



REVISÃO / REVIEW / REVISIÓN

Methods employed in the reception with risk classification in emergency and urgent care services

Métodos utilizados no acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência e urgência
Los métodos empleados para la recepción del huésped con clasificación de riesgo en los servicios de emergencia y urgente

Fernanda Fernandes de Sousa¹, Maria de Jesus Monteiro da Silva²

ABSTRACT

Objective: meet host with risk classification of urgent and emergency service, understand the protocol host with risk classification; describe the host with the risk rating applied to urgent and emergency service as this contributes to the humanization process. **Methodology:** This is a literature search for its completion books, and access to sites like SCIELO, BIREME and magazines were used. Articles published from 2000 to 2012 were selected. **Results:** Risk Rating with host, has increased the efficiency of care in urgent and emergency services, reorganizing healthcare practices. The proposed implementation of the Home with Risk Rating System in Emergency Health System consists of 3 steps: meetings for sensitization workshops for Implementation and institutional support. This device has potent as reorganizing the service resulting in higher user satisfaction and workers. **Conclusion:** The risk rating is enabling a better resolution services, increasing user satisfaction and health team, a rationalization as to the accessibility and internal flows, and the optimization of time and resources used .

Descriptors: Urgency. Emergency. Humanization

RESUMO

Objetivo: conhecer o acolhimento com classificação de risco no serviço de urgência e emergência, compreender o protocolo do acolhimento com classificação de risco; descrever o acolhimento com classificação de risco aplicado no serviço de urgência e emergência como este contribui para o processo de humanização. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, para sua realização foram utilizados livros, e acesso à sites como SCIELO, BIREME e revistas. Foram selecionados, artigos publicados no período de 2000 à 2012. **Resultados:** acolhimento com Classificação de Risco, tem aumentando a eficiência do atendimento nos serviços de urgência e emergência, reorganizando as práticas assistenciais. A proposta de implementação do Acolhimento com Classificação de Risco no Sistema de Urgência do Sistema Único de Saúde é composta de 3 etapas: encontros para sensibilização, oficinas para Implementação e apoio institucional. Esse dispositivo tem se potente como reorganizador no atendimento resultando em maior satisfação de usuários e trabalhadores. **Conclusão:** A classificação de risco vem possibilitando uma maior resolutividade aos serviços, aumentando a satisfação dos usuários e da equipe de saúde, uma racionalização quanto à acessibilidade e fluxos internos, e a otimização dos tempos e recursos utilizados.

Descritores: Urgência. Emergência. Humanização.

RESUMÉN

Objetivo: satisfacer host con clasificación de riesgo de los servicios de urgencia y emergencia , entender el anfitrión protocolo con clasificación de riesgo ; describir el host con la calificación de riesgo aplicada al servicio de urgencia y de emergencia , ya que esto contribuye al proceso de humanización. **Metodología :** Se trata de una búsqueda bibliográfica de los libros de terminación , y se utiliza el acceso a sitios como SCIELO , BIREME y revistas. Se seleccionaron los artículos publicados desde 2000 hasta 2012 . **Resultados:** Clasificación de riesgo con el anfitrión , se ha incrementado la eficiencia de la atención en los servicios de urgencia y emergencia , la reorganización de las prácticas de salud . La propuesta de aplicación de la casa con el Sistema de Clasificación de Riesgos en el Sistema de Salud de Emergencia consta de 3 pasos : reuniones para talleres de sensibilización para la implementación y el apoyo institucional . Este dispositivo cuenta con potentes como la reorganización del servicio resulta en una mayor satisfacción de los usuarios y los trabajadores. **Conclusión :** La calificación de riesgo está permitiendo un mejor servicios de resolución , lo que aumenta la satisfacción del usuario y el equipo de salud, una racionalización en cuanto a la accesibilidad y los flujos internos , y la optimización de tiempo y recursos utilizados .

Descriptor: Emergencia. Urgencia. Humanización

¹ Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Integral Diferencial - FACID, Teresina, Hospital Universitário-UFPI, AV. Barão de Castelo, Bairro: Cidade Nova, Residencial Montese, Bloco: D, Apt: 403. Tel: (86) 9806-0198, Email: nanda_fernands@hotmail.com

² Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Santo Agostinho, Teresina, Especialização em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí-UFPI, Fundação Municipal de Saúde, Hospital Universitário-UFPI, Email: riander.rianderson@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Sabe-se que é grande a demanda de pessoas que procuram os serviços de urgência e emergência, devido ao grande número de acidentes, causando com isso uma saturação e uma desqualificação dos serviços, os profissionais de saúde estão cada vez mais saturados. Tentando reorganizar melhor os serviços de urgência foi implantado em cinco hospitais da rede pública municipal o dispositivo da Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), dentro desde esta o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), cujo objetivo é acolher e atender os pacientes de acordo com a complexidade e gravidade de cada caso, usando como instrumento visual, cores. O PNHAH, propõe uma série de mudanças nos serviços de saúde, uma reorganização da assistência, e define fluxos e referências resolutivas. O ACR, é uma ferramenta viável que possibilita o crescimento do processo de humanização⁽¹⁾.

Entende-se que humanizar não é simplesmente trocar ou fazer um curativo, é resgatar a importância dos aspectos emocionais, psicológicos, físicos e ouvir o que o paciente deseja expressar, desabafar, esclarecendo sempre que possível suas dúvidas, acalmando, acolhendo, o valorizando em todas as suas dimensões⁽²⁾.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento⁽³⁾, este processo faz parte da Política Nacional de Humanização, lançada pelo Ministério da Saúde.

Nesse sentido, um dos objetivos da PNH foi reestruturar os serviços de urgência e emergência, implantando o ACR, que associa o acolhimento com a classificação de risco, conforme o grau de sofrimento, o potencial de risco de vida ou agravos à saúde. Segundo o documento base da PNH, acolhimento é definido como uma postura ética, um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. A história da humanização do atendimento em saúde revela a existência de reflexões produzidas no âmbito da saúde, especialmente da enfermagem, desde o fim da década de 1950⁽¹⁾.

O interesse pelo objeto de estudo surgiu por se tratar de um assunto ainda pouco discutido no âmbito do nosso estado, embora no Brasil já não seja mais novidade, desde 2003 com a consolidação da PNH. Por ser o acolhimento com classificação de risco um tema inovador e que, segundo a PNH proporciona a melhoria da assistência à saúde, principalmente nas urgências.

Entre as tecnologias que vem sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde está o Acolhimento com Classificação de Risco - ACR - que atuado como um reorganizador dos processos de trabalho, resultando em maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumento da eficácia clínica e também como disparador de outras mudanças como a constituição de equipes de referência, a gestão compartilhada da clínica, a constituição de redes entre os vários serviços de saúde, a valorização do trabalho em saúde, a inclusão dos cuidadores nos Projetos Terapêuticos Singulares, a participação de trabalhadores e usuários na gestão⁽¹⁾.

Só depois do PNHAH, o termo humanização ganhou mais abrangência na área da saúde, ressaltando-se a realidade dos serviços de saúde, dos problemas e experiências vividas pelo SUS, fica nítido a necessidade de se discutir a assistência e elaborar novas propostas de intervenção. Desta forma o acolhimento humanizado tem sido exaustivamente discutido, e ganha importante enfoque na atualidade⁽⁴⁾.

O acolhimento com classificação de risco, é competência dos enfermeiros e implica uma relação interpessoal entre estes profissionais e os usuários, despertando assim, a curiosidade em conhecer como é a abordagem feita pelos enfermeiros no acolhimento com classificação de risco, e se esses o fazem de forma humanizada. Acredita-se que esse estudo sirva como pesquisa e referencial teórico para estudantes e profissionais de saúde, assim como também possa servir de estímulo para alguns gestores na ampliação do dispositivo acolhimento com classificação de risco.

O enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência, devendo ser orientado por um protocolo diferenciador⁽⁵⁾.

O ACR oportuniza que o usuário seja acolhido no momento em que ele chega, este deve atender a todos que procuram o serviço, garantindo a universalidade do acesso, e buscando resolver o

problema do usuário. A visão do profissional em relação a esse usuário dá-se de forma integral, ele tem a possibilidade de ser ouvido, informado sobre a rotina hospitalar, e de ter algum atendimento, é importante ressaltar também que o paciente não sai do serviço sem antes receber algum tipo de atendimento⁽⁶⁾.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e expectativas, identificar risco e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, um produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo a demandada não resolvida⁽³⁾.

A proposta de implementação do ACR no sistema de urgência do SUS, é composta de três etapas: encontros para a sensibilização com a presença dos gestores, gerentes, chefes, dirigentes, demais trabalhadores e usuários envolvidos com o sistema na atenção hospitalar, em todos os níveis de atenção e gestão locais, para construir a adesão à Política de Humanização da atenção e gestão com enfoque na ACR e pactuar a realização de oficinas para a sua implementação, direcionada aos trabalhadores diretamente envolvidos, apoio institucional, oferecidos aos estados, municípios e instituições, pela disponibilização de consultoria da PNH e QualiSUS em parceria com os apoiadores locais, conforme pactuação já prevista⁽¹⁾.

O estudo tem como objetivo geral: conhecer o acolhimento com classificação de risco no serviço de urgência e emergência. Como objetivos específicos: compreender o protocolo do acolhimento com classificação de risco; descrever o acolhimento com classificação de risco aplicado no serviço de urgência e emergência como este contribui para o processo de humanização.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, de caráter exploratório. Procurou-se buscar conhecimentos acerca da existência de um documento que regulamente a atuação dos profissionais de saúde, no âmbito do serviço de urgência e emergência, que

estão relacionados com o processo de humanização com classificação de risco. A partir daí analisar, como esta sendo implantado o acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência, a importância da sua atuação nesse cenário, conhecendo as ferramentas utilizadas no processo, o perfil dos profissionais que estão fazendo uso dessa ferramenta, e se os objetivos do protocolo estão sendo alcançados, visto que este tema ainda foi pouco discutido, e que faz parte da contemporaneidade.

Para sua realização da pesquisa foram utilizados livros, e acesso à sites da internet de pesquisa como SCIELO e BIREME. Foram selecionados, os artigos publicados no período de 2000 à 2012, em que os autores discorram sobre PNH, Classificação de Risco e Urgência e Emergência.

Preocupou-se em fazer uma divisão didática nos resultados, está envolvendo três categorias: conceitos e histórico do programa nacional de humanização da assistência hospitalar, acolhimento com classificação de risco no processo de humanização, aplicação do acolhimento com classificação de risco no serviço de emergência e urgência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As discussões sobre acolhimento e suas dimensões na saúde não é recente. A construção desse conceito nas práticas da saúde pública tem sido incrementada e renovada, por diversos autores ao longo do tempo. 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 ao acesso aos serviços de saúde. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa, exclusiva dos profissionais de saúde. O usuário e sua rede também devem ser considerados nesse processo. Avaliar riscos e vulnerabilidades implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico como psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitando de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade⁽⁷⁾.

O Programa Nacional de Humanização (PNH) surgiu após sentir-se uma necessidade de humanização dos cuidados no âmbito hospitalar, o ser humano não pode mais ser visto como um ser

fragmentado, onde quando ao procurar o serviço de saúde trata-se de suas necessidades puramente biológicas, o PNH é regulamentado através de um protocolo, que contém as diretrizes de como gestores, e funcionários do serviço de saúde devem agir. Advindo do PNH, surgiu o programa de Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), voltado principalmente para os serviços de emergência e urgência.

Segundo visto na literatura o Ministério de Saúde, desde o ano de 2003, propõe que seja incorporada às suas práticas a humanização no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), por ser uma iniciativa governamental que visa a transformar o modelo de atenção em saúde em valorização dos usuários, através de vínculos solidários, fortalecendo o trabalho multiprofissional e a criação de redes de atendimentos interligados. E assim, reafirmar o compromisso com a universalidade, equidade e acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde⁽¹⁾.

No Brasil, a utilização ACR, nos serviços de urgência enquanto estratégia de ampliação de acesso e humanização das relações começou a ser discutida de forma mais concreta a partir da publicação da Portaria 2048/02, que regulamenta o funcionamento dos serviços de urgência e emergência do país. As ações do Ministério da Saúde tem sido voltadas para a necessidade de reorganização do processo de trabalho dos serviços de atenção, de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos, visando uma assistência prestada de acordo com diferentes graus de necessidade e sofrimento⁽⁷⁾.

A classificação de risco vem sendo utilizada em diversos países, inclusive no Brasil, onde para essa classificação foram desenvolvidos diversos protocolos, que objetivam, em primeiro lugar, não demorar em prestar atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata.

De acordo com a Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) “Acolhimento e avaliação com classificação de risco”, é uma ferramenta que além de organizar fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem outros objetivos importantes, como garantir o atendimento imediato, assim como seus familiares, sobre o tempo provável de espera, promover o trabalho de equipe por meio da avaliação contínua do processo, dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e

implantação do cuidado horizontalizado, aumentar a satisfação dos usuários, e principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento⁽⁸⁾.

A humanização, tal como nos indica a PNH, efetiva-se nas práticas em saúde a partir delas, ou seja, das formas como agimos no cotidiano dos serviços. Está voltada para homens e mulheres comuns que compõem o SUS, em suas experiências, com os trabalhadores e usuários que habitam e produzem o dia -a- dia dos serviços de saúde. É no encontro entre estes sujeitos concretos, situados, que a política de humanização se constrói⁽⁹⁾.

Outra dimensão relacionada como problema à assimilação e a implementação da PNH, tem caráter mais sutil e subliminar e, provavelmente por isso talvez corresponda a uma ameaça mais insidioso às aspirações da política de humanização. Ela se refere à atualização de praticas modernas de purificação na formulação e na consecução das ações técnico-científicas e de gestão no campo da saúde⁽¹⁰⁾.

O ACR representa hoje um desafio na consolidação de um modelo de atendimento de “porta aberta”. Reconhecem se mudanças nas atitudes dos trabalhadores com maior preocupação com o atendimento humanizado e resposta às necessidades dos usuários. No entanto, pode-se afirmar que mobilizações isoladas, sem o apoio dos gestores, são insuficientes para maiores conquistas frente à demanda crescente, e cada vez mais complexa, por cuidados em saúde, principalmente do setor de emergência⁽¹¹⁾.

Desta forma é de extrema importância a aplicação do protocolo do PNH, dando uma nova roupagem ao atendimento nos serviços de urgência e emergência, que a partir de então, passou a receber os usuários de forma holística, atendendo as suas necessidades com mais eficiência, gerando um feedback positivo, na troca usuário x serviço de saúde.

O documento base do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde assume, entre outras diretrizes, que a Humanização deve ser vista como política que transversaliza todo sistema desde as rotinas nos serviços às instâncias e estratégias de gestão, criando estratégias capazes de fomentar trocas solidárias, em redes multiprofissionais e interdisciplinares; implicando gestores, profissionais e usuários em processos humanizados de produção dos serviços, a

partir de novas formas de pensar e cuidar da saúde, e de enfrentar seus agravos⁽¹⁰⁾.

O Acolhimento com Classificação de Risco é uma das estratégias do PNH, que expressa uma ação de aproximação, da relação com o usuário que procura os serviços de saúde. Essa estratégia vem sendo usada nos serviços de urgência e emergência, e esta trazendo bons resultados, pois não se restringe apenas ao ato de receber, mas se constitui em uma sequência de atos e modos que compõem as metodologias dos processos de trabalho em saúde em qualquer nível de atenção.

O protocolo de classificação de risco sugerido pelo MS contempla a maior parte dos agravos de saúde atendidos na EMG, assim como auxilia na melhor avaliação e classificação do usuário. Afirmaram, ainda, que o mesmo dá embasamento, auxilia na padronização de condutas e tem respaldo legal. Mas deixaram claro que consideram a experiência em EMG o fator mais importante para realizar uma adequada classificação de risco⁽¹¹⁾.

Dentre as diretrizes pode-se afirmar que este processo busca, acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde, pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe de saúde. O profissional deve escutar a queixa, os medos e expectativas, identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta aos problemas e necessidades imediatas dos usuários, conforme disposição de ofertas de serviço, e ou realizando encaminhamento responsável e resolutivo, quando não dispõe do serviço⁽³⁾.

A classificação de risco está fundamentada em conceitos internacionais estabelecidos pelo protocolo de Manchester, que prevê padrões para o atendimento nas emergências de modo a priorizar o atendimento de acordo com a indicação clínica, com vista a superar os problemas encontrados no modelo tradicional de organização do atendimento por ordem de chegada. O protocolo de Manchester determina a classificação para prioridade de atendimento (de imediato tempo zero a não urgente - máximo de 240 minutos), sendo realizada pela equipe de enfermagem e especialmente pelas enfermeiras⁽¹¹⁾.

Por isso, todos eles são baseados na avaliação primária do paciente, já bem desenvolvida para o

atendimento às situações de catástrofes e adaptada para os serviços de urgência. Uma vez que não se trata de fazer um diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico, a classificação de risco é realizada por profissional de enfermagem de nível superior, que se baseia em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente⁽⁸⁾.

Segundo o Ministério da Saúde, a classificação de risco foi laborada, classificando o atendimento por níveis e cores, conforme segue:

Vermelho: prioridade zero - emergência, necessidade de atendimento imediato.

Amarelo: prioridade 1 - urgência, atendimento o mais rápido possível.

Verdes: prioridade 2 - prioridade não urgente.

Azuis: prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada⁽¹⁾.

O acolhimento com classificação de risco, nos serviços de urgência e emergência, assim como nos outros, deve ser realizado pelo profissional enfermeiro, com o auxílio de um técnico em enfermagem responsável pela aferição dos sinais vitais, entre outros procedimentos, já o enfermeiro de acordo com a literatura deve manter contato e controle visual com a área de administração e sala de espera dos pacientes, devendo receber estes e seus familiares com empatia em um ambiente seguro, privado e confidencial; deve ter amplo conhecimento da escala de classificação de risco e ser capaz de fazer uma rápida avaliação clínica; deve acompanhar os pacientes ao local do atendimento e manter os pacientes e familiares informados, bem como reavaliar periodicamente os pacientes da sala de espera, sendo necessário para tal treinamento sobre classificação de risco para poder de forma eficiente atender o usuário, evitando complicações⁽¹²⁾.

Os profissionais de enfermagem consideram a implantação do acolhimento muito importante devido a melhor atenção aos usuários, portanto, é fundamental que o enfermeiro tenha um bom conhecimento clínico e saiba encaminhar os usuários corretamente, seguindo os protocolos estabelecidos e priorizando o atendimento dos casos graves, diminuindo o risco de morte e aumentando a expectativa de vida⁽⁶⁾.

O ACR representa hoje um desafio na consolidação de um modelo de atendimento de “porta aberta”. Reconhecem-se mudanças nas atitudes dos trabalhadores com maior preocupação com o atendimento humanizado e resposta às necessidades dos usuários. No entanto, pode-se afirmar que mobilizações isoladas, sem o apoio dos gestores, são insuficientes para maiores conquistas frente à demanda crescente, e cada vez mais complexa, por cuidados em saúde, principalmente do setor de emergência⁽¹¹⁾.

CONCLUSÃO

Pode-se observar que a muito tempo veem-se falando em atendimento humanizado, para que a mesma fosse colocada em prática o Ministério da Saúde lançou um programa e assim denominou-o de Programa Nacional de Humanização, para que fins de fato a humanização pudesse ocorrer. O natural seria, que não se precisasse de um programa, protocolo, ou até mesmo norma, para que a humanização fosse colocada em prática. Mas como identificou-se no texto, a procura pelos serviços de emergência e urgência, eram muito grande, percebendo que muitos dos casos poderia ser revolido na própria atenção básica.

O programa teve uma boa aceitação tanto pelos profissionais que o executam, quanto pelos usuários, que são os maiores beneficiados. A partir, da execução do programa houve, maior agilidade e resolubilidade do serviço. O protocolo é de extrema importância na orientação das medidas a serem seguidas e no respaldo, dos profissionais que o colocam em prática. O protocolo do PNH é claro, e de fácil entendimento, estabelecendo uma ampla relação do trio gestão-serviço-usuário, preconiza de forma mais humanizada o atendimento em todos os serviços de saúde, no que se refere a urgência e emergência, o protocolo desmembra lançando mão da ferramenta, acolhimento do classificação de risco.

A classificação de risco vem possibilitando uma maior resolutividade aos serviços, aumentando a satisfação dos usuários e da equipe de saúde, uma racionalização quanto à acessibilidade e fluxos internos, e a otimização dos tempos e recursos utilizados.

As fragilidades na estrutura pouco adequada, como a falta de espaço físico e materiais são apontados, mesmo com as reformas estruturais realizadas antes de iniciar a implementação do ACR.

Acredita-se que a emergente demanda dos usuários, vem afirmar a necessidade da efetiva ampliação do ACR em outros serviços de emergência, como estratégia ampliar o acesso da população, sem sobrecarregar a equipe do serviço e prejudicar a qualidade da assistência prestada⁽⁶⁾.

Outra grande dificuldade do programa é conscientizar a população, de que o hospital é destinado aos serviços de emergência e urgência, e explicar para o usuário que chegou antes que ele pode ser atendido depois daquele que acabou de chegar, que o atendimento não é por ordem de chegada, mas por grau de risco.

A aplicação do ACR, requer além de um espaço físico, profissionais que tenham um amplo conhecimento da escala de classificação de risco e ser capaz de fazer uma rápida avaliação clínica. O profissional enfermeiro é o responsável pelo ACR, com o auxílio de um técnico em enfermagem. De acordo com a literatura, a equipe recebe o usuário e seus familiares, oferecendo-o um ambiente seguro, privado e confidencial. Para que a aplicação do ACR seja viável, torna-se necessário estar treinando os profissionais, para que estes atentem as necessidades dos usuários de forma eficiente e evitando complicações.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
2. Mendes JR, Ispindola TS, Mota GMC, Percepção de pacientes sobre a equipe de enfermagem acerca da Humanização em Terapia intensiva. Revista de Enfermagem UFPI, 2012.
3. Abbês C, Massaro A. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: Um paradigma ético-estético no fazer saúde. Série B. Textos básicos em Saúde. 1ª Edição. Brasília- DF, 2004.
4. Cavalcante RB, Rates HF, Silva LTC, Mello RA, Dayrrel KMB. Acolhimento com Classificação de Risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. R. Enfermagem Centro Oeste Mineiro. 2012 set/dez;2 (3)
5. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de Risco em Pronto Socorro: concordância entre o protocolo institucional Brasileiro e Manchester. Rev. Latino Americana de Enfermagem. 19(1). p 8.[Internet] 2011. Jan/Fev.

6. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncetto KCG. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. Rev. Eletr. Enf. 13 (4). [Internet] 2011 out/dez
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.048, de 5 de Novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico das urgências e emergências e sobre os serviços de atendimento móvel de urgências e seus diversos veículos de intervenção. Brasília, 2002.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde. 1 ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
9. Santos FSB, Barros, MEB, Gomes R. da S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface (Botucatu) [online]. vol.13, sup. 1. 2009. [Internet] junho/julho 2012.
10. Souza, LAP, Mendes VLF. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). Interface (Botucatu) [online]. vol.13, 2009. [Internet] junho/julho 2012. Suppl. 1. p 681 - 688.
11. Shiroma LMB, Pires DEP. Classificação de risco em emergência - um desafio para as/os enfermeiras/os. Enfermagem em Foco 2011; 2(1):14-17.
12. Albino R, Grosseam S, Riggenbach V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de urgência de qualidade. Arquivos Catarinenses de Medicina 2007;36(4):14-9, 2007.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2013/07/26

Accepted: 2013/11/13

Publishing: 2014/01/02

Corresponding Address

Fernanda Fernandes de Sousa
Faculdade Integral Diferencial - FACID, Teresina,
Endereço: Av. Barão de Castelo, Bairro: Cidade Nova,
Residencial Montese, Bloco: D, Apt: 403. Tel: (86)
9806-0198, Email: nanda_fernands@hotmail.com