

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CLAUDIA BELO CARDOSO**

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO HOSPITALAR  
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA METRÓPOLE DE BELÉM: LIMITES E  
DESAFIOS**

**FLORIANÓPOLIS(SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CLAUDIA BELO CARDOSO**

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO HOSPITALAR  
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA METRÓPOLE DE BELÉM: LIMITES E  
DESAFIOS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem em Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Mônica Motta Lino

FLORIANÓPOLIS(SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA MÉTROPOLE DE BELÉM: LIMITES E DESAFIOS** de autoria do aluno **CLAUDIA BELO CARDOSO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência

---

**Profa. Dra. Mônica Motta Lino**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a Deus e pessoas especiais, sem as quais não seria possível a chegada até aqui. Agradeço infinitamente a meus pais, ao meu marido Erick Vasconcelos Amorim e minha família. Obrigada por permitir concretizar este ideal senhor.

Claudia Belo Cardoso

## AGRADECIMENTOS

A Deus que iluminou meus sentimentos a fim de que eu pudesse enxergar mediante meu ideal;

A minha família , em especial meu Marido Erick Vasconcelos amorim, que foi meu amigo e meu deu força nos momentos difíceis para conclusão do curso;

Aos meus professores e orientadores, pelo aprendizado e assistência no decorrer do curso;

Ao EaD-UFC/UMA-SUS , que oportunizou através de sua base filosófica-científica , um avanço substancial ao conhecimento por mim adquirido;

A Ralrizônia Fernandes Sousa , pela sua amizade e contribuições a esse ideal.

Aos meus amigos enfermeiros do PA , que contribuíram para o êxito desse ideal.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>03</b>
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>04</b>
3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH).....	04
3.2 ACOLHIMENTO.....	05
3.3 PROTOCOLOS DE MANCHESTER.....	07
3.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Limites e possibilidades.....	10
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>14</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>16</b>

## **RESUMO**

O presente estudo objetivou conhecer os limites e possibilidades no acolhimento com classificação de risco que os enfermeiros de um Serviço hospitalar de Urgência e Emergência da Metrópole de Belém enfrentam. Tratou-se de relato de experiência sobre tal atividade em um setor de emergência. Constatou-se, a partir dos resultados, 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 chaves:** Emergência; Enfermagem; Acolhimento com Classificação do risco.

## 1 INTRODUÇÃO

A superlotação dos serviços de emergência hospitalar pode ser agravada por fatores organizacionais, como por exemplo, o atendimento dos usuários por ordem de chegada sem o estabelecimento de critérios clínicos podendo acarretar danos aos usuários (BRASIL,2006). Além disso, a pouca oferta de serviços, a falta de leitos hospitalares e de profissionais da enfermagem são outros fatores que contribuem para este problema (HJAYDEN; JOURILES; ROSEN, 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde tem buscado alternativas para a organização dos serviços de urgências e emergência, diante dos problemas existentes de superlotação e a falta de priorização no atendimento. Em 2004 a política Nacional de Humanização (PNH), apresenta o acolhimento com avaliação e classificação de risco como ferramenta de mudança no processo de trabalho nos serviços de emergência. Esta estratégia foi criada com finalidade de ampliar o acesso e reduzir as filas e o tempo de espera para o atendimento nos casos de maior gravidade (ABBÊS; MASSARO,2004).

A triagem estruturada assume a designação de classificação de risco, que tem por finalidade identificar os usuários que necessitam de assistência imediata, com o intuito de organizar o atendimento nos serviços de emergência hospitalar e dar-lhes o destino adequado (JIMÉNES,2003). Os usuários passam a ser atendidos de acordo com a gravidade clínica e não mais por ordem de chegada ao serviço evitando práticas de exclusão, como por exemplo, ter que decidir qual o usuário deveria ser atendido (BRASIL), 2004.

Como enfermeira atuante no Pronto Atendimento (PA) da Urgência e Emergência “Drº Augusto Chaves”, 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 Acolhimento com Avaliação da Classificação de Risco 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 clinico de maior gravidade;
- . Organizar o fluxo do atendimento do PA



. Referenciar para rede básica os casos não urgentes (eletivos) (BRASI,2002; BRASIL, 2004; ABBÊS; MASSARO, 2006).

Diante da contextualização efetuada, questiona-se quais os limites e possibilidades no Acolhimento com Avaliação de Risco, em Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência na metrópole de Belém?

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 de grau de risco em urgência e emergência;
- A maioria dos casos atendidos no PA é considerada ambulatorial;
- O Acolhimento com avaliação de Risco 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: Descrever os limites e possibilidades no realizar o Acolhimento com Avaliação de Risco em um serviço de Urgência e emergência na metrópole de Belém a partir de um relato de experiência.

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

- Conhecer a organização do Acolhimento com Avaliação de Risco na Urgência e Emergência;
- Classificar o perfil das enfermeiras que realizam o Acolhimento com avaliação de risco;
- Conhecer como é realizado o acolhimento pelos enfermeiros;
- Analisar o conhecimento por parte dos enfermeiros acerca do Acolhimento com Avaliação de Risco

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma tecnologia de concepção: o produto é o próprio relato de experiência, atrelado a uma pesquisa bibliográfica que ocorreu em um serviço de urgência e emergência na metrópole de Belém.

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 do investigador.”

Gil (2002) define pesquisa como 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.

Assim, a partir da observação da realidade vivenciada e da percepção sobre o processo de trabalho da equipe de enfermagem no âmbito do acolhimento com classificação de risco, essa monografia foi desenvolvida com base, também, em literatura científica de aporte que auxiliou na identificação de limites e possibilidades no processo de trabalho dos trabalhadores da saúde.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 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 serem cuidados.

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 contrapartida 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,2004).

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 rede SUS (CECÍLIO;MERHY; CAMPOS.2006).

A humanização caminha para aumentar o grau de corresponsabilidade de todos os indivíduos integrados a rede do 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:

Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.

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.

Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito (BRASIL, 2004).

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.

### 3.2 ACOLHIMENTO

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a tender 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 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 respostas seguras 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.

## **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 tender 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 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).

Para que o acolhimento seja posto em ação algumas atitudes devem ser implantadas como reorganizar o serviço de saúde possibilitando a intervenção de toda equipe multiprofissional; elaborar um projeto terapêutico individual e coletivo; ampliação de espaços de discussão, escutas, trocas e decisões coletivas, escutam e compromisso com o 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).

## **Acolhimento segundo Classificação de Risco**

A palavra acolher significa dar colhida, 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 angústias, 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 aqueles 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).

### 3.3 PROTOCOLOS 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 Ulbric ET. AL. (2010, p.287) a classificação de risco é definida por coloração da área:

- VERMELHA: ou seja, emergência ( será atendido imediatamente na sala de emergência);
- AMARELO: ou seja , urgência ( será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação);
- VERDE: ou seja, sem risco de morte imediato ( somente será atendido após **todos os pacientes** classificados como VERMELHO E AMARELO); e
- AZUL, ou seja, quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social (deverá ser preferencialmente encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendido pelo serviço social). Se desejar poderá ser atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO, AMARELO e VERDE.

**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE;** Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja , sem ser escolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma Unidade de Saúde de referência.

## Dor

É um fator determinante de prioridade na perspectiva do paciente. O uso da dor como discriminador geral ao longo dos fluxogramas de apresentação reconhece este fato e preconiza que toda classificação de risco deva incluir uma avaliação de dor:

### **DOR INTENSA**

**Representa uma dor insuportável, geralmente descrita como maior de todas já vivenciada.**

### **DOR MODERADA**

**Refere-se a uma dor intensa significativa, mas suportável.**

### **DOR LEVE**

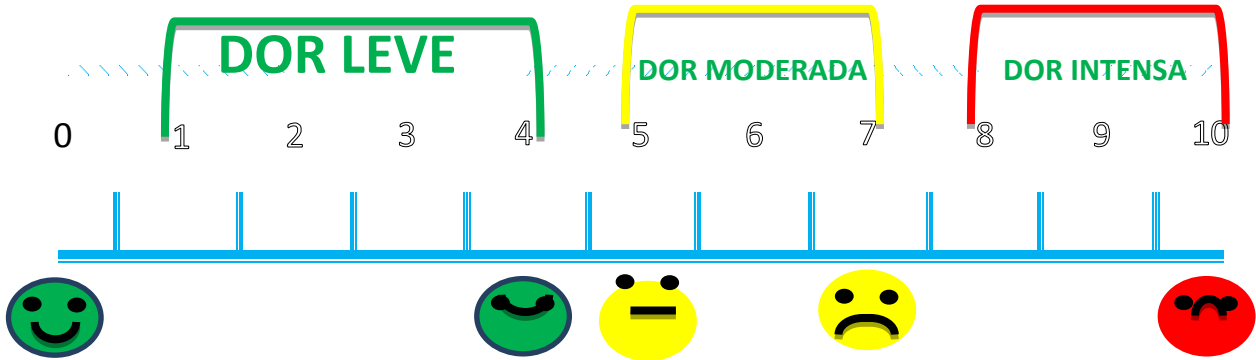
**Qualquer paciente que tem dor com início há menos de 7 dias e de intensidade inferior à da moderada.**

### **DOR LEVE**

**Qualquer paciente que tem dor leve há mais de 7 dias**

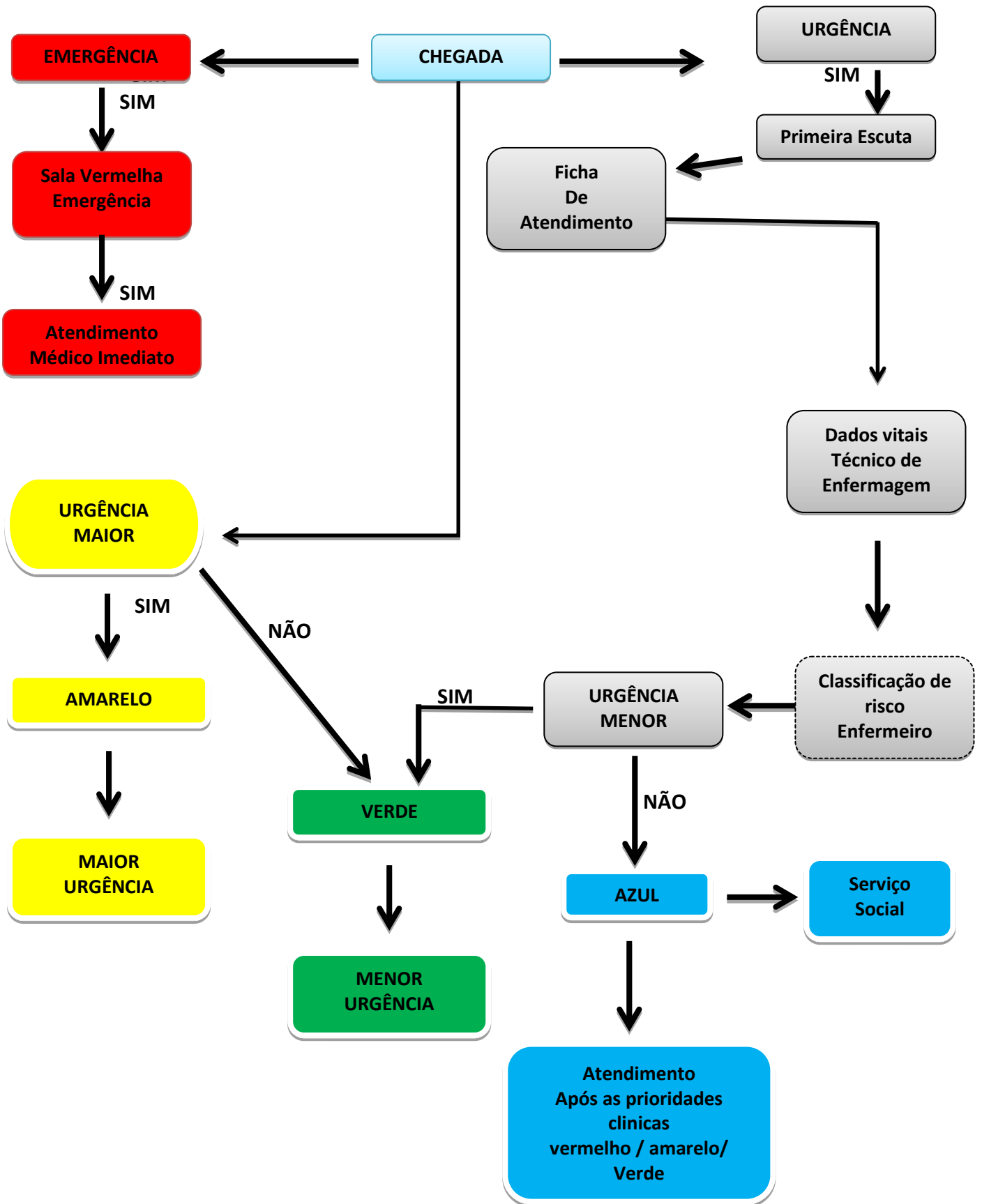
A cor vermelha (emergência) tem prioridade no atendimento, ou seja, atendimento imediato. A cor amarela (urgente) prevê atendimento em dez minutos, pacientes críticos e semicríticos. A cor verde é pacientes não críticos, mas que requerem atendimento, de duas a três horas de espera. E a cor azul que é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

## Classificação de Dor pela Escala Verbal Numérica



Abaixo, o fluxograma de atendimento no acolhimento da unidade de emergência foca do presente relato de experiência.





### 3.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Limites e possibilidades

Durante o ato de classificação de risco o enfermeiro pode avaliar sinais 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 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(ANEXO 1 e 2), postura e sinais clínicos, determina-se a classificação da prioridade do atendimento (GATTI,2008).

Constitui-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, alegrias 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).

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 SUS queixas , saber o que levou até o hospital , enfim conhecer suas necessidades seja elas físicas psicológicas e até de ordem social. (AZEVEDO; BARBOSA, 2007)

Os principais objetivos desta tecnologia de classificação de risco do Ministério da Saúde são: Avaliar o paciente logo na 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 sua gravidade e determinar a área de atendimento primário ou de especialidade, informar os tempos de espera; retornar informações e familiares (BRASIL, 2004).

O Acolhimento com Classificação de risco em emergência visto como dispositivo tecnossistêmico 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 tecnológicas 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).

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)

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 à assistência, a humanização do atendimento, identificação do risco por todos os profissionais, definições de prioridades e padronização do medicamento.

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 suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços ; planejamento, organização, coordenação , execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; consulta 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 de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas BRASIL, 2006; 2010).

De acordo com Salomé, Martins e Espósito (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*.

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.2004).

Durante o acolhimento o profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas: identificar riscos e vulnerabilidades, 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 oferta do serviço, produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida (BRASIL, 2004). Segundo Salomé, Martins e Espósito (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 consequências físicas, emocionais, e até mesmo, na própria qualidade de cuidar.

## 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. Destaca-se 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 encaminhadas 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 organização do AACR é essencial para efetivação do protocolo nos princípios da PNH. É ela que 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 a função de AACR, pois possuem 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 organização 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. In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de humanização e de Gestão do SUS. Brasília – DF: MS, 2006. Cap. 5, p. 24-36.

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 Lígia dos Reis. Parecer COREN/SC N°. 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.

\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº2048, de 5 de novembro de 2002.

\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária 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.

\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria executiva. Urgência e emergência; sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência/ Ministério da saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2002. 28p.

CECILÍO, 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 cChapecó; uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. Ed. Hucitec: São Paulo, 1999.

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 Celília de Souza (org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes , 2002., p.67-80.

ZANELATTO, D.M; DAL PAI, D. Práticas de acolhimento no serviço. Se emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. Ciência, cuidado e Saúde , V.9 , p. 358-365, abr/jan. 2010.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. Texto contexto – enferm., mar.2008.

SHIROMA, Licia Mara Brito; Pires , Denise Elvira Pires de Classificação de risco em emergência um desafio as/os enfermeiros. Enfermagem em foco, v. 2 , nº 1: 14-17., 2011.

TRENTINE, Mercedes e PAIM, Lygia. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis UFS, 199.

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

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

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