

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

GESINEIDE DIAS DE MORAES

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
DESEMPENHO DO ENFERMEIRO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

BOA VISTA (RR)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

GESINEIDE DIAS DE MORAES

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
DESEMPENHO DO ENFERMEIRO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

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

Orientador: Prof. Dr. Diego Oliveira Miranda

BOA VISTA (RR)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DESEMPENHO DO ENFERMEIRO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** de autoria da aluna **GESINEIDE DIAS DE MORAES** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Prof. Dr. Diego Oliveira Miranda
Orientador da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

BOA VISTA (RR)

2014

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus por ter me concedido a vida e por me abençoar todos os dias. Com seu grande amor me capacita para superar as dificuldades e desafios.

A minha Filha Giselle Bianca e meu Marido Almy Martins por serem fundamentais na minha vida, e pelo apoio e dedicação e muita paciência durante os momentos em que a minha impaciência era evidente.

A Enfermeira Rafaela Loz, pela força e incentivo, principalmente por acreditar na minha capacidade quando pensei em desistir.

A todos os professores, orientados e coordenadores que fizeram parte para a realização desse curso.

E por fim, mas não menos importante, a toda minha família e amigos que contribuíram direta e indiretamente para finalmente chegar até o final desse trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3 MÉTODO.....	13
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	14
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	21

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Classificação de Risco.....	15
--	-----------

RESUMO

A classificação de risco é uma ferramenta de inclusão, ou seja, não tem como finalidade reencaminhar nenhuma pessoa sem atendimento, mas sim constituir e garantir o atendimento de todos. O Programa Nacional de Humanização é uma realidade que veio para melhorar o sistema de atendimento nas unidades de emergência com a diminuição de filas e menor tempo de espera aos pacientes mais graves que de fato necessitem de atendimento prioritário pela gravidade de seu estado de saúde do momento, de forma mais humanizada. O objetivo deste trabalho é demonstrar a relevância do enfermeiro no contexto do acolhimento com classificação de risco, com inclusão das diferenças nos processos de cuidados, construindo mudanças de modo coletivo e compartilhado nos serviços de urgência e emergência. A articulação entre profissionais qualificados, acolhimento humanizado e a classificação de risco bem realizada é de fato um caminho para melhorar a assistência no serviço de urgência e emergência, garantindo a satisfação do usuário e fortalecendo o Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Entende-se por acolhimento, segundo o caderno de Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde (2010). A palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir” (Novo Dicionário Aurélio, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975). O acolhimento como ato ou finalidade de acolher expressa uma atuação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, um modo de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. É exatamente no sentido da ação de “estar com” ou “próximo de” que almejamos assegurar o acolhimento como uma das diretrizes de maior importância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2010 p.06).

A classificação de risco é um instrumento que, além de organizar a fila de espera e sugerir outra resolução de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outras finalidades importantes, como: garantir o atendimento Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009).

Porém, observa-se que os serviços hospitalares de Emergência são utilizados por usuários para resolver suas queixas que poderiam ser facilitadas e solucionadas caso houvesse um atendimento resolutivo na Unidade Básica de Saúde. Entretanto, não é o que ocorre na nossa realidade, por esse motivo é notório o aumento da demanda de trabalho dos profissionais de saúde e consequentemente alargando o período de espera para o primeiro atendimento e superlotando os serviços de emergência.

Observa-se que muitas queixas apresentadas não caracterizam necessidade de atendimento emergencial no hospital. Um dos fatores que aumentam a demanda hospitalar é o acesso rápido com realização de exames e resultados imediatos sem haver necessidade de ficar aguardando dias para realizar uma consulta ambulatorial aumentando dessa forma as filas e a superlotação. Nesse caso, o

enfermeiro poderia realizar um primeiro atendimento, apresentando resolutividade, ou seja, buscaria uma solução aos problemas dos usuários de forma adequada garantindo a continuidade da assistência de maneira humanizada no local mais próximo de sua residência.

O propósito do presente estudo surgiu com a necessidade de abranger os pontos envolvidos na discussão acerca do colhimento com classificação de risco nos casos que verdadeiramente se configurem como emergência e pode ter seu atendimento prejudicado pelo excesso de trabalho dos profissionais de saúde nos serviços hospitalares de emergência, setor a lidar com pacientes em risco iminente de morte.

O grande valor deste tema se torna pertinente uma vez que o trabalho irá proporcionar uma discussão que tende a identificar a presença do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco, em urgência e emergência, podendo também apresentar subsídios relevantes. Pretende-se, assim, colaborar para a qualificação do trabalho e efetividade na tomada de decisão, a fim de alcançar a melhora na assistência prestada ao usuário no processo de atendimento em situação de risco.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Brasil (2009) comenta sobre os serviços de atendimento as urgências que não utilizam critérios de distinção de riscos ou graus de sofrimento para atender a grande demanda do serviço de saúde pública do nosso país, ocasionando as famosas filas que por muitas vezes agravam o quadro clínico do usuário levando até mesmo a óbitos.

Conforme Tomasi et al. (2013, p.3),

Os usuários procuram o pronto atendimento com a finalidade de solucionar suas necessidades, sejam elas urgentes ou não, algumas vezes expressas por meio da queixa, de forma inespecífica, que é a forma pela qual as portas do atendimento se abrem para eles.

“A imprensa tem mostrado de forma desabonadora questões referentes à humanização no atendimento a esses usuários. O enfoque é na demora, no atendimento, área física, materiais equipamentos e recursos humanos inadequados” (MADEIRA et al.,2010, p.1).

Conforme Brasil (2011), na classificação de risco, o cliente é submetido a uma consulta de enfermagem com a aplicação de um protocolo específico para esta finalidade. A partir desta classificação o paciente é direcionado às respectivas áreas de atendimento conforme a gravidade de sua queixa. Segue exemplo do Protocolo de Classificação de Risco Adaptado com a identificação das prioridades e respectivos tempos de atendimento.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

- Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato.
- Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível.
- Verdes: prioridade 2 – prioridade não urgente.
- Azuis: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

O Programa Nacional de Humanização (PNH) é um conjunto de diretrizes e propostas no campo da humanização na atenção e na gestão da saúde que vislumbra a alteração dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde propondo uma nova relação entre usuários, suas

redes sociais e os trabalhadores como também o estabelecimento de grupalidade e de vínculos solidários (BRASIL, 2008).

De acordo com Brasil (2009, p.28)

O acolhimento com avaliação de risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivos na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas.

No entanto, alguns aspectos, também importantes para humanização da assistência à saúde, não foram contemplados pelos participantes como: a participação popular na formulação de projetos e planos, a autonomia dos profissionais, a clínica ampliada, educação permanente dos colaboradores, a equidade que diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade estando relacionada com a ideia de justiça social, a importância da equipe multiprofissional, a gestão e família participante, a grupalidade, integralidade, intersetorialidade, a importância do acompanhante, a universalidade do atendimento, entre outros temas importantes na complexidade da humanização (PASSOS, 2006).

Neste entendimento, o acolhimento com avaliação e classificação de risco mostra-se como uma das intervenções potencialmente determinante na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir do diagnóstico, problematização e proposição da própria equipe, que se estabelece como sujeito do processo de trabalho. Em sua implementação, o acolhimento, extrapola o espaço de gestão local afirmando, no dia-a-dia das práticas em saúde. (BRASIL, 2009).

De acordo com o Decreto do Conselho Federal de Enfermagem, 94.406/87 (p.2) que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem em seu Art. 8º diz, “Ao enfermeiro incumbe, privativamente: cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.”

O profissional em Enfermagem que assume o papel de “cuidador” nos serviços de urgência e emergência deve ter habilidades manuais, ser ágil e rápido em suas ações, manter o autocontrole e ter uma boa facilidade de comunicação, tendo como resultado uma assistência qualificada e diferenciada e otimização dos cuidados prestados (LOPES, 2011).

Com base nos dados levantados, o enfermeiro formula julgamento clínico e crítico do caso, respaldado no protocolo de atendimento. Esse profissional emite uma decisão, expressa por meio de uma cor que classifica a prioridade de atendimento do usuário e organiza o fluxo das intervenções (NASCIMENTO et. al., 2011).

Gatti (2004) considera o enfermeiro a frente dos demais profissionais de saúde para atuar no setor de triagem, uma vez que em sua formação é enfatizada na valorização das necessidades do paciente, não só biológicas, como também, sociais e psicológica. E vai além, destacando o profissional como alguém preparado para exercer a liderança, o que permite uma visão abrangente do setor, incluindo os recursos humanos, área física e fluxo de pacientes.

Para Maurer (2010, p.23), o enfermeiro responsável pelo acolhimento e classificação de risco deve ser “capaz de extrair das entrelinhas as informações captadas na anamnese e na abordagem inicial, procurando detectar e alertar a equipe para caso de vulnerabilidade, como em casos de negligência, imprudência e o mais variados tipos de abuso”.

A visualização do indivíduo como um todo é fundamental para realizar uma boa avaliação primária (MAURER, 2010). Tomasi (2013) acrescenta a importância de uma escuta qualificada e o trabalho em equipe de maneira ágil nas tomadas de decisões para melhor encaminhamento do paciente e, portanto, uma boa avaliação.

3 MÉTODOS

O presente estudo se define pela metodologia desenvolvida por pesquisa bibliográfica a partir de material já elaborado, constituído de livros e artigos científicos (GIL, 2002).

De acordo com Severino (2007), a pesquisa bibliográfica é realizada a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses, etc. Utiliza-se de dados ou de categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registrados.

Para o levantamento de dados, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline), Google Acadêmico, Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) por conterem embasamento científico nas publicações o que permite ao pesquisador segurança na coleta das informações. Os descritores utilizados foram: classificação de risco, Acolhimento, desempenho do enfermeiro nas urgências e emergências.

O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

Realizou-se análise dos artigos do estudo do qual emergiram três categorias **a) classificação de risco b) acolhimento c) papel do enfermeiro em emergência.**

Classificação de Risco

A classificação de risco (CR), comumente chamado de triagem (termo importado do Frances, triagem, que significa seleção ou escolha) é o método pelo qual o paciente é analisado quando chega ao serviço de emergência para avaliar a urgência do problema e indicar as fontes apropriadas de assistência médica capaz de solucionar o problema identificado, sendo, posteriormente, classificado segundo prioridade de tal procedimento que configura-se como indispensável, uma vez que o paciente e/ou responsável é incapaz de identificar os casos de emergência, ou seja, para se beneficiar das facilidades que esse serviço possa proporcionar, refletindo no aumento de tempo de espera e na superlotação das emergências (MAURER, 2010).

O sistema de CR é considerado como um processo dinâmico de identificação de pacientes que precisam de tratamento rápido, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, precisando o atendimento ser priorizado de acordo com a importância clínica do paciente, e não com a ordem de chegada ao serviço (BRASIL, 2004).

O termo também pode ser definido como uma transformação na lógica do acolhimento, consentindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). Realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que precisam de tratamento imediato, analisando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia, de forma ágil, o atendimento apropriado a cada caso (BRASIL, 2008).

Na classificação de risco o cliente é submetido a uma consulta de enfermagem com bom emprego de um protocolo específico para este fim. A partir desta classificação o paciente é direcionado às respectivas áreas de atendimento segundo a gravidade de sua queixa. No quadro abaixo, segue exemplo do Protocolo de Classificação de Risco Adaptado com a identificação das prioridades e respectivos tempos de atendimento (BRASIL, 2011).

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
PRIORIDADE ZERO (VERMELHO)	EMERGENCIA MAIOR Encaminhar diretamente para sala de emergência	Atendimento médico imediato (com sinal sonoro) Assistência de enfermagem continua
PRIORIDADE I (LARANJA)	EMERGÊNCIA MENOR Encaminhar para consulta médica com alta prioridade Sala de admissão da emergência	Atendimento médico em até 15 minutos Reavaliação de enfermagem periodicamente
PRIORIDADE II (AMARELO)	URGÊNCIA MAIOR Encaminhar para consulta médica com prioridade	Atendimento médico em até 1 hora Reavaliação de enfermagem periodicamente
PRIORIDADE III (VERDE)	URGÊNCIA MENOR Encaminhar para consulta médica com menor prioridade	Atendimento em até 2 horas Reavaliação de enfermagem periodicamente
PRIORIDADE IV AZUL	NÃO URGÊNCIA Encaminhar para atendimento sem prioridade	Atendimento médico no mesmo dia ou agendamento Reavaliação de enfermagem periodicamente

QUADRO 1. Fonte: Cadernos Humaniza SUS, v 3, Brasília-DF, 2011.

A Classificação Estruturada é um método contínuo e, para ser eficiente, deve acontecer entre 10 a 15 minutos desde a chegada do cliente ao Serviço de Emergência. Precisa ser realizada de forma rápida e fundamentada em uma ferramenta de classificação antecipadamente elaborada em conjunto por médicos e enfermeiros com experiência em Emergência. Nas situações complexas de classificar, deve sempre prevalecer o nível maior de classificação e, nos casos necessários, o médico plantonista deve ser consultado sobre as condições mais apropriadas. Existem determinadas situações especiais onde à prioridade clínica cede espaço para a prioridade relativa, por exemplo: idosos desorientados, pacientes agressivos e crises histéricas (CARDOSO et al, 2013).

A classificação de risco, considerando tudo que foi dito anteriormente, é uma ferramenta que visa facilitar o trabalho dos profissionais de saúde e melhorar a qualidade da assistência no setor emergencial. É relevante, destacar que a CR não tem como objetivo deixar nenhum usuário sem atendimento, mais sim priorizar os casos que necessitem de atendimento em tempo menor.

Acolhimento

Uma postura acolhedora implica em estar vigilante e propenso à diversidade cultural, racial e étnica, acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Dessa maneira é que o distinguimos de triagem, pois ele

não se estabelece como uma fase do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2004).

Gallo & Mello (2009) complementam, afirmando que a conscientização da equipe de enfermagem sobre a importância de valorizar a figura humana do paciente é primordial para que a ansiedade seja diminuída. Buscando compreender toda a situação pela qual o paciente está passando e seu desejo de sair do caráter emergencial vivo e do hospital curado.

É indispensável que o enfermeiro reavalie seu cuidado, de maneira a perceber que os princípios bioéticos devem reger sua prática sempre, de forma a contribuir no respeito ao paciente e no cuidado humanizado de enfermagem. Fazendo com que o cuidado não se torne apenas a aplicação de técnicas de Enfermagem, mas sim uma prática complexa que considera que aquele a quem se presta este cuidado é um ser digno, com necessidades não apenas biológicas, mas psicológicas, sociais e espirituais (SOUZA et al., 2011).

O Acolhimento como dispositivo técnico-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento em com maior grau de risco e vulnerabilidade (ABBÊS et al., 2004).

O acolhimento realizado de maneira correta pode ser o divisor de águas entre um atendimento de qualidade onde o usuário sai satisfeito e com suas necessidades supridas e é a melhor forma de se estabelecer a CR na sua totalidade.

Desempenho do Enfermeiro em Urgência e Emergência

Todos os dias nos deparamos nas mídias locais e nacionais, com situações caóticas dentro do sistema de saúde, como por exemplo, as superlotações nos hospitais, atendimento sem qualidade e de pouca resolutividade. Nascimento et al. (2011) em sua publicação também falou sobre esse cenário caótico da saúde e fala em especial dos serviços de emergência público do nosso país.

Os mesmos autores complementam ainda que a CR é de responsabilidade do profissional enfermeiro, que realiza a entrevista, o exame físico sucinto, a verificação de dados vitais e eventualmente algum exame complementar. Segundo os dados levantados pela pesquisa dos autores supracitados, o enfermeiro deve formular julgamento clínico e crítico do caso, respaldado no protocolo de atendimento. Esse profissional emite uma decisão, expressa por meio de uma cor que classifica a prioridade de atendimento do usuário e organiza o fluxo das intervenções (NASCIMENTO et. al., 2011).

“A AACR [Acolhimento com Avaliação de Classificação de Risco] para os enfermeiros foi percebida como um novo modelo de reorganização do serviço e atendimento humanizado prestado pela equipe, percebendo que não significa só a melhor ordenação do atendimento ao usuário, mas também evitar que problemas de saúde sejam agravados (TOMASI et al., 2013, p.10)”

Gerenciamento é um subprocesso complementar que constitui o processo de trabalho do enfermeiro. Assim, deve-se reconhecer o cuidado como foco possível e necessário de ser gerenciado dentro das instituições em uma dimensão que extrapole o tecnicismo e incorpore o conhecimento e atitudes de ordem racional e sensível (MONTEZELL et al., 2011).

Segundo Trevizan (2002), a prática profissional do enfermeiro deve prender-se à assunção da função gerencial centrada na assistência ao paciente, a qual será norteadada pela compreensão e pelo conhecimento do paciente como pessoa, e de suas necessidades específicas.

De acordo com Lanzoni & Meirelles (2011), o enfermeiro desempenha a função assistencial e de gerência, sendo líder da equipe de enfermagem e administrando as unidades de saúde, responsabilizando-se pelos recursos materiais e humanos.

Lopes (2011) e Tomasi et al. (2013) definem o enfermeiro sendo o referencial na CR, sendo suas funções na emergência desde a escuta da história do paciente, como também, o exame físico, execução de tratamento, orientação aos doentes, à coordenação da equipe de enfermagem, aliando conhecimento científico e capacidade de liderança, agilidade e raciocínio rápido e a necessidade de manter a tranquilidade.

Além disso, Backes et al. (2008) afirmam que o enfermeiro desempenha papel importante nas relações da equipe de saúde, é apontado como articulador, elo de comunicação e gerente de serviços, exercendo importante papel diante da equipe de saúde.

A formação acadêmica do enfermeiro já o torna um profissional mais indicado para fazer o atendimento com classificação de risco (ACR), pois, além do embasamento científico tem-se atrelado a visão holística do ser humano. Em outras palavras, o enfermeiro é capaz de distinguir de maneira rápida situações clínicas que necessitam de tomadas de decisões mais eficientes enxergando não somente o problema clínico, mas o indivíduo na sua totalidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve como finalidade o conhecimento solidificado sobre a presença do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco, na assistência empregada nos serviços hospitalares de Urgência e Emergência.

A classificação de risco é um caminho para trazer ao usuário do sistema público de saúde dentro do setor de emergência, um atendimento eficiente e de qualidade. Para tal é necessário um embasamento científico que permitirá ao profissional enfermeiro classificar as situações que precisam ser atendida com prioridade.

A CR diferente do que se possa parecer para a população, não tem como objetivo deixar o usuário sem atendimento. Na realidade, é um método que proporciona atendimento a toda demanda, priorizando a ordem de atendimento pela condição clínica do paciente e não mais pela velha ordem de chegada. Desta maneira, evita-se as grandes filas e a superlotações que tem como consequência o agravamento dos quadros clínicos de quem realmente necessita de um atendimento emergencial podendo até mesmo causar óbitos pela demora do atendimento.

Para que se possa ter um bom ACR e um atendimento de forma geral, necessita-se de um adequado acolhimento. O acolhimento, de maneira sucinta, é um conjunto de práticas que se traduzem na postura dos profissionais de saúde frente ao seu paciente. Ele abrange o respeito aos direitos humanos, a importância daquele indivíduo que está buscando por soluções dos seus problemas de saúde. Acolher não precisa necessariamente de uma estrutura física ou de materiais, uma simples escuta qualificada e um tratamento humanizado já se traduz em acolhimento.

O enfermeiro enquanto profissional de saúde qualificado para atender o ser humano dentro das suas necessidade básicas e com formação científica para compreender os processos fisiológicos, torna-se o mais indicado para a realização do atendimento com classificação de risco. O profissional precisa ser capaz de acolher, manter uma escuta qualificada empregando uma visão humanizada e holística sobre o paciente para então, conseguir classifica-lo de maneira adequada.

A classificação de risco pode facilitar a resolução do cenário caótico do sistema público de saúde do Brasil. No entanto, é necessário vencer algumas barreiras que podem tornar sua implementação um desafio. Por exemplo, o pensamento tradicional do brasileiro de que, quem

chega mais cedo é quem deverá ser atendido primeiro. Para tanto, os usuário do sistema único de saúde precisam compreender com clareza qual o propósito da CR. Mas, sem dúvida a articulação entre profissionais qualificados, acolhimento humanizado e a classificação de risco bem realizada é de fato um caminho para melhorar a assistência no serviço de urgência e emergência, garantindo a satisfação do usuário e fortalecendo o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. ABBÊS, Claudia; MASSARO, Altair. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: UM PARADIGMA ÉTICO- ESTÉTICO NO FAZER EM SAÚDE.** Referência: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília- DF. Série B. Textos básicos em Saúde. 1ª Edição. 2004.
2. BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson D.; LUNARDI, Valéria Lerch. **O Processo de Humanização do Ambiente Hospitalar Centrado no Trabalhador.** Rev. Esc. Enfermagem USP São Paulo, v. 40, n. 2, 2006.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da política nacional de humanização. **Humanizamus: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização e Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção Hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v. 3).
7. CARDOSO, Cherlânia Alves. **Classificação de Risco na Emergência: O enfermeiro como estratégia de ação,** 2013.
8. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa-Básico.** 1 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

9. GALLO, Adriana Martins; MELLO Hellen Caroline de, **Atendimento Humanizado em Unidades de Urgência e Emergência**. Revista F@ciência, Apucarana-PR, ISSN 1984-2333, v.5, n. 1, p. 1 – 11, 2009.
10. GATTI, M.F.Z; LEÃO, E.R. **O Papel Diferenciado do Enfermeiro em Serviços de Emergência**: a identificação de prioridades de atendimento. Revista Nursing. Vol. 73 n 7 Junho, 2004.
11. GIL, AC. **Como Elaborar Projetos de Pesquisas** – 3ed. São Paulo: Atlas; 2002.
12. LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein, **Liderança do Enfermeiro**: uma Revisão da Literatura Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original 19(3):[08 telas]maio-jun 2011. Disponível em <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 22/04/2014.
13. LOPES, Jenifer Britto. **Enfermeiro na Classificação de Risco em Serviço de Emergência**: Revisão Integrativa. Disponível em: < www.lume.ufrgs.br> Porto Alegre (RS) 2011. Acesso em: 13 de Abril de 2014.
14. MADEIRA, D., B.; LOUREIRO, G., L.; NORA, E. A. **Classificação de Risco**: perfil do atendimento em um hospital municipal do leste de minas gerais, 2010.
15. MAURER, T. C. **Enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco na Emergência Pediátrica**, 2010.
16. MONTEZELLI, Juliana Helena, et al. **Demandas Institucionais e Demandas do Cuidado no Gerenciamento de Enfermeiros em um Pronto Socorro**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 64, n. 2, Apr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 de Abril de 2014.
17. NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do. **Acolhimento com Classificação de Risco**: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. Santa Catarina 2011. Disponível em: < www.revistas.ufg.br>. Acesso em: 05 de Abril de 2014.
18. PASSOS, E. (org.) **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 2 v.

19. SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23ª Edição revisada e atualizada. Editora Cortez. São Paulo 2007.
20. SOUZA, C.C. et al. **Classificação de Risco em Pronto-socorro**: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e manchester. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Jan-Fev 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf>. Acesso em: 05 de Abril de 2014.
21. TOMASI, Marina; FERREIRA Letticya Alves; BRASIEIRO Marislei Espíndula. **Reflexão sobre a Classificação de Risco para os Enfermeiros no atendimento pré-hospitalar**. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial on-line] 2013 jan-jul 4(4) 1-15. Available from: <<http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>>. Acesso em 29/04/2014.
22. TREVIZAN, Maria Auxiliadora et al . **Aspectos Éticos na Ação Gerencial do Enfermeiro**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, Jan. 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000100013&l=en&nrm=iso>. Acesso em 27/04/2014