma ressignificação da relação com usuário. Entende ainda como alguém que se apresenta nos serviços, sendo portador de algum problema de saúde, como uma história de vida, trazendo consigo um modo cultural, e uma origem de um determinado meio ambiente.

O COREN (Conselho Regional de Enfermagem) 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 (AACR) que é uma tecnologia do Ministério da Saúde (MS), fundamentada em padrões internacionais estabelecidos pelo Protocolo de Manchester (1997) (PIRES et al, 2010).

Como enfermeira atuante no Pronto Atendimento (PA), constatei que a maioria dos usuários atendidos não é considerada urgência e emergência. Os atendimentos realizados poderiam ter resolutividade nas Unidades de Saúde. A população em geral não é consciente do real papel de um PA, relacionado à cultura da comunidade.

O AACR pode ser considerado uma estratégia de atendimento em emergência, que pode assim melhorar a classificação do grau de risco como:

- Classificar os pacientes de acordo com o caso clínico que apresenta;
 - Agilizar o atendimento no PA;
 - Priorizar o atendimento aos pacientes que apresentam quadro clínico de maior gravidade;
 - Organizar o fluxo do atendimento do PA
 - Referenciar para a rede básica os casos não urgentes (eletivos).
- (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004b; ABBÊS; MASSARO, 2006).

O enfermeiro é considerado o profissional melhor capacitado para realizar o acolhimento de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde (MS). (BRASIL, 2002).

Tendo em vista esses pressupostos, o MS propõe em sua Portaria 2048, a implantação do acolhimento e da “triagem classificatória de risco” nos serviços destinados as urgências. Esta Portaria dispõe que o processo deve ser realizado exclusivamente por um profissional de saúde, de nível superior, ou mediante treinamento específico, deve ainda utilizar-se de protocolos pré-estabelecido com o

objetivo de avaliar o grau de urgência das queixas referidas pelos pacientes, podendo assim estabelecer prioridades na ordem de atendimento (BRASIL, 2002).

Diante da contextualização efetuada, definiu-se como problema de pesquisa a seguinte questão:

- Quais os limites e possibilidades no Acolhimento com Avaliação de Risco, em um Pronto Atendimento, no Litoral Norte do Rio Grande do Sul?

Buscando conhecer a organização do acolhimento com classificação de risco no Pronto Atendimento, elencou-se como hipóteses:

- O acolhimento realizado pelo enfermeiro possibilita uma melhor seleção do grau de risco em urgência e emergência;
- A maioria dos casos atendidos no PA é considerada ambulatorial;
- O AACR pode melhorar a priorização dos casos mais graves;
- O AACR surge como possibilidade de melhorar a organização do serviço do PA; agilizando o atendimento, acolhendo os pacientes de forma mais humanizada e priorizando o atendimento.

Diante da proposta da pesquisa tem-se como objetivo geral da pesquisa:

- Identificar os limites e possibilidades no realizar o AACR em um Pronto Atendimento.

Para dar subsídios ao objetivo geral, têm-se como objetivos específicos:

- Conhecer a organização do AACR no pronto atendimento;
- Classificar o perfil das enfermeiras que realizam o AACR;
- Conhecer como é realizado o acolhimento pelos enfermeiros;
- Analisar o conhecimento por parte dos enfermeiros acerca do AACR.

No primeiro capítulo foi realizada uma revisão bibliográfica sobre Política Nacional da Humanização (PNH), Acolhimento, Importância do Acolhimento com

Classificação de Risco, Protocolo Manchester, Assistência de Enfermagem no Acolhimento com Classificação de Risco.

No segundo capítulo, os procedimentos metodológicos, abordando os aspectos éticos, tipo de pesquisa, sujeito e local do estudo, assim como levantamento de dados e procedimentos para análise e interpretação de dados.

No terceiro capítulo a Apresentação dos Resultados da entrevista, realizada com os enfermeiros.

E finalmente, no último capítulo a apresentação das Considerações Finais.

2 REVISAO DE LITERATURA

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

Atualmente a necessidade de prestar uma assistência mais humanizada vem ganhando espaço, pois os avanços tecnológicos e científicos exigiram que assim fosse, e os profissionais foram obrigados a acompanhar essa evolução, afastando-se por vezes dos pacientes e deixando de lado seu papel fundamental, de ser cuidador.

De acordo com o programa implantado pelo Ministério da Saúde em 2004, o Humaniza SUS, os avanços advindos pela descentralização e pela regionalização da atenção e da gestão da saúde, levaram também a ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, mas por outro lado, ocasionaram a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho. Esses fatos contribuíram em contra partida para o alargamento da relação entre as equipes profissionais e até mesmo destas para com os usuários do próprio sistema, fragilizando as práticas de atenção, sejam elas de caráter social e/ou subjetivo (BRASIL, 2004a).

Portanto, para a construção dessa política de qualificação do Sistema Único de Saúde, a Humanização não deve ser vista apenas como mais um programa, mas sim, como uma das dimensões fundamentais aos diversos serviços de saúde, ou seja, como uma política a qual venha operar de forma transversal e em a rede SUS (CECÍLIO; MERHY; CAMPOS, 2006).

A Humanização caminha para aumentar o grau de co-responsabilidade de todos os indivíduos integrados a rede SUS, na produção da saúde, implicando uma mudança significativa na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho já conhecidos.

Sendo assim, sua inserção deve acontecer em todos os níveis de atenção do sistema, cabendo ressaltar a seguir, suas diretrizes para os serviços de urgência e emergência:

1. Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.
2. Comprometer-se com a referência e a contra-referência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários.
3. Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito (BRASIL, 2004a).

No entanto, é necessário tomar cuidado para que não ocorra a simples banalização da Política de Humanização, visto que as iniciativas se apresentam de modo vago e na maioria das vezes associadas a atitudes humanitárias, de caráter voluntário e, portanto, não sendo um direito à saúde. Além disso, o alvo para essas ações é na maioria das vezes o próprio usuário do sistema, o qual permanece apenas como um objeto de intervenção do saber dos profissionais.

2.2 ACOLHIMENTO

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).

Acolhimento será definido como atendimento em equipe onde o enfermeiro irá recepcionar escutar e tratar de forma humanizada os usuários.

Considerando o exposto anteriormente, o acolhimento é uma ferramenta que só se encaixa em um modelo de atendimento voltado ao paciente e no seu problema de saúde. Onde suas características principais devem ser o Ouvir Qualificado, que busca recuperar a solidariedade, o vínculo de confiança, de força humanitária, procurando dar resposta segura às necessidades dos pacientes, que se apresentam nos serviços de saúde em busca de uma assistência (BRASIL, 2006).

O acolhimento com grau de risco além de todos esses benefícios terá a consulta de enfermagem e protocolo estabelecidos pelo MS.

2.2.1 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).

2.2.2 Acolhimento segundo Classificação de Risco

A palavra acolher significa dar acolhida, admitir, aceitar, ouvir, dar crédito, agasalhar, receber, atender e admitir. Em suma, o Acolhimento implica na recepção do usuário, desde sua chegada, assumindo responsabilidades integrais pelo mesmo, dando atenção as suas queixas e permitindo que ele expresse seus anseios e angustias, sendo necessário ainda, estabelecer limites, a fim de garantir a resolutividade, bem como a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência sempre que necessário (BRASIL, 2006).

O chamado Acolhimento com Classificação de Risco surge para reorganizar os processos de trabalho numa tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde, além de estabelecer algumas mudanças na forma e principalmente no resultado do atendimento do usuário. A classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de

entrada de urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizados àqueles em situações de sofrimento agudo ou crônico de qualquer natureza. Portanto, o acolhimento foi proposto baseado nos conceitos ligados ao sistema e a rede numa estratégia mais ampla, na promoção da responsabilização e no vínculo dos usuários ao sistema de saúde (BRASIL, 2006).

2.3 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 (emergência) tem prioridade no atendimento, ou seja, atendimento imediato. A cor amarela (urgente) prevê atendimento em dez minutos, pacientes críticos e semicríticos. A cor verde é pacientes não críticos, mas que requerem atendimento, de duas a três horas de espera. E a cor azul que é paciente de média e baixa complexidade, encaminhando para rede básica (ULBRICH et. al. (2010).

2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Segundo Minayo (2009, p.16) “a metodologia inclui as concepções teóricas, de abordagem, conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador.”

Gil (2002) define pesquisa como o procedimento racional ou sistemático cujo objetivo é o de proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa desenvolve-se ao longo de um processo que envolve inúmeras fases, desde a adequada formulação do problema até a satisfatória apresentação dos resultados.

3.1 ASPÉCTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi realizada de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

De acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde o indivíduo a ser submetido à pesquisa deverá ser esclarecido sobre o estudo a ser feito, respeitando seu desejo de aceitar ou não participar da mesma, tendo a garantia do sigilo que assegure a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. A resolução contempla a voluntariedade, onde o sujeito tem a liberdade para participar ou se afastar do estudo a qualquer momento, sem que isso cause prejuízo para o mesmo. Dessa maneira, para que a pesquisa se processe é necessário o consentimento do sujeito para que os dados do estudo possam ser publicados, sendo que, para que isso ocorra, será realizado e entregue aos indivíduos entrevistados um consentimento livre e esclarecido no qual serão levantadas as informações sobre a pesquisa.

Nesta resolução também estão contidas exigências para que a pesquisa envolvendo seres humanos possa ser realizada, sendo que a pesquisa deve prever

procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro. A mesma também deverá ser desenvolvida preferencialmente em indivíduos com autonomia plena. Indivíduos ou grupos vulneráveis não devem ser sujeitos de pesquisa quando a informação desejada possa ser obtida através de sujeitos com plena autonomia, a menos que a investigação possa trazer benefícios diretos aos vulneráveis. Nestes casos, o direito dos indivíduos ou grupos que queiram participar da pesquisa deve ser assegurado, desde que seja garantida a proteção à sua vulnerabilidade e incapacidade legalmente definida

Os princípios éticos que nortearam essa pesquisa seguiram as orientações do Comitê de ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, à qual foi encaminhado cópia do projeto de Pesquisa com vistas ao conhecimento, análise, aprovação e liberação para a execução do trabalho de campo junto aos profissionais do Pronto Atendimento.

Nos procedimentos de coleta de dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada com o objetivo de Conhecer a organização do acolhimento com classificação de risco no Pronto Atendimento.

Na pesquisa utilizou-se um termo de consentimento livre e esclarecido, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação a pesquisa, que o qualifica como participante da presente pesquisa (Anexo A).

3.2 ABORDAGEM METODOLOGICA

A presente pesquisa foi elaborada por meio de uma abordagem qualitativa, visto que a pesquisa trata da realidade que deve ser qualificada e não quantificada.

Alguns autores entendem a pesquisa qualitativa como uma “expressão genérica”. Isto significa, por um lado, que ela compreende atividades de investigação que podem ser denominadas específicas. E, por outro lado,

que todas elas podem ser caracterizadas por traços comuns. Esta é uma idéia fundamental que pode ajudar a ter uma visão mais clara do que pode chegar a realizar um pesquisador que tem por objetivo atingir uma interpretação da realidade do ângulo qualitativo. (TRIVIÑOS, 2008, p.120).

Na pesquisa qualitativa “tenta-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária [...]”.Atenta-se, portanto,ao contexto social no qual o evento ocorre (LEOPARDI, 2002).

Para Minayo (2009, p.21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com nível de realidade que não pode ser quantitativo. Ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos, à operacionalização de variáveis.

3.3 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa caracterizou-se do tipo descritivo-exploratório e de campo.

“O estudo descritivo pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade” (TRIVINOS, 2008, p.110).

Pesquisas exploratórias “permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. Consiste em explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno” (LEOPARDI, 2002, p.119).

A pesquisa descritiva segundo Gil (2002) tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de variáveis.

Gil (2002) ressalta que as pesquisas descritivas juntamente com as exploratórias são as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

Utilizamos a pesquisa de campo para responder os objetivos propostos e verificar o que acontece realmente na prática.

Para Leopardi (2002, p. 130):

A pesquisa de campo é aquela desenvolvida geralmente em cenários naturais. Tais estudos são investigações feitas em campo, em locais de convívio social, como hospital, clínicas, unidades de tratamento intensivo, postos de saúde, asilos, abrigos e comunidades.

De acordo com Leopardi (2002, p.130), pesquisa de campo

são aquelas desenvolvidas geralmente em cenários naturais. Tais estudos são investigações feitas em campo, em locais de convívio social, como hospital, clínicas, unidades de tratamento intensivo, postos de saúde, asilos, abrigos e comunidades. Procuram examinar profundamente as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos, enquanto em ação, na vida real.

3.4 LOCAL DO ESTUDO

A presente pesquisa foi realizada em um Pronto Atendimento no Litoral Norte do RS.

3.5 SUJEITOS DO ESTUDO

Foi utilizada como fonte de informação a equipe de enfermagem atuante no acolhimento da triagem do PA: oito integrantes.

3.6 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Na busca dos dados para o desenvolvimento deste estudo utilizou-se como instrumento a entrevista semi-estruturada (Apêndice A).

De acordo com Triviños (2008, p.145-146) “a entrevista semi-estruturada é um dos principais meios que tem o investigador para realizar a coleta de dados”. Continua o autor, que este tipo de instrumento, em geral, é aquele que:

Parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. (TRIVIÑOS, 2008, p.146).

3.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O procedimento de levantamento de dados ocorreu nos seguintes momentos:

1º Momento: O projeto da monografia foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (Universidade do Extremo Sul Catarinense). Sendo que após a aprovação foi solicitado autorização para a realização da pesquisa a Secretaria de Saúde do local pesquisado.

2º Momento: Reconhecimento do campo de pesquisa.

3º Momento: Realizado seleção intencional das enfermeiras que atuam no PA, de acordo com os seguintes critérios:

- **Critérios de Inclusão:**

- Enfermeiros que atuam no acolhimento no AACR do PA;
- Aceitação para participar da pesquisa de acordo com a Resolução 196/196;

- **Critérios de exclusão:**

- Equipe de enfermagem que não atua no AACR do PA;
- Não Aceitação para participar da pesquisa de acordo com a Resolução 196/196.

4º Momento: Aplicado entrevista semi-estruturada com as enfermeiras do AACR (Apêndice A). De acordo com Triviños (2008, p.145-146) “a entrevista semi-

estruturada é um dos principais meios que tem o investigador para realizar a coleta de dados.”

Podemos entender por *entrevista semi-estruturada*, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. (TRIVIÑOS, 2008, p.146).

A entrevista semi-estruturada parte de tópicos relacionados ao tema da pesquisa. Nela o pesquisador já acredita que acontece algo e quer apenas determinar sua frequência, “busca saber o que acontece e como acontece, a partir de conversação, descrições e informações que são aprendidas em processo”. (TRENTINE; PAIM, 1999, p. 95)

5º Momento: Análise e interpretação de Dados.

3.8 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Nesta fase do projeto utilizou-se a categorização dos dados, pois de acordo com Gomes (2002, p.70) “esse tipo de procedimento, de um modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa.”

“A palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si.” (GOMES, 2002, p. 70)

Para Gomes (2002, p.70) “as categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso.”

Para a operacionalização da análise de dados e para a categorização dos dados Gomes (2002), embasado em Minayo (1992) relata que devemos seguir três passos que compreendem: ordenação dos dados; classificação dos dados e análise final.

Segundo Minayo (2009) o momento de ordenação dos dados engloba entrevistas, realizando uma leitura dos resultados obtidos na mesma e juntando as respostas parecidas para fazermos a categorização dos dados, bem como, todo o material de observação e dos outros documentos referentes ao nosso projeto. “Essa fase dá ao investigador um mapa horizontal de suas descobertas no campo.” (MINAYO, 2009, p.235).

No momento de classificação dos dados, após a identificação das categorias, busca-se estabelecer os 4 pressupostos referentes ao conhecimento da equipe sobre o relacionamento interpessoal.

“Do ponto de vista dialético a classificação é um processo que, tendo presente o embasamento teórico dos pressupostos e hipóteses do pesquisador, é feito a partir do material colhido.” (MINAYO, 2009, p.235)

Gomes (2002, p.78) embasado em Minayo (1992) relata que “nesta fase é importante termos em mente que o dado não existe por si só. Ele é construído a partir de um questionamento que fazemos sobre eles, com base numa fundamentação teórica.”

O terceiro e último momento compreende a análise final e é nesse momento que realizamos a interpretação de todos os dados coletados, articulando-os com os objetivos, os pressupostos e referências teórico e filosófico, bem como, com a revisão de literatura do presente projeto.

De acordo com Gomes (2002, p.78-79) no momento de análise final procuramos: “[...] estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos. Assim, promovemos relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.”

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (**CAAE:** 01077812.6.0000.0119); iniciou-se a coleta de dados com as enfermeiras que atuam no acolhimento no AACR do PA.

Após a seleção dos sujeitos do estudo realizou-se a entrevista com as enfermeiras que atuam no AACR; com objetivo de conhecer a organização do Acolhimento com Avaliação da Classificação de Risco no Pronto Atendimento

Inicialmente foi caracterizado o perfil com levantamento do sexo, idade, tempo de formação como enfermeira, tempo de trabalho no Pronto Atendimento, capacitação e especialização na área de atuação e após as categorias norteadoras:

Tema 1 - Papel do Enfermeiro no Pronto Atendimento;

Tema 2 - História de implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco - Tempo de Implantação - Motivos que levaram a implantação do AACR;

Tema 3 - Capacitação para trabalhar no AACR do Pronto Atendimento;

Tema 4 – Profissionais que realizam o AACR além do enfermeiro. Capacitação do profissional;

Tema 5 - Organização do AACR no PA;

Tema 6 – O acolhimento com classificação de risco frente a resolutividade dos casos;

Tema 7 - O acolhimento realizado pelo enfermeiro como possibilidade de melhor seleção do grau de risco no Pronto Atendimento;

Tema 8 - atendimentos no PA considerados de urgência/emergência;

Tema 9 – Facilidades e dificuldades em realizar o acolhimento – AACR;

Tema 10 - Orientação de Enfermagem ao paciente e ao familiar durante o acolhimento;

Tema 11 – Procedimentos da equipe de enfermagem em caso de não aceitação da comunidade;

Tema 12 - Avaliação do AACR;

Tema 13 - Sugestões frente à temática - o acolhimento com classificação de risco: limites e possibilidades.

Para preservar o sigilo decorrente da aplicação das entrevistas realizadas com os enfermeiros que atuam no Acolhimento do PA, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 196/96 que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a palavra “Enfermeira A” para as enfermeiras, sendo assim seguidas das respectivas letras, as demais.

4.1A ENTREVISTA COM AS ENFERMEIRAS DO PRONTO ATENDIMENTO

4.1.1 Perfil das Enfermeiras

Das oito enfermeiras entrevistadas, sete são do sexo feminino, e um do sexo masculino. A idade varia de vinte três anos a quarenta e seis anos. O tempo de formação acadêmica varia de cinco meses a doze anos. Das oito enfermeiras, cinco fizeram capacitação na área, e três não participaram. Apenas uma enfermeira possui especialização, sendo ela em emergência. O tempo de trabalho no PA varia de dois meses a três anos.

Tema 1 – Papel do Enfermeiro no Pronto Atendimento

Das oito enfermeiras entrevistadas, todos relataram; acolher o paciente, classificar quanto ao risco, orientar, encaminhar. Porém a Enfermeira F acrescentou:

“Nós aqui fizemos de tudo, desde a recepção (fazer a ficha), até a orientação final do paciente, fizemos acolhimento, gerenciamento da assistência de enfermagem, classificando e encaminhando o paciente mediante o risco. Porém nós temos que ter um olhar que ninguém mais tem, pois somos nós que passamos pelo corredor de minuto em minuto, e somos nós que somos qualificados e treinados para saber quando um paciente não está bem, apenas no olhar para ele. É isso que nos diferencia dos outros. É esse tato que temos que ter, mas que nem todos possuem o treinamento específico, a agilidade, e a experiência para assumir um PA.”

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.)

Segundo Marcon (2006), o Processo de Tomada de Decisão é inerente às funções administrativas do Enfermeiro, sendo importante destacar aspectos que definem então, o Processo Decisório.

Maximiano (2002) apud MARCON (2006) iniciou estudos sobre o Processo de Tomada de Decisão, acreditando que a mais importante competência de um administrador, podendo aqui ser o enfermeiro, é a sua capacidade de decidir.

Sabe-se que atualmente tal competência é reconhecida, analisada e requerida na admissão e desenvolvimento de um profissional, independente da área de atuação.

De acordo com a Lei que regulamenta o exercício profissional- Lei nº 7948/86 - são funções privativas do Enfermeiro: organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem; consulta de Enfermagem; prescrição da assistência da Enfermagem; cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (COREN, 2010; COREN, 2006).

Tema 2 - História de implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco

Das oito enfermeiras, apenas uma conhecia a história da implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR):

“O AACR foi implantado em 2009, nessa época havia sido feito um acordo entre o hospital do município e a prefeitura (pronto atendimento) para que houvesse uma parceria entre as duas partes, na qual o PA daria um suporte no atendimento, devido ao aumento da população e conseqüentemente no aumento da procura da população pelo atendimento. Diante deste acordo, o PA resolveu seguir este protocolo de AACR, que na época já era adotado pelo hospital, visando assim um melhor atendimento para os pacientes.” (Enfermeira E)

Como pré-requisitos necessários á implantação do Acolhimento com Avaliação da Classificação de Risco Abbês; Massaro (2006) citam:

- Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento, triagem administrativa e classificação de risco.
- Qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança).
- Sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos
- Quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico
- Adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico: Área de Emergência e Área de Pronto Atendimento.

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, informar os tempos de espera; retornar informações a familiares (BRASIL, 2004c).

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)

Tema 3 - Capacitação para trabalhar no AACR do Pronto Atendimento

Duas enfermeiras responderam que não foram capacitadas para trabalhar no AACR e seis responderam que sim:

“Sim. Foi feita capacitação sobre o acolhimento, RCP e administração de medicações.” (Enfermeira A)

“Sim. Mas o pessoal não participa muito, é sempre os mesmos que comparecem na maioria das vezes, ou a chefia tem que ameaçar com suspensão, para que todos compareçam. E mesmo assim alguém sempre inventa alguma desculpa, como médico, dentista, buscar filho na creche, etc...” (Enfermeira E)

O Acolhimento com Classificação de risco em Emergência visto como dispositivo tecno-assistencial necessita do aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas por cada categoria buscando o atendimento por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução, além do aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde em seu contexto existencial e elevação dos coeficientes de vínculo e confiança entre eles e da operacionalização de uma clínica ampliada (ABBÊS; MASSARO, 2006)

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)

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)

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)

Temas 4 – Profissionais que realizam o AACR além do enfermeiro

A Enfermeira B referiu que uma técnica de enfermagem realiza o AACR em decorrência da falta de funcionários na Emergência, conforme citado na fala abaixo:

“A técnica de enfermagem que fica comigo também fica no acolhimento, pois como é apenas uma enfermeira por turno, muitas vezes eu tenho que dar um suporte na sala de observação, ou auxiliar o médico em algum procedimento ou emergência. Ela não possui capacitação alguma, na verdade ela sequer se sente segura para realizar o AACR, e ela não tem vergonha em dizer. Mas como ela mesma diz, não temos muito escolha no momento.” (Enfermeira B)

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)

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco requer protagonismo da equipe de saúde, reorganização do trabalho e intervenção compartilhada pela equipe multiprofissional responsável pela escuta e resolutividade dos problemas do usuário. (PIRES, 2010)

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).

Tema 5 - Organização do AACR no Pronto Atendimento

Todas as enfermeiras realizam o acolhimento de acordo com a classificação de risco, conforme descrito em algumas falas:

“Os pacientes chegam para o acolhimento é feito uma triagem pela enfermeira, e pela classificação é atendida na unidade ou encaminhada para a rede básica, ou dependendo da gravidade ao hospital” (Enfermeira B)

“O paciente faz a ficha e é encaminhado para triagem comigo, e eu o encaminho conforme a classificação do risco.” (Enfermeira D)

“É organizado através de cores, sendo que durante o acolhimento é avaliado o grau de urgência.” (Enfermeira G)

“Eu tento começar o acolhimento do paciente desde a hora em que faz a ficha, mas nem sempre é possível. Acompanho o paciente para a sala do acolhimento, verifico seus sinais, tento manter uma conversa buscando sua história, suas queixas principais. Muitas vezes o paciente quer só atenção, apenas conversar, e eu mesmo acabo orientando o paciente. Outras vezes classifico mediante o risco e já o encaminho para o atendimento.” (Enfermeira C)

O Acolhimento implica na recepção do usuário, desde sua chegada, assumindo responsabilidades integrais pelo mesmo, dando atenção as suas queixas e permitindo que ele expresse seus anseios e angustias, sendo necessário ainda, estabelecer limites, a fim de garantir a resolutividade, bem como a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência sempre que necessário (BRASIL, 2006).

Segundo Abbês; Massaro (2006) a organização de Protocolos sob a ótica da intervenção multiprofissional pode instrumentalizar a qualificação da assistência, legitimando a inserção do conjunto de profissionais ligados a assistência, a humanização do atendimento, identificação do risco por todos os profissionais, definições de prioridades e padronização dos medicamentos.

Os protocolos/normas/rotinas do serviço são instrumentos importantes para resolver o encaminhamento ou o reordenamento da demanda, desde que a sua elaboração tenha participação efetiva da equipe multidisciplinar e que os mesmos sejam aprovados também pelo gestor (HORR, 2008).

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (ABBÊS; MASSARO, 2006).

De acordo com Abbês; Massaro (2006) os objetivos da classificação de risco são:

- Avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto Socorro humanizando o atendimento;
- Descongestionar o Pronto Socorro;
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade;
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Ex Ortopedia, ambulatórios;
- Informar os tempos de espera;
- Retornar informações a familiares.

Tema 6 – O acolhimento com classificação de risco frente a resolutividade dos casos

Somente a Enfermeira A respondeu a questão da resolutividade dos casos a partir do AACR:

“A maioria dos casos são resolvidos no pronto atendimento.”

Partindo do princípio de que todos os pacientes que procuram o médico para consulta, independente de sua gravidade, têm direito a esta consulta, a Enfermagem não pode selecionar/separar/triar aqueles que terão atendimento médico e os que não terão. Em outras palavras, a enfermagem não pode dizer ao paciente; “o médico não pode atender”, “retorne outro dia”, “vou agendar sua consulta para amanhã”, “vou-lhe dar uma medicação e retorne para casa”, etc. Enfim, não é função de enfermagem negar ao paciente o direito de acesso à Consulta Médica. (HARRIS, 2008).

Tema 7 - O acolhimento realizado pelo enfermeiro como possibilidade de melhor seleção do grau de risco no Pronto Atendimento

Todas as enfermeiras entrevistadas afirmaram que a realização do Acolhimento com Classificação de Risco possibilitou uma grande melhora na qualidade do atendimento prestado ao paciente.

“O acolhimento agiliza o atendimento, e faz com que o paciente tenha um melhor atendimento e orientação.” (Enfermeira D)

Segundo a Legislação do Conselho Federal de Enfermagem, Lei Nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional, cabe privativamente ao enfermeiro: direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 2006; 2010).

Tema 8 - atendimentos no PA considerados de urgência/emergência;

Todas as enfermeiras relataram que a maioria dos atendimentos realizados no PA é ambulatorial e de urgência, conforme destacado nas falas:

“A maioria na verdade é ambulatorial, urgências existem e emergências são poucas.” (Enfermeira F)

“Não, muitos casos são crônicos e não se enquadram em urgência e emergência, claro que um paciente sempre é uma bomba relógio, temos que estar atentos, pois uma patologia simples pode evoluir conseqüentemente para alguma emergência.” (Enfermeira E)

“Na maioria é urgência, ou clínico, os casos de traumas e emergências não são muitos freqüentes. Muitas vezes tenho a convicção de que não fazem idéia do que seja um pronto atendimento, urgência, emergência ou eletivo. Cansei de triar pessoas com unha encravada, bicho de pé, pedidos de lavagem de ouvido. Procedimentos esses que não se encaixam ao protocolo que seguimos, e que poderiam ser agendados na rede básica de seus respectivos bairros. Encaminho então o paciente para o seu ESF, e eles muitas vezes não aceitam, brigam comigo, me xingam, reclamam que eu não quero passar para o médico.” (Enfermeira H)

Segundo Romani et al (2008), os termos “urgência” e “emergência” possuem significados diferentes entre si e são conceituados da seguinte maneira:

- **Urgências:** são situações ou circunstâncias que apresentam alterações do estado de saúde, sem risco iminente de vida, que por sua gravidade, desconforto ou dor, requerem atendimento médico com a maior brevidade possível, podendo ser solucionado em no máximo 24 horas.
- **Emergências:** são situações ou circunstâncias que apresentam alteração do estado de saúde, entretanto, com risco iminente de vida, sendo que o tempo para resolução é extremamente curto, normalmente quantificado em minutos.

Tema 9 – Facilidades e dificuldades em realizar o acolhimento – AACR

Como facilidades em relação ao acolhimento as enfermeiras citaram o contato direto com o paciente e agilidade no atendimento. As dificuldades foram relacionadas a não aceitação do paciente do protocolo de acolhimento, conforme ressaltado nas falas:

“As facilidades é o contato direto com o paciente, o acolhimento, gerando assim uma agilidade. As dificuldades são as pessoas que não necessitam do imediato atendimento, conseqüentemente absorvendo muito o nosso tempo, pois somos uma só por turno, para acolher e gerenciar o pronto atendimento.” (Enfermeira A)

“É fácil de lidar com um paciente que entende que seu caso não tem necessidade de um atendimento imediato. Porém muito dificultoso quando um paciente se nega a entender que não precisa do atendimento imediato, no qual será encaminhado para rede básica. O paciente fica inquieto, não aceita, não admite não ser uma urgência e ameaça ir ao Secretário da Saúde.” (Enfermeira C)

“A facilidade é a agilidade no atendimento, e a dificuldade é a falta de compreensão do cliente no encaminhamento para rede básica” (Enfermeira E)

Ressalta-se que a Enfermeira F referiu a falta de informatização do sistema como dificuldades para a organização do AACR:

“Na verdade a facilidade está no contato direto com o paciente, o toque, fazendo assim com que ele confie em nós enfermeiros, e a gente possa desenvolver o nosso trabalho com segurança e prazer. Já a dificuldade é a falta do sistema ser informatizado, com isso ocuparia menos tempo, o que geraria mais agilidade e melhora no atendimento.” (Enfermeira F)

De acordo com Salomé, Martins e Esposito (2009), o serviço de emergência deve tratar de pacientes graves, com risco de vida ou agravo da doença na relação tempo-dependente, no entanto, o que vivenciamos rotineiramente é uma

procura ansiosa de pacientes a esses serviços, com as mais variadas queixas e sintomatologia.

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.

Tema 10 - Orientação de Enfermagem ao paciente e ao familiar durante o acolhimento

As enfermeiras ressaltaram que orientam os paciente e os familiares sobre o protocolo de acolhimento baseado na classificação de risco e não por ordem de chegada, segundo algumas falas citadas:

“Tipo de atendimento e tempo de espera, explico que não é por ordem de chegada, e sim por risco, gravidade” (Enfermeira E)

“A orientação repassada é de tomar os devidos cuidados necessários de acordo com cada procedimento feito e hora de espera para atendimento.” (Enfermeira D)

“A orientação depende da patologia do procedimento.” (Enfermeira G)

“Isso depende do caso em que o paciente está passando, muitos são encaminhados e orientados a procurar um ESF, para melhor atenção. Às vezes o paciente precisa ser encaminhado imediatamente para o médico, procuro o familiar, dependendo da idade do paciente o acompanhante entra na consulta junto, ou oriento e explico para o familiar o que está acontecendo e que já encaminhei o paciente para consulta e peço para ele aguardar. É bem tranquilo quanto à isso.” (Enfermeira H)

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004a).

Segundo Ministério da Saúde o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalhar 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 pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica 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, 2004a; 2006; ABBÊS; MASSARO 2006).

Tema 11 – Procedimentos da equipe de enfermagem em caso de não aceitação da comunidade

Os enfermeiros orientam a comunidade sobre a organização do AACR e em último caso é encaminhado para a gerência, conforme relataram:

“Dependendo do caso é repassado para superiores.” (Enfermeira A)

“Em caso de AACR, a comunidade não tem opção. Os encrenqueiros geralmente vão ao Secretário da Saúde e tudo se resolve.” (Enfermeira F)

“Se não houver aceitação, eu faço orientação, e explico que seguimos um protocolo para que haja uma melhora na qualidade do atendimento, promovendo a saúde, e faço entender que o paciente passou por uma consulta de enfermagem que nada mais é do que um atendimento.” (Enfermeira H)

Segundo a Enfermeira E:

“Sempre tem aceitação!” (Enfermeira E)

A legislação do exercício profissional da Enfermagem indica como atividade privativa do Enfermeiro, a Consulta de Enfermagem indica como atividade privativa do Enfermeiro, a Consulta de Enfermagem que, entre outros componentes, inclui o Histórico de Enfermagem, o Exame Físico do paciente e o diagnóstico de Enfermagem. Através da consulta, o Enfermeiro terá condições de aprender a gravidade da situação e a necessidade de um atendimento de urgência ou não.

Durante o acolhimento o profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas: identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário; e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida (BRASIL, 2004a).

Tema 12 - Avaliação do AACR

Todas as enfermeiras avaliam positivamente o AACR, ressaltando a importância do protocolo na agilidade do atendimento e na classificação de risco, conforme destacado nas falas:

“Bom em relação ao atendimento e na espera da demanda de consulta.”
(Enfermeira E)

“Agilidade no acolhimento com profissionais da área.” (Enfermeira D)

“Avalio o AACR mediante a patologia e suas queixas, então classifico pelas cores azul, verde, amarelo e vermelho.” (Enfermeira H)

A Enfermeira F apesar de ressaltar a importância do AACR no atendimento do paciente, ressalta a falta de comprometimento e qualificação de alguns profissionais para realização do protocolo:

“De suma importância no atendimento ao paciente, mas peca na admissão de enfermeiros poucos qualificados e interessados em melhorar e

proporcionar um melhor atendimento. Não adianta o AACR funcionar se o profissional não tem um comprometimento com o seu trabalho e a sua profissão.”
(Enfermeira F)

A identificação da complexidade técnica dos cuidados é realizada pela (o) Enfermeira (o) durante o processo de Avaliação da situação do cliente, com base em conhecimentos técnico-científicos e nas habilidades de observação, de interpretação, de ligação ou dissociação de elementos, de avaliação, de tomada de decisão e de intervenção, inerentes a sua formação. O cliente em estado grave com risco de morte, por exemplo, caracteriza uma situação de alta complexidade, cujos cuidados requeridos pelo cliente são prestados pela (o) Enfermeira (o), fundamentada (o) em conhecimentos técnico-científicos, perícia e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 2006).

Segundo Salomé, Martins e Esposito (2009), todos os profissionais de enfermagem estão submetidos a circunstâncias diversas, as quais acabam gerando estresse, já que estão em contato direto com a dor, o sofrimento, a impotência, a angústia, o medo, a desesperança, a perda e a morte, o que pode trazer graves conseqüências físicas, emocionais, e até mesmo, na própria qualidade do cuidar.

Tema 13 - Sugestões frente à temática - o acolhimento com classificação de risco: limites e possibilidades

A maioria das enfermeiras sugeriu capacitação dos profissionais para o acolhimento, ressaltando a necessidade de maior número de enfermeiros para a emergência:

“Mais profissionais capacitados, humanização e respeito com o paciente. Melhor adequação da estrutura física para suportar e aprimorar o atendimento.”
(Enfermeira E)

“Falta de profissionais para qualificar o atendimento.” (Enfermeira C)

“Falta de profissionais qualificados para atendimento da grande demanda de pacientes.” (Enfermeira D)

“Limite de tempo frente a resolução ao paciente com possibilidade de intervir em um melhor tratamento, procedimento e prevenindo contra um provável risco a sua saúde mental e fisiológica.” (Enfermeira F)

*“Precisa-se com “urgência/emergência” de mais enfermeiros.”
(Enfermeira A)*

Somente a Enfermeira B referiu que o AACR está adequado:

“Tá bom!” (Enfermeira B)

Nota-se que os profissionais que estão no dia-a-dia do pronto atendimento, vivenciando a realidade de um setor muitas vezes crítico, e que estão ali para dar o seu sangue, são os sujeitos mais aptos a trabalhar no setor, propostos a querer o melhor para a qualidade do acolhimento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Acolhimento com Avaliação da Classificação de Risco é uma tecnologia assistencial que utiliza protocolos clínicos para cuidar e classificar o risco do paciente atendido em serviço de emergência, caracterizado como um processo dinâmico de identificação do potencial de risco e agravo do mesmo em atendimento emergencial.

O objetivo do estudo foi alcançado. Todas as hipóteses foram confirmadas, sendo que:

- O acolhimento realizado pelo enfermeiro possibilita uma melhor seleção do grau de risco em urgência e emergência;
- A maioria dos casos atendidos no PA é considerada ambulatorial;
- O AACR pode melhorar a priorização dos casos mais graves;
- O AACR surge como possibilidade de melhorar a organização do PA; agilizando o atendimento, acolhendo os pacientes de forma mais humanizada e priorizando o atendimento.

Constatou-se, a partir dos resultados da pesquisa que o acolhimento realizado pelo enfermeiro possibilita uma melhor seleção do grau de risco em urgência e emergência, possibilitando a melhora na organização do serviço no Pronto Atendimento. As limitações estão relacionadas a não aceitação do paciente em serem encaminhados aos ESF (Estratégia da Saúde da Família) de seus respectivos bairros, pela grande maioria dos casos atendidos, serem considerados ambulatoriais.

Para qualificação do processo de trabalho vinculado ao acolhimento no serviço de emergência, considera-se essencial além de um número maior de funcionários, o comprometimento da equipe nesse processo.

Percebe-se a necessidade da participação efetiva da equipe do PA nas capacitações realizadas pelo serviço. A informatização do setor e a adequação da estrutura física poderiam melhorar a acessibilidade do espaço e de informações geradas no serviço.

A enfermeira para a organização do AACR é essencial para efetivação do protocolo nos princípios da PNH. É ela quem tem a capacidade de observar as maiores necessidades de atendimento, podendo muitas vezes com a consulta de enfermagem resolver ou tirar a dúvida do paciente podendo assim aliviar as filas. É o profissional indicado para função de AACR, pois possui o conhecimento clínico associado à experiência prática, como também o conhecimento do serviço onde atua.

O enfermeiro é um protagonista no acolhimento com avaliação da classificação de risco. Diante desta realidade, é imprescindível que este profissional reflita sobre o desafio de utilizar a ferramenta tecnológica capaz de aprimorar, beneficiar e garantir a eficácia e resolutividade operacional para a assistência de maneira dinâmica e habilidosa. É preciso pensar que o processo de acolhimento se consolida como uma reorganização do trabalho coletivo de equipe e se torne um processo de inovação e mudança para melhor atender o paciente.

Sendo assim, pode-se afirmar que a implantação da tecnologia e a utilização dos protocolos deverão ser discutidas, de forma a buscar a capacitação e a reflexão contínua, com a intenção de auxiliar e incentivar a padronização de condutas dos profissionais enfermeiros e possíveis planejamentos de ações que visem ao aumento da satisfação dos trabalhadores de saúde e dos usuários. O desafio está em adquirir competência profissional capaz de envolver conhecimento interdisciplinar e a habilidade técnica para transformar informação em recurso estratégico.

REFERÊNCIAS

ABBÊS, Claudia; MASSARO, Altair. Acolhimento com Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e de Gestão do SUS**. Brasília – DF: MS, 2006. Cap. 5, p. 24-36. Disponível em <www.slab.uff.br/textos/texto84.pdf> Acesso em 12 de outubro de 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 Nº. 001/CT/2009 **Acolhimento em Urgência e Emergência com Classificação de Risco**. 2009.

BRASIL. 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 20 de novembro de 2011.

_____. COREN. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **DECISÃO COREN-SC nº. 001/2006**, 2006.

_____. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Consolidação da Legislação e ética Profissional**. Florianópolis: COREN-SC, 2010.

_____. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN - **RESOLUÇÃO COFEN-358/2009, 2011** . Disponível em < <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>> Acesso em 13 de março de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em <www.saude.gov.br> Acesso em 23 de novembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002.

_____. 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, 2004b. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>> Acesso em 23 de novembro de 2011.

_____. 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, 2004c. Disponível

em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>> Acesso em: 23 de março de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Urgência e Emergência: sistemas estaduais de referencia hospitalar para o atendimento de urgência e emergência/** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28p.

_____. 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.

_____. 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 novembro 2011.

_____. Resolução COFEN-159/1993 . Dispõe sobre a **consulta de Enfermagem**, 2011. Disponível em <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>> Acesso em 14 de fevereiro de 2011.

CECÍLIO, Luiz C.O.; MERHY, Emerson E.; CAMPOS, Gastão W.S. **Inventando a mudança na saúde.** 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

FRANCO, Túlio Batista et al. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho .**ed. Hucitec: São Paulo, 1999.

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: 23 de novembro de 2011.

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

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 2002., p.67-80.

HORR, Lidvina. Parecer COREN-SC nº. 011/CT/2008. **Triagem de pacientes.** Disponível em <<http://www.coren-sc.org.br>> Acesso em 12 de outubro de 2011

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2002.

LOPES, Ireny Ferreira. Parecer nº64 Coren- TO. 2009. Disponível em: <<http://www.corentocantins.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 março 2012.

MACIAK, Inês et al. Humanização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Emergência: Percepção do Usuário. **Cogitare Enferm**, v. 14, nº 1, p. 127-35; jan/mar 2009. Disponível em <ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/.../9592> Acesso em 23 de novembro de 2011.

MARCON, Patrícia M. **O Processo de Tomada de Decisão do Enfermeiro no cenário Administrativo**. Curitiba: UFP, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: 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: 18 de novembro de 2011.

PIRES. Patrícia da Silva. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: "CanadianTriageandAcuityScale" (CTAS)**. 2003. 206 f. Doutorado (Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor), USP, São Paulo.

ROMANI, Roberto M. et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética** 2008; Disponível em http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/78/82. Acesso em 30 de março de 2012.

SALOME, Geraldo Magela; MARTINS, Maria de Fátima Moraes Salles and ESPOSITO, Vitória Helena Cunha. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2009, vol.62, n.6, pp. 856-862. ISSN 0034-7167.

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: 22 de novembro 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: 31 de março de 2012.

TRENTINE, Mercedes e PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999.

TRIVINOS, Augusto N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais – A Pesquisa Qualitativa em Educação**. SP: Atlas, 2008.

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

BARBOSA, Valdinéia. **Acolhimento**: Sua saúde em boas mãos. Revista saúde, abril, 2003.

MARTINELLI, Maria Lúcia (org). **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. 1. ed. São Paulo: Veras, 1999.

SOUZA, M. et al. Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Brasil, 9 jul. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5242/5731>>. Acesso em: 21 novembro 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Entrevista com os Enfermeiros do Pronto Atendimento

ENTREVISTA COM OS ENFERMEIROS DO PRONTO ATENDIMENTO

PERFIL: Sexo: () F () M Idade:_____

Tempo de formação como enfermeira_____

Possui algum tipo de capacitação na área? ()Sim ()Não.

Possui especialização ()Sim ()Não

Área da Especialização: _____

1-Há quanto tempo trabalha no pronto atendimento?

2- Qual o papel do Enfermeiro no Pronto Atendimento?

3- Qual a História de implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco? Quanto tempo de Implantação? Quais os motivos que levaram a implantação do AACR?

4- Você recebeu alguma capacitação para trabalhar no AACR do Pronto Atendimento?

5- Alguém mais realiza o AACR além do enfermeiro? Essa pessoa é capacitada?

6-Como é organizado o AACR no PS?

7 - Como é o acolhimento com classificação de risco frente a resolutividade dos casos?

8- Você considera que o acolhimento realizado pelo enfermeiro possibilita uma melhor seleção do grau de risco no Pronto Atendimento?

9- A maioria dos casos atendidos no Pronto Atendimento é considerada de urgência/emergência? Justifique.

10 - Quais as facilidades e dificuldades em realizar o acolhimento - AACR?

11- Qual orientação é repassada ao paciente e ao familiar durante o acolhimento?

12 - Em casos de não aceitação da comunidade, como a equipe de enfermagem procede?

13- Como você avalia o AACR?

14 – O que você sugere frente a temática - o acolhimento com classificação de risco: limites e possibilidades?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Estamos realizando um projeto de Monografia intitulado como “**O acolhimento com classificação de risco: limites e possibilidades.**” O (a) sr (a) foi plenamente esclarecido de que participando deste projeto, estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como um dos objetivo conhecer a organização do acolhimento com classificação de risco num Pronto Atendimento no Litoral Norte do Rio Grande do Sul. Embora o (a) Sr (a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que o (a) Sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntaria e sem interesse financeiro o (a) Sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao Sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução n 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) Sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autoriza ainda a gravação da voz na oportunidade da entrevista.

A coleta de dados será realizada por **Daiana da Silva** (Fone: (51) 98317877) a Pós Graduação em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência da UNESC e orientado pela professora Maria Tereza Soratto (fone: (48) 34312562). O telefone do comitê de Ética é 3431.2723.

Criciúma (SC)-----de-----de 2012.

Assinatura do participante