

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: LIMITES E POSSIBILIDADES UMA QUESTÃO PARA OS ENFERMEIROS

Yasmim Basílio Araujo.

Acadêmica do Curso de Enfermagem/ISECENSA.
yasmimaraujo.sf@hotmail.com

Laryssa Baptista de Azevedo Ferreira.

Acadêmica do Curso de Enfermagem/ISECENSA.
larybazfer@hotmail.com

Carolina Magalhães dos Santos.

Doutora em Ciência – IOC/FIOCRUZ.
carolmsantos@yahoo.com.br

Aline Teixeira Marques Figueiredo Silva.

Mestre em Políticas Sociais UENF,
alinemrqs13@gmail.com

Mireli Silotti Mastelo Gomes.

Especialista em Gestão em Enfermagem Hospitalar – UFF.
mimastelo@hotmail.com

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, que objetivou analisar limites e possibilidades que permeiam o acolhimento e a classificação de risco na porta de emergência de um hospital público na cidade de Campos dos Goytacazes. A coleta de dados ocorreu no período entre março e maio de 2014, por meio de questionários e observação não-participante/assistemática, com onze enfermeiros. Utilizou-se para análise o referencial teórico proposto por Bardin. Os resultados contemplam as várias possibilidades demarcando o potencial do acolhimento e da classificação de risco, sendo destaque a autonomia que é fornecida ao enfermeiro na realização desse processo e o espaço criado por essas tecnologias para realização da educação em saúde na emergência. Concebem também diversos limites, como a desvalorização das atribuições exclusivas dos enfermeiros e a forma de encaminhar os usuários, que necessitam de reflexão e a partir disso, buscar soluções adequadas.

Palavras-chave: Emergência; Enfermeiros; Acolhimento; Classificação de risco.

ABSTRACT

The work is about an exploratory descriptive qualitative study that aimed to analyze the limits and possibilities that are around the host and the risk classification on the emergency door of a public hospital in the city of Campos dos Goytacazes. The data collection occurred between March and May of 2014, through questionnaires and non-systematic/non-participant observation, with eleven nurses. The theoretical referent used was for the analysis proposed by Bardin. The results include the various possibilities defining the potential of host and risk classification, emphasizing the autonomy that is provided to the nurse in the performance of this process and the space created by these technologies to the accomplishment of the education in health and emergency. They also provide several limits, as the depreciation of the tasks which

are exclusively from nurses and the way of leading the users who require reflection and from that, search appropriate solutions.

Keywords: Emergency; Nurses; Host; Classification of Risk.

1. INTRODUÇÃO

As buscas pelos atendimentos nos serviços de emergência têm crescido cada vez mais ao longo dos anos, por incontáveis motivos que podem estar relacionadas ao crescimento da violência, das questões socioeconômicas, como também pela escassez em resolutivas ações e serviços de saúde. Tornando-se assim um serviço relevante na assistência à saúde, que ocorrem em unidades mistas e com atendimento 24 horas, concedendo cuidados de média complexidade possuindo a meta de estabilizar o paciente para encaminhar à unidade especializada ou reinserção na sociedade. Desta forma, esse aumento de usuários acontece de forma desordenada, gerando sobrecarga em diferentes portas de entrada emergenciais (CAVEIÃO et al., 2014; GARLET et al., 2009).

A grande procura resulta, também, em uma grande tensão por parte tanto de usuários em cobrar atendimento digno, como de funcionários ao tentar dar conta do número de atendimentos e problemas que parecem se multiplicar a cada minuto na unidade. Com isso, a atenção fica debilitada e a qualidade do atendimento diminui, à medida que cresce a procura no setor de urgência e emergência (NASCIMENTO et al., 2011a).

Diante desta realidade, nos últimos anos, o sistema brasileiro de atenção às urgências mostrou avanços em relação à definição de conceitos e incorporação de novas tecnologias visando à organização do atendimento em rede (GARLET et al., 2009).

Desta forma, o Ministério da Saúde brasileiro formulou em 2004, uma cartilha que trouxe novas tecnologias, para subsidiar os problemas dos serviços de urgência e emergência através do acolhimento e da classificação de risco, apresentando o acolhimento como um instrumento que deve estar presente no cotidiano das práticas de saúde, por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço, e que precisa traduzir-se em qualificação da produção de saúde, complementando-se o que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar. E a tecnologia de avaliação com a classificação de risco, que necessita seguir a óptica de um protocolo pré-estabelecido, de acordo com o nível de complexidade do usuário, e não pela ordem de chegada (BRASIL, 2004).

Com isso, o acolhimento com avaliação e classificação de risco caracteriza-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, porque ocorre a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se integra como sujeito do seu processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Ressalta-se que a classificação de risco deve ser executada exclusivamente por profissional de enfermagem de nível superior, a partir de consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar o potencial de agravamento do caso e o grau de sofrimento do paciente. A classificação ocorre através de protocolos, instrumentos que sistematizam a avaliação e oferecem respaldo legal para a atuação segura dos enfermeiros (BRASIL, 2009).

Considerando a importância desses mecanismos para qualificação da assistência nas portas de urgências e emergências hospitalares, tornam-se passíveis de investigação por alguns motivos: primeiro, porque não são mecanismos de fácil execução, pois encontram-se envolvidos por uma gama de contextos, dos quais irão submergir alguns limites e também possibilidades; outro fator é quando conceitua-se “a classificação de risco, como qualquer processo novo, necessita de ajustes” (BEATO et al., 2011, p.4).

Nota-se que ainda existem muitas lacunas a serem preenchidas quando se trata da execução desses mecanismos nos serviços de urgência e emergência da cidade de Campos dos Goytacazes, onde apresentam-se sob a forma de dificuldades de colocar em prática o que se encontra proposto na cartilha “Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência” do Ministério da saúde, que vem ofertar subsídios para implantação/execução de tais instrumentos (BRASIL, 2009).

Frente à problemática apresentada, o objeto de estudo são os limites e as possibilidades do acolhimento e classificação de risco, realizados por enfermeiros nos serviços de urgência e emergência.

Assim, diante dessas considerações, nota-se que é preciso discutir a melhor forma de estabelecer um fluxo de atendimento resolutivo, de modo que se mantenha o foco nas necessidades do usuário e, ao mesmo tempo, contemple a realidade administrativa de cada instituição (BELLUCCI JÚNIOR e MATSUDA, 2012).

Diante do exposto, o presente estudo teve o objetivo geral de analisar limites e possibilidades que permeiam o acolhimento e a classificação de risco no serviço de urgência e emergência; e os específicos de descrever o cotidiano dos enfermeiros na execução do acolhimento com classificação de risco no serviço de urgência e emergência; desvelar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros nesse tipo de atendimento aos usuários do serviço de urgência e emergência; e identificar a percepção dos enfermeiros sobre a implantação do acolhimento e da classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.

2. METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo qualitativo que foi capaz de apresentar o significado e a intencionalidade junto aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 1992). Do tipo descritivo-exploratório, pois cumpriu com o propósito de análise dos aspectos, avaliação dos programas ou o isolamento das variáveis chaves e ocorreu através de uma pesquisa de campo minuciosa (MARCONI e LAKATOS, 2010).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ISECENSA, no dia 21 de março 2014, sob o número de protocolo: 24990213.9.0000.5524. Ressalva-se que foram seguidas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na resolução 466/12 (BRASIL, 2012a).

Desta forma, o estudo ocorreu em um hospital geral e público da cidade de Campos dos Goytacazes que atende uma grande demanda de usuários, mais especificamente, no setor de acolhimento e classificação de risco adulto, localizado junto ao setor de urgência e emergência dessa instituição.

Obtiveram-se onze enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), seguindo os critérios de inclusão com enfermeiros atuantes no setor de acolhimento e classificação de risco da porta de urgência e emergência da instituição estudada e que tinham conhecimentos e prática dos mesmos. Logo, foram excluídos do estudo os demais profissionais da saúde e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa.

Foram utilizados dois instrumentos para realização da coleta dos dados: o questionário e a observação não-participante/assistemática. Os instrumentos apresentaram as seguintes características: um questionário semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas (apêndice 1); uma observação não-participante em que o pesquisador entrou em contato com a realidade a ser estudada, mas não integrou-se a ela, ou seja, presenciou o fato, porém não participou dele, assumindo assim um papel de espectador que não se deixou envolver pelas situações (MARCONI e LAKATOS); e uma observação assistemática, também chamada de “observação não estruturada”, sem controle elaborado anteriormente e desprovida de instrumental apropriado (KAUARK, MANHÃES e MEDEIROS, 2010). Portanto, seguiram de acordo com os objetivos da pesquisa (RICHARDSON e PERES, 2010).

Primeiramente ocorreu uma aproximação com o campo, ou seja, conheceu a instituição, especificamente o serviço de urgência e emergência, onde os enfermeiros realizavam o acolhimento e a classificação de risco antes de efetuar a coleta dos dados. E posteriormente, sucederam as visitas que contabilizou em um total de 20 visitas que ocorreram de segunda a sábado, com duração em média de 5 a 8 horas contínua, no período de março a maio de 2014. Nessas visitas, realizou-se simultaneamente a passagem dos questionários aos enfermeiros e a observação não-participante/assistemática.

Destaca-se que a observação não-participante/assistemática gerou um diário de campo que segundo Minayo (2010), nada mais é do que um caderno, onde é anotado todas as informações que não fazem parte do material formal de entrevistas em suas diversas modalidades, porém que foi de grande importância na avaliação dos dados qualitativos dessa pesquisa.

Após a obtenção dos dados, aplicou-se uma técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin (1977), que se organizou em três pólos cronológicos: 1. Pré-análise em que realizou a arrumação minuciosa de todo material coletado. Nessa primeira fase, buscou-se identificar as principais informações fornecidas pelos entrevistados pretendendo alcançar os objetivos dessa pesquisa. 2. Exploração ou análise do material que consistiu na análise em si, em que realizou cortes, identificando assim o material necessário a ser trabalhado. 3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação que realizou um procedimento significativo sob os dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Através da construção da caracterização dos sujeitos (S) estudados na pesquisa, foi possível conhecer sobre a trajetória profissional, faixa etária e sexo que contribuíram para a construção da análise dos dados. O (quadro 1) a seguir, apresenta as diversidades e as relevantes informações que enriqueceram a pesquisa mediante aos questionários coletados e analisados dos enfermeiros participantes:

Foram analisados onze questionários, sendo esses o total de 100%. Primeiramente, de acordo com o quadro, revelou que no setor de acolhimento e classificação de risco trabalharam mais pessoas do sexo feminino do que o masculino. Assim 72,7%, ou seja, oito eram enfermeiras e 27,3%, eram três enfermeiros. Ressalta-se o grande papel da mulher na história da enfermagem e atualmente no disputado mercado de trabalho.

Destaca-se a grande mulher na história da enfermagem, Florence Nightingale, que contribuiu pela criação da Enfermagem Moderna no mundo sendo algo positivo e que dedicou a sua vida para o cuidado com o próximo e para a profissionalização da enfermagem, representada pela dama da lâmpada, incansável missionária (COSTA et al., 2009).

Atualmente, as mulheres perante a todo mercado de trabalho têm buscado banir o preconceito e demonstrar para a sociedade que são tão competentes quanto os homens, e podem desenvolver atribuições, antes estritamente masculinas, em pé de igualdade (QUERINO, DOMINGUES e LUZ, 2013).

Conforme apontado nas faixas etárias, sete (63,6%) dos onze enfermeiros possuem idade entre trinta e um a quarenta anos; dois (18,2%) entre quarenta e um a cinquenta; e dois (18,2%) com mais de cinquenta e um anos. Concluindo que a maioria possui idade entre trinta e quarenta anos.

<u>Caracterização dos sujeitos estudados:</u>					
<u>Sexo:</u>	Feminino: 72,7% (8S).			Masculino: 27,3% (3S).	
<u>Faixa etária:</u>	20-30 anos: 0% (0S).	31-40 anos: 63,6% (7S).	41-50 anos: 18,2% (2S).	A partir de 51 anos: 18,2% (2S).	
<u>Tempo que concluiu a graduação?</u>	Não respondeu. 9,1% (1S).	1-5 anos: 0% (0S).	6-10 anos: 63,6% (7S).	Mais de 10 anos: 27,3% (3S).	
<u>Escolaridade:</u>	Só Graduação: 27,3% (3S).	Pós- Graduação: 45,4% (5S).	Especialização: 27,3% (3S).	Mestrado: 0% (0S).	Doutorado: 0% (0S).
<u>Há quanto tempo conhece a cartilha do Ministério da Saúde?</u>	Menos de 6 meses: 09,1% (1S).	1-2 anos: 36,3% (4S).	3-5 anos: 27,3% (3S).	Acima de 5 anos: 27,3% (3S).	
<u>Trabalha no setor há quanto tempo?</u>	Menos de 6 meses: 18,2% (2S).	1-2 anos: 18,2% (2S).	3-5 anos: 45,4% (5S).	Acima de 5 anos: 18,2% (2S).	

FONTE: ADAPTADOS PELAS PRÓPRIAS PESQUISADORAS.

Mediante a história profissional, todos finalizaram a sua graduação há alguns anos. No total de onze, um não respondeu, sete (63,6%) enfermeiros estão formados de seis a dez anos; e três (27,3%) com mais de dez anos de formação, o que não significa experiência, ou seja, que tenham começado a trabalhar logo que se formaram, pois se sabe das dificuldades de oportunidades para o primeiro emprego.

As principais dificuldades podem surgir pela insegurança, falta de prática e destreza ao assumir cuidados e executar procedimentos com os pacientes, administração hospitalar e liderança ao assumir sua função e iniciação de suas atividades como profissional enfermeiro. Além disso, o enfermeiro também necessita de apoio ao iniciar na profissão e que os profissionais mais conhecedores devem ajudá-lo a enfrentar e superar esses medos e angústias (SOUZA e PAIANO, 2011).

Vale ressaltar que nas regiões sul e sudeste são as que economicamente mais cresceram no Brasil, possuindo maior número de cursos de enfermagem que as demais. Como resultado, ocorre o aumento desordenado e centralizado dos cursos de graduação no país, impulsionando um grande número de profissionais no mercado e aumentando a competitividade em busca por vaga de emprego nessas regiões (COLENCI e BERTI, 2012).

A escolaridade dos sujeitos estudados, três enfermeiros (27,3%) possuem graduação; apenas cinco (45,4%) dos onze enfermeiros apresentam pós-graduação; e três (27,3%) se especializaram. Desta forma, à vontade em pós-graduação, pode-se dizer que para os recém formados esse é um aspecto relevante, pois a maioria tem intenção de fazer ao menos uma especialização, se aprimorando para o mercado de trabalho da Enfermagem que está cada vez mais seletivo e, assim, facilitando a si mesmos maiores chances de sucesso (MANARIN, BORTOLETO e FERREIRA-SAE, 2009).

Outro resultado encontrado foi o tempo que os enfermeiros do setor de acolhimento e classificação de risco da instituição estudada, conheceram a cartilha do Ministério da Saúde sobre a sua área de trabalho, em que um (9,1%) enfermeiro conhece menos de seis meses, quatro (36,3%) de um a dois anos, três (27,3%) de três a cinco anos e três (27,3%) acima de cinco anos.

Lembre-se de que a cartilha foi publicada em 2004, pelo Ministério da Saúde, com o seguinte título HumanizaSUS: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: Um Paradigma Ético-estético no Fazer em Saúde. Apresentaram-se dois instrumentos, o acolhimento que concede pensamentos e alterações na forma de executar a assistência, indagando as ligações clínicas no serviço em saúde, os padrões de atenção e administração e as relações de acesso aos serviços. E a avaliação de risco não sendo uma obrigação exclusiva dos profissionais de saúde, mas o usuário e sua rede social devem estar contidos neste processo (BRASIL, 2004).

Por fim, os últimos resultados encontrados na caracterização dos sujeitos foram mediante ao tempo trabalharam no setor, em que dois (18,2%) enfermeiros trabalharam menos de seis meses, dois (18,2%) executaram neste setor de um a dois anos e cinco (45,4%) enfermeiros entre três a cinco anos e dois (18,2%) acima de cinco anos.

A partir dos dados encontrados, foram desenvolvidas análises para a construção dos resultados. Mediante a isso, destacou-se que dois dos sujeitos estudados trabalharam no setor de acolhimento e classificação há mais tempo e conheceram a cartilha do Ministério da Saúde há menos tempo. O primeiro trabalhou no setor a mais de cinco anos e conheceu a cartilha de três a cinco anos; e o segundo executou nesse setor de três a cinco anos e possuiu o conhecimento da cartilha há menos de seis meses.

Sendo primordial o conhecimento sobre o acolhimento e a classificação, pois segundo nas atividades executadas pelo enfermeiro na triagem/classificação de risco, evidenciaram a avaliação do usuário e a tomada de decisão, definindo a classificação e priorização do atendimento no serviço de urgência conforme a gravidade. Com isso, o enfermeiro controla o fluxo de oferta e demanda dos usuários nos serviços de urgência, cooperando para a diminuição da morbimortalidade (ACOSTA, DURO e LIMA, 2012).

A análise dos questionários possibilitou a construção de duas categorias e uma subcategoria; e com a observação foi possível arquitetar um fluxograma para responder as questões norteadoras desse estudo. A categoria 1 Os Limites que se Deparam no Acolhimento e na Classificação de Risco na prática dos Enfermeiros; a categoria 2 são as Possibilidades que Permeiam o Acolhimento e a Classificação de Risco na Práxis dos Enfermeiros e a subcategoria Credibilidade a Implantação do Acolhimento e da Classificação de Risco.

Categoria 1: Os Limites que se Deparam no Acolhimento e na Classificação de Risco na prática dos Enfermeiros

A finalidade dessa categoria é de destacar os limites mais consideráveis do setor de urgência e emergência que ocorrem no acolhimento e na classificação de risco, conforme o discurso dos enfermeiros que participaram da pesquisa.

Inicia-se ao demonstrar como conheceram o acolhimento e a classificação de risco em que do total de onze enfermeiros, seis (54,5%) afirmaram o conhecimento a partir do serviço/setor/instituição de trabalho, e os outros foram apresentados as primeiras informações na faculdade e em pesquisa na internet.

Desta forma, a Política Nacional de Atenção às Urgências (2003) apresenta que ainda é observado que nos cursos de graduação de Enfermagem o olhar dado sobre esta área ainda é bastante escasso. E no que diz respeito ao treinamento, preparação e educação continuada dos profissionais deste serviço, nota-se a fragmentação e o baixo aproveitamento do processo educativo tradicional e a falha dos conteúdos curriculares dos aparelhos formadores na qualificação de profissionais para as urgências.

Além disso, certifica-se uma relevante quantidade de cursos de iniciativa privada de capacitação de recursos humanos para esta área, demonstrando uma diversidade de programas, matérias e cargas horárias, sem a adequada integração à realidade e às diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2009).

O fato dos enfermeiros compreenderem sobre o acolhimento e a classificação de risco somente ao assumir o setor é preocupante e questionável, pois segundo o artigo 1º da Resolução Cofen 423/2012, diz que a classificação de risco e a priorização da assistência nos serviços de urgência somente poderão ser executadas pelo enfermeiro e verificadas as disposições legais da profissão. Esse deve conter conhecimentos, competências e habilidades que garantam inflexibilidade no técnico-científico ao procedimento que será realizado no contexto do processo de enfermagem, atendendo as disposições da Resolução Cofen 358/2009 (Sistematização da Assistência de Enfermagem) e as concepções da Política Nacional de Humanização do SUS.

Outro limite, de grande importância, é a falta de recursos tecnológicos e dos instrumentos necessários para a execução afetiva da consulta para classificar o risco dos usuários, que trás como consequência uma assistência prejudicada e restrita, e que aflige os enfermeiros, os usuários e a relação entre ambos, como expressa a seguir:

“Falta de equipamentos no setor ou quando se tem não está em boas condições. Muitas vezes tendo que trazer de casa alguns equipamentos” (E11).

“(...) Faltam recursos tecnológicos (...)” (E7).

O estresse e o desgaste emocional ocorrem devido às amplas exigências no serviço, combinadas com recursos insuficientes para o enfrentamento das mesmas. Estes recursos atribuem-se ao diálogo entre o trabalhador e o ambiente de trabalho, conteúdo do trabalho, situações organizacionais e atribuições do trabalhador que podem, por meio de percepções e experiências, influenciar a saúde, o desempenho no trabalho e a sua satisfação (OLIVEIRA e SOUZA, 2012).

Sendo assim, podem ser comparadas às tecnologias leve-duras que são apresentadas através da manipulação de equipamentos e saberes tecnológicos para sua utilização; e as leves, são identificadas nas relações que podem causar mudanças importantes na maneira de se trabalhar em saúde e significativos interrogadores dos espaços diante do trabalho em saúde e no usuário sob a ótica com o compromisso com a vida, através de atitudes como acolhimento, a criação de vínculo, a elaboração da resolutividade e de gerar maiores valores de autonomia, e na forma das pessoas andarem a vida (MERHY, 1997; OLIVEIRA e SOUZA, 2012).

Destaca-se que a disponibilidade de escasso ou nenhum material de trabalho faz com que o profissional tenha que criar outras formas, resultando no uso de materiais inadequados, e ainda, procurar recursos nos demais setores. Consequentemente, se perde muito tempo nesses deslocamentos em busca dos materiais, prejudicando assim a assistência, o que acaba por acrescer neste profissional uma fadiga mental e física em sua prática de trabalho (HANZELMANN e PASSOS, 2010).

Constatou-se também pelos enfermeiros, uma grande dificuldade no fluxo de atendimento aos usuários devido à falta de compreensão dos mesmos mediante ao protocolo seguido pela instituição estudada. Comprova-se isso conforme sobre o comportamento dos usuários no setor:

“Grande parte da população não entendem a classificação” (E6).

“A maioria mostra agressividade e querem ser atendido imediatamente” (E4).

“Alguns pacientes reclamam do tempo de espera, porque quando chega paciente grave o médico atende primeiro” (E2).

Segundo Nascimento et al. (2011a), a falta de entendimento da população a cerca do protocolo de acolhimento e classificação de risco no Serviço de Emergência, é demonstrada a partir da cultura do usuário ao chegar e buscar uma fila, se estabelecer, e cobrar que o atendimento siga de acordo com a sua ordem de chegada. Com isso, os enfermeiros devem executar a comunicação verbal e não-verbal, para explicar o acolhimento e classificação de risco a sua comunidade.

Assim, gera-se o enorme fluxo de usuários buscando atendimentos. Com a instalação dos instrumentos de acolhimento e classificação de risco, é preciso destinar corretamente essa clientela, que todavia, cresce cada vez mais e com poucos recursos acessíveis na atenção básica, visa o serviço de emergência como o integral local disponível para atender as suas necessidades (NASCIMENTO et al., 2011b).

Correlaciona-se assim, ao desconhecimento do funcionamento do serviço com o fato dos usuários realizarem atendimentos e acompanhamentos que não são destinados à urgência e emergência e não entenderem o encaminhamento para outros serviços de menores complexidades, conforme descrito pelos enfermeiros a seguir:

“Demanda de atendimento; encaminhamento para outras unidades (...)” (E3).

“(...) Não há rol de referência” (E7).

“Ao encaminhar paciente para outros serviços que não sejam de emergência, os pacientes de forma geral não entendem o fluxo de encaminhamento” (E5).

“A aceitação daqueles que fazem da emergência em grande ambulatório é um problema (...)” (E8).

Ocorrem obstáculos na aceitação da equipe mediante ao paciente que é considerado o produto da falência da rede e inoportuno para o atendimento da emergência. Esse fato precisa ser visto pelas políticas de humanização, estratégias de sensibilização e de aceitação da emergência como porta de entrada executável, e regular o atual sistema de saúde. É necessário argumentar com a rede de que forma agregar esse tipo de usuário as outras prováveis portas de entrada e organizar-se para atendê-lo, já que as buscas são devido a fatores culturais e por deficiência de recursos tecnológicos e sociais (O'DWYER, OLIVEIRA e SETA, 2009).

A inapropriada e a falta da referência e contrarreferência, a ausência de efetivação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) em totais instâncias, o não conhecimento dos usuários sobre os serviços de saúde ou a utilização indevida dos mesmos faz com que o acolhimento e a classificação de risco se tornam insuficiente em alguns aspectos, devido à assistência realizada aos usuários classificados como pouca gravidade resulta-se em superficial e inadequado (NASCIMENTO et al., 2011b).

Desta forma, o uso constante dos serviços de urgência está relacionado extremamente a fatores socioeconômicos e doenças crônicas, demonstrando a relevância na execução da assistência na rede de atenção à saúde a essas pessoas, que precisam de ações continuadas para a prevenção de agravos e de pronto atendimento nas condições agudas (ACOSTA e LIMA, 2013).

Segundo os mesmos autores, a atenção deve ser multidisciplinar, constante e com competência para que a rede assistencial possa auxiliar na diminuição da procura frequente dos serviços de urgência. Sendo, então, fundamental que haja diálogos entre os serviços de urgência e de atenção primária e secundária, com a formulação e pactuação dos fluxos de referência e contrarreferência, resultando para o usuário o atendimento contínuo.

Conclui-se que ainda existem diversos limites que se deparam nesse serviço. A partir disso, todos esses devem ser estudados, analisados, discutidos e agregados soluções para que se coloquem em prática, desenvolvendo assim uma assistência de melhor qualidade, de mais eficiência e de continuidade, para que atenda de forma holística todos os usuários.

Categoria 2: As Possibilidades que Permeiam o Acolhimento e a Classificação de Risco na Práxis dos Enfermeiros

O processo de acolhimento e classificação de risco encontra-se permeado por variadas possibilidades. Aqui serão apresentadas e discutidas as que sobressaltam por frequência e por relevância para essa categoria através dos discursos descritos nos questionários pelos enfermeiros.

Trata-se aqui como ponto alto das possibilidades que surgem mediante à execução do acolhimento e da classificação de risco “o gostar de trabalhar no setor”. Tal conduta deve-se ao número expressivo de sujeitos, onze (100%) deles afirmaram que gostam de trabalhar no setor de acolhimento e classificação de risco.

O fator de “gostar do que faz” tem uma implacabilidade imensa no produto final, aqui denominado de assistência, produzido pelo enfermeiro. Esse fator também compõe a motivação no trabalho atual dos enfermeiros. Logo, o grau de satisfação e motivação de uma pessoa são questões que influenciam diretamente na harmonia e na estabilidade psicológica do sujeito no local de trabalho (BATISTA et al., 2005).

Segundo Nunes, et al. (2010), a satisfação com o trabalho é formada por um conjunto de sentimentos favoráveis que os sujeitos apresentam em relação ao mesmo. Um desses, é a apreciação pela função desempenhada, ou seja, “gostar do que faz”, e quanto maior for a quantidade de fatores de satisfação, maior proporção tende a ser o empenho do profissional em prestar uma assistência qualificada, refletindo assim em um serviço de melhor qualidade.

Diante de tais afirmativas, pode-se confirmar a grande importância que tem os enfermeiros que trabalham no setor de acolhimento e classificação de risco do “gostar do que faz”. Desta maneira, compreende-se tal fator como sinônimo de uma assistência de qualidade.

Na visão de um (9,1%) dos sujeitos participantes da pesquisa, demonstra a autonomia concebida ao enfermeiro como propulsor da afinidade para trabalhar no setor de acolhimento e classificação de risco:

“Sim. Tenho autonomia no atendimento (...)” (E1).

Em contra partida, comprova que dez (90,9%) desses sujeitos não se deram conta da autonomia ofertada ao profissional enfermeiro nesse setor. Apesar desse fator estar presente no discurso de apenas um dos enfermeiros, considera-se o elemento relatado importantíssimo, por ser uma das funções em que o enfermeiro possui total autonomia.

O profissional enfermeiro vem ganhando autonomia ao longo do tempo, sendo construída e conquistada concomitantemente à evolução da profissão. A autonomia a qual se faz inferência aqui é a autonomia técnica dada aos profissionais no processo de trabalho, onde pode ser definida como a liberdade de avaliação, julgamento e a tomada de decisão diante do seu trabalho (MARQUES e LIMA, 2008; RAMOS, 2011).

A autonomia do enfermeiro encontra-se pautada em seu „saber-fazer” no momento de um procedimento assistencial frente às necessidades em saúde apresentada pelos usuários. Sendo assim, essas ferramentas „o saber e o fazer” são indispensáveis ao estabelecimento da autonomia desse profissional (MARQUES e LIMA, 2008).

Ramos (2011), comprova em seu estudo que os enfermeiros no setor de acolhimento e classificação de risco, além de empregar o seu conhecimento técnico junto à reorganização do processo de trabalho, encontram-se dotados de autonomia no desempenho da função que exercem. Ao decidir sobre o seu trabalho, o enfermeiro desvela a diversidade de tarefas desempenhadas por ele no acolhimento e na classificação de risco, e evidencia assim a vasta base de conhecimentos científicos que esses profissionais precisam deter.

É possível confirmar a grandiosidade da autonomia dada ao enfermeiro na classificação de risco através do parecer instituído pelo COREN do Distrito Federal nº005/2011 que declara as atribuições desse profissional nesse setor. As características generalistas dos enfermeiros permitem esse profissional assumir a responsabilidade pela avaliação inicial dos usuários, iniciarem a obtenção do diagnóstico, encaminhar o paciente no interior do departamento de emergência para a área clínica adequada e supervisionar o fluxo dos usuários.

A humanização do cuidado, ou seja, das ações que são dispensadas aos usuários é pontuada por três (27,3%) enfermeiros participantes do estudo, como fator contribuinte e influenciador para que eles gostem de trabalhar no setor de acolhimento e classificação de risco. Veja os discursos abaixo:

“(...) Gosto de trabalhar de forma humanizada, atendo cada paciente como se fosse da minha família” (E2).

“(...) Gosto (...) de ouvir, de receber o paciente” (E3).

“(...) Por ser um setor importante e acolhedor eu gosto do trabalho (...)” (E5).

Barbosa (2011), traceja pela mesma perspectiva encontrada nesse presente estudo que é o gosta de trabalhar de forma humanizada, de acolher, receber e ouvir o usuário, e afirma que isso ocorre porque a humanização faz parte da filosofia de enfermagem. Logo, a essência humana, o sentimento humano, irá dirigir o raciocínio e as ações da equipe de enfermagem, e principalmente do enfermeiro, capacitando-o a crítica e a construção de uma realidade mais humana para os usuários, contribuindo diretamente para qualidade da assistência prestada.

A humanização pode ser compreendida em diferentes concepções. Uma delas é caracterizada pela concepção humanística que é representada pelo “amor, cuidado, respeito, dignidade, atenção, carinho, ser humano e igualdade”, que se encontram associada a uma conduta que se voltam para a qualificação do atendimento evidenciada pelo “acolhimento, atendimento bom, melhoria, organização”. (ANDRADE, ARTMANN e TRINDADE, 2011).

A humanização enquanto tecnologia indispensável e organizadora do processo de trabalho é demonstrada pelo “atendimento, empatia, escuta, paciência e solidariedade”, e “organização, prioridade, direcionamento, encaminhamento” revelados por seus resultados positivos a “qualidade, resolutividade” a “satisfação e melhoria”. Essas duas concepções se completam, sendo assim, são indispensáveis à humanização na produção do cuidado em saúde (ANDRADE, ARTMANN e TRINDADE, 2011).

Evidencia-se um número pequeno de sujeitos que desempenham a humanização. Frente a esse dado, salienta-se a necessidade de contagiar e mobilizar um maior número de profissionais que promovam a humanização, e só assim irá conseguir garantir uma assistência de qualidade a um número maior de usuários.

Ressalva-se que a humanização nas unidades de emergência é uma das áreas mais problemáticas do SUS, por estar inserida em um contexto crítico de grande complexidade e que precisa reassumir a nível brasileiro um atendimento mais humano centralizado na dignidade das pessoas nas situações de cuidado e atenção, sendo indispensável à realização de uma leitura das necessidades pessoais e sociais do usuário para a concretização de ações humanizadas (BARBOSA, 2011).

É necessário acolher todos os indivíduos que procuram o serviço de urgência e emergência assegurando a escuta de suas necessidades e assim o profissional responsabiliza-se por elas, a partir daí, buscar resolução dos problemas que seja dentro do próprio serviço ou na rede dos serviços de saúde o qual faz parte (ZANELATTO e PAI, 2010).

A possibilidade fornecida aos enfermeiros de atuar com educação em saúde (diálogo educativo) é evidenciada por seis (54,5%) desses profissionais participantes da pesquisa como contribuinte direto, para que se identifiquem e tenham prazer em trabalhar no setor de acolhimento e classificação de risco, podendo ser comprovadas nas expressões abaixo:

“(...) posso ouvir orientar as pessoas (que é um serviço que tenho prazer em fazê-lo)” (E1).

“(...) Gosto devido ao contato com o paciente, da possibilidade de orientação para mudanças de estilo de vida (...)” (E3).

“(...) Entendo como o princípio de todo processo de educação e retorno do estado de saúde do paciente” (E7).

“(...) Permite não só direcionar os usuários, mas orientá-los em muitas pequenas situações de simples solução mas que desconhecem” (E8).

A orientação aos usuários citada pelos enfermeiros remete-se ao processo de educação em saúde. Essa que é indispensável ao cuidado de enfermagem, seja ela no sentido de promover, manter e restaurar a saúde ou ainda de evitar a doença e auxiliar os indivíduos a se ajustar aos efeitos residuais da doença e por atingir a capacidade dos indivíduos de efetuar atividades importantes de autocuidado. Logo, a educação em saúde é uma responsabilidade essencial de enfermagem (BRUNNER e SUDDARTH, 2012).

A afinidade por promover a educação em saúde, explica-se pelo enfermeiro ser um educador por natureza. Essa profissão encontra-se fundamentada em dois princípios inseparáveis: o cuidado e a educação, que são colocados em prática através de um cuidado dinâmico e dialógico cunhado em uma ética humanista (LOPES, ANJOS e PINHEIRO, 2009).

Os questionamentos podem surgir acerca da realização de educação em saúde no nível terciário de atenção à saúde, porém na literatura encontram-se afirmativas a respeito de que os enfermeiros devem aproveitar de todas as oportunidades para o ensino sobre saúde, seja qual for o ambiente de cuidados à saúde, é sempre uma ocasião favorável para promover o bem-estar dos usuários (BRUNNER e SUDDARTH, 2012).

Esse ensino que se faz inferência é definido como ajudar a outras pessoas a aprender. Logo, o processo de ensino-aprendizado é ativo, o que requer envolvimento do enfermeiro e do usuário mobilizando forças para atingir o resultado almejado, uma mudança no comportamento. Então, o enfermeiro é um facilitador do processo de aprendizado, este que pode ser entendido como aquisição de conhecimentos, atitudes ou habilidades. Embora os usuários tenham a autoridade para decidir se aprendem ou não, os enfermeiros carregam a responsabilidade de apresentar informações e orientações em saúde a esses usuários, onde a pretensão em suma é a mudança no estilo de vida (BRUNNER e SUDDARTH, 2012).

Das contribuições que o acolhimento e classificação de risco trouxeram para os usuários, seis (54,5%) desses sujeitos se voltaram unicamente para as contribuições da classificação de risco, atribuindo uma mudança no processo de atendimento dos indivíduos mais graves, os mesmos que ganham prioridade diminuindo assim o tempo de espera pelo atendimento médico. Pode-se confirmar nos trechos a seguir:

“Maior agilidade no atendimento quando se trata de uma situação mais grave; a diminuição da espera” (E1).

“A definição da ordem do atendimento dando prioridade do paciente que realmente precisa” (E2).

“A quem necessita de um atendimento rápido, conseguimos identificar c/ clareza” (E7).

Os achados desse estudo estão de comum acordo com a literatura da área. A classificação de risco é uma estratégia que destina a organização do processo de trabalho nos serviços de urgência e emergência, visto que agiliza e prioriza o atendimento. Tendo essa estratégia como ator principal o enfermeiro (NASCIMENTO et al., 2011b; SOUZA et al., 2014).

A classificação de risco objetiva, justamente, otimizar o tempo de espera conforme a gravidade da condição clínica dos usuários, de modo a tratar mais rapidamente os sintomas mais intensos, diminuindo assim, as chances de um prognóstico com impactos negativos, resultantes de atraso no tratamento. Sendo assim, consegue garantir que os procedimentos terapêuticos sejam iniciados em momento oportuno (SOUZA et al., 2014).

NONNENMACHER, WEILLER e OLIVEIRA (2012), reafirmam em seu estudo que a classificação de risco vem para priorizar o atendimento dos usuários graves, não excluindo a demanda espontânea do serviço de urgência e emergência. Essa estratégia permite informar ao usuário a expectativa de atendimento e o tempo de espera reduzindo-lhe a ansiedade e ampliando o seu nível de satisfação.

A classificação de risco é colocada em prática através das escalas e de protocolos, o que conferi aos enfermeiros maior segurança e controle da situação. Para utilização desses instrumentos é indispensável o conhecimento clínico que permite o profissional reconhecer os usuários que sofrem com agravos agudos e precisam de intervenção médica e de enfermagem rápida ou imediata, reduzindo-se assim o risco das mortes evitáveis e também aqueles que podem ser seguramente encaminhados, na certeza que receberam atendimento. Essa estratégia fornece aos profissionais uma confiança no seu trabalho por saber que, quem está do lado de fora, pode esperar um pouco mais pelo atendimento (NASCIMENTO et al., 2011b; SOUZA et al., 2014).

Apenas na expressão de dois (18,2%) dos enfermeiros foi possível constatar inferências das contribuições, tanto do acolhimento como da classificação de risco para os usuários.

“Melhor recepção; Agilidade no 1º atendimento (+ rápido); Humanização; Prioridade nos atendimentos mais graves (vermelhos)” (E3).

“Agilidade no atendimento. O (nome do hospital) é uma emergência clínica. Acolhemos bem, buscamos classificar com seriedade para oferecer um atendimento ágil e de qualidade” (E8).

Observa-se no discurso dos participantes, o entendimento sobre as completas contribuições do acolhimento e da classificação de risco, e esse corrobora com que o Ministério da Saúde preconiza sobre essas tecnologias. As contribuições vêm juntas para garantir aos usuários uma assistência de qualidade completa, não só pela vertente de tornar o processo de atendimento mais ágil, rápido e dinâmico aos usuários em condições graves, mais vem proporcionar a todos uma humanização integral de atenção à saúde (BRASIL, 2009).

A partir dos dados apresentados acima, constata-se um número considerável de sujeitos que reconhecem as vantagens que a classificação de risco oferta aos usuários, e do outro lado, um número pequeno de sujeitos que reconhecem por completo as melhorias para os usuários atribuídas, tanto ao acolhimento assim como a classificação de risco. O balanço que se faz disso é que oito sujeitos representados por (72,7%) um valor expressivo reconhecem que essas tecnologias trouxeram algum tipo contribuição positiva aos usuários do serviço.

Em concepção do foi dito anteriormente, depara-se com a necessidade de levar a todos os profissionais, principalmente aqueles que encontram-se na linha de frente da aplicação prática do acolhimento e da classificação de risco, a reconhecerem esses como qualificadores da assistência e como estratégia para produzir saúde (BRASIL, 2009).

A expressão de um dos sujeitos da pesquisa representado (9,1%) chama atenção por atribuir ao acolhimento e a classificação de risco como meio para ensinar os usuários sobre a disposição dos serviços de saúde de acordo com seus níveis na rede de assistência. Veja o discurso:

“Contribui para que, aos poucos os usuários entendam o funcionamento do setor de saúde (básica, média e alta complexidade) a partir do momento que direcionamos a clientela” (E5).

Os dados encontrados no estudo de Rossaneis et al. (2011), justificam a fala desse sujeito. O estudo destaca que nos quatro primeiros meses de implantação do acolhimento e da classificação de risco em um pronto socorro de um hospital público, foram encaminhados 4.487 usuários para outros serviços, sendo que desses 4.432 foram encaminhados a uma unidade básica de saúde (UBS).

Essa quantidade de usuários encaminhados para UBS revela-se que grande parte dos pacientes que buscam atendimento no pronto-socorro poderia ter seus problemas sanados na atenção primária ou ambulatorial. Ressalva-se que os encaminhamentos devem ser assegurados, no sentido de que haverá a garantia do atendimento no serviço para o usuário que foi encaminhado. Desta forma, o encaminhamento vem dar destino certo à clientela contribuindo para que os usuários entendam os níveis de atendimento à saúde e se direcionem de forma correta na rede (ROSSANEIS et al., 2011).

As possibilidades que permeiam o acolhimento e a classificação de risco são várias e tendem sempre a contribuir para uma assistência de qualidade, resgatar a humanização no atendimento ao cliente e proporcionar um atendimento mais seguro, propiciando também aos enfermeiros a autonomia, reconhecimento por sua atuação, tornando-se indispensável no atendimento de urgência e emergência.

Subcategoria: Credibilidade a Implantação do Acolhimento e da Classificação de Risco

Essa categoria surge com o intuito de reforçar as possibilidades de qualificação dos serviços através do acolhimento e da classificação de risco, fomentando total credibilidade à importância da implantação dessas tecnologias nas portas de urgência e emergência dos hospitais.

Existe uma unanimidade entre os sujeitos da pesquisa, ou seja, 100% deles consideram importante a implantação do acolhimento e da classificação de risco. Justificam a implantação dessas tecnologias como

indispensáveis pela gama de possibilidades que elas trazem em sua essência. Na sequência, as possibilidades pontuadas pelos sujeitos da pesquisa:

A humanização das ações dispensadas aos usuários, representada por um acolhimento de qualidade identifica-se pelas necessidades dos usuários, e é pontuada por três (27,3%) dos sujeitos da pesquisa:

“(...) Pois é no acolhimento que o enfermeiro vê a necessidade de atendimento de cada paciente” (E2).

“(...) Para priorizar o atendimento e principalmente humanizar” (E3).

A implantação do acolhimento e da classificação de risco trás a humanização como concessão fundamental para o funcionamento do serviço, considerando a valorização dos diferentes sujeitos por meio da escuta qualificada e posteriormente resolução dos problemas (GONÇALVES, 2012).

O termo humanização na saúde passou a ser representado pela palavra “acolhimento” consistindo assim, em uma ferramenta para lidar com os problemas da qualidade do acesso e da recepção dos usuários no serviço de saúde. Logo, humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS funciona como intermédio para qualificação das práticas do cuidado em saúde (BARBOSA, 2011; ANDRADE, ARTMANN e TRINDADE, 2011).

O momento da classificação de risco como oportuno para realizar orientações sobre saúde é citado por um enfermeiro que representa 9,1%.

“(...) aproveitamos para fazer orientações aos pacientes” (E5).

O enfermeiro é um profissional capacitado para o processo de educar em saúde o qual se entende como orientações que visam fornecer não apenas conhecimentos cognitivos lineares, mas comportamentos e atitudes para promoção do auto-cuidado, tendo em vista sempre a melhoria das condições de vida e de saúde desses usuários. Essa atribuição de fundamental importância do enfermeiro é um instrumento que qualifica a assistência de enfermagem (CASTRO et al., 2010; LOPES, ANJOS e PINHEIRO, 2009).

A prioridade para os casos graves e o destino correto à clientela através do encaminhamento, possibilita reduzir o fluxo da porta de urgência e emergência hospitalar, e é desvelado por sete (63,6%) dos sujeitos da pesquisa.

“(...) Proporciona um melhor atendimento, tanto para o paciente quanto para o fluxo do setor, pois possibilita o encaminhamento de outras pessoas para o serviço correto, além de facilitar a ordem para os atendimentos, mediante a classificação” (E1).

“É de fundamental importância, pois além de “desafogar” o fluxo intenso diário do hospital (...)” (E5).

“(...) Dinamiza o atendimento e permite aos que de fato tem necessidade de rápido atendimento o receba amenizando o seu problema até solução de fato” (E8).

Assim como nesse estudo, Gonçalves (2012) em sua pesquisa, ressalta que os enfermeiros reconhecem que a implantação do acolhimento e da classificação de risco são de suma importância para nortear o fluxo do usuário na rede assistencial, e destacam esses dispositivos como viabilizadores de um atendimento mais rápido aos pacientes graves; de uma humanização da assistência que perpassa pelo acolher, escutar e dialogar; da oportunidade de realizar a educação em saúde, ou seja, exatamente as três possibilidades que os sujeitos dessa pesquisa utilizam-se para atribuir importância a implantação do acolhimento e da classificação de risco.

O fato desses sujeitos afirmarem a importância da implantação do acolhimento e da classificação de risco está atrelado às possibilidades de qualificação da assistência nos serviços de urgência e emergência que esses dispositivos tendem a proporcionar.

Godoy (2010) menciona o acolhimento com avaliação e classificação de risco como “luz” para as dificuldades e os problemas existentes nos serviços de urgência e emergência e como possibilitadores de

reflexão profissional sobre as suas ações, gerando novas alternativas e possibilidades na prática do enfermeiro, colaborando desta forma, para uma melhoria da qualidade da assistência aos usuários.

Ainda sob a perspectiva de elucidar o máximo possível sobre a importância da implantação do acolhimento e da classificação de risco, foi proposto aos sujeitos da pesquisa que discursassem se houve melhora na sua forma de trabalhar no setor de urgência e emergência após a implantação do acolhimento e da classificação de risco, seis (54,5%) desses sujeitos mencionaram que “sim”, ou seja, que a implantação dessas tecnologias trouxe melhorias para forma de trabalhar nesse setor.

Dentre as melhorias pontuadas por cinco (45,4%) desses sujeitos está a ordenação da porta de entrada conjugada a agilidade do atendimento, as quais estão desveladas abaixo:

“(...) pois houve uma ordenação na porta de entrada” (E3).

“(...) agilidade no atendimento” (E10).

Percebe que os indivíduos reconhecem e pontuam como melhorias, exatamente os objetivos do acolhimento e da classificação de risco segundo o Ministério da Saúde ao redigir sua mais atual cartilha que funciona como amparo para os serviços de urgência e emergência que buscam implantar essas tecnologias (BRASIL, 2009).

O acolhimento e a classificação de risco na visão de um (9,1%) dos sujeitos participantes da pesquisa, se mostra como tecnologias capazes de modificar o profissional de saúde tornando-o mais humano.

“(...) temos que atender o paciente de forma humanizada. Melhorou meu modo de pensar e agir no acolhimento” (E2).

Shiroma e Pires (2011) reconhecem que a implantação do acolhimento e da classificação de risco são propulsores de mudanças nas atitudes dos enfermeiros que atuam nesse setor. Esses sujeitos detêm uma maior preocupação com o atendimento humanizado em sanar as necessidades dos usuários. Entretanto, afirmam que a mobilização isolada sem apoio da gestão é insuficiente para maiores conquistas frente à demanda complexa de cuidado em saúde, que é encontrada nos serviços de urgência e emergência. Logo, é preciso uma mobilização de todas as partes envolvidas no processo de acolhimento e classificação de risco para vencer as barreiras que vão surgindo ao longo do caminho, não só o de implantação, mas também o de concretização diária dessas tecnologias.

No discurso de três (27,3%) dos pesquisados, suscitam não poder identificar melhorias por dois motivos, ou não trabalhavam antes no setor de urgência e emergência, ou simplesmente quando chegaram para trabalhar, o acolhimento e a classificação de risco já estavam implantados no hospital.

“Acredito que sim. Não posso justificar, pois eu não trabalhava em urgência e sim com clínica médica” (E1).

“Trabalhei pela primeira vez em hospital em 2008 já existia classificação de risco. Por isso, sempre trabalhei em hospitais com essa característica” (E5).

É possível perceber a veracidade dos discursos desses indivíduos, pois quando não há possibilidade de vivenciar no setor de urgência e emergência sem a implantação do acolhimento e da classificação de risco, não é possível identificar as melhorias trazidas para forma de trabalhar com a implantação dessas tecnologias, já que no presente só lhe é possibilitado uma vivência do setor com essas tecnologias em vigor.

FLUXOGRAMA

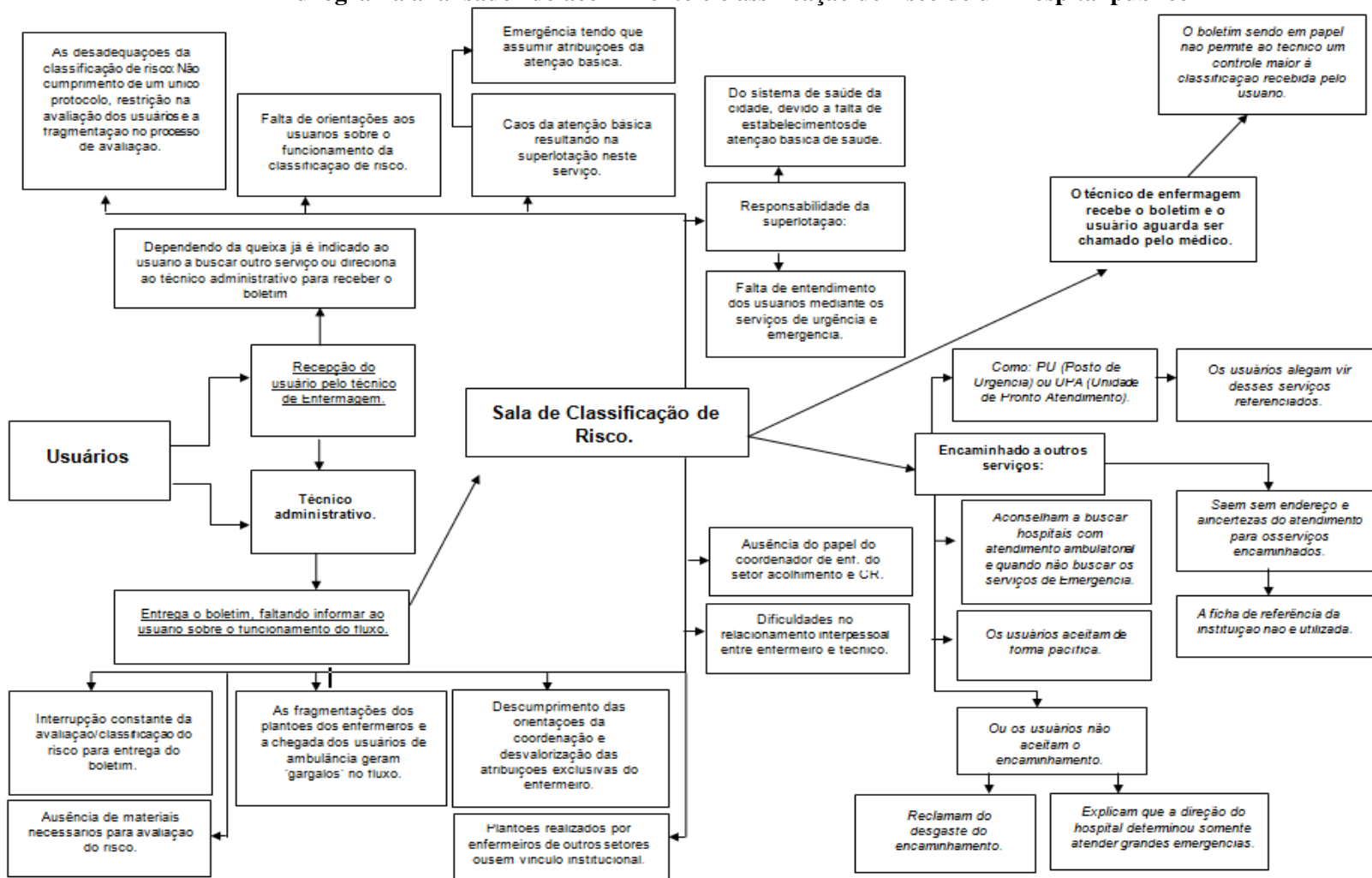
A observação não-participante/assistemática gerou um diário de campo mediante ao qual criou-se o fluxograma (fig. 1) a seguir, em que se identificou a partir de cada etapa do atendimento os limites e as possibilidades que permeiam o acolhimento e classificação de risco. Vale ressaltar que nem todos os apontamentos desse fluxograma serão discutidos, apenas os dados não contemplados nas categorias anteriores.

As variações de recepção do usuário na unidade submergem dois limites: o primeiro é o encaminhamento sem qualquer tipo de avaliação apenas pela queixa do usuário, já é indicada a buscar outro serviço, e o segundo, é a falta de informação ao usuário sobre o funcionamento do fluxo na unidade e onde o mesmo deve-se dirigir com seu boletim (anexo 1).

De acordo com o ministério da saúde e pautado nos pressupostos do acolhimento, todos os usuários que buscam o serviço de saúde devem ser atendidos. Atendimento esse, que deve ser baseado na responsabilização e na resolutividade em casos onde o serviço não possa resolver a demanda do usuário, e estabelecer articulações com outros serviços para garantir a eficácia do encaminhamento (BRASIL, 2009).

Na sala da classificação de risco se delimita em quanto espaço físico decorre esse processo de avaliação e subseqüentemente a classificação de risco, em que estão a ocorrer limites e possibilidades há todos instantes. Enumera-se a abaixo:

Fluxograma analisador do acolhimento e classificação de risco de um hospital público



Em negrito:	Funcionamento no setor de Urgência e Emergência.
Sublinhado:	Os limites na recepção do usuário
Normal	Os limites e as possibilidades encontradas na sala de classificação de risco.
Em itálico:	Os limites e as possibilidades encontradas após o usuário ser atendido.

FONTE: ADAPTADOS PELAS PRÓPRIAS PESQUISADORAS.

A entrega do boletim pelo usuário que aguarda o processo de classificação gera uma interrupção constante da avaliação do enfermeiro durante o atendimento na sala de classificação de risco. Prática claramente prejudicial à qualidade da atenção e da avaliação para a classificação do risco do usuário em atendimento. Revela-se então, um processo existente na instituição estudada em que não foi encontrado na literatura.

São escalados dois enfermeiros por dia na classificação de risco, para que trabalhem ao mesmo tempo as vinte e quatro horas, mas a grande maioria deles realizam o que definem por “esquema”, que trata-se de uma combinação entre eles para cumprimento do plantão, onde a dupla se divide e cada um cumpre doze horas ou realizam um revezamento de quatro em quatro horas. O que implica em apenas um enfermeiro atendendo o grande fluxo da unidade e como consequência disso, se cria um segundo gargalo de usuários e o estagnamento do fluxo quando solicitado que classifiquem o risco dos usuários que chegam de ambulância.

Essa divisão de plantão reduz o número de enfermeiro no setor, e tem como consequência um segundo gargalo de usuários e o estagnamento do fluxo são claramente prejudiciais à qualidade da assistência. Segundo Ferreira (2012), um conjunto de fatores que contribuem para baixa qualidade da assistência estar no número restrito de funcionários. A partir de um recorte da cultura organizacional nos hospitais públicos brasileiros, revelaram-se algumas relações de subsistência entre o trabalhador da saúde e o seu trabalho, como atitudes marcadas pela falta de compromisso, desinteresse e falta de dedicação, transgressão de normas, como uma constante pautada na estabilidade do emprego público, em que os interesses particulares dos trabalhadores invadem a esfera pública (VAGHETTI et al., 2009).

Quanto aos atrasos do fluxo sejam eles direta ou indiretamente, estão em controversa ao cerne da tecnologia de classificação de risco, que tem caráter de agilidade para atender o paciente em risco. Logo, não se deve ter empecilhos que retardem ou atrasem por um longo tempo essa classificação e consequentemente o atendimento médico desse usuário (BRASIL, 2004).

A divisão do plantão acarreta condutas inapropriadas como: o descumprimento da orientação da coordenação em manter os técnicos de enfermagem na recepção dos usuários, por parte dos enfermeiros que querem mantê-los dentro da sala de classificação de risco, para auxílio no processo de mensuração de parâmetros; por falta da presença dos dois enfermeiros concomitante há momentos em que se delega a função exclusiva do enfermeiro em quanto classificador de risco ao técnico de enfermagem.

Vaghetti et al. (2009), cita em seu estudo a questão da autogovernabilidade presente nos servidores públicos, que segundo ele também é acarretada pela estabilidade dos empregos públicos, torna-se assim uma problemática que não segue as normas estabelecidas pelos gerenciadores, o que propicia uma desordem nos setores.

Diante de tal conduta dos enfermeiros é preciso reafirmar que de acordo com o Ministério da Saúde, em sua portaria de nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, a classificação de risco deve ser realizada por profissional da saúde de nível superior, nesse caso o enfermeiro. Quando o enfermeiro repassa essa atribuição, acaba quebrando com seu código de ética, e vem assim desvalorizar essa ação que é tão importante para a sua categoria que é a classificação de risco, essa que lhe fornece autonomia, mas também lhe exige responsabilidade (BRASIL, 2003).

Oliveira et al. (2013), constata também em seu estudos técnicos de enfermagem realizando a classificação de risco, e ressalta que o profissional técnico não tem formação suficiente para assumir tal responsabilidade de classificar o risco, caso tivesse seria garantido pelo ministério da saúde seu exercício nessa atividade. Através de condutas desse padrão, o enfermeiro pode estar perdendo seu espaço, pois deixa de executar aquilo que é de sua competência exclusiva.

Reféns de algumas contras eventualidades, a distância de suas residências e o local de trabalho muitos dos enfermeiros pagam enfermeiros de outros setores e até enfermeiros que não possuem vínculo com o hospital para desempenhar a classificação de risco. E o que cabe evidência são indivíduos despreparados, para realizar as funções do enfermeiro classificador, propiciando assim avaliações e classificações de riscos refutáveis.

A portaria do ministério da saúde 2.048, afirma que o profissional para atuar na classificação de risco deve receber treinamento específico e utilizar o protocolo pré-estabelecido, já que é uma atuação que não se exige uma especialização. Logo, essa falta de treinamento pode propiciar erros e gerar falsas classificações colocando em risco assim a saúde dos usuários desse serviço.

Outra situação singular que pode ser presenciada foi a ausência do papel do coordenador, quando solicitado sua intervenção em dois momentos, em casos de falta de um dos enfermeiros plantonistas do dia, e não obteve-se nenhuma resposta. Consta-se uma postura de omissão do coordenador perante os problemas que surgiam, e a implicação disso, é que um enfermeiro acabava assumindo sozinho às vinte e quatro horas, e se mostrava indignado e reclamava da exaustão.

Segundo Ribeiro (2006), uma das atribuições gerais dos coordenadores de setor de enfermagem é "avaliar e remanejar pessoal de acordo com as necessidades da assistência" e responsabiliza-se também sob eventos de erros que ocorrem no setor. Logo, quando o coordenador do setor se ausenta de suas funções, corroboram diretamente para prejuízos diretos na assistência dos usuários. Trata-se de uma postura que se contrapõe com aquela necessária para resolução de problemáticas que permeiam a realidade vivenciada no setor.

Mansoa (2010), retrata em seu estudo que o cansaço físico e mental conjugado ao stress são fatores resultantes das longas jornadas de enfermagem, que propiciam erros na assistência atribuída aos usuários. Todavia, a avaliação e a classificação de risco desse enfermeiro encontram-se predisposto a erros, devido sua exposição clara aos fatores de cansaço físico e psicológico e o stress, que atribui-se ao fluxo intenso na unidade e a sua responsabilização única pelo plantão sem ter horário para descanso.

O relacionamento interpessoal entre enfermeiros e técnicos de enfermagem é uma problemática, demarcado por desavenças durante o expediente e na frente dos usuários, em sua maioria relacionada a atrasos do horário para assumir o plantão pelos técnicos. Porém, o que se destaca são os conflitos sobre a disposição dos técnicos no fluxo do setor.

No processo de trabalho da enfermagem são imprescindíveis as relações interpessoais, pois se trata de um trabalho em equipe onde os relacionamentos influenciam diretamente no cotidiano, em caso de relações desfavoráveis e tensas manifestam-se as dificuldades de desenvolvimento e a efetuação das atividades da equipe. Sendo assim, é indispensável à manutenção de relacionamentos saudáveis junto à equipe em prol de um cuidado terapêutico de qualidade, não permitindo assim que os usuários sejam prejudicados. Logo, o relacionamento interpessoal é um fator decisivo para o desenvolvimento do cuidado destinado aos usuários (MARTINS et al., 2014; WAGNER et al., 2009).

Diante da observação de tantas avaliações e classificações de risco é possível enumerar algumas desadequações que circundam esse processo, primeiramente foi possível constatar que os enfermeiros não seguem um mesmo protocolo de classificação de risco, cada um tem critérios próprios e segundo, percebe-se que através da avaliação de usuários com os mesmos sinais e sintomas e parâmetros mensuráveis iguais, mas com risco classificado diferente.

A constatação dessa postura encontra-se em desacordo com a proposta de um protocolo de classificação de risco aderido por um serviço de saúde, no qual vem a ser um instrumento estruturado para adaptar os usuários de acordo com o risco potencial à saúde, ou sofrimento a uma prioridade de atendimento. Logo, esta é uma forma de padronizar a conduta dos profissionais que atuam na avaliação e classificação de risco e de organiza os processos de atendimento priorizando o risco (BOHN, 2013; TOLEDO, 2009).

Seguindo a mesma perspectiva de avaliação, constata-se uma restrição por parte de alguns enfermeiros perante esse processo, reduzindo os parâmetros mensuráveis aos sinais vitais com a pressão arterial e a temperatura quando o usuário relata aumento das mesmas em período próximo, limitando-se tão somente a perguntas pré-pontuadas no boletim, de forma reta sobre: doenças pré-existentes, medicamentos em uso, queixa, alergias. Torna assim, esse processo como algo engessado e mecânico. Frente uma pequena parcela que realiza todos os sinais vitais, mais saturação, glicemia (em diabéticos), exame físico focal (palpação em membros inferiores, ausculta pulmonar), e que perguntam os pontos pré-estabelecidos no boletim, mas não se limitam a buscar sempre mais a fundo sobre a queixa do usuário.

O risco de um usuário é classificado a partir de uma avaliação que contempla os parâmetros mensuráveis, como: sinais vitais (Pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e frequência respiratória); verificação da glicemia e eletrocardiograma, se necessário. E os parâmetros não mensuráveis como: doenças pré-existentes, medicamentos em uso, queixa, alergias e exame físico focal buscando evidenciar sinais e sintomas. Logo, a realização incompleta dessa avaliação pode vir tornar a classificação de risco refutável e equivocada para menos do que o real, postura que pode ser extremamente a prejudicial à saúde do usuário, propiciando agravos e lesões que poderiam ser evitados (BRASIL, 2004).

A composição mais comum quanto aos profissionais na sala da classificação de risco, é um enfermeiro e um técnico de enfermagem em cada uma das mesas de atendimento. Uma das atuações mais

prevalente do técnico de enfermagem é a mensuração dos parâmetros, e passa o boletim e o usuário para a mesa ao lado onde o enfermeiro terminará a avaliação e classificará o risco. Essa fragmentação da avaliação é desfavorável ao usuário, que muitas vezes apresenta-se com dor, podendo ser identificada por sua face álgica e passa pelo desconforto de se sentar e ter que mudar de local para realizar uma única etapa do atendimento.

Assim como Quirino e Collet (2009), verificaram em seu estudo a fragmentação do processo de trabalho da enfermagem, fundada em uma lógica taylorista que ocorrem nas linhas de montagem, onde cada trabalhador fica responsável por uma determinada tarefa do processo de trabalho, cuja finalidade é aumentar a produtividade. Isso vem ocorrer, na maior parte das vezes, pela falta de recursos humanos suficiente para atender a demanda de pacientes. Quando se organiza o trabalho de enfermagem por essa ótica, os profissionais têm uma visão fragmentada dos sujeitos, perdem assim o contexto integral e não atingem o cuidado ampliado de saúde, afetando diretamente a qualidade da assistência de enfermagem. Logo, vemos que essa fragmentação no processo de avaliação e subsequente classificação de risco se mostram semelhante à descrita no estudo acima, assim a qualidade do processo pode estar sendo afetada.

Segundo Brunner e Suddarth (2012), dor é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável decorrente de uma lesão tecidual real ou potencial. Para Pedroso e Celich (2006), os enfermeiros têm sempre que valorizar e respeitar a queixa de dor ou as suas reações comportamentais e fisiológicas, e se sensibilizar-se frente a ela, prestando assim uma assistência humanizada, atenciosa, respeitosa e justa.

A partir das muitas avaliações observadas, foi possível perceber um excessivo número de casos que deveriam buscar os serviços de atenção básica de saúde. Evidencia-se por buscar a emergência para os seguintes atendimentos: verificação da pressão arterial, da glicemia, troca de receituário, usuários com demandas crônicas (hipertensão maligna, diabetes) que se reconhecem como “fregueses” e são reconhecidos pelos funcionários do hospital. Quando esses sujeitos foram questionados pelos enfermeiros o motivo pelo qual não buscaram uma unidade básica de saúde, diziam ter procurado esse tipo serviço, porém nunca tinha médico e quando tinha a espera pelo atendimento era de vários meses. Logo, estamos frente uma problemática gravíssima, a falta de atenção básica refletindo-se sobre a superlotação das emergências.

A deficiência do funcionamento da atenção básica repercutiu diretamente na alta demanda das unidades de caráter emergencial, o que resulta em longo tempo de espera, o acúmulo de usuários nos corredores dessas unidades, sobrecarga de trabalho da equipe que realiza o atendimento e como consequência tem-se ações mecanizadas, desprovida de humanização caracterizando assim um atendimento de baixa qualidade (NASCIMENTO et al., 2011b; OLIVEIRA et al., 2013).

Frente essa situação a emergência tem assumido as atribuições da atenção básica. Os enfermeiros se vêem frente à necessidade de realizar em meio ao diálogo, orientações em saúde, relacionadas a diversas problemáticas, como a regularidade de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, os perigos da automedicação. Questões essas que deveriam ser trabalhadas na atenção básica. As orientações estendem-se no sentido de elucidar os usuários a não atribuir a emergência, que tem caráter de tratamento imediato, mas sim a função da atenção básica de realizar acompanhamentos.

A política nacional de atenção básica parte do princípio geral de desenvolver uma atenção integral, que impacte na situação de saúde nos determinantes e condicionantes dessa. A atenção básica consiste-se em um conjunto de ações de saúde de âmbito individual e coletivo abrangendo a promoção e a proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Vale ressaltar que, uma das atribuições específicas do enfermeiro no âmbito da atenção básica é planejar, gerenciar e avaliar ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, que dentre elas estar o desenvolvimento de ações educativas que visam promoção da saúde e prevenção de doenças. Percebe-se que há uma centralidade da atenção básica nessas ações educativas (BRASIL, 2012b).

Ressalta-se que a superlotação dessa instituição implica diretamente na qualidade do atendimento, tem a responsabilidade compartilhada pela direção da secretaria de saúde de Campos dos Goytacazes, por falta de uma atenção básica efetiva e resolutiva, ou pela falta de informação ao usuário da existência e função de cada serviço de atenção à saúde; e pelo usuário evidenciado nesse serviço por um déficit de entendimento da função de um serviço de emergência, exemplificado pela busca excessiva de atestados médicos e pelo comportamento cultural em busca o serviço de emergência para sanar as necessidades em saúde, por considerar que esse tipo de serviço concentra uma grande massa de tecnologia material (tomografias

computadorizadas, laboratório de bioquímica entre outros) e profissionais médicos 24 horas. Logo, todos os problemas seriam resolvidos de uma vez só.

Mafra (2011), confirma em seu estudo que há uma associação entre o maior acesso as políticas de atenção básica em saúde e à diminuição das internações hospitalares. Evidenciou essa relação a partir da análise de elevação do percentual de cobertura e de cadastramento da população na estratégia de saúde da família, associada à diminuição da taxa de internação por condições sensíveis em geral. Logo, se encontra a necessidade que o município de Campos dos Goytacazes tem em investir na atenção básica, para contribuir com a minimização da superlotação da porta de emergência, como a do hospital estudado.

Existe latente uma necessidade de superação da percepção que os usuários têm sob a emergência, onde acreditam que os serviços que fornecem assistências mais complexas são os únicos eficazes, acabam assim desqualificando os serviços da atenção básica de saúde (ROSSANEIS et al., 2011).

Seguindo o fluxo de atendimento, após a classificação de risco realizada pelo enfermeiro, o usuário terá um dos dois destinos, em que entregará o boletim ao técnico de enfermagem e esperará a sua vez para a consulta com o médico, clínico geral, ou será encaminhado na própria sala de classificação para outros serviços de saúde de menores complexidades.

No primeiro parâmetro, o técnico de enfermagem ao receber simultaneamente vários boletins em que ainda é utilizado o papel, encontra-se a dificuldade no controle dos mesmos, e obtendo mais gastos. A mudança para uma assistência informatizada possui o grande intuito das empresas e instituições pela diminuição cada vez maior dos gastos e pela associação de diversas tecnologias, para assim lidar de forma mais eficiente com as informações, associando valores às mesmas e ajudando nas decisões (PESSOA, 2009).

Desta forma, o mesmo autor complementa ao mencionar que o objetivo da implementação apresenta dificuldades para serem conquistada, ainda mais se as organizações estiverem desatentas aos fatores culturais, estruturais e pessoais. Pois, não é somente acabar com o papel, executando apenas modificações superficiais e não permitindo que fluxo do serviço ocorra alterações.

Porém, o segundo destino é caracterizado pelo encaminhamento dos usuários para outros serviços. No caso da instituição estudada, para o PU (Posto de Urgência) ou a UPA (Unidade de Pronto Atendimento). Surgindo como novo dado, que os próprios usuários alegam ter vindo desses serviços em que estão sendo referenciados, mas os enfermeiros explicam que os atendimentos dos serviços de Urgência e Emergência são para situações mais agravantes e a quando não buscar estes serviços e continuam com o encaminhamento. Aproveitando a oportunidade de orientar para buscarem o serviço ambulatorial, se for necessário.

Desta forma, o enfermeiro tem a permissão de encaminhar sempre que preciso usuários para outros serviços de saúde. Conforme a Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, o enfermeiro pode executar a consulta de enfermagem, procedimentos, exercícios em grupo e seguir protocolos ou outras normativas técnicas de acordo com a gestão federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, requerer exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços (BRASIL, 2011b).

Alguns usuários não aceitam o encaminhamento fazendo questionamentos. Porém, outros aceitam pacificamente perguntando o endereço e agradecendo a ajuda. De acordo com a Portaria nº 763, de 20 de julho de 2011, que apresenta o preenchimento do número do Cartão Nacional de Saúde do usuário no registro dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares, é importante as informações dos usuários sobre ações e serviços de saúde para as estratégias de referência e contrarreferência municipais, estaduais, regionais, interestaduais e do Distrito Federal, com o designo de assegurar a integralidade da atenção à saúde e de regularizar o sistema de referência e contra-referência das atividades e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

Vale ressaltar, como novo dado, que quando há procura pela rede básica, muitos usuários não encontram atendimento ou são encaminhados para os serviços de urgência e emergência. Dessa forma, percebe-se que o setor de saúde de Campos dos Goytacazes não tem dado a atenção necessária à saúde de seus usuários e que é preciso mudar essa realidade atual.

O Ministério da Saúde traz os princípios e as diretrizes gerais da atenção básica apresentando-a como grupo de atividades de saúde, no campo individual e coletivo, que envolve a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, diminuição de danos e a manutenção da saúde com o propósito de fortalecer uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. (BRASIL, 2011b).

4. CONCLUSÃO

Nesse estudo foram analisados todos os limites e as possibilidades encontrados no acolhimento e na classificação de risco em uma porta de emergência de um hospital público, tendo dois enfoques diferentes: a primeira, parte das respostas dos próprios enfermeiros então considera-se sob a visão dos mesmos. E a

segunda visão é a axiológica dos pesquisadores em quanto espectadores desse processo de acolhimento e classificação de risco.

Evidencia-se que o enfermeiro é um dos principais atores do acolhimento e da classificação de risco, porém o seu trabalho é continuamente influenciado por questões estruturais de gestão complexas que ultrapassam o seu poder de resolução e governabilidade (Souza, et al., 2014).

Percebe-se que o estudo desses instrumentos propiciou a identificação de um dos maiores problemas que afeta a assistência a saúde do município de Campos dos Goytacazes que é a questão falta de uma atenção básica efetiva e resolutiva. Torna-se evidente que o município não vem conseguindo cumprir a proposta do ministério da saúde dos últimos anos que é organizar os serviços de atenção básica fortemente rompendo assim com a hegemonia de cuidado curativo centrado na atenção hospitalar (BRASIL, 2006).

Identificou-se também como uma das maiores problemáticas a forma como ocorre o encaminhamento, em que se vem negligenciando a saúde dos usuários. Essa situação é resultado de uma rede de assistência à saúde fragmentada, representada pela desarticulação entre os serviços de saúde, e que conseqüentemente dificulta o acesso, gera descontinuidade assistencial, compromete a integralidade da assistência (LAVRAS, 2011).

É necessário repensar sobre a prática do encaminhamento, pois, vem ferindo diretamente o cerne do acolhimento, no que diz a respeito responsabilização e resolutividade. Frente a esta questão, destaca-se que é indispensável à construção de redes em que todos os serviços de saúde estejam interligados e se conversem, para que esse usuário obtenha uma assistência continuada e que atenda as suas necessidades.

Além disso, constata-se que é fundamental a criação de um mecanismo de informações aos usuários sobre a disposição dos serviços de saúde e suas funções, ocorrendo da mesma forma com o acolhimento e a classificação de risco. Sugere-se que as informações percorram em todas as mídias (televisão, rádio, jornais impressos, internet, folder distribuídos dentro dos próprios estabelecimentos de saúde), com o objetivo de disseminar a informação o maior número de usuários possíveis.

5. REFERÊNCIAS

ACOSTA, A.M.; DURO, C.L.M.; LIMA, M.A.D.S. **Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa.** Rev. Gaúcha Enferm. vol.33, n.4, Porto Alegre. Dec. 2012.

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. S. **Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa.** Rev. Eletr. Enf. abr/jun. p. 564-573, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17526>. Acesso: 13 de outubro de 2014.

ANDRADE, M. A. C.; ARTMANN, E.; TRINDADE, Z. A. **Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 1115-1124, 2011.

BARBOSA, A. M. M. **Atuação dos enfermeiros no acolhimento a criança no serviço de urgência e emergência de um hospital universitário.** 2011. 57p. Monografia (Bacharelado) - Escola de enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BARBOSA, K. P. et al. **Processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: a visão dos trabalhadores de enfermagem.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 70-76, out./dez. 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, p.1-226, 2014.

BATISTA, A. A. V. et al. **Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v. 39, n. 1, p. 85-91, mar. 2005.

BEATO, M. F. et al. **A Importância da Classificação de Risco em um Pronto Socorro**. In: XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, 2011, Universidade do Vale do Paraíba.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. **Implantação do Sistema Acolhimento com Classificação de Risco e Avaliação de Risco e Uso de Fluxograma Analisador**. Texto e contexto em Enfermagem. Florianópolis, p. 217-225, jan.-mar. 2012.

BOHN, M. L. S. **Classificação de risco Manchester: opinião dos enfermeiros do Serviço de emergência do hospital de clínicas de Porto Alegre. 2013**. 62p. Monografia (Bacharelado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Ministério da Saúde. Brasília, p.1-228, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um Paradigma Ético-estético no Fazer em Saúde**. Secretaria-Executiva - Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, p. 1-48, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. **Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Vol. 5, Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, p. 1-53, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva. Portaria nº 763, de 20 de julho de 2011. Dispõe acerca do preenchimento do número do Cartão Nacional de Saúde do usuário no registro dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/se/2011/prt0763_20_07_2011.html. Acesso: 20 de outubro de 2014a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso: 20 de outubro de 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.2012a**. Internet. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em 01 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Brasília, p. 110, 2012b.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Tradução Antonio Francisco Dieb Paulo, José Eduardo Ferreira de Figueiredo, PatriciaLydieVoeux. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

CASTRO, R. C. et al. **Educação em saúde, elaboração de plano de alta hospitalar: um relato de experiência.** Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online. Rio de Janeiro, v. 2, ed. Supl., p. 312-315, out/dez 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1117/pdf_141>. Acesso em: 26 de out. 2014.

CAVEIÃO, C. et al. **Desafios ao Enfermeiro na Implantação da Classificação de Risco em Unidade Mista.** Rev Enferm UFSM. Jan/Mar, p.189-196, 2014 COFEN – MT, Conselho Federal de Enfermagem do Mato Grosso. Artigo 1º, a Resolução Cofen 423/2012. 02 de abril de 2013. Disponível: http://mt.corens.portalcofen.gov.br/qual-categoria-profissional-de-enfermagem-esta-apta-a-realizar-a-classificacao-de-risco_780.html. Acesso: 13 de out. 2014.

COLENCI, R.; BERTI, H.W. **Formação Profissional e Inserção no Mercado de Trabalho: Percepções de Egressos de Graduação em Enfermagem.** Rev Esc Enferm USP. p.158-166, 2012

COREN – DF, Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal. **Parecer Nº 005/2010 Atribuição da enfermagem na triagem com classificação de risco em urgência. 22 de março de 2010.** Relatora: Déborah Maria Alves Gertrudes Tavares. Disponível em: <<http://www.coren-df.gov.br/portal/index.php/pareceres/parecer-coren/684-no-0052010-atribuicao-do-profissional-de-enfermagem-na-triagem-com-classificacao-de-risco-nos>>. Acesso em: 28 de out. 2014.

COREN – RO, Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal. **Parecer artigo 1º - parágrafo único, resolução Cofen 390/2011. 20 de outubro de 2011.** Disponível: http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-no-3902011_2134.html. Acesso: 13 de out. 2014.

COSTA, R. et. al. **O Legado de Florence Nightingale: Uma Viagem no Tempo.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, p. 661-669, Out-Dez. 2009.

FERREIRA, D. L. **Qualidade na prestação de serviço público em saúde: um estudo de caso no Hospital Regional Justino Picos – PI.** 2012. 63p. Monografia (Bacharelado) – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, Universidade Federal do Piauí, Picos. 2012.

GARLET, E. et. al. **Organização do Trabalho de uma Equipe de Saúde no Atendimento ao Usuário em Situações de Urgência e Emergência. Texto e contexto em Enfermagem.** Florianópolis, p. 266-272, abr.-jun. 2009.

GODOY, F. S. F. **Organização do trabalho em uma unidade de urgência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco.** 2010. 155p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

GONÇALVES, L. C. **Acolhimento com classificação de risco em serviços de urgência e emergência de uma capital do nordeste.** 2012. 122p. Dissertação (Mestrado) - Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012.

HANZELMANN, R. S.; PASSOS, J. P. **Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral.** Rev. esc. enferm. USP. vol.44 n.3, São Paulo, set. 2010.

KAUARK, F. S.; MANHÃES, F.C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa: guia prático.** Ed. Única. Itabuna – Bahia: Via litterarum, 2010.

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil.** Saúde e Sociedade. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LOPES, E. M.; ANJO, S. J. S. B.; PINHEIRO, A. K. B. **Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil.** *Revista de Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-7, abr/jun. 2009.

MAFRA, F. **O Impacto da Atenção Básica em Saúde em Indicadores de Internação Hospitalar no Brasil.** 2010. 129p. Dissertação (Mestrado em Regulação e Gestão de Negócios) - Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Centro de Investigação em Economia e Finanças, Centro de Estudos em Regulação de Mercados, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

MANARIN, A.P.; BORTOLETO, C.B.; FERREIRA-SAE, M.C.S. **Perspectivas do Egresso de Enfermagem Frente ao Mercado de Trabalho. Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Universidade Anhanguera de Santa Bárbara, Brasil. vol. XIII, núm. 1, p. 93-105, 2009.

MANSO, A. L. **O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos: estudo de caso sobre as representações dos actores de uma unidade pós cirúrgica de um hospital português.** 2010. 108p. Dissertação (Mestrado em saúde e desenvolvimento) – Universidade Nova Lisboa, Lisboa. 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologiacientífica.** 7ª edição. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. **Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-7, mar. 2008.

MARTINS, C.C. F. et al. **Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem x estresse: limitações para a prática.** *Cogitare Enfermagem*. Paraná, v. 19, n. 2, p.309-15, abr/jun 2014.

MERHY, E. E. ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público.** HUCITEC. 1997.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 3ª edição. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1992.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NASCIMENTO, E. R. P. et al. **Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem.** *Revista de enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, p. 84-88, jan.- mar. 2011a.

NASCIMENTO, E. R. P. et al. **Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Goiânia, v. 13, n. 4, p. 597-603, out/dez 2011b. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf>>. Acesso em: 26 de out. 2014.

NONNENMACHER, C. L.; WEILLER, T. H.; OLIVEIRA, S. G. **Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Goiânia, v. 14, n. 3, p. 541-549, jul/set 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/pdf/v14n3a10.pdf>>. Acesso em 26 de out. 2014.

NUNES, C. M. et al. **Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*. São Paulo, v. 12, n. 2, p. 252-7, 2010. Internet. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/10.5216/ree.v12i2.7006>>. Acesso em: 26 de out. 2014.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S.P.; SETA, M. H. **Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS.** *Ciência & Saúde Coletiva*. 1881-1890, 2009.

OLIVEIRA, E. B.; SOUZA, N.V.M. **O estresse e inovação tecnológica em unidade de terapia intensiva de cardiologia: tecnologia dura.** *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, p 457-62. 2012.

OLIVEIRA, K. K. D. et al. **Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento.** *Revista Mineira de Enfermagem*. Minas Gerais, v. 17, n. 1, p. 148-156, jan/mar. 2013.

PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. **Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem.** *Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 270-6, abr/jun 2006.

PESSOA, P. R. M. **O conceito de “escritório sem papel” e a viabilidade de sua implementação nas empresas.** Centro Paula Souza: Faculdade de Tecnologia da Zona Leste. São Paulo, 2009.

QUERINO, L. C. S.; DOMINGUES, M. D. S.; LUZ, R. C. **A Evolução da Mulher no Mercado de Trabalho.** E-FACEQ: revista dos discentes da Faculdade Eça de Queirós. Agosto. 2013.

QUIRINO, D. D.; COLLET, N. **“Fácies” do trabalho de Enfermagem na assistência à criança hospitalizada.** *Revista Eletrônica Enfermagem*. Goiânia, v. 11, n. 3, p. 681-7, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a28.htm>>. Acesso em: 27 de out. 2014.

RAMOS, C. M. O. **O cotidiano do acolhimento com classificação de risco no serviço de emergência: contribuições para a gerência de enfermagem.** 2011. 102p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Jan. 2011.

RIBEIRO, R. L. R. **Manual administrativo de enfermagem.** Cuiabá: Hospital Universitário Júlio Müller, 2006. 174 p.

RICHARDSON, R.J.; PERES, J.A.S. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas.** Atlas. São Paulo, ed.3ª, 2010.

ROSSANEIS, M. A. et al. **Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Goiânia, v. 13, n. 4, p. 648-56, out/dez 2011. Internet. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/pdf/v14n3a10.pdf>>. Acesso em 26 de out. 2014.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. **Classificação de risco em emergência- um desafio para as/ os enfermeiras/os.** *Enfermagem em Foco*. Brasília, v. 2, n.1, p.14-17, 2011.

SOUZA, F. M. **Desafios e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de Enfermagem em início de carreira.** *REME – Rev. Min. Enferm.* abr./jun. p. 267-273, 2011.

SOUZA, C. C. et al. **Percepção do enfermeiro sobre a realização da classificação do risco no serviço de urgências.** *Invest. educ. enferm. Medellín*, v. 32, n.1, p. 78-86, jan./apr. 2014.

TOLEDO, A. D. **Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal em Belo Horizonte.** 2009. 140p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

VAGHETTI, H. H. et al. **Trabalho como subsistência nos hospitais públicos brasileiros.** *Revista Brasileira Enfermagem*. Brasília, v. 62, n. 6, p. 906-11, nov/dez. 2009.

ZANELATTO, D. M.; PAI, D.D. **Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem.** Ciência, Cuidado e Saúde. Paraná, v. 9, n. 2, p. 358-365, abr/jun. 2010.