

# ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

RECEPTION WITH CLASSIFICATION OF RISK IN EMERGENCY SERVICES AND EMERGENCY HOSPITAL

Edinete Bezerra Ferreira<sup>1</sup>  
Laura Beta Duarte de Melo<sup>2</sup>  
André Luiz Dantas Bezerra<sup>3</sup>  
Elisangela Vilar de Assis<sup>4</sup>  
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa<sup>5</sup>  
Milena Nunes Alves de Sousa<sup>6</sup>

**RESUMO: Objetivo:** Identificar o perfil das publicações relacionadas à implantação do ACCR nos serviços públicos de urgência e emergência hospitalar e verificar a importância da implantação do acolhimento com classificação de risco. **Metodologia:** Estudo do tipo revisão integrativa da literatura, cuja amostra foi composta por 18 (dezoito) artigos científicos. O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas Base de Dados de Enfermagem “BDENF”, *Scientific Electronic Library Online* “SCIELO” e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde “LILACS”. **Resultados:** Os resultados deste estudo mostram as repercussões que o AACR proporciona em unidades de urgência, no que diz respeito à organização da demanda e a priorização dos casos com critérios baseados na gravidade, ou seja, no risco de vida. Identificou-se ainda que o ACCR busca promover a relação usuário-profissional, para garantir a resolutividade de suas necessidades, assim como também a corresponsabilidade dos indivíduos envolvidos neste processo. **Conclusão:** Os achados evidenciam que houve mudanças na organização e qualidade do atendimento ao usuário no serviço de urgência e emergência com o ACCR, porém ainda não atendem os pressupostos da estratégia da Política Nacional de Humanização.

<sup>1</sup> Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, PB.

<sup>2</sup> Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, PB.

<sup>3</sup> Odontólogo e Enfermeiro Socorrista da Prefeitura Municipal de Ibiara, Ibiara-PB, Brasil. Pós Graduando em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais pelo Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa-PB, Brasil.

<sup>4</sup> Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP; Docente da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, PB.

<sup>5</sup> Doutoranda em Ciências pela Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP; Docente da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, PB.

<sup>6</sup> Doutora em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca. Pós-Doutoranda em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca. Docente das Faculdades Integradas de Patos, Patos, PB e da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, PB.

**Palavras-chaves:** Acolhimento. Enfermagem. Serviço Hospitalar de Emergência. Humanização da Assistência.

**ABSTRACT:** **Objective:** To identify the profile of publications related to the implementation of ACCR us serve vices public emergency and hospital emergency and verify the importance of implementing the host with risk rating. **Methodology:** This is a study of the type integrative literature review, whose sample was composed of eighteen (18) scientific articles. The literature review conducted in the Virtual Health Library, the Nursing Database "BDENF" Scientific Electronic Library Online and Literature Latin American and Caribbean Health Sciences. **Results:** The results of this study show that the impact AACR provides for emergency units, with regard to the demand organization and prioritization of cases based on the severity criteria, namely the risk of life. He identified himself although the ACCR seeks to promote user-professional relationship, to ensure the solving of their needs, as well as the responsibility of the individuals involved in this process. **Conclusion:** The findings show that there were changes in the organization and quality of service to users in the emergency room and emergency with the ACCR, but still do not meet the assumptions of the National Humanization Policy strategy.

**Keywords:** Reception. Nursing. Emergency Hospital Service. Humanization of Assistance.

## **INTRODUÇÃO**

O serviço hospitalar de urgência e emergência (SHUE) tem como finalidade atender pessoas com comprometimento grave de saúde e acolher casos não urgentes para direcioná-los a outros serviços de menor complexidade. Desse modo, o pressuposto fundamental dos SHUE é a garantia de acesso e acolhimento às pessoas com necessidades emergenciais de saúde, de forma organizada (VITURI *et al.*, 2013). Esses serviços de saúde são permeados por condições complexas inerentes ao próprio ambiente e aos seres humanos que cuidam e são cuidados, que vivenciam relações humanas também complexas no processo de cuidar/cuidado em um sistema organizacional hospitalar.

De acordo com Bellucci Júnior; Matsuda (2012) há uma crescente demanda nos serviços de emergência, pois grande parte da população não tem acesso a um sistema regular de saúde, o que contribui para uma desorganização dos mesmos. Visto que, a maioria dos atendimentos estão relacionados a doenças crônicas ou problemas simples que poderiam ser resolvidos em níveis menos complexos de atenção, o que acarreta em superlotação dos serviços de emergência, dificultando o atendimento dos mesmos.

Em virtude desse crescente número de atendimentos nos setores de emergência, houve preocupação por parte dos serviços de emergência no Brasil e no mundo, quanto ao uso de alguma metodologia que consiga identificar melhor os atendimentos prestados nesses sistemas. Esse movimento atingiu importante repercussão, pois se verificou que muitas vezes os atendimentos estavam sendo feitos por ordem de chegada ou por exclusão e em consequência, nem sempre os casos mais graves estavam sendo priorizados, o que pode levar ao agravo da saúde desses pacientes (CAVALCANTE, 2012). Por causa de toda essa problemática apresentada, o Ministério da Saúde busca por medidas que visem amenizar esses fatores, buscando soluções para os mesmos e, para isso, tem criado alguns dispositivos de trabalho, entre eles o acolhimento com classificação de risco.

Como o Ministério da Saúde visa garantir melhoria na qualidade da assistência prestada nos serviços de urgência e emergência, em 2004 propôs a Política Nacional de Humanização (PNH) com o intuito de proporcionar qualidade na atenção às urgências e solucionar os problemas preexistentes, vislumbrando reorganizar o processo de trabalho e impor mudanças na prática da assistência e gestão de saúde, por meio do acolhimento com avaliação e classificação de risco, o qual visa reorganizar o atendimento de acordo com o grau de necessidade e não por ordem de chegada (SHIROMA; PIRES, 2011).

De acordo com o pensamento de Oliveira *et al.* (2013) a implantação do acolhimento com classificação de risco tem por finalidade, reduzir a superlotação e os índices de mortalidade nos serviços de urgência e emergência, por meio da redução do tempo de espera, a partir da classificação do risco dos pacientes, da integração da rede de atenção em saúde e encaminhamento dos casos não urgentes às unidades básicas. Para realização do ACCR foi introduzido nos serviços de emergência o processo de triagem, com o propósito de reduzir as superlotações, adequando o atendimento conforme o grau de gravidade, identificando os pacientes que precisam ser vistos primeiro e aqueles que possam esperar com segurança, sem que haja qualquer risco para o mesmo.

O acolhimento com classificação de risco constitui-se em um método reorganizador do atendimento na urgência e emergência e sua implantação veio contribuir com a melhoria da qualidade no trabalho em equipe e a garantia da resolubilidade da assistência. As ações do mesmo exigem uma atuação multiprofissional e interdisciplinar com profissionais aptos a assistir o usuário como um todo, respeitando os seus direitos enquanto cidadão através da prestação da assistência qualificada além de compreendê-lo e garantir a resolubilidade de seus problemas.

Souza *et al.* (2011) ressaltam que a classificação de risco deve ser executada exclusivamente por profissional de enfermagem, 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.

O enfermeiro deve realizar o primeiro contato com o paciente com a finalidade de verificar prioridades de assistência à saúde, por meio de um conjunto de observação do mesmo, através de uma visão holística, ou seja, saber ouvir as queixas que o levaram a procurar esse serviço seja elas físicas, psíquicas ou sociais. Neste sentido, é preciso que o enfermeiro tenha tranquilidade, agilidade, capacidade para tomar decisões rápidas, seguras, contínuas e livres de riscos adicionais, de forma a se adaptar, de imediato, a cada situação que se apresente. Para tanto, é necessário estar preparado para a atuação diante das intercorrências, fundamentado de conhecimento técnico e científico (ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012).

Com o propósito de ampliar as discussões acerca do acolhimento com classificação de risco em serviços de urgência e emergência hospitalar, foi realizado este estudo com o objetivo de identificar o perfil das publicações relacionadas à implantação do ACCR nos serviços públicos de urgência e emergência hospitalar e verificar a importância da implantação do acolhimento com classificação de risco.

## **MÉTODO**

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, o método eleito foi a Revisão Integrativa da Literatura, a qual pode ser incorporada às pesquisas realizadas em outras áreas do saber, além das áreas da saúde e da educação, pelo fato de ele viabilizar a capacidade de sistematização do conhecimento científico e de forma que o pesquisador aproxime-se da problemática que deseja apreciar, traçando um panorama sobre sua produção científica para conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e, com isso, visualizar possíveis oportunidades de pesquisa (CORIOLANO-MARINUS, 2014).

Mendes; Silveira; Galvão (2008) complementam que o referido método, inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão, permitindo a incorporação desses achados na prática clínica. Este tipo de estudo é uma estratégia para a identificação e análise das evidências existentes de práticas

de saúde, quando a produção de conhecimento científico não está suficientemente fundamentada.

A revisão integrativa da literatura também é um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidências (PBE) que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Desde 1980 a revisão integrativa é relatada na literatura como método de pesquisa (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Para a elaboração de uma revisão integrativa, se faz necessária à adoção de fases que apresentem um rigor metodológico em busca de evidências sobre determinado assunto. Essas fases compreendem seis etapas: selecionar a questão para a revisão (pergunta norteadora); selecionar as pesquisas que constituirão a amostra do estudo; representar as características das pesquisas revisadas; analisar os achados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no projeto; interpretar os resultados e apresentar e divulgar os resultados (CORIOLANO-MARINUS, 2014).

Para guiar a pesquisa, formularam-se as seguintes questões: Qual perfil das publicações relacionadas à implantação do acolhimento com classificação de risco (ACCR) nos serviços públicos de urgência e emergência hospitalar? Qual a importância da implantação do acolhimento com classificação de risco?

A busca bibliográfica das publicações *online* foi processada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVA), nas seguintes bases de dados: Base de Dados em Enfermagem (BDENF), e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Optou-se por estas bases de dados e biblioteca por entender que atingem a literatura publicada nos países da América Latina e Caribe, como também referências técnico-científicas brasileiras em enfermagem e incluem periódicos conceituados da área da saúde. Para identificação dos artigos para compor esta revisão, inicialmente foi realizada a consulta aos Descritores Controlados em Ciências da saúde (DeCS), “Acolhimento, Enfermagem, Serviço Hospitalar de

Emergência, Humanização da Assistência”. Destaca-se que foi utilizado “and” entre os descritores. O estudo realizou-se em maio de 2015.

Os critérios de inclusão foram: pesquisas que abordassem a implantação do acolhimento com classificação de risco (ACCR), publicadas em inglês, português ou espanhol; em formato de artigos, entre os anos de 2011 a 2015. Como critérios de exclusão: trabalhos que não apresentassem resumos na íntegra nas bases de dados e na biblioteca pesquisada, artigos repetidos em mais de uma BD, em formato de dissertações e teses e os que não contemplassem os anos 2011 a 2015. Salienta-se que a busca foi realizada de forma ordenada, respectivamente, Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); desta maneira as publicações que se encontravam indexadas em mais de uma, foram selecionadas na primeira busca.

Os resumos foram avaliados, e as produções que atenderam os critérios previamente estabelecidos, foram selecionadas, e lidas na íntegra.

Elaborou-se um instrumento para a coleta das informações, a fim de responder a questão norteadora desta revisão, composto pelos seguintes itens: título, autores, método, periódico, ano de publicação, local de origem da pesquisa, objetivo do estudo, importância do ACCR.

Após a leitura das pesquisas selecionadas na íntegra, prosseguiu-se com a análise e organização das temáticas. Com o intuito de descrever e classificar os resultados, evidenciando o conhecimento produzido sobre o tema proposto, realizou-se a análise, categorização e síntese das temáticas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram encontrados 41 (quarenta e um) estudos, dos quais 11 (onze) apresentaram-se repetidos em mais de uma Base de Dados. Assim sendo, após criterioso refinamento e análise, considerando os critérios de inclusão delineados, foram identificados 30 (trinta) artigos. Após a leitura detalhada dos textos foram

excluídas 12 (doze) publicações que não estavam diretamente relacionadas à temática. Ficando a amostra final composta por 18 (dezoito) artigos científicos.

**Tabela 1. Caracterização das publicações quanto aos autores, ano, título, periódicos, Base de Dados, método e objetivos do estudo.**

AUTOR ANO	TÍTULO	PERIÓDICO	BD	MÉTODO	OBJETIVOS
Acosta; Duro; Lima, (2012)	Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa.	Revista Gaúcha de Enfermagem	LILACS	Revisão integrativa	Identificar e avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre as atividades do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência. Relatar o processo de implantação do sistema ACCR e o uso do Fluxograma Analisador, no Serviço Hospitalar de Emergência da Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos, Estado de São Paulo.
Bellucci Junior; Matsuda (2012)	Implantação do sistema acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador.	Texto & contexto enfermagem	LILACS	Exploratório com abordagem qualitativa	Relatar a atuação do enfermeiro no processo de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no Serviço Hospitalar de Emergência do Hospital Universitário Regional de
Bellucci Junior; Matsuda (2012)	Implantação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro.	Revista Ciência, Cuidado e Saúde	LILACS	Relato de experiência	Relatar a atuação do enfermeiro no processo de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no Serviço Hospitalar de Emergência do Hospital Universitário Regional de



Bellucci Junior; Matsuda (2012)	Acolhimento com Classificação de Risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem.	REME - Revista Mineira de Enfermagem	BDEF	Transversal de natureza quantitativa	Maringá - PR. Avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco, implantado no serviço de emergência de um hospital de ensino público. Identificar as principais características do ACCR, bem como se o mesmo está em consonância com os aspectos teóricos da humanização em serviços de urgência.
Cavalcant e <i>et al.</i> (2012)	Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência.	Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro	BDEF	Revisão da literatura	Discutir a experiência de Acolhimento vivida por uma Unidade de Saúde do município de Silva Jardim - RJ, analisando-a sob o ponto de vista da micro política do processo de trabalho, tendo por referência o conceito de Acolhimento e da "produção subjetiva do cuidado"
Franco; Franco (2012)	Acolhimento com classificação de risco e a micropolítica do trabalho em saúde: a experiência de silva jardim/rio de janeiro.	Revista APS	LILACS	Relato de experiência	Analisar o impacto da implementação do ACCR no trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento.
Kalyane <i>et al.</i> (2013)	Impacto da implementação do ACCR para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento.	Revista Mineira de Enfermagem (REME)	BDEF	Descritiva de abordagem qualitativa	Analisar o impacto da implementação do ACCR no trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento.

Nascimento <i>et al.</i> (2011)	Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem.	Revista Enfermagem UERJ	BDEF	Descritivo com abordagem qualitativa	Conhecer e analisar como os profissionais de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar avaliaram ACCR
Nascimento <i>et al.</i> (2011)	Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência.	Revista Eletrônica de Enfermagem	LILACS	Descritivo com abordagem qualitativa	Conhecer e analisar como os profissionais de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar público de Santa Catarina avaliam ACCR
Oliveira <i>et al.</i> (2013)	Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	LILACS	Descritivo	Verificar o grau de concordância entre os níveis de prioridade atribuídos no acolhimento com avaliação e classificação de risco, realizado pelos enfermeiros, em relação ao protocolo institucional e entre os pares.
Perez Junior <i>et al.</i> (2012)	Implementação da CR em unidade de emergência de um hospital público do rio de janeiro: um relato de experiência.	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online	BDEF	Quantitativa do tipo Relato de experiência	Descrever a implementação do projeto de CR pela Enfermagem em uma unidade de emergência de um hospital público do Estado do Rio de Janeiro.
Rossneis <i>et al.</i> (2011)	Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público.	Revista Eletrônica de Enfermagem	LILACS	Descritivo exploratório	Descrever a implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco (AACR) em um hospital público de média

Souza <i>et al.</i> (2011)	Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	SCIELO	Descritivo comparativo	complexidade e caracterizar o atendimento após a implantação dessa estratégia. Verificar o grau de concordância entre um protocolo institucional e o protocolo de Manchester, para a CR de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital público de Belo Horizonte.
Shiroma; Pires (2011)	Classificação de risco em emergência: um desafio para as/os enfermeiras/os.	Enfermagem em Foco	BDEFN	Descritivo e exploratório de abordagem qualitativa	Conhecer a visão das/os enfermeiras/os acerca da implantação do AACR em serviços de emergência. Caracterizar os atendimentos realizados no Pronto Socorro de Pelotas, Rio Grande do Sul, segundo o protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco.
Tomberg <i>et al.</i> (2013)	Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos.	Revista Ciência, Cuidado e Saúde	LILACS	Quantitativa, do tipo transversal e descritivo	Avaliar a implantação do ACCR em quatro Serviços Hospitalares de Emergência.
Versa <i>et al.</i> (2014)	Assessment of user embracement with risk rating in emergency hospital services.	Revista Gaúcha de Enfermagem	LILACS	Transversal quantitativo	

Vituri <i>et al.</i> (2013)	Welcoming with risk classification in teaching hospitals: assessment of structure, process and result.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	LILACS	Quantitativa, descritiva, exploratória e prospectiva	Avaliar, na ótica dos trabalhadores, a estrutura, o processo e o resultado de Serviços Hospitalares de Emergência que adotam a diretriz ACCR, em dois hospitais de ensino do Paraná. Identificar o entendimento de enfermeiros de um pronto-socorro acerca da humanização e sua concepção sobre o acolhimento com classificação de risco.
Zem; Montezeli; Peres (2012)	Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro.	Revista Rene	LILACS	Qualitativa, descritiva	

Em relação aos autores das publicações, foram encontrados 03 (três) artigos dos autores Bellucci Junior; Matsuda, 2012; 02 (duas) das publicações foram escritas por Nascimento *et al.*, 2011. Enquanto que Vituri *et al.*, 2013; Souza *et al.*, 2011; Perez Junior *et al.*, 2012; Shiroma; Pires, 2011; Rossaneis *et al.*, 2011; Acosta et a., 2012; Cavalcante *et al.*, 2012; Kalyane *et al.*, 2013; Versa *et al.*, 2014; Oliveira *et al.*, 2013; Tomberg *et al.*, 2013; Zem *et al.*, 2012; Franco; Franco, 2012, ambos aparecem com apenas 01 (uma) publicação das escolhidas para o referido estudo.

Analisando-se as características dos artigos com relação ao ano de publicação, constatou-se que o ano que apresentou maior número de artigos publicados foi 2012 com 08 (oito) publicações, correspondendo a 44% das pesquisas incluídas no estudo. Em seguida, o ano de 2011 com 05 (cinco) publicações o que corresponde a 28% ao ano. Em terceiro lugar o ano de 2013 possui 04 (quatro) publicações, correspondendo 22% ao ano. Por último o ano de 2014 aparece com 01 (um) estudo, o que representa 6% das publicações por ano.

Os trabalhos foram publicados em 12 (doze) periódicos, sendo que a Revista Latino-Americana de Enfermagem se destacou com 03 (três) artigos, o que corresponde a 17% das publicações incluídas no estudo. Em segundo lugar temos a Revista Ciência, Cuidado e Saúde, a Revista Gaúcha de Enfermagem, a Revista Eletrônica de Enfermagem e a Revista Mineira de Enfermagem (REME), com 02 (dois) artigos, o que correspondem a 11% cada uma. Em seguida, vem a Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, a Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, a Enfermagem em Foco e a Revista Enfermagem UERJ com 01 (uma) publicação cada, o que representa 6% dos artigos presentes em cada periódicos. Por fim, temos a Revista Rene, a Revista APS e a Texto & contexto em enfermagem com 01 (um) artigo cada, correspondendo a uma porcentagem de 5% cada uma delas.

As Bases de Dados pesquisadas apresentam-se de suma importância para a pesquisa científica, pois contemplam publicações diversas, em caráter multidisciplinar e interdisciplinar.

Ao analisar as publicações selecionadas conforme a Base de Dados verificou-se que 11 (onze) artigos, o que corresponde a 61% foram encontrados na BD Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), 06 (seis) deles, correspondendo a 33% estão presentes na Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e 01 (um) o que representa 6% encontrava-se na Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Foi possível constatar que a maior parte dos estudos utilizados nesta pesquisa encontra-se na Base de Dados LILACS.

A Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) é uma base de dados cooperativa da Rede BVS que compreende a literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe, a partir de 1982. Contém artigos das revistas mais conceituadas da área da saúde e também possui outros documentos tais como: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais (LILACS, 2015).

A Base de Dados de Enfermagem (BDENF) é uma fonte de informação composta por referências bibliográficas da literatura técnico-científica brasileira em

Enfermagem. Sua operação, manutenção e atualização são coordenadas pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e Centros Cooperantes da REDE BVS ENFERMAGEM. Contém artigos das revistas mais conceituadas da área de Enfermagem, e outros documentos tais como: teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais (BDENF, 2015).

Scientific Electronic Library Online (SCIELO) é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, tendo como objetivo o desenvolvimento de uma metodologia comum para a preparação, armazenamento, disseminação e avaliação da produção científica em formato eletrônico, proporcionando assim, um amplo acesso a coleções de periódicos como um todo (SCIELO, 2015).

Quanto ao delineamento da pesquisa, identificou-se que das 18 (dezoito) publicações utilizadas para a produção deste artigo, 01 (uma) utilizou abordagem qualitativa e descritiva, correspondendo a 5% das pesquisas encontradas; 01 (um) estudo exploratório, de abordagem qualitativa, o que representa 5% dos estudos; 01 (uma) revisão integrativa, o que equivale a 5% das referências utilizadas; 01 (uma) pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa, representando 5% das metodologias; 01 (uma) revisão de literatura, totalizando 5% das publicações incluídas no estudo; 01 (um) estudo descritivo exploratório, tendo um percentual de 6%; 01 (uma) pesquisa descritiva comparativa, o que representa 6% dos artigos abordados; 01 (uma) pesquisa quantitativa, descritiva, exploratória e prospectiva, obtendo uma porcentagem de 6%; 01 (uma) pesquisa quantitativa, do tipo transversal e descritivo totalizando 6% dos artigos estudados; 01 (um) estudo descritivo, equivalente a 6%; 01 (uma) pesquisa quantitativa do tipo relato de experiência 6%; 02 (dois) relatos de experiência 11%; 02 (dois) estudos transversais de natureza quantitativa 11%; 03 (três) pesquisas descritivas com abordagem qualitativa 17%.

Foi observado que a maior parte dos estudos selecionados para esta pesquisa é do tipo descritivo com abordagem qualitativa, totalizando uma porcentagem de 17% das referências utilizadas, porém, vale salientar que outras pesquisas também utilizaram tanto a metodologia descritiva quanto a qualitativa.

Conforme o entendimento de Gil (2008), a pesquisa descritiva tem por objetivo descrever as características de uma população, de um fenômeno ou de uma experiência. Esse tipo de pesquisa estabelece relação entre as variáveis no objeto de estudo analisado. E pode ser entendida como um estudo de caso onde, após a coleta de dados, é realizada uma análise das relações entre as variáveis para uma posterior determinação dos efeitos resultantes em uma empresa, sistema de produção ou produto.

De acordo com Gomes (2014), a pesquisa qualitativa é aquela na qual o pesquisador busca obter resultados aprofundados através da averiguação com certo número de pessoas. Ela tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento, supondo um contato direto e prolongado do mesmo com o ambiente e a situação que está sendo investigada, normalmente por meio de um trabalho de campo. Em sintonia com o autor acima citado, Chizzotti (2006) complementa o pensamento afirmando, que, a pesquisa qualitativa revela áreas de consenso (positivos ou negativos) nos padrões de respostas. Ela determina quais ideias geram uma forte reação emocional. Além disso, é útil em situações que envolvam o desenvolvimento e aperfeiçoamento de novas ideias.

Vale ressaltar também, que com relação ao idioma em que os trabalhos foram publicados, a grande maioria era em português, com uma totalidade de 15 (quinze) artigos, representando 83% dos estudos. Enquanto que a língua inglesa foi encontrada em 03 (três) publicações, o que equivale a 17%.

No que diz respeito ao conteúdo dos artigos, evidenciou-se que o acolhimento com classificação de risco é compreendido de forma diferente por diversos autores. Nem sempre as colocações são divergentes, mas complementares. Isso faz com que compreendamos que o acolhimento se caracteriza pela escuta qualificada entre a necessidade do usuário e a capacidade do serviço em responder à sua demanda, com vistas à qualificação da atenção e à responsabilização quanto ao direcionamento seguro a outro serviço. Enquanto que a classificação de risco implica a agilidade do atendimento mediante a aplicação de um protocolo que determina o grau da necessidade do usuário, conforme a complexidade e não a ordem de chegada (DURO, 2014).

Os resultados de alguns estudos mostraram que o acolhimento com classificação de risco busca promover a relação usuário-profissional, para garantir a resolutividade de suas necessidades, assim como também a corresponsabilidade dos indivíduos envolvidos neste processo. Sabe-se que as unidades de urgências e emergências é um espaço onde pessoas estão se relacionando o tempo todo. Essa interação quando harmoniosa pode ser fonte de prazer no trabalho, mas quando se apresenta mediada por conflitos, pode se tornar também fonte de sofrimento para os profissionais. Mas vale salientar, que, a cooperação, a solidariedade e o cuidado dependem da disposição do sujeito para se abrir ao outro, para buscar no outro o que ele não sabe ou o que lhe falta. Tal disposição depende do processo de identificação que se estabelece entre o profissional e a pessoa de quem deve cuidar, processos esses permeados pela subjetividade (CAVALCANTE, 2012).

Fontes; Alvim (2008) concordam com o pensamento, quando afirmam que uma equipe de enfermagem humana e atenciosa trará confiança ao paciente e com isso a relação enfermeiro - paciente será potencializada. Nessa relação deve existir uma necessidade de credibilidade e sensibilidade para o estabelecimento de uma comunicação terapêutica. Esta exige elementos básicos por parte do profissional como, empatia e envolvimento com o paciente, além do sentimento de confiança entre ambas as partes.

Neste sentido, Amestoy *et al.* (2006) complementam afirmando que é tarefa dos profissionais de saúde, receber, perceber e decifrar o significado da mensagem que o paciente envia para estabelecer um plano de cuidado adequado às necessidades individuais do mesmo. E, para que este processo complexo seja eficaz, não basta ao profissional utilizar somente a comunicação verbal, é preciso estar atento aos sinais não verbais emitidos durante a interação com o paciente. Dessa forma, o estabelecimento de um diálogo entre profissionais e usuários encontra-se fortemente agregado à forma como esse profissional irá conduzir sua linguagem.

Outro artigo estudado mostra, que, apesar de os serviços hospitalares de emergências investigados, apresentarem alguns resultados favoráveis como: ambiente acolhedor e humano, privacidade, segurança e conforto ao usuário, acolhimento do acompanhante e acolhimento e classificação de todos os pacientes,



também, há problemas, principalmente no que se refere ao sistema de referência e contra referência, priorização de pacientes graves no atendimento pós-classificação de risco, comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e reavaliação da proposta como um todo pela equipe de saúde. Ou seja, os SHEs investigados no referido estudo apresentam particularidades, mas ambos convergem à necessidade de melhorias pertinentes à diretriz no acolhimento com classificação de risco, visto que, a estratégia do programa é organizar o fluxo, direcionando cada usuário para a devida sala, agilizando o atendimento, fazendo os encaminhamentos necessários e proporcionando melhor comunicação com os outros serviços do sistema, visto que, os sistemas de referência e contra referência podem ser decisivos na construção da integralidade da atenção em saúde (VITURI *et al.*, 2013).

A referência e contra referência são requisitos fundamentais e estão intimamente ligados às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência. A enfermagem tem grande importância no que diz respeito à orientação do usuário quanto à referência e contra referência, por ser o profissional que presta a assistência mais próxima ao usuário, e, além de exercer o cuidado a partir de seus conhecimentos e habilidades, também desenvolve orientação, dando continuidade à terapêutica do mesmo. Juliani *et al.* (2012) apontam que é necessário que se crie uma estratégia de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade, fazendo com que o usuário seja acompanhado em seu histórico de saúde e tratamento. Visto que, para concretização de um sistema de referência e contra referência é importante à existência de registros e comunicação para que possa haver melhora na qualidade da assistência oferecida ao paciente. Nessa lógica, alcançaria melhora na qualidade da saúde e o sistema local daria respostas efetivas às pessoas que buscam os serviços públicos de saúde, proporcionando maior resolutividade na vigência de algum agravo.

Sob outra ótica, pesquisas realizadas apontam a necessidade de adequar o instrumento utilizado para o acolhimento com classificação de risco (ACCR), além de qualificar os registros realizados, pois foram constatados muitos erros no preenchimento das fichas de atendimento quanto ao acesso e procedência, bem como um número expressivo de usuários que não foram classificados quanto ao risco de vida, dificultando, assim, o uso da classificação como um indicador das

mudanças alcançadas por investimentos no acesso dos usuários a outros serviços. E também se percebeu certa imprecisão na classificação de risco realizada pelo o enfermeiro identificada pela cor verde. Esse fato aponta para a necessidade de investimentos no preparo dos profissionais para operacionalizar o ACCR, bem como a reestruturação dos serviços de referência e contra referência (TOMBERG *et al.*, 2013).

Para que o acolhimento com classificação de risco seja realizado conforme manda as suas diretrizes, se faz necessário à adesão de toda a equipe multiprofissional, incluindo a capacitação dos enfermeiros para organizar o processo de trabalho. Neste sentido, Ulbrich (2010) enfatiza que a capacitação promove um ambiente de discussão, de surgimento de novas ideias, de críticas construtivas, de propostas e contra propostas, de opiniões e de envolvimento de todos os responsáveis direta e indiretamente pela saúde do cidadão, diminui as discordâncias entre os mesmos e nivela a responsabilidade de todos perante o usuário sem um se sobrepor ao outro.

Fontana (2010) corrobora com a afirmação quando relata que, a equipe multiprofissional precisa ser preparada para um novo fazer em saúde, por tanto, a capacitação multiprofissional quanto ao novo protocolo fará com que esta se sinta confiante e responsável perante o usuário, pois, é importante que o profissional esteja sempre se atualizando quanto às novas mudanças que acontecem na saúde, no que diz respeito ao bem maior dos usuários, para que assim, possa estabelecer um planejamento de comunicação mais adequado e esclarecedor para seu público, buscando novas estratégias de intervenção e perseguir, também, a superação de dificuldades individuais e coletivas.

De acordo com o estudo de Oliveira (2013), os enfermeiros vêem na classificação de risco um instrumento muito importante no pronto socorro. Embora nem todos familiarizados com este instrumento, todos os reconhecem como sendo forma de priorizar o atendimento a pacientes mais graves, 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. A pesquisa mostrou também que alguns estudos têm buscado avaliar a concordância entre profissionais

que realizam classificação de risco. Entretanto, alguns mostraram que ainda há certas dificuldades apresentadas pelos profissionais enfermeiros para a realização do mesmo, tanto relacionado à habilidade quanto a falta de apoio por parte da gestão.

Visto que a classificação de risco é uma atividade complexa que depende das habilidades e competências dos enfermeiros, além de fatores externos como o ambiente de trabalho. O trabalho do enfermeiro na classificação de risco também é influenciado por aspectos sociais e pelo contexto de vida em que o usuário se encontra. Assim o enfermeiro utiliza a avaliação intuitiva para exercer a classificação de risco a partir da aparência física e de modo que o paciente apresenta o seu problema. Souza (2010) e Oliveira (2010) concordam que o enfermeiro é o profissional qualificado para fazer a classificação de risco, por isso é importante que se tenha a habilidade da escuta qualificada, ter habilidades manuais para fazer avaliação e registro completo da queixa principal, saber trabalhar em equipe, 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.

Neste sentido, Shiroma; Pires (2011) afirmam que o acolhimento com avaliação e classificação de risco representa hoje um desafio na consolidação de um modelo de atendimento de porta aberta. Reconhecem-se mudanças nas atitudes dos trabalhadores com maior preocupação com o atendimento humanizado e resposta às necessidades dos usuários. No entanto, pode-se afirmar que mobilizações isoladas, sem o apoio dos gestores, são insuficientes para maiores conquistas frente à demanda crescente, e cada vez mais complexa, por cuidados em saúde.

Com base nos resultados de outra pesquisa estudada, foi possível notar que, embora o acolhimento com classificação de risco tenha sido idealizado e implantado na perspectiva da PNH, com vistas à reorganização do sistema de atenção à saúde, nos serviços avaliados ainda existem quesitos referentes ao âmbito da estrutura e do processo, que necessitam de melhorias imprescindíveis. Pois, os profissionais investigados avaliaram o resultado da implantação do ACCR como “Precário” principalmente porque existem dificuldades para se encaminhar os casos de baixa

complexidade à rede básica de saúde, falta de discussão/avaliação periódica do fluxo de atendimento do ACCR e também, porque o espaço físico é inadequado para acomodar os acompanhantes (VERSA *et al.*, 2014).

Neste sentido, Magalhães *et al.* (2011) enfatizam que ainda é preciso investir em muitos aspectos para que se cumpram diretrizes do acolhimento com classificação de risco. Além disso, a constatação da não reavaliação do fluxograma de atendimento também deve ser objeto de preocupação por parte dos gestores dessas instituições, pois nos leva a questionar se o ACCR se desenvolve mecanicamente, sem inquietudes, discussões e reflexões.

Pôde-se perceber em outro estudo, que conceitos da Política Nacional de Humanização e do protocolo nacional de acolhimento com classificação de risco nem sempre são conhecimentos de domínio por parte dos enfermeiros. Nesse sentido, de acordo com Zem *et al.* (2012), faz-se necessário um maior aprofundamento teórico sobre essa política, para que a implantação do ACCR ocorra de forma gradativa e eficaz, visto que, o enfermeiro tem o papel de idealizador da prática da educação permanente, devendo sempre buscar maior capacitação e adequar a realidade dos seus serviços às políticas que visem à melhoria dos mesmos.

Os achados demonstram que será necessária ampla capacitação dos enfermeiros para a realização da classificação de risco e aplicabilidade/avaliação do protocolo para melhorar a especificidade do mesmo. A capacitação dos enfermeiros mostra-se extremamente necessária, uma vez que estudos demonstraram que quanto maior a qualificação profissional e maior número de horas praticadas na CR melhorem serão os resultados na priorização do atendimento. Sendo assim, são sugeridas como forma de estratégia para criar uma maneira de fazer saúde pautada em referências de uma equipe multiprofissional discussões em equipe para que a complementaridade de cada profissional seja otimizada (FONTANA, 2010).

Na pesquisa de Bellucci Junior; Matsuda (2012) foi avaliado três itens, sendo eles: dimensões estrutura, processo e resultado. O estudo mostrou que, na dimensão estrutura os profissionais de enfermagem classificaram como *boa*, apesar de os itens sinalização do ambiente, conforto ao usuário e acompanhante, privacidade nas consultas e treinamento do acolhimento com classificação de risco a

equipe serem classificados como *regulares*. Enquanto que, a dimensão processo, também foi classificada como *boa*, no entanto os itens atendimentos não emergenciais, atendimentos emergenciais, segurança transmitida ao usuário e comunicação com os mesmos nas salas de espera foram classificados como *ótimos*. Por último, percebe-se que a dimensão resultado foi avaliada como *boa*, porem um de seus componentes, encaminhamento de contra referência, foi considerado *precário*. Assim sendo, a existência de insatisfações em alguns itens da estrutura, processo e resultado sinaliza que ainda não estão fixadas no processo de trabalho, todas as ações de acolhimento ao usuário, preconizada no protocolo nacional do ACCR.

Com base nestas indagações, entende-se que o acolhimento com classificação de risco implantado no serviço hospitalar de emergência (SHE) estudado, não atingiu ainda todos os objetivos de humanização para os quais foi idealizado. A qual, reconhece e valoriza a coresponsabilização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: os usuários, os trabalhadores e os gestores. Visto que, a proposta da Política Nacional de Humanização é ir ao encontro dos princípios do SUS enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população visando às transformações das relações sociais e contemplando as demandas psicossociais dos usuários. Com isto, a humanização dos serviços proposta pela PNHAH objetiva à qualificação da atenção, construindo um conjunto de estratégias representadas pela construção de atitudes que norteiam as ações pela defesa da vida, operando transversalmente em toda a rede do sistema de saúde. Deste modo, é o dialogo que aciona as mudanças, e possibilita incorporar novos elementos na concretização das Políticas Públicas (SILVA, 2010).

Portanto considera-se que a comunicação expressa pelo diálogo é ferramenta essencial da humanização nas práticas de saúde, pois a informação humaniza a relação entre os sujeitos, promovendo a aproximação entre equipe e indivíduo, proporcionando a confiança necessária para uma abordagem mais ampla e adequada ao processo de estabelecimento do cuidado da saúde. A comunicação permite ao usuário expressar suas necessidades e emoções que se manifestam diante do sofrimento (ZOMBINI *et al*, 2012).

Analisando outro estudo quanto à percepção dos profissionais de enfermagem relacionada à implantação do acolhimento com classificação de risco, no qual foram avaliados potencialidades e fragilidades. Os profissionais indicam como potencialidade do ACCR, o atendimento mais rápido aos usuários graves e que necessitam de intervenção imediata, entretanto, ampliam as indicações dos limites deste acolhimento tais como: a falta de espaço físico e de materiais, a inadequada referência e contra referência que provoca o acúmulo de usuários no sistema e o consequente atendimento superficial e inadequado aos usuários menos graves (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Ainda de acordo com Nascimento *et al.* (2011), no que diz respeito à fragilidade, observa-se principalmente relacionada a recursos humanos, infraestrutura, tecnologia, materiais no serviço de urgência, a inexistência de referência e contra-referências com consequente ao acúmulo de usuários no serviço, interferindo na qualidade do atendimento assim como na satisfação dos profissionais do serviço de emergência. Nota-se, o quanto é importante se ter na porta de entrada uma equipe bem treinada para a realização da correta classificação de risco dos usuários. Os autores finalizam o trabalho afirmando que o uso do ACCR deve ser difundido entre os serviços de emergência hospitalares e não hospitalares para que a entrada do usuário no sistema e seu atendimento ocorram adequadamente.

Em outro estudo, percebeu-se que após a implantação do acolhimento com classificação de risco no serviço de saúde estudado, aconteceu uma grande transformação no processo de trabalho de enfermagem que passou a ter maior presença na assistência direta ao usuário, valorizando o espaço intercessor entre trabalhadores e usuários e aumentando o vínculo com os mesmos. Os profissionais destacaram que o ACCR organizou e dinamizou o processo de trabalho, priorizando o atendimento a pacientes graves, conferindo-lhes maior segurança, estabilidade e controle da situação (FRANCO; FRANCO, 2012). Nesse mesmo contexto, Silva (2010) afirma que é possível ter o acolhimento com classificação de risco como principal diretriz de organização da rede de saúde, operando por uma ética do cuidado pautada centralmente no campo relacional de cuidados, com base em critérios humanitários, lembrando sempre que o centro da questão está na nova configuração do processo de trabalho e na motivação para o trabalho em equipe.

Quando isto não ocorre, a atividade de acolhimento se transforma apenas na avaliação de riscos e prescrição sobre os mesmos.

Outros estudos mostram, que logo no início da Implantação do acolhimento com classificação de risco, foi muito difícil à adesão dos profissionais de saúde, principalmente da classe médica. Alguns profissionais que desconhecem os princípios do ACCR ignoram a mudança na ordem de atendimento e relatam que deveria ter ocorrido diminuição da demanda de usuário, sem levar em consideração que toda mudança se dá de forma gradativa, e não repentinamente (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012). Porém, conforme a análise da pesquisa de Kalyane *et al.*, (2013), viu-se que, com o passar do tempo, mediante a gradativa compreensão da realidade prática do ACCR, a aceitação ganhou força, levando estes profissionais mudar a ideia negativa de antes, e de forma surpreendente os mesmos declaram que não sabem mais trabalhar sem o referido programa, pois, com ele o trabalho tornou-se mais organizado.

Perez Junior *et al.* (2012); Rossaneis *et al.* (2011), finalizam o pensamento afirmando que, não é admissível que se mantenha os atendimentos por ordem de chegada, sem priorizar indivíduos em real situação de urgência/emergência, por conta da superlotação causada pela busca desordenada de usuários por problemas estruturais da rede de atenção à saúde. Reforçando a ideia, em outro estudo Bellucci Júnior; Matsuda (2012), ressaltam que deve-se colocar em prática as finalidades estabelecidas pelo o Fluxograma Analisador, pois, além de proporcionar a visualização gráfica das etapas do atendimento e direcionar todos os portadores de agravos não emergenciais à consulta de enfermagem, tem proporcionado valorização do profissional enfermeiro do serviço de emergência, que atuando efetivamente no processo de tomada de decisões quanto à assistência, tem seu espaço definido e respeitado como profissional, como membro da equipe multidisciplinar e facilitador da assistência médica.

Acosta *et al.* (2012) elaboraram um estudo com uma revisão integrativa, onde foram selecionados vinte e dois artigos. Os resultados evidenciaram que as principais atribuições desse profissional são a avaliação do estado de saúde do usuário e a tomada de decisão, processo que, de acordo com o pensamento de Oliveira (2010), necessita de conhecimento clínico e de tempo de experiência. Visto

que, o enfermeiro tem a capacidade de organizar o fluxo dos usuários conforme a prioridade do atendimento e a demanda dos serviços, sendo um profissional de excelência na execução da triagem/classificação de risco nos serviços de urgência.

Outro estudo conduzido por Souza *et al.* (2011) sobre a classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester, os autores mostraram que o protocolo de Manchester aumentou o nível de prioridade dos pacientes, quando comparado ao protocolo do Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB), demonstrando ser protocolo mais inclusivo. Estes resultados indicam que o protocolo de Manchester está bem adaptado à realidade do HOB e, como ele tem sido utilizado de forma informatizada, estudos futuros sobre o uso da tecnologia pelo enfermeiro responsável pela classificação de risco e estudos de validação do protocolo de Manchester devem ser realizados, uma vez que se trata de tecnologia nova em fase de implantação no Brasil, representando área com carência de estudos.

A implantação do Protocolo de Manchester permite que os atendimentos sejam realizados com mais eficiência, já que, em se tratando de saúde, tempo pode representar a diferença entre salvar uma vida e perder um paciente. Além disso, como o sistema prevê uma organização adequada das prioridades, podem-se encaminhar pacientes para outras unidades médicas, de maneira que a demanda pode ser compartilhada entre as unidades médicas próximas, se for o caso. Além disso, com a diminuição do risco clínico, evita-se o uso de recursos de urgência advindos da inobservância das condições do paciente antes do agravamento do quadro (BRASIL, 2010).

Pinto (2010) salienta que, com a implantação do Protocolo de Manchester, os pacientes também são beneficiados, pois submetidos a esta metodologia de classificação de risco, eles estão assegurados que não correrão risco de vida, e terá uma previsão média do tempo que levará para obter atendimento, diminuindo a expectativa. Além disso, o uso do Protocolo Manchester é a garantia de oferta de um serviço homogêneo, tendo em vista que, independentemente do horário, do dia da semana ou do profissional que estará de plantão, a instituição de saúde terá a mesma padronização no atendimento.



**Tabela 2. Frequência dos artigos selecionados quanto ao local de origem da pesquisa.**

LOCAL DE ORIGEM DA PESQUISA	Publicações selecionadas	
	( f )	(%)
Dois hospitais públicos de ensino do Estado do Paraná, identificados como Hospital A e Hospital B.	01	5
Pronto Socorro de Pelotas (PS de Pelotas), RS.	01	5
Serviço de Emergência do Hospital São Paulo.	01	5
Hospitais beneficentes no município de Maringá-PR	01	5
Hospital de ensino filantrópico de grande porte de Curitiba-PR.	01	5
Serviço Hospitalar de Emergência de um hospital de ensino publico (sem identificação quanto ao estado).	02	11
Serviço de emergência adulto, de um hospital público da rede estadual de saúde de Santa Catarina.	03	17
Unidade de Saúde do município de Silva Jardim-RJ	01	5
Realizado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), por meio das bases de dados LILACS e SCIELO.	01	6
Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos, interior de SP.	01	6
Hospital Universitário de Maringá, PR.	01	6
Unidade de Pronto Atendimento Dr. Tarcisio de Vasconcelos Maia, Mossoro-RN.	01	6
Unidade de emergência de um hospital público do Estado do Rio de Janeiro.	01	6
Bases de Dados Science Direct, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), MEDLINE, LILACS e SCIELO.	01	6
Pronto-socorro de um hospital público de Belo Horizonte, MG.	01	6
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

No que concerne ao local de publicação, 04 (quatro) dos artigos foram publicados no Estado do Paraná, sendo 01 (um) em dois hospitais públicos de ensino do referido Estado, identificados como hospital A e hospital B; 01 (um) nos hospitais beneficentes no município de Maringá; 01 (um) no hospital de ensino filantrópico de grande porte de Curitiba e 01 (um) no Hospital Universitário de Maringá. O que representa 22% das publicações selecionadas; 01 (um) artigo foi publicado no Pronto Socorro de Pelotas - RS, resultando em 5% das pesquisas; 02

(dois) foram publicados no Estado de São Paulo, sendo que 01 (um) no Serviço de Emergência de um hospital do referido estado e 01 (um) na Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos, interior de SP, totalizando 11% dos campos de pesquisas; 02 (dois) dos artigos foram realizados no Serviço Hospitalar de Emergência de um hospital de ensino público (não especificaram o SHE) o que corresponde a 11%; 03 (três) no Serviço de emergência adulto, de um hospital público da rede estadual de saúde de Santa Catarina, totalizando 17%; 01 (um) artigo foi publicado no Pronto-socorro de um hospital público de Belo Horizonte - MG, correspondendo a 6%; 01 (um) nas Bases de Dados *Science Direct, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), MEDLINE, LILACS e SCIELO, indicando um percentual de 6%; 01 (um) na Unidade de Pronto Atendimento Dr. Tarcisio de Vasconcelos Maia, Mossoro-RN, representando 6%; 01 (um) foi realizado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), por meio das bases de dados "LILACS" e "SCIELO", totalizando 6% das publicações; 02 (dois) artigos foram realizados no Estado do Rio de Janeiro, sendo 01 (um) na Unidade de Saúde do município de Silva Jardim e 01 (um) na Unidade de emergência de um hospital público do referido estado, representando 11% das pesquisas.

## **CONCLUSÃO**

A prática do acolhimento com classificação de risco demonstrou grande importância, pois se trata de um processo dinâmico de identificação e priorização do atendimento, o qual visa discernir os casos críticos que necessitam de atendimento imediato dos não críticos.

Nesse sentido, a pesquisa revela alguns limites deste instrumento, tais como: número insuficiente de profissionais de saúde; falta de investimento na formação qualificada dos profissionais da saúde responsáveis pelas avaliações clínicas; inadequada referência e contra referências que provoca o acúmulo de usuários no sistema; atendimento superficial aos usuários menos graves; inadequada estrutura do serviço; falta de articulação entre outros. Questões como estas, são fatores que

precisam ser discutidos e assumidos por todos os profissionais da área da saúde, incluindo principalmente os gestores dos serviços, e, não só os enfermeiros.

No momento em que, sozinho, o enfermeiro toma para si esta responsabilidade, traz uma sobrecarga real vivenciada na prática cotidiana no trabalho, não se tratando apenas de um trabalho prescrito. Podemos dizer que há até certa onipotência nesta ação, pois o enfermeiro coloca-se como capaz de resolver todas as questões. Como ele toma para si muitas resoluções e estas dependem de fatores que estão muito além do campo de decisão do enfermeiro, vivenciam também a frustração da não resolutividade.

É importante que o enfermeiro reflita sobre estas questões, buscando um trabalho mais multidisciplinar, no qual possa compartilhar as tomadas de decisões e suas consequências, compartilhando responsabilidades. É necessário o estabelecimento de relações mais horizontais entre os profissionais de saúde, de respeito, interação e reconhecimento do trabalho do outro.

Outra reflexão que se pode inferir é que a implantação do acolhimento com classificação de risco trouxe organização e ordenação da demanda, com resultados visíveis na sala de espera e no atendimento dos casos mais graves. No entanto, ainda não atingiu os propósitos do acolhimento como prática de humanização da assistência. Para atingir esta meta, é preciso ir além da implantação de um protocolo de atendimento, de um espaço definido na planta física e do treinamento do pessoal para a utilização do protocolo.

A triagem sempre foi discutida e praticada com dificuldades. O importante é que a prática do acolhimento com classificação de risco não se torne somente outra forma de triar. Se o ACCR não for colocado em prática acompanhado dos princípios do acolhimento conforme discutido em sua criação, pode somente atingir a organização da fila de espera, sem qualificar o atendimento ao usuário e sem considerar as dificuldades do trabalhador em saúde.

O estudo possibilitou constatar que a organização do atendimento aos usuários em unidades de urgência deve ser pautada nos princípios da avaliação e classificação de risco e não na ordem de chegada, pois estes contradizem os princípios da Política Nacional de Humanização. Diante dos resultados desse

estudo, é possível afirmar que, ainda há muito por fazer nos serviços hospitalares de emergência, e isso, depende apenas dos gestores e profissionais envolvidos.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ACOSTA, A. M.; *et al.* Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev. Gaucha Enferm.**, v.33, n. 4, p. 181-190, 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-669573>> Acesso em: 22 maio 2015.

AMESTOY, S.C. *et al.* A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Rev. Acta Paul Enferm.**, v.19, n.4, p.444-449, 2006.

ANDRADE, L.M. *et al.* Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência. **Rev. RENE.** v.1, n.1, p.91-97, 2010

BRASIL. **Implantação do Protocolo de Triagem de Manchester.** Secretária de Saúde de Minas Gerais, 2010.

BELLUCCI JUNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v.16, n.3, p. 419-428, 2012.

\_\_\_\_\_. Implantação do sistema acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. **Rev. Texto & contexto enferm.**, v.21, n.1, p. 217-225, 2012.

\_\_\_\_\_. Implantação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro. **Rev. Ciênc. cuid. saúde.** v.11, n.2, p. 396-401, 2012.

BOTELHO, L.L.R.; *et al.* O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade.** v.5, n.11, p. 121-136, 2013.

CAVALCANTE, R.B. *et al.* Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min.**, v.2, n.3, p. 428-437, 2012.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L.; *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde soc.**, v.23, n.4, p. 1356-1369, 2014.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

DURO, C.L.M. **Classificação de risco em serviços de emergência na perspectiva dos enfermeiros**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

FONTANA, R.T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev. Rene**, v.11, n.1, p.200-207, 2010.

FONTES, C.A.S.; ALVIM, N.A.T. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. **Rev. Acta Paul. Enferm.**, v.21, n.1, p. 77-83, 2008.

FRANCO, T. B.; FRANCO, C. M. Acolhimento com classificação de risco e a micropolítica do trabalho em saúde: a experiência de silva jardim/rio de janeiro. **Rev. APS**. v.15, n.2, p. 227-233, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

JULIANI, C.M.; *et al.* Organização do sistema de referência e contra referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.33, n.4, p. 323-333, 2012.

KALYANE, D. O. *et al.* Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **REME rev. min. enferm.**, v.17, n.1, p. 148-156, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-24415>> Acesso em: 29 maio 2015.

LITERATURA LATINO-AMERICANA E DO CARIBE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **Lilacs em números** Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/blog/2010/10/08/lilacs-em-numeros/>>. Acesso em: 20 maio 2015.

MAGALHÃES, F.J. *et al.* Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria: fatores intervenientes na implementação. In: 16º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem: **ciências da Enfermagem em tempos da interdisciplinaridade**. p.1521-1524, Campo Grande: ABEN, 2011.

MENDES, K. D.S.; *et al.* Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm**. v.17, n.4, p. 758-764, 2008.

NASCIMENTO, E.R. P.; *et al.* Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Rev. Eletr. Enferm.**, v.13, n.4, p. 597-603, 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-693774>>. Acesso em: 07 maio 2015.

NASCIMENTO, E.R. P.; *et al.* Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v.19, n.1, p. 84-88, 2011.

OLIVEIRA, G. N. *et al.* Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.21, n.2, p. 500-506, 2013.

PEREZ JUNIOR, E.F., *et al.* Implementação da classificação de risco em unidade de emergência de um hospital público do Rio de Janeiro - um relato de experiência. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v.4, n.1, p.2723-2732, 2012.

PINTO, D. *et al.* Sensibilidade e especificidade do Sistema de Manchester na triagem de doentes com síndrome coronária aguda. **Rev. Port. Cordial**. v. 29, n.10. Portugal, 2010.

ROSSANEIS, M. A. *et al.* Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Rev. eletrônica enferm.**, v.13, n.4, p. 648-656, 2011.

SANTOS, A.E. Humanização em serviços de enfermagem. In CALIL, AM, PARANHOS, W.Y. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, p.139-48, 2010.

SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE. **SciELO**. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_home&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_home&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio 2015.

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

SILVA, M.J.P. O papel da comunicação na humanização da atenção a saúde. **Revista Bioética**, p.73-88, 2010.

SOUZA, C.C. *et al.* Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.19, n.1, p. 01-08, 2011.

TOMBERG, J. O. *et al.* Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos. **Rev. Ciênc. cuid. Saúde**, v.12, n.1, p. 80-87, 2013.

ULBRICH, Elis Martins *et al.* Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, 2010.

VERSA, G.L.G. S. *et al.* Assessment of user embracement with risk rating in emergency hospital services. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.35, n.3, p. 21-28, 2014.

VITURI, D. W. *et al.* Welcoming with risk classification in teaching hospitals: assessment of structure, process and result. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v.21, n.5, p.1179-1187, 2013.

ZEM, K. K.S.; *et al.* Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. **Rev. Rene**, v.13, n.4, p. 899-908, 2012.

ZOMBINI, Edson Vanderlei *et al.* Classe hospitalar: a articulação da saúde e educação como expressão da política de humanização do SUS. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, 2012.