



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE GRADUAÇÃO**

GEIZA PAULA SEIXAS SILVA

**ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM URGÊNCIA:
Adesão da(o) enfermeira(o).**

Salvador
2014

GEIZA PAULA SEIXAS SILVA

**ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM URGÊNCIA:
Adesão da (o) enfermeira (o).**

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^aDr^a Maria Teresa Brito Mariotti de Santana.

Salvador
2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,
SIBI - UFBA.

S586 Silva, Geiza Paula Seixas
Acolhimento e avaliação com classificação de risco em
urgência: adesão da (o) enfermeira (o)/ Geiza Paula Seixas
Silva. – Salvador, 2014.
50 f.
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Teresa Brito Mariotti de
Santana.
Monografia (Graduação) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2014.
1. Enfermagem. 2. Enfermeiro. 3. Emergência. 4. Hospital.
I. Santana, Maria Teresa Brito Mariotti de. II. Universidade
Federal da Bahia. III. Título.
CDU 616-083

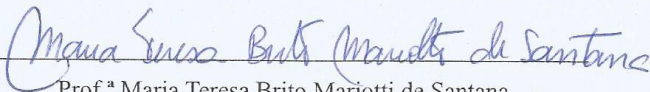
GEIZA PAULA SEIXAS SILVA

**ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM URGÊNCIA:
Adesão da(o) enfermeira (o).**

Monografia apresentado ao Colegiado de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Bacharel.

Aprovada em 16/12/2014.

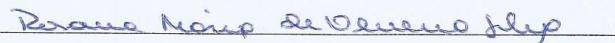
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Maria Teresa Brito Mariotti de Santana

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará

Orientadora



Prof.^a Rosana Maria de Oliveira Silva

2^a Examinadora

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia



Enf.^a Bárbara Sueli Gomes Moreira

3^a Examinadora

Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa da minha vida vencida! Agradeço a Deus por ser tão presente em minha vida, me guiando sempre para os melhores caminhos. Aos meus pais, esta conquista é nossa, a minha mãe pelo amor, apoio, educação, força e por ter dedicado sua vida para ajudar construir a minha, a meu pai alicerce responsável pelo que sou hoje, obrigada pelo carinho, compreensão, dedicação e confiança. Ao meu irmão pelo companheirismo e apoio. A meu namorado Raphael, pelo incentivo, carinho, compreensão e tolerância. Aos meus avós, tios, tias, primo pelo incentivo, carinho, confiança e apoio.

A minha orientadora Prof^a Maria Teresa Mariotti de Santana pela oportunidade, ensinamento, confiança e exemplo de profissionalismo. Aos membros do Grupo ATIVAR. NUREKR pela experiência, amizade, ensinamento, confiança e contribuição no meu desenvolvimento pessoal e profissional. As minhas amigas de curso Mai, Leize, Poli, Mara, Gabi, Carli e Noemy pelas palavras, apoio, incentivo e por tornaram a trajetória mais prazerosa. Aos membros da banca por terem aceitado o convite, pelo apoio e aprendizagem. A todos os profissionais do HGRS e HUPES pela aprendizagem e aos pacientes pela confiança.

Muito obrigada!

SILVA, Geiza Paula Seixas. **Acolhimento e avaliação com classificação de risco em urgência: adesão da(o) enfermeir(o)**. 2014. 50 p. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso-Graduação) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, (2014).

RESUMO

As (os) enfermeiras (os) que atuam nos serviços de emergências hospitalares e pronto-atendimentos sofrem com a superlotação dos serviços e incapacidade de ordenar o atendimento de forma priorizar o atendimento do usuário de acordo com o grau de complexidade, e não por ordem de chegada. Buscando solucionar esse problema o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH-SUS), para uma assistência humanizada. O objetivo é analisar os resultados das produções científicas sobre a adesão das (os) enfermeiras (os) a tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco em urgência. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura de acordo com Centro Crochane. A coleta de dados realizada com o descritor acolhimento, na base de dados eletrônicos BDENF, da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a partir de 2004. Foram pré-selecionados 38 artigos que após a aplicação dos critérios de inclusão e não-inclusão obteve-se a amostra composta de 10 artigos nacionais e originais. Utilizando um roteiro constituído de dois domínios obteve-se a caracterização da produção e as categorias temáticas: a adesão dos enfermeiros a tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco; os efeitos da implantação da tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco na adesão dos enfermeiros. Este estudo mostrou a adesão das (os) enfermeiras (os), principalmente na classificação do risco conforme protocolos; necessidade de maior capacitação em AACR e difusão da PNH-SUS. Conforme os resultados das produções analisadas, está indicado a implantação do ciclo de palestra em acolhimento e classificação de risco em urgência, como forma de contribuir para a difusão do conhecimento sobre a PNH e estimular a realização de novas pesquisas sobre a temática.

Palavras chave: Acolhimento. Enfermeira (o).Humanização. Classificação de risco.Urgência

SILVA, Geiza Paula Seixas. **Host and evaluation with risk classification at urgency : accession of nurses.** 2014. 50 p. Monograph (graduation) - School of Nursing, Federal University of Bahia, 2014.

ABSTRACT

The nurses working in hospital emergency and emergency care services suffer from overcrowding services and inability to manage the service in order to identify and prioritize those whoneed the most, and not according to the order of arrival. To solve this problem, the Ministry of Health established the National Humanization Policy of the Unified Health System (SUS-PNH), for a humanized assistance. The goal is to analyze the results of scientific production on the accession of nurses to the host technology and to evaluate urgently through risk classification. This is a systematic review of the literature according with Crochane center. Data collection was made with the descriptor host, in the electronic database BDENF, from the Virtual Health Library (VHL), since 2004. Were pre-selected 38 articles that, after the application of the criteria of inclusion and non-inclusion, and, thus constituting the final sample with 10 national and original articles. Using a script consisting of two domains obtained the characterization of production and the themes: the accession of nurses to technology acceptance and assessment with risk rating. the effects of the implementation of the hosting technology and assessment with risk rating in the adhesion of nurses There is evidence from the accession of the nurses, mainly in the classification of the risk of dying as protocols need for more training in AACR and dissemination of PNH-SUS. According to the results of the analyzed productions, is indicated the implementation of the lecture cycle in host and urgency in risk rating, as a contribution to the dissemination of knowledge about the HNP and stimulate new research on the subject.

Keywords: host, nurse, accession, risk rating, emergency

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** Distribuição de artigos pré selecionados identificados segundo, ano de publicação, titulo do artigo e periódico indexado.Salvador ,2014. **25**
- Quadro 2** Distribuição de artigos selecionados para o estudo segundo ano de publicação, periódico indexado, autores e sua categoria profissional, Salvador, 2014. **28**
- Quadro 3** Constituição do *corpus* para análise da produção científica, Salvador 2014. **34**
- Quadro 4** Distribuição de artigos para análise da categoria1: Adesão das (os) enfermeiras(os) a tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco. Salvador 2014. **37**
- Quadro 5** Distribuição de artigos para análise da categoria 2. Os efeitos da adesão das (os) enfermeiras (os) na implantação da tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco.Salvador, 2014. **40**

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Gráfico 1	Distribuição dos artigos por ano de publicação, Brasil, 2004 - 2013. N=10	30
Gráfico 2	Distribuição dos artigos, segundo região do estado, Brasil, 2004 - 2013. N=10.	31
Gráfico 3	Distribuição dos artigos, segundo periódico de publicação. Brasil, 2004 - 2013. N=10	31
Gráfico 4	Distribuição dos autores, segundo titulação. Brasil, 2004 - 2013.. N=10	32
Gráfico 5	Distribuição dos artigos por tipo de estudo , Brasil, 2004 - 2013.. N=10	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
AACR	Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco
SE	Serviço de Emergência
PROEXT	Pró-Reitoria de Extensão
MEC	Ministério da Educação
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
UFBA	Universidade Federal da Bahia
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
ATIVAR	Atenção Interdisciplinar as Afecções Respiratórias
NUREKR	Núcleo de Renascimento Elisabeth Kübler-Ross
QualiSUS	Qualificação da Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS	14
2.1 Contexto histórico da atenção às urgências no Brasil: situação atual e desafios do sistema único de saúde	14
2.2 Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco: uma tecnologia para humanização do SUS	15
2.3 Organização do serviço para o Acolhimento e Avaliação com Classificação de risco: estrutura, processo e resultado	18
3 METODOLOGIA	21
3.1 Tipo de Estudo	21
3.2 Coleta dos Dados	22
3.2.1 Instrumento de coleta de dados	23
3.3 Análise dos Dados	23
3.4 Aspectos Éticos	24
4 RESULTADOS	25
4.1 Caracterização da produção científica sobre adesão das (os) enfermeiras (os).	30
4.2 Análise dos resultados da produção científica sobre adesão das(os) enfermeiras(os).	33
4.2.1 Adesão da(o) enfermeira(o) a tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco.	37
4.2.2 Os efeitos da adesão das(os) enfermeiras(os) na implantação da tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco.	40
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE A	49

1.INTRODUÇÃO

As emergências hospitalares e pronto-atendimentos sofrem com a superlotação dos serviços e incapacidade de ordenar o atendimento de forma a identificar e priorizar de acordo o grau de complexidade e não por ordem de chegada. Nesse contexto, buscando solucionar esse problema cria-se a Política Nacional de Humanização, destacando os dispositivos do acolhimento com avaliação e classificação de risco, que sugere um impacto positivo nas relações de organização do trabalho e assistência de forma humanizada.

Os serviços de urgência/emergência têm o objetivo de diminuir a morbi-mortalidade e as seqüelas incapacitantes, para tanto é preciso garantir os elementos necessários para um sistema de atenção de emergência considerando recursos humanos, infraestrutura, equipamentos e materiais, de modo a assegurar uma assistência integral, com qualidade adequada e contínua (AZEVEDO et al,2010). Os serviços de Urgência e Emergência têm como características principais o atendimento a pacientes em situações agudas que se encontram risco de morte ou de sofrimento intenso, porém a maioria dos usuários que procuram estes serviços poderia ter seus problemas resolvidos na atenção básica de saúde (LOPES et al. , 2014).

Atualmente a superlotação se configura no maior desafio enfrentado pelo serviço de emergência, a triagem estruturada (Classificação de risco), talvez seja a mais importante delas, por que permite que pacientes mais graves sejam atendidos primeiro. O processo de triagem foi introduzido nos serviços de emergência (SE) para tentar minimizar o problema da superlotação, permitindo cuidados imediatos para os pacientes mais urgentes e em todo mundo, o processo de triagem, é realizado por enfermeiros, após um treinamento específico (ALBINO apud LOPES et al.2014).

A triagem é o primeiro atendimento prestado pelo profissional aos usuários dos serviços de saúde, tendo como objetivo a classificação adequada dos pacientes bem como a decisão de prioridades e intervenções terapêuticas individualizadas, e a mesma vem para contribuir no atendimento favorecendo na redução de aglomerações nas unidades de urgência e emergência. A temática do processo de acolhimento nos serviços de saúde vem ganhando importância crescente, pois é um método de desenvolver os processos de trabalho em saúde de forma a atender os usuários que procuram os serviços de saúde, ouvindo os seus pedidos e assumindo uma postura

capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários (MORISSHITA et al. , 2009).

O acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona a clínica no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o acesso aos serviços. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde: o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo (BRASIL, 2009).

Todo lugar em que ocorre um encontro - enquanto trabalho de saúde - entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar à conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde (FRANCO et al. , 1999).

Assim, o acolhimento funciona como um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção aos usuários, enquanto certas modalidades de trabalho em saúde que se centram na produção de um mútuo reconhecimento de direitos e responsabilidades, institucionalizados pelos serviços de acordo com determinados modelos de atenção à saúde como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, a partir da análise dos processos de trabalho, favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. Possibilita também avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira (BRASIL, 2009 ; FRANCO et al.,1999).

Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2009). A falta de conhecimento da clientela a respeito do acolhimento com classificação de risco, visto que sem comunicação os clientes ficam excluídos da dinâmica do serviço. Ou seja, a falta de orientação leva ao não entendimento, por parte dos clientes, do real motivo pelo qual não há o atendimento por ordem de chegada e sim pelo risco de comprometimento ou agravo (MAGALHÃES et al., 2011).

No Brasil, os hospitais, tanto públicos quanto privados, constituíram-se por um sistema próprio de normas e valores, desfrutando de considerável autonomia para definir sua clientela, organizar seu processo de trabalho e sua modalidade assistencial (CAMPOS apud SPEDO; TANAKA; PINTO, 2009), não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústia e invenções. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde (BRASIL, 2004).

É inadiável que se estabeleça a prática da classificação de risco estruturada dos pacientes que aguardam por atendimento em nossos Serviços de Emergência (SE). Não é mais admissível que mantenhamos o atendimento nesses serviços por ordem de chegada dos pacientes, colocando em risco de morte indivíduos em real situação de urgência, enquanto prestamos assistência a outros que deveriam estar no posto de assistência básica portanto, repensar e criar novas formas de agir em saúde que levem a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora a partir da compreensão da inserção dos serviços de urgência na rede local (BRASIL, 2009; ALBINO et al. , 2007).

Nossa motivação para o trabalho partiu da inserção como bolsista no programa Acolhimento e Classificação de risco na Atenção Básica em Urgência Respiratória na comunidade Inferninho e Baixa Fria em Salvador/BA: Acolher, Educar e Cuidar, financiado pelo Edital PROEXT NACIONAL/MEC 2013, (Programa de Extensão Universitária), e a participação nos grupos de pesquisa ATIVAR/ NUREKR da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, onde foi possível através das pesquisas bibliográficas e de campo a compreensão da importância da difusão do conhecimento em acolhimento e avaliação com classificação de risco em urgência.

Os ciclos de palestras ocorreram no período de março a junho de 2013. Teve como parcerias a Arquidiocese de Salvador através da Igreja Nossa Senhora da Esperança e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). A população alvo foram os paroquianos, as comunidades Inferninho 1 e Baixa Fria 2. Também foram incluídos os estudantes e trabalhadores de saúde com escolaridade de nível médio e superior. Foram convidados através de divulgação de cartazes, em redes sociais e anúncios orais feitos após a missa do domingo com a anuência do celebrante. As inscrições gratuitas foram feitas pela internet utilizando o Google e as certificações, emitidas

pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal da Bahia - PROEXT/UFBA foram enviadas por e-mails. (SANTANA,2014).

No total foram realizados 03 ciclos atingindo um público de 140 pessoas. As características sociodemográficas identificadas a partir da ficha de inscrição reuniu um público com idade de 18 à 56 anos, o sexo 94 (90,4%) foi feminino, e 10 (9,6%) foi masculino. A escolaridade com nível médio 43(42%) e com nível superior 19(18,3%), a profissão enfermeiro 14(15,4%), técnico de enfermagem 11(10,7%) e estudante 19(19,4%) (SANTANA, 2014). A baixa adesão dos enfermeiros a estes eventos levantou a questão sobre como está a adesão desse profissional no âmbito nacional, considerando que a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde - SUS foi promulgada em 2004, portanto, há 10 anos. Pode ser considerado um tempo insuficiente para que se tenha uma familiaridade com essa política e utilização dessa tecnologia pelos profissionais de saúde. A adesão á Política Nacional de Humanização vem ocorrendo de forma dispersa no âmbito nacional. Familiarizar-se com requer conhecer o que esta sendo publicado na literatura.

Diante do exposto, o objeto do estudo é: resultados das publicações sobre a adesão das (os) enfermeiras (os) a tecnologia do acolhimento com avaliação e classificação de risco em urgência publicado na literatura científica nacional. A questão norteadora: Quais resultados das publicações sobre adesão das(os) enfermeiras (os) a tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco em urgência?

Assim, tem-se como objetivo geral: Analisar as produções científicas sobre a adesão das (os) enfermeiras (os) a tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco em urgência. E como objetivos específicos: caracterizar a e descrever da produção científica sobre a adesão das (os) enfermeiras (os) a tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco em urgência.

2. POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS

2.1 - Contexto histórico da atenção às urgências no Brasil: situação atual e desafios do sistema único de saúde

A situação da assistência às urgências é bastante complexa, tendo em vista os diversos fatores envolvidos: a necessidade de assistência para os casos de violência e acidentes nos grandes centros urbanos; a difusão dos serviços de pronto atendimento; o processo de transferência da gestão do sistema público de saúde para os municípios; os interesses dos prestadores; as expectativas de assistência por parte da população. Independente da dificuldade de abordar uma questão tão complexa, a principal justificativa para o investimento nos serviços de emergência é que são altamente rentáveis em termos de benefícios sociais, isto é, a redução da morbimortalidade. A prestação de serviços em melhores patamares de qualidade é uma preocupação explicitada na política de saúde do atual governo federal e tem sido objeto de reflexão e investimento dos profissionais, gestores e grupos de avaliadores, principalmente nas décadas de oitenta e noventa (O'DWYER et al. 2009).

Segundo ABADIA et al. (2014), com o aumento da população, aumentou conseqüentemente a demanda por atendimento nos serviços de emergência, gerando sobrecarga e insatisfação aos usuários. Com isso surgiu a necessidade de construir varias unidades hospitalares de urgência, numa tentativa de atender de forma mais rápida o esclarecimento do diagnostico, ainda que sem infra-estrutura, equipamentos e materiais necessários para oferecer um atendimento de forma adequada.

Os serviços de urgência e emergência atualmente funcionam com grande fluxo de demanda espontânea, culminando com a superlotação e conseqüentemente com a percebida baixa qualidade da assistência. É importante ressaltar que o acesso aos recursos do SUS ainda é muito difícil, sendo que uma grande parcela da população principalmente os usuários de baixa renda enfrentam longas filas de espera para consultas e exames (BITTERNCURT apud ABADIA et al, 2014).

O enfermeiro presta assistência em setores considerados desgastantes, tanto pela carga de trabalho, como pelas especificidades das tarefas, e nesse panorama, encontra-se a unidade de emergência e os enfermeiros que lá trabalham. Pode-se considerar que a maior fonte de satisfação

no trabalho do enfermeiro em unidade de emergência concentra-se no fato de que as suas intervenções auxiliam na manutenção da vida humana. Como principais estressores, pode-se determinar os seguintes itens: número reduzido de funcionários compondo a equipe de enfermagem; falta de respaldo institucional e profissional; carga de trabalho; necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido; indefinição do papel do profissional; descontentamento com o trabalho; falta de experiência por parte dos supervisores; falta de comunicação e compreensão por parte da supervisão de serviço; relacionamento com familiares; ambiente físico da unidade; tecnologia de equipamentos; assistência ao paciente e relacionamento com familiares (BATISTA, 2006).

Torna-se necessário otimizar o atendimento de pacientes com problemas não urgentes que chegam à emergência através de estratégias no nível de atenção primária - especialmente possibilitando o atendimento médico continuado -, onde uma abordagem integral com ênfase na prevenção garanta um atendimento de melhor qualidade e custo menor. Assim, uma estratégia para reduzir a ocorrência de consultas não urgentes em serviços de emergência é a implantação da tecnologia do Acolhimento com Classificação de Risco, proposta pela Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 - Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco: uma tecnologia para humanização do SUS

Em junho de 2004, o Ministério da Saúde lançou o Programa QualiSUS, um conjunto de mudanças que visa proporcionar maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital. Além de uma reforma mais estrutural dos hospitais, é criado um grupo de humanização do atendimento e há uma reorganização da oferta de leitos com priorização para a emergência, relevante porta de entrada para o sistema hospitalar. Na sua concepção teórica, o QualiSUS é composto por três componentes: (1) qualificação, ampliação, readequação e otimização da oferta de serviços de saúde; (2) humanização, fortalecimento e qualificação da gestão e do controle social na saúde; (3) fortalecimento da capacidade de produção de insumos estratégicos, desenvolvimento tecnológico e do complexo produtivo na saúde. Outra importante conquista para viabilizar as mudanças propostas pelo QualiSUS é a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192), que é um atendimento pré-hospitalar, que

permite a organização no acesso à emergência e a racionalização da utilização da rede pública (O'DWYER et al, 2009).

O QualiSUS foi implantado em 27 regiões metropolitanas das capitais brasileiras e cerca de 80 hospitais com serviços de emergência, visando melhorar a qualidade da atenção à saúde realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, a literatura científica apresenta estudos que demonstram a ação exitosa no uso dessas tecnologias, em vários Estados: Hospital Municipal Odilon Behrens, em Belo Horizonte, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo e Hospital das Clínicas de São Paulo - UNICAMP. Transcorrido cinco anos da sua implantação, a tecnologia do AACR é considerada como uma das diretrizes de maior relevância ética /estética/ política no atendimento aos usuários na porta hospitalar de urgência.

Grandes são os desafios que movem as organizações do sistema de saúde, porém, o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (NEVES; ROLLO, 2006), trata-se de mais um desafio a ser enfrentado, no qual, os benefícios da utilização do mesmo, dentre os quais se destacaram: prioridade de atendimento; atendimento rápido e eficaz; redução do tempo de espera dos que necessitam de atendimento prioritário; resolução de problemas com minimização de agravos e complicações. Sabe-se que a não classificação de riscos faz com que casos se agravem nas filas, podendo ocorrer à morte de pessoas diante da ausência de atendimento no tempo adequado (MAGALHÃES et al, 2011).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder (BRASIL, 2009).

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um "estar com" e "perto de", ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. É exatamente no sentido da ação de "estar com" ou "próximo de" que queremos afirmar

o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2009).

Sendo assim, como diretriz o acolhimento:

É um regime de afetabilidade construído a cada encontro e por meio dos encontros, que se produz, portanto, na construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde". (BRASIL, 2009, p 25).

A produção de saúde trata-se de um trabalho em conjunto e não de cunho individual processo o qual envolve grandes complexidades e responsabilidades, mas de extrema importância para saúde, pois, resulta uma melhor produção e promoção de saúde.

Dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se fazem numa rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes. Cuidar dessa rede de relações, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder, é uma exigência maior (imperativo) no trabalho em saúde. Através delas que construímos nossas práticas de co-responsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando, assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades (NEVES; ROLLO, 2006, p. 4).

Em vista, torna-se claro que para qual quer atendimento prestado no serviço de saúde é essencial o acolhimento estar presente, pois:

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (ABBÊS, MASSARO, 2004, p. 6).

Esta definição citada por Abbês e Massaro declara que, o acolhimento é uma tecnologia não limitada ao ambiente confortável e uma triagem sucinta, para tanto inclui ao profissional uma visão geral do estado de saúde do usuário, na expectativa de oferecer ferramentas necessárias ao cuidado imediato e traçar uma continuidade a assistência do usuário.

O acolhimento, pensamos, é uma das diretrizes que contribui para alterar essa situação, na medida em que incorpora a análise e revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS (NEVES; ROLLO 2006).

Sendo assim, como diretriz o acolhimento:

É um regime de afetabilidade construído a cada encontro e por meio dos encontros, que se produz, portanto, na construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde". (BRASIL, 2009).

O acolhimento não está relacionado somente ao estabelecimento de área física e materiais adequados para o atendimento aos usuários do SUS, mas a postura ética necessária ao profissional que realiza o atendimento. Outro aspecto a ser ressaltado é que o acolhimento não estabelece o profissional que o fará; todos profissionais devem estar aptos a ouvir e compartilhar saberes, angústias e necessidades. O enfermeiro é um dos profissionais de saúde que está mais próximo dos usuários, tal fato confere a ele o papel central no processo de acolhimento e atuação na avaliação com classificação de risco, reconhecendo e atuando sobre as reais necessidades do usuário (BRASIL, 2004).

2.3-Organização do serviço para o Acolhimento e Avaliação com Classificação de risco: estrutura, processo e resultado.

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

A orientação da ambiência na urgência, articulada à diretriz do acolhimento, favorece que ao se intervir e recriar os espaços físicos na urgência se problematize também as práticas, os processos de trabalho e os modos de viver e conviver nesse espaço. Para a organização dos espaços e seus usos e para a clareza no atendimento, a composição espacial aqui sugerida é composta por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes.

A proposta de desenho se desenvolve pelo menos em dois eixos: o do paciente grave, com risco de morte (eixo vermelho), e o do paciente aparentemente não-grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência (eixo azul). Cada um desses eixos possui diferentes áreas,

de acordo com a clínica do paciente e os processos de trabalho que se estabelecem, sendo que essa identificação também define a composição espacial por dois acessos diferentes. EIXO VERMELHO: este eixo está relacionado à clínica do paciente grave, com risco de morte, sendo composto por um agrupamento de três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde. a) Área Vermelha: é nesta área que está a sala de emergência, para atendimento imediato dos pacientes com risco de morte, e a sala de procedimentos especiais invasivos; b) Área Amarela: composta por uma sala de retaguarda para pacientes já estabilizados, porém que ainda requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semi-críticos). c) Área Verde: composta pelas salas de observação, que devem ser divididas por sexo (feminino e masculino) e idade (crianças e adultos), a depender da demanda. (BRASIL, 2009).

Nas salas amarela e verde, além da adequação dos espaços e dos mobiliários a uma funcionalidade que facilite o processo de trabalho, é importante que se considere questões relativas a som, cheiro, cor, iluminação, etc., uma vez que o tempo de permanência do paciente nestas áreas é mais prolongado que na área vermelha, porém esta área também deve proporcionar um ambiente confortável para desenvolvimento do processo de trabalho. EIXO AZUL: é o eixo dos pacientes aparentemente não graves. O arranjo do espaço deve favorecer o acolhimento do cidadão e a classificação do grau de risco. Esse eixo é composto por ao menos três planos de atendimento, sendo importante que tenha fluxos claros, informação e sinalização.

Os espaços para acolhimento, espera, recepção, classificação do risco e atendimento administrativo são destinados a escuta e de recepção que proporcionem a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores - equipes - e entre os próprios usuários, que sejam acolhedores também no sentido de conforto, que pode ser produzido pelo uso de iluminação e ventilação naturais, cores e artes.

Nesse sentido, é importante as áreas externas, incluindo jardins e bancos, é bastante interessante já que, além da entrada, estas áreas constituem-se muitas vezes em lugares de espera. As cores podem estar como detalhes em faixas, piso, parede do ambiente, contribuindo também para a sinalização e identificação clara dos espaços e usos de modo a incluir todos os usuários, sendo importante que esta orientação já se inicie no entorno do equipamento de saúde. É importante que essas áreas possuam espaços que favoreçam o direito ao acompanhante e a visitas e que não sejam recebidos por um portão gradeado e com horários de visita rígidos e restritos, mas que exista para eles recepção, lugares de espera e ambientes de escuta, para que possam

aguardar com conforto e receber informações sobre o estado clínico dos pacientes quando não for possível a presença deles junto ao leito (BRASIL, 2009).

Neves e Rollo (2006) declaram que o acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário. Neste sentido todos os profissionais de saúde fazem acolhimento. Estas autoras acreditam num modelo de assistência complementar e necessário a saúde que visa melhoria do atendimento. Neves e Rollo (2006), completam que, acolhimento com avaliação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e implementação da promoção da saúde em rede, pois em sua implementação extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, com abordagem qualitativa, acerca dos resultados das produções científicas sobre a adesão das (os) enfermeiras (os) a tecnologia do acolhimento com avaliação e classificação de risco em urgência, verificando assim, a produção científica publicada e obtendo elementos para analisá-la. Neste estudo optou-se em seguir as orientações do Centro Cochrane do Reino Unido, que deu início à Colaboração Cochrane, organização internacional que surge em reconhecimento ao epidemiologista britânico Archie Cochrane, com o objetivo de preparar, manter e disseminar revisões sistemáticas na área de saúde.

O Centro Cochrane do reino Unido foi fundado em 1992 e também nesse ano foram produzidas as duas primeiras teses que consistiam em revisões sistemáticas com metanálise, uma na Inglaterra e outra no Brasil. Em Oxford, Alejandro Jadad defendeu sua tese de doutoramento em São Paulo, Jair de Jesus Mari defendeu sua tese de livre docência na Escola Paulista de Medicina Em 1997, também na Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, foi defendida a primeira tese de doutoramento cujo tipo de estudo foi a revisão sistemática com metanálise (SOARES, 1997 ; MARI ; JADAD, 1994).

A revisão sistemática é um estudo secundário, que responde a uma pergunta claramente formulada, utilizando método sistemático e explícito para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e coletar e analisar dados de estudos incluídos na revisão. Os "sujeitos" da investigação (unidade de análise) são os estudos primários, escolhidos a depender da pergunta que se quer responder. Reúne de forma organizada grande quantidade de resultados de pesquisas e auxiliam na explicação de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a questão (CLARKE, 2001).

Necessário entender que os estudos primários são aqueles publicados em sua forma original, servindo "primordialmente às atividades de pesquisa, elaboração de diretrizes ou à necessidade de informação mais recente para aplicação clínica". Já os estudos secundários, são aqueles que foram reproduzidos, comentados e avaliados criticamente, de acordo com uma metodologia específica (BERNARDO et. al.2004).

A metodologia para uma revisão sistemática pode ser encontrada nas publicações do Centro Cochrane do Brasil, que disponibiliza através do Laboratório de Ensino a Distância do Departamento de Informática em Saúde da Universidade Federal de São Paulo, um curso online de Revisão Sistemática no qual se baseará este estudo.

Segundo as publicações do Centro Cochrane do Brasil, existem alguns passos a serem seguidos para elaboração de uma revisão sistemática: a formulação da pergunta; a localização e seleção dos estudos; a avaliação crítica dos estudos; a coleta dos dados; a análise e apresentação dos dados; a interpretação dos resultados; e por fim, o aperfeiçoamento e atualização destes.

3.2. Coleta de dados

Para o delineamento do estudo, a questão foi a adesão dos enfermeiros a tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco publicado na literatura científica. A investigação foi iniciada com a coleta de dados realizada no período de outubro a novembro de 2014, com a consulta a artigos publicados em periódicos nacionais, compilados na base de dados eletrônica BDENF(Base de Dados de Enfermagem), indexado na Biblioteca Virtual de Saúde(BVS).

A Base de Dados de Enfermagem (BDENF) é uma fonte de informação composta por referências bibliográficas da literatura técnico-científica brasileira em enfermagem. Sua criação, operação, manutenção e atualização estão sob a coordenação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Centros Cooperantes da Rede BVS Enfermagem. Disponibiliza, desde 1988, artigos das revistas mais conceituadas do campo da enfermagem e outros documentos, por exemplo: livros, teses, manuais, folhetos, congressos e publicações periódicas geradas no Brasil ou escritas por autores brasileiros e publicados em outros países.

Devido às limitações de tempo, optou-se por investigar uma base de dados eletrônicos submeter às dúvidas à orientadora. Desta forma, em reunião com a orientadora foram definidos os critérios de exclusão, determinando a amostra final.

Adotados como critério para escolha dos artigos os publicados em periódicos nacionais relativos a adesão da(o) enfermeira(o) a tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco em urgência, contendo resumo e escritos em língua portuguesa, com artigos em formato

completo, original e disponíveis online, publicados de 2004 a 2013. Foram excluídos estudos secundários, como revisões de literatura, e também capítulos de livros, anais de congressos, dissertações e teses.

A busca dos artigos na base BDENF foi feita utilizando o descritor indexado em Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Acolhimento. Para identificação dos artigos no processo de análise, utilizaremos a nomenclatura "A1, A2, A3,... n"

3.2.1- Instrumento de coleta de dados

A caracterização e categorização dos artigos foi efetuada com base em um roteiro (APÊNDICE A) elaborado para esta finalidade, contendo os seguintes tópicos: contendo os seguintes tópicos: título do artigo; autor; periódico; ano de publicação; titulação; fonte da publicação; objetivos, delineamento do estudo; instrumentos e ou técnica de coleta; análise dos dados; resultados; discussão e conclusões.

3.3. Análise dos dados

A análise dos dados baseou-se na análise de conteúdo, proposta por Minayo (2008) que considera este tipo de análise objetiva, trabalhando com regras pré estabelecidas e obedecendo a diretrizes suficientemente claras para que qualquer investigador possa replicar os procedimentos e obter os mesmos resultados; e sistemática, de tal forma que o conteúdo seja ordenado e integrado às categorias escolhidas, em função dos objetivos e metas anteriormente estabelecidos.

A fase de pré-análise consistiu na escolha dos documentos que foram analisados e do objetivo inicial da pesquisa, sendo decomposta em três passos: leitura flutuante (permitiu o contato e diálogo com o tema e organização das hipóteses iniciais e emergentes); constituição do corpus (organização do material para validar a técnica pela exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência); e formulação e reformulação do objetivo que, embora já definido, deveria ser flexível para admitir outros que porventura surgissem durante o decorrer do estudo.

A segunda fase consistiu na exploração do material, etapa classificatória que visou alcançar o núcleo de compreensão do texto. Desta forma, procedemos à classificação e agregação dos dados em categorias que definiram a especificação dos temas, através da leitura exaustiva e

aprofundada dos artigos. Através das categorias buscamos construir "mapas de conhecimento" (BAUER, 2002), com a construção de unidades de análise para representar o conhecimento não apenas por elementos pontuais, mas buscando relacioná-los.

A terceira fase foi a de tratamento dos resultados obtidos por meio da inferência e interpretação dos resultados, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente. Os temas foram classificados buscando-se trabalhar os significados ao invés de se investir nas inferências estatísticas

3.4. Aspectos éticos

Os aspectos éticos foram preservados na construção do estudo, respeitando a norma brasileira regulamentadora, NBR nº 6023 que dispõe sobre os elementos a serem incluídos e orienta a compilação e produção de referências. A utilização dos dados tem como exclusiva finalidade a construção de trabalhos científicos.

4. RESULTADOS

Foram pré-selecionados 38 artigos caracterizado quanto: ao ano, título e periódico conforme o quadro 1. Em seguida foi feita a leitura do resumo para aproximar o objeto de estudo e aplicar os critérios de inclusão e não -inclusão.

Quadro 1 - Distribuição de artigos pré selecionados identificados segundo, ano de publicação, título do artigo e periódico indexado, Salvador ,2014.

ANO	CÓDIGO	TÍTULO	PERIÓDICO
2013	A1	A visita domiciliar como prática de acolhimento no programa médico de família/Niterói.	Revista de Pesquisa cuidado é fundamental.
2012	A2	Acolhimento à adolescente na consulta de enfermagem - estudo qualitativo.	Revista Brasileira de Enfermagem
2009	A3	Percepção sobre a prática de enfermagem em centros de atenção psicossocial.	Revista Gaúcha Enfermagem
2004	A4	Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família.	Revista escola de enfermagem
2013	A5	Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros.	Revista de enfermagem UFSM .
2013	A6	Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento.	REME Revista Mineira de Enfermagem.
2013	A7	Humanização e acolhimento em emergência hospitalar: fatores condicionantes sob o olhar dos enfermeiros.	Journal of research fundamental care online.
2013	A8	Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização	Journal of research fundamental care online..

2013	A9	Sentimentos vivenciados pelo homem frente à gravidez da companheira acometida por síndromes hipertensivas	journal of research fundamental care online..
2013	A10	A mãe acompanhante na unidade de terapia intensiva neonatal: desafios para a equipe assistencial.	RECOM- Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro.
2012	A11	Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro.	Rev. RENE-Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.
2012	A12	Acolhimento e saúde mental: desafio profissional na estratégia saúde da família.	Rev.RENE. Revista da rede de enfermagem do Nordeste
2012	A13	Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem.	REME -Revista Mineira de Enfermagem
2012	A14	Capacitação profissional sobre protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria.	Rev.RENE. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste
2012	A15	Acolhimento com classificação de Risco na atenção primária: percepção dos profissionais de enfermagem.	REME - Revista Mineira de Enfermagem
2012	A16	Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência.	REME - Revista Mineira de Enfermagem.
2012	A17	Acolhimento em um serviço da atenção básica à saúde de Minas Gerais.	RECON-Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro.
2012	A18	Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva.	Rev. Enferm.UERJ.
2012	A19	Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem.	Rev. Enferm. UERJ.
2011	A20	Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários.	Rev. Enferm. UERJ
2011	A21	Acolhimento e vínculo na consulta ginecológica: concepção de enfermeiras	Rev. RENE- Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste
2011	A22	Acolhimento como estratégia do programa nacional de humanização.	cienc cuid saude
2011	A23	Classificação de risco em emergência - um desafio para as/os enfermeiras/os.	Enfermagem em Foco.

2011	A24	Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem.	Rev. enferm. UERJ.
(acesso restrito)	A25	O acolhimento de familiares no serviço de emergência: contribuições a partir da política nacional de humanização.	Revista de Enfermagem UFPE.
2010	A26	Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário.	cienc cuid saude
2010	A27	Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem.	cienc cuid saude.
2010	A28	Assistência pré-natal: satisfação e expectativas.	Rev. RENE- Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste
2010	A29	Comunicação, acolhimento e educação em saúde na consulta de enfermagem em ginecologia.	Rev. RENE- Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste
2009	A30	Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados.	Rev. Gaúcha enferm.
2009	A31	Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitativo.	Cuidarte. Enferm
2009	A32	A relação de ajuda não-diretiva junto ao cuidador de um idoso incapacitado.	Revista eletrônica de enfermagem.
2008	A33	Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro.	REME-Revista Mineira de Enfermagem
2008	A34	O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família.	REME - Revista Mineira de Enfermagem
2008	A35	o acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde.	Rev. aps
2008	A36	acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana	Texto contexto enferm.
2007	A37	acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários	Acta Paul enferm
2007	A38	relação de ajuda da enfermeira com a mulher na pré-mastectomia.	REME-Revista Mineira de enfermagem

Fonte: BDENF, 2014.

Após leitura dos resumos, ter aplicado os critérios de inclusão e não -inclusão e a partir do roteiro (APÊNDICE A) produzido para a coleta dos dados foram excluídos 28 artigos, o (A25) devido acesso restrito e não contemplar o objeto de estudo e os outros 27 artigos por não serem relativos aos resultados das produções científicas sobre a adesão da(o) enfermeira(o) a tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco em urgência e não serem artigos originais. Deste modo, foram selecionados 10 artigos para análise final distribuídos no quadro 2 abaixo, conforme o ano, periódico, autor/autores e profissão /ocupação.

Quadro 2 - Distribuição de artigos selecionados para o estudo segundo ano de publicação, periódico indexado, autores e sua categoria profissional, Salvador, 2014

Numero	Ano	Código	Periódico	Autor/autores	Profissão / ocupação
01	2013	A5	Revista de Enfermagem UFSM .	Alcides Viana de Lima Neto1 Vilani Medeiros de Araújo Nunes2 Rafaella Leite Fernandes3 Icarla Mayara Lopes Barboa4 Gysella Rose Prado de Carvalho5	1Enfermeiro.Especializando do 2Enfermeira. Professora Doutora em Ciências da Saúde 3Enfermeira. Mestre em Enfermagem 4 Enfermeira Bacharel 5Enfermeira. Mestre em Enfermagem
02	2013	A6	REME . Revista Mineira de Enfermagem	Kalyane Kelly Duarte de Oliveira 1 Kalianny Kadidja Poline Soares Amorim 2 Ana Paula Nunes de Lima Fernandes 3 Akemi Iwata Monteiro 4	1 Enfermeira. Professora Mestranda 2 Enfermeira, Bacharel 3 Acadêmico do curso de Enfermagem. 4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
03	2013	A7	Journal of Research fundamental care online.	Alcides Viana de Lima Neto1, Vilani Medeiros de Araújo Nunes2, Rafaella Leite Fernandes3, Icarla Mayara Lopes Barbosa4, Gysella Rose Prado de Carvalho5	1 Enfermeiro Bacharel 2 Enfermeira, Mestre em Enfermagem Doutora em Ciências da Saúde 3 Enfermeira, Mestre em Enfermagem 4 Enfermeira Bacharel 5 Enfermeira, Mestre em Enfermagem
04	2012	A11	REVRENE- Revista da	Kelly Karine Sales Zem1, Juliana Helena Montezeli2,	1 Enfermeira.Especialista 2 Enfermeira Mestre em

			Rede de Enfermagem do Nordeste.	Aida Maris Peres ³	Enfermagem. 3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem
05	2012	A13	REME - Revista Mineira de Enfermagem	Jose Aparecido Bellucci Junior ¹ Laura Misue Matsuda ²	1 Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. 2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
06	2011	A22	Cienc Cuid Saude	Carla Regina Andre Silva ¹ Wilson Danilo Lunardi Filho ² Dirce Stein Backes ³ Rosemary da Silva Silveira ⁴ Valéria Lerch Lunardi ⁵ Ana Paula Andre Silva ⁶	1 Enfermeira Mestre em Enfermagem.. 2 Enfermeiro Doutor em Enfermagem. 3 Enfermeira Doutora em Enfermagem. 4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. 5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. 6 Aluna do Curso de Letras Português/Espanhol da FURG.
07	2011	A23	Enfermagem em Foco	Lícia Mara Brito Shiroma ¹ Denise Elvira Pires de Pires ²	1 Enfermeira. Mestre em Enfermagem 2 Enfermeira. Doutora em Ciências Sociais
08	2011	A24	Rev. enferm. UERJ	Eliane Regina Pereira do Nascimento ¹ Bárbara Rosso Hilsendeger ² Caroline Neth ³ Guilherme Mortari Belaver ⁴ Kátia Cilene Godinho Bertoncello ⁵	1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem.. 2 Acadêmica da 8a Fase do Curso de Graduação em Enfermagem 3 Acadêmica da 8a Fase do Curso de Graduação em Enfermagem 4 Acadêmico da 8a Fase do Curso de Graduação em Enfermagem. 5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental.
09	2010	A26	Cienc Cuid Saude	Maria Antonia Ramos Costa ¹ Mariele da Silva Cambiriba ²	1 Enfermeira Mestre, 2 Enfermeira - Graduada do Curso de Enfermagem da FAFIPA.

10	2010	A27	Cienc Cuid Saude	Daiana Maggi Zanelatto 1 Daiane Dal Pai 2	1 Enfermeira. 2 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem
----	------	-----	------------------	--	---

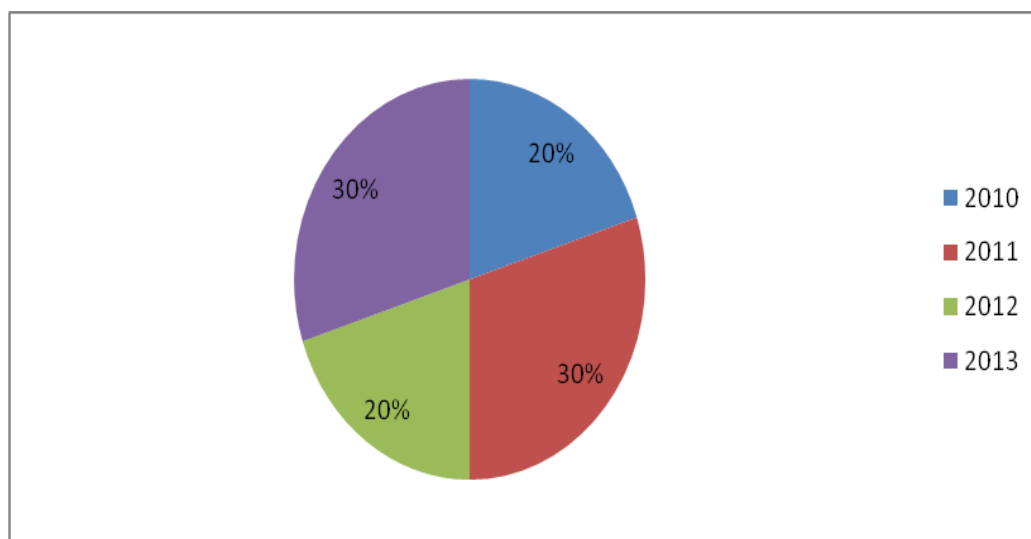
Fonte: BDEFN, 2014.

4.1 Caracterização da produção científica sobre a adesão da(o) enfermeira(o) a tecnologia do acolhimento com avaliação e classificação de risco.

A caracterização dos 10 artigos selecionados foi realizada através de gráficos de acordo com o ano de publicação, região do estudo, periódico, titulação dos autores e tipo de estudo.

Os artigos acerca do assunto principal sobre Acolhimento com avaliação e classificação de risco foram localizados. Destes, dois são trabalhos publicados no ano de 2010 (20,0%), três no ano de 2011 (30,0%), dois no ano de 2012 (20,0%) e três trabalhos foram publicados em 2013(30,0%). Não foram encontradas publicações no ano de 2004 a 2009, conforme mostra o gráfico 01.

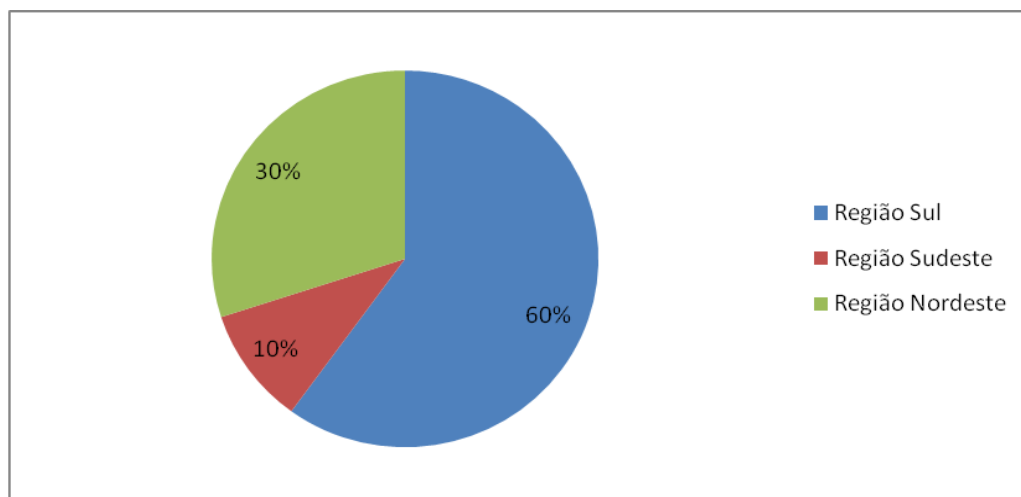
Gráfico 01- Distribuição dos artigos por ano de publicação, Brasil, 2004 - 2013. N=10



Fonte: BDEFN, 2014.

Quanto ao local de publicação, verificado que a maioria dos artigos foi publicada na região Sul com 60%, conforme mostra o gráfico 02. Não foram encontrados artigos na região Norte e centro oeste.

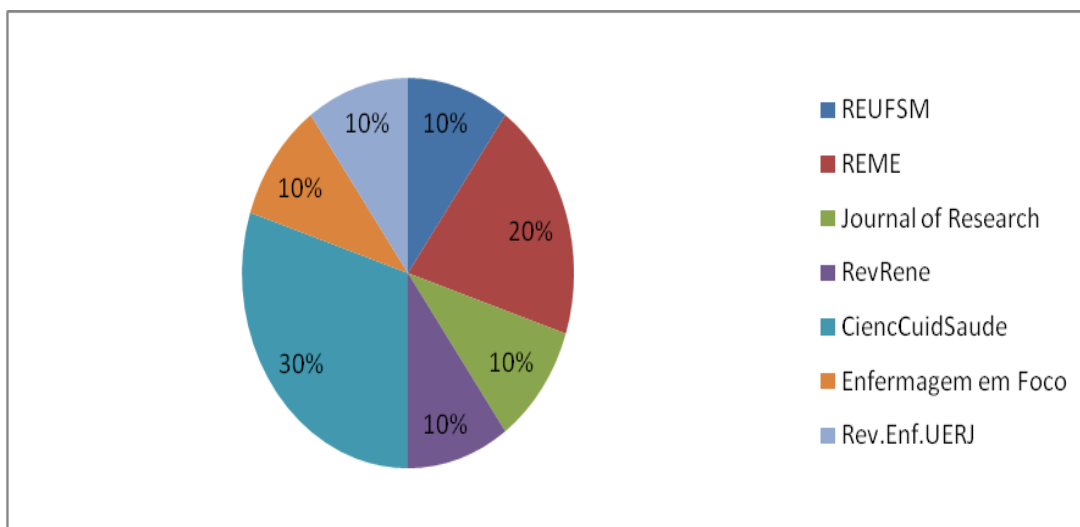
Gráfico 02 -Distribuição dos artigos, segundo região do estudo , Brasil, 2004 - 2013. N=10



Fonte: BDENF, 2014.

Quanto aos periódicos onde dos 10 artigos foram publicados, o gráfico abaixo evidencia que os periódicos que se relacionam diretamente à área de enfermagem concentram 30% de toda produção na CiencCuidSaude.

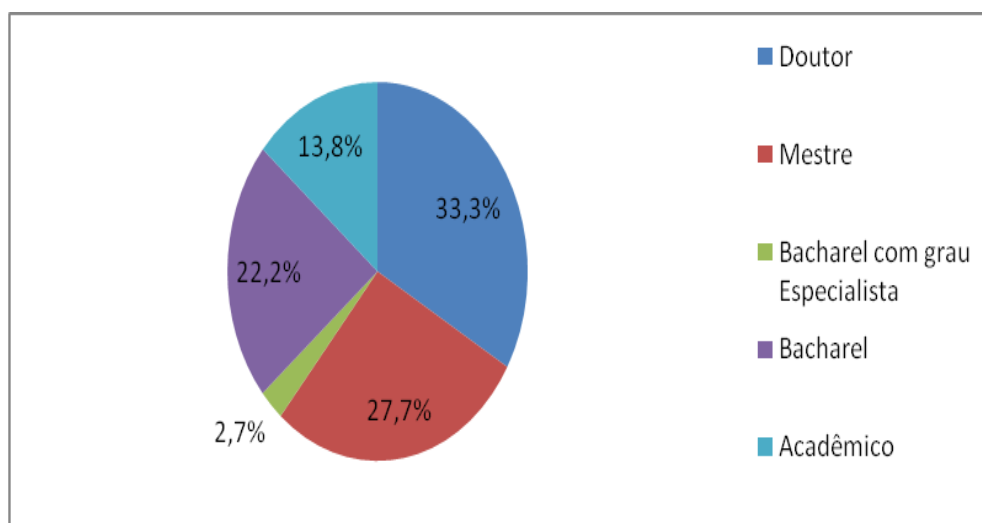
Gráfico 03- Distribuição dos artigos, segundo periódico de publicação. Brasil, 2004 - 2013. N=10.



Fonte: BDENF, 2014.

Os artigos encontrados foram separados em relação à titulação dos autores, 33,3% foram produzidos por Doutor (os), 27,7% foram produzidas por Mestres, 22,2% foram produzidas por Bacharel e 2,7% por Acadêmico como vemos no gráfico 04

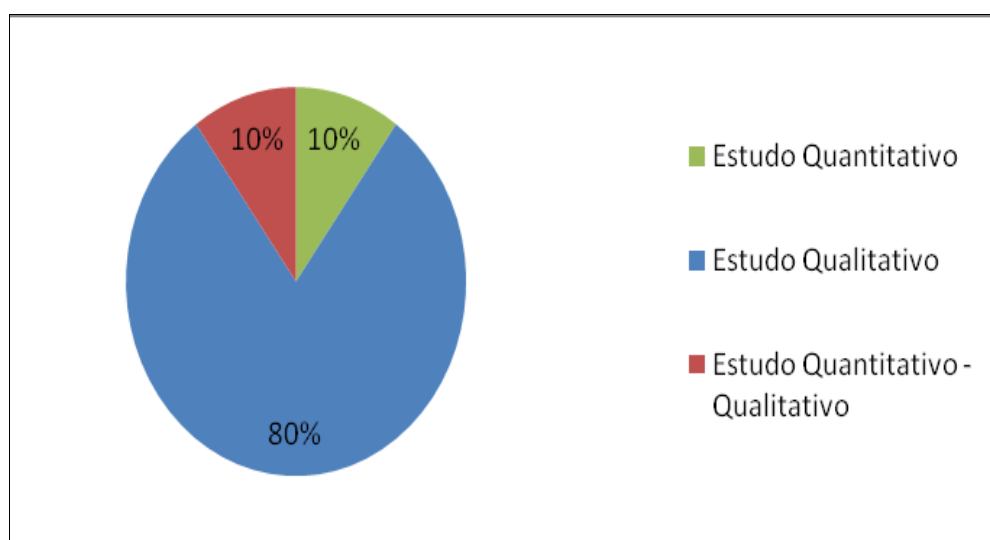
Gráfico 04 - Distribuição dos autores, segundo titulação. Brasil, 2004 - 2013. N=10



Fonte: BDENF, 2014.

Quanto ao método de estudo, observou-se que a grande maioria dos estudos encontrados eram Estudos qualitativos com 80%, conforme mostra o gráfico 05.

Gráfico 05 - Distribuição dos artigos por tipo de estudo , Brasil, 2004 - 2013. N=10



Fonte: BDENF, 2014.

4.2 - Análise da produção científica sobre a adesão da(o) enfermeira (o) tecnologia do acolhimento e classificação de risco em urgência.

Neste item são analisadas as produções científicas da amostra final que constam de 10 artigos apresentados no Quadro 1, constituindo o *corpus* (organização do material para validar a técnica pela exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência), sobre a adesão do enfermeiro a tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco em urgência. Na análise desse *corpus* foram abordadas as seguintes variáveis: a estrutura, o processo e os resultados. A seguir procedeu-se a classificação e agregação dos dados a partir de unidades de análise, em categorias que definiram a especificação dos temas.

A análise da variável estrutura quanto ao contexto em que os estudos foram realizados, todos os autores utilizaram como campo de pesquisa os serviços de emergências hospitalares e as unidades de pronto atendimento da rede pública do SUS, utilizando palavras sinônimas para designar o serviço, como Neto *et al.* (2013a); Costa *et al.* (2010); Neto *et al.* (2013b); Zem *et al.* (2012) que refere-se ao serviço de emergência hospitalar como pronto socorro. Outra estrutura foi a Unidade de Pronto Atendimento campo selecionado por Oliveira *et al.* (2013). Alguns autores que fazem referência ao serviço de emergência do hospital público Bellucci Junior *et al.* (2012); Shiroma *et al.* (2011); Nascimento *et al.* (2011); Zanelatto *et al.* (2010). E o autor Silva *et al.* (2011) refere a serviços de emergência de hospital universitário.

A análise da variável como foi desenvolvido o estudo considerando a especificidade dos sujeitos. Os autores utilizaram o delineamento dos estudos com abordagem qualitativa exceto Bellucci Junior *et al.* (2012) que optou pela abordagem quantitativa. Predominou a técnica de entrevista com roteiro semi-estruturado e utilização de questionários exceto no estudo feito por Silva *et al.* (2011) que optou pela utilização da técnica grupo focal.

A análise da variável resultados alcançados conforme os objetivos propostos nos estudos, evidencia uma coerência metodológica considerando os objetivos e o delineamento dos estudos realizados pelos autores. Destacam-se os autores Neto *et al.* (2013a); Oliveira *et al.* (2013); Neto *et al.* (2013b), que apresentam as características sociodemográficas dos sujeitos do estudo, dando uma visão geral sobre que é o sujeito que colabora dando seu depoimento e contribuindo com os pesquisadores na investigação por eles proposta.

Quadro 3 - Constituição do *corpus* para análise da produção científica, Salvador 2014.

AUTOR / OBJETIVOS	METODO	RESULTADOS
<p>Neto <i>et al.</i> (2013a)</p> <p>Descrever as percepções dos enfermeiros que trabalham no pronto-socorro para pacientes adultos acerca da humanização e acolhimento com classificação de risco no setor.</p>	<p>Estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Questionário estruturado, entrevista semiestruturada. Técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.</p>	<p>Caracterização sócio-demográfica dos participantes do estudo e formação profissional.</p> <p>Humanização sob a ótica dos participantes: reflexões sobre a prática.</p> <p>Percepções sobre o acolhimento.</p> <p>A Política Nacional de Humanização.</p>
<p>Oliveira <i>et al.</i> (2013)</p> <p>Analisar o impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento de Mossoró.</p>	<p>Estudo descritivo com abordagem qualitativa. Roteiro para entrevista semiestruturada. Técnica de análise Discurso do sujeito Coletivo (DSC).</p>	<p>Caracterização da amostra com as variáveis idade, sexo e tempo de formação dos profissionais.</p> <p>Definição do acolhimento com classificação de risco para o trabalho.</p> <p>Mudanças ocorridas com a implantação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho.</p> <p>Nível de satisfação do usuários com a implantação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho.</p>
<p>Neto <i>et al.</i> (2013 b)</p> <p>Identificar os fatores que facilitam e os que dificultam a prática o acolhimento de forma humanizada em um pronto-socorro adulto a partir das percepções dos enfermeiros.</p>	<p>Estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Questionário estruturado, entrevista semiestruturada. Técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.</p>	<p>Caracterização sócio-demográfica da amostra.</p> <p>Fatores que interferem na prática do acolhimento de forma humanizada.</p>
<p>Zem <i>et al.</i> (2012)</p> <p>Identificar o entendimento dos enfermeiros de um pronto-socorro (PS) a respeito da humanização e sua concepção sobre o acolhimento com classificação de risco.</p>	<p>Estudo descritivo com abordagem qualitativa. Entrevista semiestruturada áudio-gravada. Técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.</p>	<p>O entendimento dos enfermeiros do pronto-socorro acerca da humanização.</p> <p>O entendimento dos enfermeiros do pronto socorro acerca do acolhimento com classificação de risco.</p> <p>Elementos essenciais à implantação do acolhimento com classificação de risco.</p>

<p>Bellucci Júnior <i>et al.</i>(2012)</p> <p>Avaliar o ACCR implantado no Serviço de Emergência de um Hospital de Ensino Público.</p>	<p>Estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa.</p> <p>Questionário estruturado. Os dados foram analisados por meio de software Excel 7.0.</p>	<p>Avaliação da dimensão estrutura.</p> <p>Avaliação da dimensão Processo.</p> <p>Avaliação da dimensão resultado.</p> <p>Avaliação geral do Acolhimento com classificação de risco.</p>
<p>Silva <i>et al.</i>(2011)</p> <p>conhecer o entendimento dos usuários, trabalhadores e gestores de um Hospital Universitário Federal da Região Sul do Brasil sobre humanização e acolhimento como estratégia da PNH.</p>	<p>Estudo exploratório com abordagem qualitativa.</p> <p>Técnica de coleta de dados grupo focal. Análise Temática.</p>	<p>O acolhimento e a humanização na assistência à saúde na concepção dos usuários.</p> <p>O acolhimento e a humanização na assistência à saúde na concepção dos colaboradores.</p> <p>O acolhimento e a humanização na assistência à saúde na concepção dos enfermeiros.</p>
<p>Shiroma <i>et al.</i>(2011)</p> <p>Conhecer a visão das/os enfermeiras/os do serviço de EMG adulto de um hospital universitário acerca da implantação do AACR.</p>	<p>Estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Entrevista semiestruturada. Técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.</p>	<p>Contexto da pesquisa e perfil dos participantes.</p> <p>A concepção das/os enfermeiras/os do setor de EMG acerca de AACR.</p> <p>Expectativas de mudanças com a implantação do AACR.</p> <p>O protocolo de classificação de risco como instrumento de trabalho.</p> <p>Acolhimento com acadêmicos de enfermagem.</p>
<p>Nascimento <i>et al.</i>(2011)</p> <p>Conhecer e analisar como os profissionais de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar, avaliaram a implantação do ACR no contexto da PNH do SUS.</p>	<p>Estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Entrevista semiestruturada. Técnica de análise Discurso do sujeito Coletivo (DSC).</p>	<p>Mudanças no SE com implantação do ACR.</p> <p>Dificuldades para realização do ACR.</p>

<p>Costa <i>et al.</i>(2010)</p> <p>Analisar qual a visão dos profissionais de enfermagem e usuários do SUS no município de Paranaíba sobre o acolhimento e como eles o percebem nas práticas de saúde, e ainda descrever fatores facilitadores e dificultadores para a consolidação do acolhimento como prática cotidiana e multidisciplinar, enfatizando o papel do enfermeiro.</p>	<p>Pesquisa de campo com abordagem qualitativa. Entrevistas com os usuários e questionário para os profissionais de enfermagem. Análise dos dados quantitativos através software Excel 2003 e análise de conteúdo proposta por Bardin para os dados qualitativos.</p>	<p>Concepção dos usuários sobre acolhimento. Visão do profissional de enfermagem.</p>
<p>Zanelatto <i>et al.</i>(2010)</p> <p>Conhecer as vivências da equipe de enfermagem em relação à estratégia de acolhimento com classificação de risco em um serviço público de emergência de Porto Alegre, Rio Grande do Sul</p>	<p>Estudo qualitativo. Utilizando para coleta observações sistemáticas não participativas e entrevista semi-estruturada. Análise de conteúdo proposta por Bardin.</p>	<p>Contexto organizacional e a classificação de risco Compreensão da equipe de enfermagem sobre o acolhimento.</p>

Fonte: BDENF, 2014.

As variáveis analisadas conferem confiabilidade aos estudos realizados pelos autores e asseguram que são pesquisas originais. Assim, outras leituras dos artigos foram feitas em busca da resposta a questão norteadora sobre a adesão do enfermeira(o) à tecnologia do AACR conforme a PNH-SUS.

De início, alguns dados citados nos artigos dos autores Neto *et al.* (2013a); Zem *et al.* (2012) ; Silva *et al.* (2011); Costa *et al.* (2010); Zanelatto *et al.* (2010), referem as concepções de humanização, acolhimento e classificação de risco pelos enfermeiros, outros profissionais, gestores e usuários. Abordam as discussões sobre as mudanças paradigmáticas das práticas de saúde em que o foco deixa de ser a doença (desumanização) e passa a ser o doente com suas

necessidades integrais (humanização). Outros dados citados nos artigos Oliveira et al. (2013); Neto et al. (2013b); Bellucci Junior et al.(2012); Shiroma et al.(2011); Nascimento et al.(2011), tratam da implantação da tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco em unidades de pronto atendimento e apresentam os fatores que dificultam e facilitam a implantação e avaliam o impacto. A seguir são apresentadas as discussões sobre as categorias: 1. Adesão das (os)enfermeiras(os) a tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco; 2. Os efeitos da adesão das (os) enfermeiras(os) na implantação da tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco.

4.2.1- Adesão das (os) enfermeiras (os) a tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco

Quadro 4 – Distribuição de artigos para análise da categoria 1: Adesão das (os) enfermeiras(os) a tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco, Salvador 2014.

CÓDIGO	OBJETIVOS	RESULTADOS
A5	Descrever as percepções dos enfermeiros que trabalham no pronto-socorro para pacientes adultos acerca da humanização e acolhimento com classificação de risco no setor.	Caracterização sócio-demográfica dos participantes do estudo e formação profissional. Humanização sob a ótica dos participantes: reflexões sobre a prática. Percepções sobre o acolhimento. A Política Nacional de Humanização.
A11	Identificar o entendimento dos enfermeiros de um pronto-socorro (PS) a respeito da humanização e sua concepção sobre o acolhimento com classificação de risco.	O entendimento dos enfermeiros do pronto-socorro acerca da humanização. O entendimento dos enfermeiros do pronto socorro acerca do acolhimento com classificação de risco. Elementos essenciais à implantação do acolhimento com classificação de risco.
A 22	conhecer o entendimento dos usuários, trabalhadores e gestores de um Hospital Universitário Federal da Região Sul do Brasil sobre humanização e acolhimento como estratégia da PNH.	O acolhimento e a humanização na assistência à saúde na concepção dos usuários. O acolhimento e a humanização na assistência à saúde na concepção dos colaboradores. O acolhimento e a humanização na assistência à saúde na concepção dos

A 26	Analisar qual a visão dos profissionais de enfermagem e usuários do SUS no município de Paranavaí sobre o acolhimento e como eles o percebem nas práticas de saúde, e ainda descrever fatores facilitadores e dificultadores para a consolidação do acolhimento como prática cotidiana e multidisciplinar, enfatizando o papel do enfermeiro.	Concepção dos usuários sobre acolhimento. Visão do profissional de enfermagem.
A27	Conhecer as vivências da equipe de enfermagem em relação à estratégia de acolhimento com classificação de risco em um serviço público de emergência de Porto Alegre, Rio Grande do Sul	Contexto organizacional e a classificação de risco Compreensão da equipe de enfermagem sobre o acolhimento.

Fonte: BDENF, 2014.

Em estudo feito por Neto *et al.* (2013), constatou que os enfermeiros entendem os conceitos ampliados de humanização e de acolhimento, porém são frágeis no que diz respeito ao conhecimento e a ampliação da PNH como instrumento de trabalho no serviço ao qual desempenham suas atividades. Acrescentou ainda, que o enfermeiro é um importante profissional de saúde e, portanto um potencial utilizador e implementador da prática do acolhimento de forma humanizada deve possuir competências e habilidades para o trabalho em um setor de urgência e emergência. Tal serviço demanda capacitação específica e a necessidade do profissional possuir raciocínio crítico e reflexivo e ser capaz de tomar decisões imediatas.

Zem *et al.* (2012), considera em seu estudo que os conceitos da PNH e do protocolo Nacional de acolhimento com classificação de risco não são conhecimentos de domínio por parte dos enfermeiros. E que o entendimento dos enfermeiros acerca da classificação limita-se a um meio de priorizar o atendimento sem estar vinculado ao acolhimento da clientela que ali aporta, divergindo da proposta do Ministério da saúde. Vale à pena ressaltar que o pronto socorro desta pesquisa passa por mudanças, primeiramente físicas e estruturais, para atender às exigências da PNH, faz-se necessário um maior aprofundamento teórico sobre essa política para que implantação do acolhimento com classificação de risco ocorra de forma gradativa e eficaz. Acrescentou ainda, o papel do enfermeiro como idealizador da prática da educação permanente, que deve sempre buscar maior capacitação e adequar a realidade dos seus serviços às políticas que visem à melhoria dos mesmos. Discussões em equipe para que a complementaridade de cada

profissional seja otimizada são sugeridas como forma de estratégia para criar uma maneira de fazer saúde pautada em referências de uma equipe multiprofissional.

No estudo feito por Silva *et al.* (2011), o acolhimento como estratégia da PNH, os usuários consideram o acolhimento e a humanização como os eixos da assistência em saúde, a qual deve ser realizada por profissionais das áreas de medicina e enfermagem. Os Colaboradores consideram o acolhimento no contexto da humanização como ações e/ou atitudes necessárias para a produção de saúde, em um processo de participação, colaboração e responsabilidades. Os gestores demonstraram um preparo frágil quanto às políticas de saúde e gestão do SUS, um saber focado no fazer, na satisfação dos usuários de forma objetiva, não vislumbrando as possíveis contribuições da PNH. Foi identificado que a enfermagem pode ser o elo que agrega e aproxima os diferentes profissionais para implementar a PNH na instituição, pois consegue atuar em equipe multiprofissional com vistas a tornar a assistência menos reducionista e mecanizada, provendo o trabalho de elementos humanizadores, focando as pessoas como sujeitos singulares e integrais que influenciam e são influenciados por suas vivências e experiências.

Costa e Cambiriba (2010), considera no seu estudo sobre o acolhimento em enfermagem que os usuários associam acolhimento a fatores que expressam a qualidade do atendimento, como respeito, bom atendimento e boa recepção. Este fato denota uma noção fragmentada do preconizado pela PNH, que não limita acolhimento a um bom atendimento, mas inclui como pontos essenciais também a oferta de uma atenção resolutiva, com escuta qualificada e responsabilização pela integralidade do sujeito. Na visão dos profissionais de enfermagem, o acolhimento foi identificado como postura de escuta e de comprometimento com o usuário, o que revela uma concepção bastante próxima do conceito da PNH. Acrescentou ainda, que o enfermeiro, por sua vez, tem papel imprescindível na realização do acolhimento, pois é ele o responsável pela coordenação e supervisão destes profissionais, tendo que buscar o aprimoramento e cumprimento das normas e diretrizes definidas pelo SUS, além de zelar pela valorização de cada profissional e pela satisfação de cada um deles em assistir os usuários de forma acolhedora e humanizada.

No estudo feito por Zanelatto *et al.*(2010), os profissionais de enfermagem embora apresentem conhecimento sobre a finalidade da proposta do acolhimento durante a classificação de risco, demonstram não compreender sua abrangência, identificando o acolhimento como uma única área ou parte do atendimento, destinada apenas a um lugar. Foi percebido alguns avanços

após a implementação da estratégia de acolher com a classificação de risco, o que é referido em questões como a organização, classificação, priorização e encaminhamento para outros serviços, quando necessário. Com tudo, os profissionais de enfermagem enfrentam um grande desafio quanto à implementação da estratégia do acolhimento, devido a presença de antigas práticas, com o atendimento fragmentado, que impacta na importância da utilização de tecnologias leves na construção do vínculo.

Da análise desta categoria foi possível observar uma adesão das (os) enfermeiras (os) a tecnologia do AACR, porém não possuem domínio sobre a Política Nacional de Humanização. Vale a pena ressaltar a relevância nos estudos sobre a importância da (o) enfermeira (o) como profissional elo para a implementação da estratégia do AACR. A implantação do Acolhimento com Avaliação e classificação de risco acerca da Política Nacional de Humanização surgiu como um fator importante a ser analisado, à medida que o enfermeiro é considerado um profissional indicado para o seguimento do processo bem como as dificuldades encontradas para implantação da proposta. O enfermeiro deve receber treinamento específico e utilizar protocolos pré-estabelecidos, com o objetivo de classificar por prioridade clínica e não por ordem de chegada, reorganizando o fluxo e melhorando o atendimento humanizado (BRASIL, 2002).

4.2.2 Os efeitos da adesão das (os) enfermeiras(os) na implantação da tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco.

Quadro 5 – Distribuição de artigos para análise da categoria 2. Os efeitos da adesão das(os) enfermeiras(os) na implantação da tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco. Salvador, 2014.

CÓDIGO	OBJETIVOS	RESULTADOS
A6	Analisar o impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento de Mossoró	<p>Caracterização da amostra com as variáveis idade, sexo e tempo de formação dos profissionais.</p> <p>Definição do acolhimento com classificação de risco para o trabalho.</p> <p>Mudanças ocorridas com a implantação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho.</p> <p>Nível de satisfação do usuários com a implantação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho.</p>

A 7	Identificar os fatores que facilitam e os que dificultam a prática o acolhimento de forma humanizada em um pronto-socorro adulto a partir das percepções dos enfermeiros.	Caracterização sócio-demográfica da amostra. Fatores que interferem na prática do acolhimento de forma humanizada.
A13	Avaliar o ACCR implantado no Serviço de Emergência de um Hospital de Ensino Público	Avaliação da dimensão estrutura. Avaliação da dimensão Processo. Avaliação da dimensão resultado. Avaliação geral do Acolhimento com classificação de risco.
A 23	Conhecer a visão das/os enfermeiras/os do serviço de EMG adulto de um hospital universitário acerca da implantação do AACR.	Contexto da pesquisa e perfil dos participantes. A concepção das/os enfermeiras/os do setor de EMG acerca de AACR. Expectativas de mudanças com a implantação do AACR. O protocolo de classificação de risco como instrumento de trabalho. Acolhimento com acadêmicos de enfermagem.
A 24	Conhecer e analisar como os profissionais de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar, avaliaram a implantação do ACR no contexto da PNH do SUS.	Mudanças no SE com implantação do ACR. Dificuldades para realização do ACR.

Fonte: BDEFN, 2014.

Oliveira, *et.al.* (2013), em seu estudo ressalta que os profissionais têm conhecimento sobre os princípios que regem o ACCR, principalmente a necessidade desse dispositivo para melhorar o atendimento, assim como organizar o fluxo do serviço. Esses profissionais enfrentam conflitos e embates diariamente e atuam em ambiente superlotado, com recursos humanos, tecnológicos e estrutura física inadequados, que não oferecem condições para acomodar os usuários com segurança e qualidade, além de difícil comunicação com a atenção básica para referenciar alguns usuários. Apesar desses entraves quanto a implantação do ACCR, este já demonstra um processo de evolução, no qual o acolhimento do usuário estabelece uma atenção integral, humanizando e priorizando o atendimento dos usuários com maior risco de morrer. Foi identificada a importância da presença do enfermeiro no ACCR, pois esse profissional é capacitado para tal feito, apto a por em prática os objetivos da PNH, pois as diretrizes

curriculares dos cursos de graduação deixam claro que a formação é focada na atenção a saúde, o que faz desse profissional capaz de gerenciar ações da PNH, como o ACCR.

No estudo feito por Neto *et al.* (2013), foram relatadas várias dificuldades no que diz respeito à prática do acolhimento de forma humanizada por parte dos enfermeiros no seu estudo. Entre elas a estrutura física deficiente, dificulta ou impossibilita a realização de tarefas assistenciais, a alta demanda, falta de recursos materiais, falta de capacitação profissional, a falta de recursos humanos também faz parte do cotidiano que permeia o processo de trabalho e problemas de fluxo invertido de atendimento, ou seja, a atenção básica não está funcionando como porta de entrada para os serviços de saúde. Acrescentou ainda, que o enfermeiro, é considerado um importante profissional de saúde e, portanto um potencial utilizador e implementador da prática do acolhimento de forma humanizada deve possuir competências e habilidades para o trabalho em um setor de urgência e emergência. Tal serviço demanda capacitação específica e a necessidade do profissional possuir raciocínio crítico e reflexivo e ser capaz de tomar decisões imediatas.

Bellucci Júnior e Matsuda (2012), em seu estudo feito com profissionais de enfermagem, com objetivo de avaliar o AACR implantado no Serviço Hospitalar de Emergência, foi percebido que o ACCR implantado não atingiu ainda todos os objetivos de humanização para os quais foi idealizado. 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, preconizadas no HumanizaSUS. Foi sugerida a gestão de enfermagem que considere a necessidade de replanejamento estrutural do ACCR, dando ênfase a comunicação visual do setor, ações de treinamento aos trabalhadores em relação a operacionalização dessa diretriz e efetivação dos mecanismos de contrarreferência.

No estudo feito por Shiroma e Pires (2011), O AACR, no contexto da PNH, para as/os enfermeiras/os da emergência, foi percebido como sendo um novo modelo de reorganização do serviço e atendimento humanizado prestado pela equipe, que consiste em atender o usuário que procura o serviço, avaliando suas queixas e necessidades e classificando-o para o atendimento de acordo com o grau de prioridade. Foi identificado como fundamental para melhorar a resolutividade e propiciar o fornecimento de respostas seguras aos usuários. A maioria (75%) dos entrevistados considera que a/o profissional enfermeira/o é o mais habilitado para realizar a classificação de risco, justificando sua resposta baseada na associação de conhecimentos teórico-

práticos, pelo maior manejo com sinais e sintomas, e não com diagnóstico em sua formação. Acrescentou ainda, que a/o enfermeira/o está mais envolvida/o com políticas públicas e organização do ambiente de trabalho e mais preocupada/o com o acolhimento e a humanização do atendimento.

No estudo feito por Nascimento *et al.* (2011) com profissionais de enfermagem, 3 enfermeiras e 10 técnicos em enfermagem, foi identificado conhecimento sobre a finalidade do ACR e apontam como potencialidade o atendimento mais rápido aos usuários que estão com agravos agudos de saúde e que necessitam de intervenção médica e de enfermagem imediatas. Acrescentou ainda, dificuldades para realização do acolhimento com avaliação com classificação de risco, entre elas, inadequada ou inexistente referência e contra-referência, o desconhecimento da população da oferta de serviços de saúde ou a utilização inadequada dos mesmos faz com que o ACR se torne ineficiente em alguns aspectos e carga de trabalho aumentada para os profissionais do SE, em decorrência do número elevado de usuários não urgentes, também contribui para a má qualidade do atendimento oferecido.

Da análise desta categoria foi possível perceber que, os enfermeiros reconhecem a importância da implantação da tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco e são profissionais capacitados para implementação do ACCR mesmo diante das dificuldades expostas na análise a uma adesão das (os) enfermeiras (os) que procurar um acolhimento de forma humanizada, visando a eficácia, a rapidez e respeitando sempre a individualidade do sujeito e seu atendimento integral. Portanto, são muitos os desafios para a gestão das urgências em todos os níveis de governo e, na ausência de uma regulação e integração entre os serviços mais efetiva, cabe a todos os níveis de atenção às urgências acolher as atuais demandas (O'DWYER, 2009).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise sobre a produção científica sobre adesão da (o) enfermeira(o) à tecnologia do acolhimento e avaliação com classificação de risco em urgência: evidencia necessidade de capacitação em ACCR e difusão da PNH-SUS, principalmente no que tange a classificação do risco de morrer conforme protocolos. Sugerindo realização de ciclos de palestras para gestores, equipe multiprofissional de saúde, trabalhadores em geral e usuários dos serviços de emergências e unidade de pronto atendimento.

Foi possível descrever o acolhimento como um organizador do processo de trabalho em saúde, uma estratégia para que todos tenham acesso a uma assistência de qualidade e integral e também para enfatizar é importante a atuação da equipe multiprofissional com uma postura acolhedora e com objetivo comum: o bem estar físico, emocional e psicológico da população.

A adesão do enfermeiro quanto à tecnologia do AACR esta descrita na análise do estudo que constatou que mesmo diante das dificuldades expostas estes profissionais humanizam o acolhimento visando à eficácia, a rapidez e respeitando a individualidade do sujeito e seu atendimento integral. Considerou ainda que as(os) enfermeiras(os) são vistas (os) como uma das soluções da implantação da política de forma adequada devido o preparo acadêmico e contato direto com os pacientes.

O acolhimento com avaliação e classificação de risco visa conhecer as reais necessidades dos usuários e tentar resolvê-las de forma rápida e eficaz, diminuindo as filas nas recepções dos serviços, proporcionando aos usuários uma assistência, de qualidade e contribuindo a humanização no serviço. Para isso é necessário o preparo adequado dos profissionais para os receberem, o ambiente terapêutico que é essencial para a implantação de uma assistência de qualidade, a organização burocrática da marcação de consultas, prevendo e provendo medidas que favoreçam o atendimento de todos igualmente, dentre outras, são medidas acolhedoras que podem ser tomadas antes mesmo da chegada dos usuários.

Em serviços de saúde com alta demanda e pouca oferta, dificuldades no espaço físico, materiais, recursos humanos, inexistência da referência e contra-referência, interfere na qualidade do atendimento, na satisfação do usuário e dos profissionais. Com isso, é essencial a implantação de um projeto de acolhimento, categorizando os usuários de acordo com suas vulnerabilidades, estimulando o trabalho de todos os profissionais, que devem ser qualificados e capacitados, para

que possam fornecer conhecimentos sobre a política, buscando uma assistência a todos com qualidade e resolutividade dos problemas, quando possível.

Apesar das limitações temporais, esse estudo visa contribuir para a atualização sobre AACR, difundir o conhecimento sobre a PNH e estimular a realização de novas pesquisa sobre a temática.

REFERÊNCIAS

ABBES, C.; MASSARO, A. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético estético no fazer em saúde. **Ministério da Saúde**, 2004. Disponível em: <http://www.slab.uff.br/textos/texto84.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2013.

ABADIA, L. E. *et al.* Atuação do enfermeiro na classificação de risco em serviços de urgência e emergência. **Revista eletrônica-faculdade Faroeste**, 2014. Disponível em < http://www.faculadadenoroeste.com.br/artigo_professores/lucileide_freire.pdf >. Acesso em: 05 de nov. de 2014.

ALBINO, R. M. *et al.* Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, V. 36, n. 4, dez. 2007.

AZEVEDO, A. L. C. S. de *et al.* Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica Enfermagem**, 2010. Disponível em < <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a20.htm> > . Acesso em 24 de nov. de 2014.

BATISTA, K. M. de; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev Latino-am Enfermagem**, p. 534-539, 2006. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a10.pdf> >. Acesso em 18 de nov. de 2014.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A. ; MATSUDA, L. M. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **REME - Rev. Min. Enferm.**, p. 410-428. 2012. Disponível < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/545> >. Acesso em 25 de out. de 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Humaniza SUS: com acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: **Ministério da saúde**; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e gestão do SUS.- Brasília : **Ministério da Saúde**, 2009.

BRASIL. Humaniza SUS: política nacional de humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2004. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300007 > Acesso em: 10 de set. 2013.

CLARKE, M. ; HORTON R. Bringing it all together: Cochrane collaborate on systematic reviews. **Lancet** June 2, 2001.

COSTA, M. A. R. ; CAMBIRIBA. M. S da . Acolhimento em enfermagem: visão do profissional e a expectativa do usuário. **Cienc Cuid Saude**, p.494-502, 2010. Disponível em < <http://educem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9545>>. Acesso em 25 de out. de 2014.

FRANCO, T. B. *et al.* O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso. Betim-MG. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr./jun. 1999.

LOPES, D. G. A. F. et al. O ENFERMEIRO NA TRIAGEM COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Revisão integrativa, 2013. Disponível em: < <http://www.webartigos.com/artigos/o-enfermeiro-na-triagem-com-classificacao-de-risco-em-servicos-de-urgencia-e-emergencia-revisao-integrativa/114560/>>. Acesso em 24 de novembro de 2014.

MAGALHÃES, F. J. *et al.* Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria: fatores intervenientes na implementação. In: 16 ° SENPE Campo Grande, 2011. **Anais... Campo Grande: Ciência da enfermagem em tempos de interdisciplinaridade.** p. 1521-1524, 2011 Disponível em: < <http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0350.pdf>>. Acesso em : 20 de out. de 2014.

MORISHITA, A. *et al.* Concepção de triagem X demanda crescente do atendimento em unidades de urgência e emergência. **Revista "Ponto de Encontro"**. vol. 1 , p. 194-246, 2009. Disponível em : < <http://www.fadap.br/revista/enfermagem/files/revista%20digital%20enfermagem.pdf>>. Acesso em : 24 de Nov. de 2014.

NASCIMENTO, E.R.P. do *et al.* Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, p.84-88, 2011. Disponível em < <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a14.pdf>>. Acesso em: 25 de out. de 2014.

NETO, A.V. L. de *et al.* Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. **Rev Enferm UFSM**, p.276-286, 2013. Disponível em < <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewFile/8279/pdf>>. Acesso em: 25 de out. de 2014.

NETO, A.V. L. de *et al.* Humanização e acolhimento em emergência hospitalar: fatores condicionantes sob o olhar dos enfermeiros. **Journal of research fundamental care online**, p.519-528, 2013. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2619/pdf_927> . Acesso em: 25 de out. de 2014.

NEVES, Claudia. A. B. ; ROLLO. Adail. ACOLHIMENTO NAS PRÁTICAS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE. (Série B. Textos básicos em Saúde), 2ª Edição. Brasília- DF. 2006.

O'DWYER, G. O. et al. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Cienc Cuid Saude**, p.1881-1990, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500030>. Acesso em: 18 de Nov. de 2014.

O'DWYER, G. O. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Cienc Cuid Saude**, p. 2395-2404, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500014&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 de Nov. de 2014.

OLIVEIRA, K.K.D. de *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**, p. 149-157, 2013. Disponível em <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/586>> Acesso em: 25 de out. de 2014.

SANTANA, M.T.B.M. *et al.* Implantação do ciclo de palestra em acolhimento e classificação de risco em urgência. In: 11º Congresso Internacional da Rede Unida, 3, Botucatu, Suplemento. **Revista interface- Comunic., Saude, Educ**, 2014.

SANTOS FILHO, S.B. *et al.* A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

SPEDO, S. M. *et al.* O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, p. 1781-1789, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/14.pdf>> . Acesso em: 04 de nov. 2014.

SHIROMA, L.M.B. ; PIRES, L. M. B. de. Classificação de risco em emergência- um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em foco**, p. 14-17, 2011. Disponível em <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/67>>. Acesso em: 25 de out. de 2014.

SILVA, C.R. A. *et al.* Acolhimento como estratégia do programa nacional de humanização. **Cienc Cuid Saude** , p. 35-43, 2011. Disponível em <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8901/pdf>> . Acesso em: 25 de out. de 2014.

SPEDO, S. M. *et al.* O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009.

TANAKA, O.Y. *et al.* 15 Anos do SUS: desafios e perspectivas. **saúde revista**. Piracicaba, 5(11): 07-14, 2003.

ZEN, K. K. S. *et al.* Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. **Rev Rene**, 2012. Disponível <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1086>> Acesso em: 25 de out. de 2014.

ZENELATTO, D. M.; PAI, D. D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, p.358-365, 2010. Disponível em <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9390>>. Acesso em: 25 de out. de 2014

APÊNDICE A- Instrumento de coleta de dados

TÍTULO:

PERIODICO:

Nº ____ MÊS ____ ANO ____

AUTORES:

NOME		TITULAÇÃO

TIPO DA PUBLICAÇÃO:

.Tese		. Artigo original	
. Dissertação		. Artigo de revisão	
. Livro		. Relato de experiência	
. Capitulo		. Resenha	
		. Resumo em anais	

FONTE DE LOCALIZAÇÃO:

.LILACS		.BDENF	
---------	--	--------	--

OBJETIVOS:

.GERAL	.ESPECIFICO

DELINEAMENTO DO ESTUDO:

. QUANTITATIVO		. QUALITATIVO	
----------------	--	---------------	--

INSTRUMENTOS E OU TÉCNICAS DE COLETA

ANÁLISE DOS DADOS

RESULTADO

DISCUSSÃO

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM
