

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TIAGO CLARO MAURER

ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA
EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Porto Alegre

2010

TIAGO CLARO MAURER

**ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA
EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Ivana de Souza Karl

**Porto Alegre
2010**

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me abençoar todos os dias na correria do dia-a-dia, e aos espíritos de luz que me acompanharam durante minha trajetória acadêmica, me protegeram e iluminaram.

A minha mãe, por todo amor a que me dedicou, a educação e os ensinamentos que formaram a minha base e que refletiram o ser humano e profissional em que me tornei.

A minha irmã do coração, Clau, não tão próxima nestes últimos quatro anos, mas que sempre esteve presente em meus pensamentos e preces, justamente pelo amor e carinho que sempre nos uniu.

Aos meus avôs paternos, fundamentais na minha criação, que puderam me acompanhar somente até o início da adolescência, mas que até na hora de partirem deste plano me trouxeram reflexões, as quais me inclinaram a escolher uma profissão que luta pela vida, mas que também prima o conforto necessário na hora de partirmos.

Aos meus avós maternos, meu dindo Arthur e minha dinda Marta, que juntos formaram o meu ideal de família, e que sempre me transmitiram segurança e conforto, aliados a muita alegria e momentos inesquecíveis.

A minha professora, Ivana de Souza Karl, orientadora deste trabalho, pelo empenho e dedicação que teve ao trabalhar comigo, respeitando meus limites, minhas dificuldades e minhas fraquezas ao longo do ano em que trabalhamos juntos.

Por fim, porém não menos importante, meus grandes amigos e colegas, aqui representados por Fabiano Tatsch, João Ricardo Gazzaneo e Natália Peixoto, pessoas geniais que me acompanharam nos momentos em que precisei, transformando lágrimas em poderosa gargalhadas capazes de enfrentar qualquer dificuldade. Ajudaram-me a ver melhor o mundo e a compreender muitas coisas que não conhecia. Enfim, fizeram, fazem e farão parte da minha vida.

RESUMO

O presente trabalho procura identificar o enfermeiro no contexto do acolhimento com classificação de risco em Serviço Hospitalar de Emergência Pediátrica. Demonstra a realidade vivenciada onde se identificam necessidades reais e imediatas para a melhoria da assistência em saúde prestada aos usuários. Dentre os atores do cenário proposto encontram-se usuários com necessidades distintas que, no entanto procuram alternativa similar para resolução de seus problemas: a emergência. Traz a problemática da superlotação dos serviços de emergência, e a desfragmentação de uma rede de saúde que não se encontra articulada para atender as demandas dos usuários e que entende o Enfermeiro como um profissional de saúde inserido em políticas públicas de saúde e um ser integrante de uma rede de saúde apoiada ao Sistema Único de Saúde.

Descritores: *acolhimento, triagem, enfermagem pediátrica e serviço hospitalar de emergência.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVO	7
3. REVISAO DA LITERATURA	10
4 MATERIAIS E MÉTODOS	13
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSAO DOS DADOS	15
5.1 EMERGÊNCIAS PORTAS DE ENTRADA DE UM SISTEMA DE SAÚDE	15
5.2 FALTA DE ARTICULAÇÃO ENTRE A REDE SAÚDE	19
5.3 ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: REALIDADE OU UTOPIA?	20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERENCIAS	27
APENDICE A – Ficha de Leitura	29
APENDICE B – Lista de Pesquisas Analisadas	30

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, desde o ano de 2003, propõe que seja incorporada às suas práticas a humanização no atendimento ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), por ser uma iniciativa governamental que visa a transformar o modelo de atenção em saúde por meio da 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 a acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde.

Em 2006, este propósito foi reforçado através da Política Nacional de Humanização (PNH), que traz como objetivo promover o acolhimento aos usuários que procuram atendimento no SUS. O acolhimento apresenta-se como uma das principais diretrizes da PNH, pois significa “estar com” ou “estar perto de”, o que traz um novo conceito de prestação de serviços e de responsabilização dos profissionais de saúde para com os usuários.

Entende-se por acolhimento, segundo o glossário de termos técnicos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006):

A recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Desta maneira, o acolhimento é uma ferramenta que amplia a ação dos profissionais de saúde que atuam no SUS, permitindo a promoção do acesso e da atenção em saúde às reais necessidades de cada usuário (MEDEIROS *et al.*, 2006).

Porém, observa-se que os Serviços Hospitalares de Emergências são utilizados por usuários para resolver suas queixas que poderiam ser facilmente solucionadas caso houvesse um atendimento resolutivo na Unidade Básica de Saúde. Tal situação faz dos Serviços de Emergências uma porta de entrada para o atendimento, aumentando a demanda de trabalho dos profissionais de saúde, gerando excesso de atendimentos passíveis de resolução na rede básica de saúde e conseqüentemente aumentando o tempo de espera para o primeiro atendimento e superlotando os serviços de emergências.

Após o usuário ter sido acolhido e ter tido uma escuta qualificada de suas necessidades, e constatada a necessidade de consulta de urgência/emergência, ele é classificado conforme as cores vermelha, amarela, verde e azul, representando, respectivamente, paciente com risco de morte, em estado crítico ou semi-crítico (porém estável), paciente que requer observação e pacientes não-graves (BRASIL, 2009).

Alem disso, observa-se que muitas queixas apresentadas nos Serviços Hospitalares de Emergência não caracterizam necessidade de atendimento emergencial e muitos acolhimentos são feitos de forma informal e descomprometida, o que não garante o acesso ao serviço de saúde indicado e não otimiza a busca pelo atendimento desejado, inutilizando o conceito de contra-referência. Assim, o acolhimento com classificação de risco torna-se uma ferramenta difícil de ser aplicada nesse cenário do Serviço Hospitalar de Emergência, seja ele adulto ou pediátrico, uma vez que a rede de cuidados não se encontra articulada para manter a integralidade e continuidade da assistência.

Nessas situações, caso a rede se encontrasse articulada e as diretrizes do SUS contemplassem a PNH, o enfermeiro poderia realizar um primeiro atendimento, apresentando resolutividade, ou seja, buscaria uma solução aos problemas do usuário que se apresenta no serviço de emergência, de forma adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-o, garantindo o acesso através de contato prévio e contribuindo para a prática da assistência organizada com o foco no usuário.

O enfermeiro, ao realizar o acolhimento com classificação de risco, mostra suas competências através de ações que detectam as necessidades do usuário, que muitas vezes se encontra fora de risco de morte e fora de situação que gere vulnerabilidade, não necessitando de uma consulta em nível de emergência.

A escolha do tema se deu pela minha vivência profissional enquanto técnico e acadêmico de enfermagem, na observação dos cenários de cuidado nos Serviços Hospitalares de Emergência por onde transitei.

Portanto, o presente estudo surgiu da necessidade de compreender as questões envolvidas na discussão acerca do acolhimento com classificação de risco nos casos que realmente se configuram como emergências, e podem ter seu atendimento prejudicado pela demanda não considerada de emergência que vem ocupando os leitos e aumentando a demanda de trabalho aos profissionais de saúde nos Serviços Hospitalares de Emergência, departamento destinado a lidar com o pacientes em iminente risco de morte.

Frente a este contexto , uma das questões norteadoras é:

Será que o enfermeiro ao realizar o acolhimento com classificação de risco em emergência pediátrica apresenta resolutividade e qualificação no cuidado de enfermagem aos usuários?

A relevância deste tema se torna pertinente uma vez que o trabalho irá apresentar uma discussão que visa a identificar a presença do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco, em emergência pediátrica, podendo também apresentar subsídios relevantes aos resultados das instituições de saúde. Pretende-se, assim, contribuir para a qualificação do trabalho e efetividade na tomada de decisões, a fim de atingir a melhoria na assistência prestada à criança (e seus responsáveis) em situações de risco desde o princípio de seu atendimento humanizado preconizado pelo SUS.

2 OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo identificar o conhecimento produzido pela presença do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco, nos serviços hospitalares de emergência pediátrica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O Ministério da Saúde (MS) propôs, por meio do programa Humaniza SUS, a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde. De acordo com o programa, humanizar é “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, como melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.” Ainda compreende a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde para que, então, valores como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde sejam alcançados (BRASIL, 2006).

O acolhimento pode ser entendido como princípio voltado para a reflexão das práticas de saúde, pois reconhece o outro em suas diferenças a partir de um compromisso de responsabilização no encontro terapêutico, como conceito norteador da Política Nacional de Humanização (PNH).

Os usuários encontram-se na contra mão de tal situação. Entretanto, é relevante salientar a distinção existente sobre o conceito de Urgência/Emergência na perspectiva dos usuários. Giglio-Jacquemot (2005) revela que os usuários, quando procuram atendimento em um pronto-atendimento, muitas vezes não o julgam urgente na concepção biomédica, porém, tal necessidade de atendimento ganha tamanha proporção em suas vidas que torna imediata a busca por uma solução. Para tal, o tempo de espera se torna um fator considerável quando comparado à satisfação conquistada no atendimento.

Na concepção de Urgência/Emergência entendida por usuários do sistema público de saúde, o conhecimento do contexto é fundamental. A urgência, no que se refere à categoria biomédica, está intimamente ligada a um ideal de saúde compreendido em sua dimensão anatomofisiológica, em que os sinais e sintomas expressados pelo corpo demonstram a necessidade ou não de atendimento imediato. Já para os usuários, os sintomas corporais não são necessariamente mais pertinentes e decisivos do que outros indicadores de natureza diversa que não se restringem ao corpo (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

À medida que se revela a realidade e, assim, se conhecem as necessidades que tais usuários apresentam, pode-se pensar em nova conceituação dos termos de Urgência/Emergência, buscando uma base originária no contexto biopsicossocial desses usuários.

A classificação de risco vem sendo utilizada em diversos países, inclusive no Brasil. É realizada por um profissional enfermeiro e não possui poder excludente de atendimento.

É realizada através de protocolos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica e objetivam, em primeiro lugar, atender as necessidades do usuário que precisa de uma conduta imediata. Para isso, todos os protocolos são baseados na avaliação inicial do paciente, a fim de avaliá-lo quanto à gravidade ou o potencial de agravamento, assim como o seu grau de sofrimento (BRASIL, 2009).

Não traz por objetivo fazer um diagnóstico prévio nem excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico. No entanto, enfatiza a importância de uma avaliação que englobe o usuário no contexto em que se encontra, permitindo assim, um resultado que leve em conta seus sofrimentos físicos e psíquicos. As angustias, os medos e receios devem ser considerados, preconizando assim, uma avaliação humanizada, que procura avaliar não apenas sinais e sintomas premonitórios de risco de morte, mas também vulnerabilidade e sofrimento (BRASIL, 2009).

Os protocolos de classificação de risco são instrumentos que sistematizam a avaliação e que vem a respaldar condutas informais, anteriormente tomadas pela enfermagem. São ferramentas úteis e necessárias, porém não suficientes, uma vez que não abrangem aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais e cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de urgência. “O protocolo não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento” (BRASIL, 2009).

Segundo consta em *A Cartilha de Acolhimento e Classificação de Risco em Serviço de Urgência*, para garantir a organização e clareza das áreas físicas nas unidades de emergência, elas devem ser divididas por eixos e áreas. É proposta a utilização de no mínimo dois eixos: o vermelho destina-se a pacientes graves com risco de morte, e o azul a pacientes aparentemente não-graves, mas que necessitam ou procuram o atendimento de urgência BRASIL (2009).

O Eixo Vermelho apresenta três áreas, às quais o paciente grave poderá ser encaminhado após a avaliação, classificação de risco e conseqüentemente a prioridade de atendimento detectada pelo profissional enfermeiro. São elas:

- Área Vermelha: destinada a pacientes que necessitam de atendimento imediato.
- Área Amarela: destinada a pacientes já estabilizados, porém que ainda requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semicríticos).
- Área Verde: destinadas aos pacientes menos críticos.

É inevitável, ao abortar uma temática que envolva o atendimento em emergências no Brasil, revisar o que se entende por emergência e urgência, uma vez que esses conceitos podem estar distorcidos e equivocados para a maioria da população.

Como define GIGLIO-JACQUEMOT *apud* PAIM (2005):

Uma emergência corresponde a um 'processo com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação'. Exige que o tratamento seja imediato diante da necessidade de manter funções vitais e evitar incapacidade ou complicações graves. Representa situações como choque, parada cardíaca e respiratória, hemorragia, traumatismo crânio-encefálico etc.

Essa definição é ampla, pois especifica que há risco iminente de morte, mas deixa uma lacuna quanto a determinadas situações, posto que não comenta as especificidades das faixas etárias e tempo de atendimento. No que se trata de urgências, o autor complementa:

Já a urgência significa 'um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco iminente de vida'. Nesse caso há risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatais, porém, não existe o risco iminente de vida. Representa situações como fraturas, feridas lácero-contusas sem grandes hemorragias, asma brônquica, transtornos psiquiátricos, etc.

Circulando pelo cenário proposto pelo tema do estudo, onde se observa significativa carência de organização e reestruturação encontra-se o profissional enfermeiro. Profissional este que apto a responder aos objetivos propostos pelo PNH, apresenta em sua formação o enfoque na atenção à saúde, o que lhe aponta capacidade de ofertar ações dentro dos padrões de qualidade e dos princípios da ética e bioética.

As diretrizes curriculares do curso de graduação em enfermagem preconizam um caráter profissional que vem de encontro às necessidades explícitas no acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência/emergência, onde se apresentam intrínsecas a necessidade de desenvolvimento na tomada de decisões e a garantia de compromisso com a liderança e o desenvolvimento da comunicação, envolvendo responsabilidade, empatia e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório que segundo Gil (2002), caracteriza-se por ser desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Este tipo de pesquisa tem a finalidade de colocar o pesquisador em contato com aquilo que já foi escrito sobre o assunto, permitindo aprimorar os conhecimentos e explorar novas idéias.

O desenvolvimento do estudo seguiu como referencial teórico as etapas descritas por Gil (2002), para o qual a pesquisa bibliográfica constitui-se das seguintes fases:

- Formular o problema: utilização de pesquisa bibliográfica com a finalidade de melhorar a visão do problema, tornando-o mais específico ou, ainda, para o fim de construção de hipóteses;
- Elaborar o plano de trabalho: orientação dos procedimentos seguintes após a definição dos objetivos. Corresponde ao desenvolvimento que se pretende dar à pesquisa;
- Identificar as fontes: identificação das fontes capazes de fornecer as respostas adequadas à solução do problema, como procura de catálogos de livros, publicações e especialistas que realizam pesquisa na área;
- Localizar e obter material: localização das obras identificadas. Pode ser feita em consultas a bibliotecas ou em compras nas livrarias;
- Ler o material: leitura do material localizado. Primeiramente, leitura exploratória; após, leitura seletiva; leitura analítica; e por último, leitura interpretativa;
- Confeccionar as fichas de leitura: com o objetivo de identificar as obras consultadas, registrar o conteúdo e os comentários acerca das obras e ordenar os registros;
- Estruturar a construção lógica do trabalho: classificar as fichas de leitura e agrupa-las por assuntos;
- Redigir o texto: é a última etapa de uma pesquisa bibliográfica. Não existem regras fixas que determinem o procedimento, mas alguns aspectos devem ser considerados na elaboração do relatório como conteúdo (introdução, contexto e conclusões), estilo (impessoal, claro, preciso e conciso) e aspectos gráficos (organização das partes, disposição do texto, citações, notas de rodapé, tabelas, bibliografia).

A pesquisa foi realizada em Bibliotecas Virtuais e em Acervos Bibliográficos convencionais. As fontes que embasaram esta pesquisa foram obtidas em artigos dos sites *MEDLINE*, *BDENF LILACS* e *SCIELO*, dos quais foram utilizadas publicações dos últimos cinco anos, entre 2004 a 2009, usando como palavras-chave: ***acolhimento, triagem, enfermagem pediátrica e serviço hospitalar de emergência.***

Para a coleta dos dados foi confeccionada uma ficha de leitura, com o objetivo de guardar e organizar os dados coletados através da pesquisa na literatura.

Inicialmente fez-se a seleção dos dados através da busca pelo descritor do assunto “acolhimento”, em cada base de dados referenciada, e os resultados foram refinados com os seguintes descritores: triagem e enfermagem pediátrica. Posteriormente fez-se nova busca, então pelo descritor do assunto “triagem” também em cada base de dados, e os resultados foram refinados com os descritores “enfermagem pediátrica” e “serviço hospitalar de emergência”, obtendo os 9 artigos.

A partir dos descritores foram desconsiderados aqueles artigos que, pelo título ou resumo, podia-se concluir antecipadamente que não se relacionavam a este estudo. Dentre os artigos encontrados nas bases de dados, alguns se repetiam, ou não, se encontravam disponíveis no idioma português. Estes foram os o critérios de exclusão.

Após a leitura, releitura e análise, foram categorizados segundo os temas: a) emergências, portas de entrada de um sistema de saúde; b) falta de articulação entre a rede de saúde; c) enfermeiro no acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência pediátrica: realidade ou utopia?

Os dados foram apresentados sob a forma de texto descritivo, segundo os temas que emergiram da leitura. Os aspectos éticos foram respeitados, à medida que os autores consultados foram sendo citados no texto, segundo as normas da ABNT.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Realizou-se a análise dos artigos do estudo, do qual emergiram três categorias: a) emergências, portas de entrada de um sistema de saúde; b) falta de articulação entre a rede de saúde; c) enfermeiro no acolhimento com classificação de risco em serviços hospitalares de emergência pediátrica: realidade ou utopia?

5.1 EMERGÊNCIAS, PORTAS DE ENTRADA DE UM SISTEMA DE SAÚDE

Em uma definição clara e sucinta de um setor de emergência, pode-se dizer que é uma unidade destinada à assistência de doentes, com ou sem risco de morte, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato (MELO *et al*, 2008). Assim, o termo emergência nos remete à gravidade no estado de saúde de uma pessoa e ao tempo a ser prestado o atendimento, fator importante, a fim de restabelecermos as funções vitais o mais rápido possível e diminuir as potenciais seqüelas.

No entanto, as unidades de emergência vêm se tornando a principal porta de entrada nos serviços de saúde no Brasil e, assim, se desviando da sua real função. São alguns dos fatores encontrados na revisão da literatura que apontam para o colapso dos serviços de emergência: a superlotação, a desqualificação da atenção básica e o mau uso dos usuários, seja por falta de políticas públicas que facilitem e incentivem a prevenção e a manutenção da saúde, seja por dificuldade de acesso aos serviços, e conseqüentemente, por falta de alternativa e/ou aparente resolutividade que os serviços de emergência apresentam. (BITTENCOURT e HORLANE (2009), MELO *et al*(2008), GATTI e LEÃO (2004)).

Bittencourt e Horlane (2009) destacam que a superlotação nos Serviços Hospitalares de Emergência é um fenômeno mundial, e que se reflete em um baixo desempenho do sistema de saúde como um todo – e, em particular, desqualificam a assistência. Não raro, observam-se todos os leitos ocupados, pacientes acomodados em macas nos corredores, e até mesmo sentados. Sem contar o tempo de espera para atendimento médico, que ultrapassa facilmente uma hora. Assim, o serviço que a priori deveria prestar assistência a pacientes com necessidades imediatas, e que depende do tempo como fator intrínseco à diminuição de danos,

também se torna um ambiente de alta tensão na equipe assistencial, uma vez que se encontram dificuldades para prestar o atendimento ideal.

O baixo desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) é algo frequentemente observado em todos os níveis de assistência. O problema inicia pela atenção básica, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Programas de Saúde da Família (PSF), que possuem a incumbência de promover a saúde através da prevenção e do tratamento precoce das doenças. Entretanto, é necessário que haja presença constante e que esses serviços contemplem a totalidade dos usuários inscritos nas áreas de abrangência, uma vez que dentre os objetivos, há necessidade de uma permanente busca-ativa e vigilância sobre os usuários.

A atenção primária tem caído em descrédito perante a população, principalmente por sua baixa resolutividade, consequência do descrédito ligado aos profissionais, sucateamento de insumos, área física inadequada e constante dificuldades de acesso. Em alguns lugares, não passa do “postinho”, em vez de apresentar uma unidade disposta e com a finalidade de resolver problemas básicos.

Compactuo com o relevante lembrete de Carvalho *et al* (2008) quando ressaltam que, segundo o Ministério da Saúde, um dos maiores problemas para o processo de implementação do SUS está na área dos Recursos Humanos. Considero que tal afirmação está presente na maioria dos serviços e receio que este seja um problema perpétuo, sem prazo para acabar. Contudo, é imprescindível que tenhamos profissionais da saúde capazes, bem remunerados e, sobretudo, dispostos a trabalhar com gente, de forma a estabelecer um diálogo de pessoa para pessoa, ambicionando trazer das cartilhas a humanização e tudo que ela representa para as práticas em saúde.

Quanto ao nível secundário – aquele que se destina a prestar assistência especializada aos usuários referenciados pela atenção básica –, a negligência é ainda maior, uma vez que o usuário tem problemas já identificados e cujas necessidades de atenção especializada foram constatadas. Não raro se observa a luta constante de usuários que enfrentam filas e amanhecem em frente a centros de saúde em busca de consultas com especialistas. Consultas estas que normalmente ultrapassam três meses de espera, chegando a mais de um ano, dependendo da especialidade.

Considero como principal causa dos problemas relacionados com o nível secundário o não cumprimento das políticas de saúde, referente à contribuição dos Estados e dos Municípios, conforme Portaria nº545 de 20 de maio de 1993, que trata da descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93.

A organização e a efetivação de pólos regionais em saúde deveriam ter por objetivo facilitar o acesso do usuário e apresentar resolutividade perante as demandas de procedimentos e consultas com especialidades médicas e de outras áreas. Isso permitiria o atendimento desses usuários próximo de suas residências e não geraria acúmulo de pacientes na Capital, garantindo os princípios do SUS.

Diante deste quadro de descaso presente de longa data nos níveis primários e secundários de assistência, é facilmente compreensível a permanente ocupação dos leitos das instituições que prestam assistência no nível terciário do Sistema Único de Saúde. E, conseqüentemente, a alta procura que gera a superlotação dos serviços que servem de porta de entrada aos serviços do nível terciário, as unidades de emergência.

Bittencourt e Horlane (2009) explicam em seu artigo que existe um ciclo vicioso, no qual o principal marcador da superlotação é o aumento do tempo de permanência no serviço hospitalar de emergência, assim como a falta de leitos para a internação é a principal causa, que, por sua vez, reflete no atraso do diagnóstico e tratamento. Tal fato leva a uma conseqüência grave: o aumento da mortalidade. Os autores complementam afirmando que estudos realizados em serviços hospitalares de emergência demonstraram resultados desfavoráveis no tratamento da pneumonia, sépsis, infarto agudo do miocárdio e apendicite relacionados com o atraso do atendimento médico.

Outro fator que contribuiu para a demora no atendimento nas emergências, apontado por Melo *et al* (2008) e Gatti e Leão (2004) é a procura desenfreada da população em busca de atendimento rápido e resolutivo, sendo ou não caracterizado como atendimento de urgência/emergência, nos serviços hospitalares de emergência. As facilidades que o serviço de emergência oferece como, por exemplo, exames diagnósticos laboratoriais e de imagem, medicações e acesso às inúmeras especialidades médicas faz com que os usuários muitas vezes até prefiram esperar o quanto for preciso para sair com a cura para seus males. Nesse sentido, caímos na opinião antiga, porém atual de Melo *et al* (2008) *apud* Magalhães *et al* (1989), que contribui alertando para a constatação do descaso da política e do sistema de saúde com os aspectos de promoção, manutenção e educação em saúde. Contribui, assim, para uma lacuna na assistência a saúde, levando a população a procurar serviços de emergência.

Além disso, outra questão que angustia os profissionais de saúde que trabalham nas emergências é o fato da população pensar que tudo é motivo de emergência, como destaca Gatti (2004) quando expõe os resultados de seu estudo, no qual 88% dos pacientes que procuram o setor de emergência não apresentam estado crítico de saúde, porém, muitas vezes não veem alternativa.

Segundo Riccetto *et al* (2007), a busca desenfreada por atendimento nas unidades de emergência hospitalares de casos não emergenciais é um fenômeno que ocorre em todo o mundo. No período de um ano, foram atendidos 20.028 pacientes de zero a 14 anos em uma unidade de emergência pediátrica de um hospital universitário do Estado de São Paulo. Dentre os atendimentos, apenas 203 pacientes (1%) necessitaram de sala de emergência pediátrica para o atendimento. Praticamente a mesma proporção observada em estudo britânico, no qual foram pesquisadas 21.027 crianças e apenas 0,7% delas necessitaram de atendimento emergencial. Tal fator, segundo estudos franceses e espanhóis, se deve a causas socioeconômicas, como, por exemplo, pobreza, dificuldades de locomoção, jornadas de trabalho mais longas, incapacidade de possuir plano de saúde privado e ter acompanhamento ambulatorial rotineiro.

Gatti (2004) observou em seu estudo que apenas 9% dos pacientes atendidos estavam em situação de urgência e 3% necessitavam de atendimento imediato.

Entre os 203 pacientes pediátricos pesquisados por Riccetto *et al* (2007) que necessitaram de atendimento imediato em sala de emergência pediátrica, 59,1% eram do gênero masculino. A média de idade foi de 3,4 anos e o diagnóstico médico mais freqüente foi insuficiência respiratória (31,1%). Do total, 24,6% necessitaram de intubação orotraqueal, 42,4% necessitaram de internação em Unidade de Tratamento Intensivo e 35% apresentavam doenças prévias.

Na contrapartida dos casos que realmente se caracterizam como emergência, Riccetto *et al* (2007) chega a uma maioria esmagadora de casos (17.818), totalizando 89% dos pacientes atendidos durante um ano na unidade de emergência pediátrica e liberados após consulta médica. Trata-se de atendimentos realizados em um hospital universitário de grande porte, portanto de nível terciário, que deveria servir de referência para casos graves e complexos, sem possibilidade de resolução nas unidades básicas de saúde e/ou pronto atendimentos distribuídos regionalmente. É nítida a falha na contra-referência e, portanto, a necessidade de um sistema de classificação de risco em unidade de emergência pediátrica para rápida diferenciação dos casos que se configuram como risco iminente de morte, necessitando de atendimento imediato.

Ao refletirmos sobre os números apresentados por Riccetto *et al* (2007), observamos a incoerência quanto à situação levantada pela temática da utilização inadequada dos serviços hospitalares de emergência pediátrica. Primeiramente, no que diz respeito aos gastos de uma unidade de emergência pediátrica, tanto referentes aos bens materiais e tecnológicos, quanto pela manutenção dos recursos humanos. São profissionais devidamente capacitados e

especializados de nível superior (médicos pediatras emergencistas, médicos radiologistas, enfermeiros, bioquímicos, farmacêuticos), profissionais de nível técnico (técnicos em enfermagem, técnicos em radiologia), e os demais profissionais como recepcionistas, seguranças, atendente de nutrição, auxiliar de laboratório, auxiliar geral que são mantidos 24 horas por dia, em todos os dias da semana.

Assim, preocupa pensar que essa gama de investimentos é utilizada – ou não utilizada – por usuários que não necessitariam do atendimento de emergência, e sim de um acompanhamento adequado de saúde, que, por sua vez, não encontram nas unidades de emergência pediátrica.

Trata-se, portanto, de uma relação que não beneficia as partes envolvidas, mas proporciona satisfação momentânea. Seja pelo gestor que não observa seus investimentos bem empregados, seja pelo usuário que busca satisfazer suas necessidades imediatas sem garantia de vínculo ou acompanhamento, contrapondo os princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde.

5.2 FALTA DE ARTICULAÇÃO ENTRE A REDE DE SAÚDE

A corresponsabilização implica produzir sentido para as diferentes ações e demonstrar importância pelos saberes do outro. Considerar as redes de relações que envolvem os sujeitos e os valores que permeiam esse meio é uma reflexão que impacta na construção de uma responsabilização compartilhada, o que permite entender que o ser humano é um ser dependente de suas redes (ALVES; DEESLANDES; MILTRE, 2009).

O acesso apresenta-se como eixo central da ferramenta do acolhimento, levando em consideração que a idéia simplista de que a distribuição espacial das unidades básicas de saúde é incapaz de resolver o problema de acesso. Existem outros elementos como condições econômicas, tempo de deslocamento e espera, processo de trabalho e organização das unidades, reconhecimento e hierarquização das demandas que juntos determinam a procura por um serviço de saúde. Situações que demandam reflexão, pois, na prática, os profissionais de saúde observam no relato dos usuários a busca por serviços de emergência exatamente pela facilidade e resolutividade não encontradas nas unidades básicas (MEDEIROS *et al*, 2006).

Entende-se a garantia de acesso como imprescindível para então pensar em acolhimento, uma vez que acolher representa a ideia de reconhecimento das necessidades dos usuários, representando, assim, a possibilidade de abertura das “portas de entrada”, lembra

Medeiros *et al* (2006).

A burocracia imposta pelo sistema de saúde, que obriga que o usuário passe por determinados lugares, para daí ser encaminhado para o serviço de real necessidade é algo que vem a prejudicar o indivíduo, dificultando e tornando o acesso restrito. Não raro, os usuários procuram serviços de emergência insatisfeitos por serem encaminhados de um lado para o outro, sem resposta às suas necessidades (MARQUES e LIMA, 2007).

Marques e Lima (2007), acreditam que colocar em prática os princípios do SUS como universalidade, equidade, acessibilidade e integralidade possuem relação direta com o acesso e acolhimento. Na prática, encontram-se interligados a disponibilidade apresentada pelo profissional expressa no início de uma conversa, o reconhecimento de um problema e as soluções criativas apresentadas às necessidades alheias. Contudo, muitas vezes os profissionais são barrados por falta de estrutura do próprio sistema de saúde, que apresenta dificuldade em proporcionar continuidade e assistência qualificada, levando os usuários às emergências para minimizar sintomas “agudizados”, sem as devidas investigações ou acompanhamento de situações crônicas.

Outros autores consideram acolhimento como “receber o ajudado calorosamente ao iniciar o encontro com ele, sendo que ao acolhê-lo deve-se transmitir receptividade e interesse, de modo que se sinta valorizado” (CARVALHO *et al* 2008).

Além disso, apresenta-se como um dispositivo que opera mudanças concretas nos processos de trabalho e na gestão dos serviços (BRASIL, 2006).

O acolhimento reacende a capacidade de alterações das práticas, pois convoca à análise e à reflexão cotidiana das mesmas no âmbito do sistema de saúde, provocando incomodo ao salientar que promover saúde e cuidar são atos de corresponsabilidade entre os sujeitos.” (ALVES, C.A.; DESLANDES, S.F; MITRE, R.M.A., 2009)

5.3 ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: REALIDADE OU UTOPIA?

Atualmente os serviços hospitalares de emergência são considerados uma das partes mais frágeis da rede. Conforme a PNH o acolhimento com classificação de risco propõe a organização dos sistemas com a finalidade de identificar rapidamente os pacientes gravemente enfermos, concomitantemente à padronização do atendimento de emergência, pois acredita que essas medidas podem melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente pediátrico.

Segundo Gatti (2004), existem cinco tipos de triagem:

- Triagem não profissional: realizado por um profissional que não é da área da saúde, porém trabalha em instituições de saúde, como recepcionista, segurança.
- Triagem básica: onde o enfermeiro é capacitado para avaliar o paciente, determinar a prioridade no atendimento e realizar os encaminhamentos necessários;
- Triagem avançada: após uma avaliação inicial e a inclusão de protocolos para iniciar o tratamento na área de triagem, inclui o uso de técnicas diagnósticas, como avaliação laboratorial e exames diagnósticos;
- Triagem médica: realizada por profissional médico que pode definir o tratamento definitivo e a alta do paciente na área de triagem;
- Triagem de equipe: onde um profissional médico atende como consultor dos enfermeiros que avaliam os pacientes.

Tacsi e Vendruscolo (2004), alertam que em situações emergenciais a criança configura-se na grande maioria das vezes como a principal vítima. Ela necessita de atenção especial, dadas as peculiaridades biológicas e psicológicas, além das características intrínsecas ao grupo populacional. Apresenta maior susceptibilidade aos agravos decorrentes das doenças e complicações prevalentes da infância, necessitando dos recursos materiais e humanos especializados para o atendimento de emergência. Nesse sentido, os autores ressaltam a importância da educação permanente entre a equipe multiprofissional como ferramenta essencial que dinamiza o atendimento e contribui para o sucesso das intervenções médicas e de enfermagem.

O acolhimento significa a humanização do atendimento, isto é, das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários, além de pressupor garantia de acesso a todas as pessoas e escuta qualificada de problemas de saúde do usuário, sempre com uma resposta positiva e com a responsabilização pela solução do seu problema. Medeiros *et al* (2006) enfatiza que o arranjo dessas ações busca organizar uma nova “porta de entrada” que acolha todas as pessoas, resolvendo o máximo de problemas e garantindo o fluxo do usuário para outros serviços quando necessário.

Carvalho *et al* (2008) *apud* Franco, Bueno e Merhy (1999), retrataram o acolhimento como uma tecnologia para reorganização dos serviços, visando a garantia dos princípios do SUS, como acesso universal, resolutividade e humanização no atendimento.

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

Os serviços hospitalares de emergência pediátrica, sobretudo nos grandes centros urbanos, recebem uma demanda elevada de pacientes e, concomitante a isso, devem

demonstrar rapidez e eficácia, a fim de minimizar as situações de risco iminente. O fato de se trabalhar com a criança em estado grave traz uma diversidade de respostas subjetivas que resultam de uma relação intensa que se estabelece com a criança e sua família, característica dos seres humanos e dos profissionais que atuam no serviço pediátrico (TACSI e VENDRUSCOLO 2004).

A criança na fase aguda da doença ou em situações de emergência com alto risco de morte exige da equipe assistencial o desenvolvimento de suas potencialidades para prover o atendimento necessário. A equipe de enfermagem é responsável pelos cuidados intensivos ao paciente crítico, por meio de avaliação permanente e vigilância (TACSI e VENDRUSCOLO 2004).

Compactua-se com a idéia de Brasil (2009), no sentido de que o acolhimento gera mudanças das relações entre profissionais de saúde e usuários, no que se refere à forma de escutar o usuário e seus problemas e demandas. Porém, acredita-se que não é em uma unidade de emergência que o usuário terá uma abordagem para além da doença e de suas queixas, necessitando para isso um atendimento mais oportuno, próximo de sua residência, a fim de estabelecer vínculo e confiança entre usuários e profissional de saúde. Para isso, é necessário garantia de que o encaminhamento será efetivado com sucesso e que o outro serviço possa receber esse usuário.

No entanto, é na classificação de risco que se nota um potencial crescimento de vagas no mercado de trabalho para enfermeiros. Em se tratando de pediatria, é de suma importância um conhecimento prévio sobre crianças, bem como é válida a experiência de trabalhar com crianças em situação de risco.

A realidade brasileira é bastante distinta da realidade norte-americana. Porém, por falta de estudos realizados no Brasil, Ricetto *et al* (2007) destacam que em 2001, os serviços de emergência pediátrica desse segundo país realizaram um número de atendimentos superior a 30 mil crianças, sendo que na mesma década outro estudo norte-americano demonstrou que 19,2% das crianças atendidas em serviços de emergência necessitam de atendimento nos primeiros 15 minutos após sua chegada.

Considera-se que a assistência de enfermagem à criança na chegada de um serviço de emergência deva ser um atendimento amplo, abrangendo os dados trazidos pelos familiares, tentando extrair rapidamente as necessidades principais da criança. No entanto, é de suma importância – e é muitas vezes nesse momento em que os enfermeiros pecam – a avaliação da criança focada na ectoscopia e no exame físico dirigido às queixas sinalizadas pelos pais, cuidadores ou responsáveis.

A classificação de risco, usualmente chamada de triagem, (termo importado do francês *triage*, que significa seleção ou escolha) é o processo pelo qual o paciente é avaliado quando chega ao serviço de emergência para determinar a urgência do problema e designar as fontes apropriadas de assistência médica capazes de resolver o problema identificado, sendo, posteriormente, classificado conforme prioridade. Tal processo configura-se como imprescindível, uma vez que o paciente e/ou responsável é incapaz de identificar os casos de emergência ou usa de má fé para se beneficiar das facilidades que esse serviço oferece, refletindo no aumento de tempo de espera e na superlotação das emergências (GATTI, 2004).

A visualização da criança como um todo é fundamental para realizar uma boa avaliação primária. Perguntas sobre comportamento da criança, incluindo apetite, eliminações e variabilidades das respostas da criança são valiosas. Além disso, necessita-se de um enfermeiro na classificação de risco em emergência pediátrica que se disponha a avaliar a criança, retirando as roupas quando preciso for a fim de buscar alterações, relacionando sinais e sintomas, a fim de identificar a criança com risco de vida e lhe garantir preferência no atendimento.

Levando em consideração as peculiaridades da criança, como destacada por Tacsí e Vendruscolo (2004) e lembrando a maior suscetibilidade a morbi-mortalidade dos recém nascidos e lactentes pela sua imaturidade, é imprescindível considerar em um quadro de febre, anamnese, ectoscopia e exame físico favoráveis, as doenças infectocontagiosas, procurando identificar rapidamente sinais e sintomas das doenças com evolução súbita e o encaminhamento dessa criança para atendimento médico e de enfermagem imediatos, como nos casos suspeitos de meningite bacteriana. Também identificar sinais e sintomas de doenças infectocontagiosas com potencial de transmissibilidade como, por exemplo, varicela, quando apresentam lesões com vesículas, buscando isolar esses pacientes dos demais usuários que se encontram no serviço de emergência.

Concomitante às técnicas utilizadas para verificar os pacientes em risco, busca-se no enfermeiro responsável pelo acolhimento com classificação de risco na emergência pediátrica uma subjetividade ímpar, capaz de extrair das entrelinhas as informações captadas na anamnese e na abordagem inicial, procurando detectar e alertar a equipe para casos de vulnerabilidade, como em casos de negligência, imprudência e os mais variados tipos de abuso aos menores.

Para que o enfermeiro possa apresentar respostas positivas quanto a seu trabalho no serviço de acolhimento com classificação de risco na emergência pediátrica faz-se importante, primeiramente, que a equipe assistencial e administrativa do serviço esteja esclarecida quanto

aos propósitos dessa atividade, para que todos utilizem a mesma linguagem e assim possam apresentar informações claras e uniformes aos usuários, aos demais setores da instituição e da rede de saúde. E também para que as condutas tomadas pelo enfermeiro possam encontrar suporte e respaldo nos níveis mais elevados de hierarquia da instituição de saúde em questão. Além disso, ressalta-se a importância de uma estrutura ideal para que seja garantida uma ausculta qualificada e que os usuários tenham privacidade na hora de expor suas queixas.

Por fim, acredita-se que a atitude profissional, determinada por um enfermeiro responsável e que tenha presente a sua real importância diante da porta de entrada dos serviços de emergência seja algo determinante para determinar o sucesso do serviço. A baixa auto-estima profissional, muitas vezes abalada por uma rotina estressante em que a figura do profissional enfermeiro é constantemente exposta e que confronta com os demais profissionais, sobretudo com os profissionais médicos é um ponto que faz com que alguns enfermeiros não acreditam serem capazes, ou ainda, indicam a figura do profissional médico para realização da classificação de risco.

Procura-se incessantemente a busca por soluções que objetivam acabar com o quadro de superlotação das emergências, porém, os resultados não se apresentam na prática assistencial. Assim, é de suma importância a incorporação de políticas públicas e/ou acordos entre a rede de saúde que procurem solucionar ou ao menos minimizar imediatamente o problema. A partir do relato de experiência de Souza e Bastos (2008) entende-se que tal medida é possível. No relato, o acolhimento com classificação de risco realizada pelo enfermeiro em uma unidade de pronto atendimento conta com uma equipe multiprofissional, onde os casos que não configuram real necessidade de atendimento são encaminhados a assistente social e a agentes administrativos, que se encontram disponíveis para reencaixar tais usuários nas agendas de atendimento dos centros de saúde referências do paciente, sendo que em 90% dos casos o usuário tinha sua consulta marcada para o mesmo dia no centro de saúde mais próximo da sua casa.

Diante de Souza e Bastos (2008), nota-se o modelo em que o enfermeiro se insere como o profissional de referência, contribui para “informar ao usuário a expectativa de atendimento e o tempo de espera, diminuindo-lhe a ansiedade e aumentando-lhe o nível de satisfação”, bem como, ordena o atendimento de acordo com a necessidade/gravidade, extinguindo a incoerência da fila de atendimento por ordem de chegada, diminuindo o tempo de espera pelo atendimento do paciente que necessidade de cuidados imediatos, reduzindo as ocorrências de eventos indesejáveis nas filas de espera e melhorando o prognóstico associado a intervenções mais rápidas a esses pacientes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo identificar o conhecimento produzido sobre presença do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco, nos serviços hospitalares de emergência pediátrica.

O enfermeiro como profissional protagonista na porta de entrada dos serviços hospitalares de emergência apresenta-se como uma atividade relativamente nova, o que explica em parte a dificuldade e a escassez de material científico produzido relacionando a atividade desse profissional com o acolhimento com classificação de risco nas unidades de emergência. Esse fator dificultou a coleta da pesquisa bibliográfica em questão, fazendo-se necessária uma ampliação dos descritores utilizados.

A tarefa de receber e definir prioridade referente às demandas dos usuários que procuram as unidades de emergência realizadas por enfermeiro configura-se como uma atividade que requer responsabilidade, competência e habilidade. No entanto, como se trata de um serviço sobre o qual recaem demandas que envolvem outras instâncias – que não apenas a da instituição à qual a emergência pertence –, requer-se uma preocupação maior, a fim de permitir que o enfermeiro sintam-se seguro e confiante no Sistema de Saúde para o qual presta serviço.

Na atualidade, com as dificuldades e os percalços impostos pelo próprio sistema, o acolhimento torna-se algo impraticável nas unidades de emergência, pois requer muito mais do que o sentido literal da palavra. A falta de comunicação entre a rede de serviços de saúde, a carência de coesão entre as mesmas e a dificuldade de acesso não permitem que essa prática seja realizada. Uma vez existindo, o acolhimento se restringirá a encaminhamentos sem garantia de assistência e de responsabilização diante do usuário, descaracterizando o seu princípio.

No entanto, a mesma situação caótica e rotineira encontrada nos serviços hospitalares de emergência que se tornaram porta de entrada de um sistema de saúde falho e que não permite o acolhimento como prática executável por enfermeiro ou qualquer outro profissional, é a mesma que traz a necessidade da Classificação de Risco.

Torna-se indispensável a presença de um enfermeiro capaz de identificar, através de uma avaliação rápida, porém precisa, as crianças que se encontram em risco de morte, vulnerabilidade ou sofrimento intenso e traçar um plano de prioridade baseado nas necessidades apresentadas pelos usuários e na disponibilidade do serviço em questão.

Hoje se acredita que, com a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e o fortalecimento de redes de saúde, a humanização aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis. Estes devem envolver trabalhadores, gestores e usuários do SUS, para que, assim, provoquem inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão.

No entanto, é nítida a falta de articulação entre os serviços de uma mesma rede e o impacto que isso causa na continuidade e qualidade da assistência prestada aos usuários. A não existência de um diálogo que perpassa os níveis de atendimento é uma larga lacuna, que representa perdas e causa impacto indireto nos resultados propostos, além de ferir a Integralidade proposta pelo SUS.

Entendeu-se que o enfermeiro pode apresentar a resolutividade e qualificação no cuidado caso o acolhimento com classificação de risco nos serviços hospitalares de emergência ocorresse, porém, na atual realidade o acolhimento apresenta-se como uma utopia.

Não obstante, não menos cautelosa deve ser a atividade do enfermeiro na classificação de risco em emergência pediátrica, uma vez que sua conduta deve ser baseada em protocolos validados entre as equipes médicas e de enfermagem. Porém, sobretudo, é de responsabilidade ímpar do enfermeiro a manutenção de uma atividade baseada em uma avaliação íntegra e precisa, levando em conta experiências prévias e sensibilidade.

Para tanto, o enfermeiro tem necessidades institucionais, de materiais e de espaço, que devem levar em conta insumos e acomodações que permitam a análise fiel da ectoscopia, anamnese e exame físico, garantindo a ambiência, privacidade e os direitos dos usuários assegurados pelo Sistema Único de Saúde.

É indiscutível a idéia de o enfermeiro ser capaz de atuar à frente do serviço hospitalar de emergência pediátrica. E a transformação da antiga maneira de triar os pacientes para o atual acolhimento com classificação de risco torna-se imprescindível para traçarmos uma assistência que visa a uma ausculta qualificada, e não mais quantificada e excludente. Portanto, é de suma importância que as instituições e os profissionais de saúde reflitam e dialoguem com as demais instâncias da rede de saúde, a fim de reunirem forças para que os usuários possam receber uma assistência cada vez mais resolutiva, garantindo a sua satisfação e fortalecendo o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, C.A; DESLANDES, S.F; MITRE, R.M.A. **Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade.** Interface – Comunic., Saúde, Educ. v. 13, 2009

BITTENCOURT. R.J; HORTALE, V.A. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática.** Cadernos de Saúde Pública, vol.25 n 7, jul, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria n.º545 de 20 de Maio de 1993.** Disponível em http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf. Acessado em 06 de junho de 2010.

CARVALHO, C.A.P *et al.* **Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde.** Arq. Ciênc. Saúde, vol. 15, abr-jun, 2008.

GATTI, M.F.Z; LEÃO, E.R. **O papel diferenciado do Enfermeiro em Serviço de Emergência: a identificação de prioridades de atendimento.** Revista Nursing, vol. 73 n 7, junho, 2004.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 121-132.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002, 175 p.

MEDEIROS, J.E *et al.* **Sementes do SUS.** São Leopoldo: Pallotti, 2006. 164 p.

MELO, M.G.G; VIGO, L.R.A. **O Papel do Enfermeiro na Triagem Classificatória do Departamento de Emergência.** Revista Nursing, vol 11, 2008.

MARQUES, G.Q; LIMA, M.A.D.S., **Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde.** Rev Latino-americana de Enfermagem, jan-fev, 2007.

RICCETTO, A.G.L *et al.* **Sala de emergência em pediatria: casuística de um hospital universitário.** Revista Paulista de Pediatria, vol 25, 2007.

TACSI, Y.R.C; VENDRUSCOLO, D.M.S. **A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica.** Revista Latino-americana de enfermagem, vol 12, maio-junho, 2004.

APÊNDICE A – Ficha de leitura

1. TÍTULO:

2. AUTOR:

3. METODOLOGIA/TIPO DE ESTUDO:

4. OBJETIVO:

5. DESCRITORES:

6. RESUMO:

7. OBSERVAÇÕES:

APÊNDICE B - Lista de pesquisas analisadas

Nº	AUTOR	TÍTULO	PERIÓDICO	ANO
1	Gatti, Maria Fernanda Zorzi; Leão, Eliseth Ribeiro	O papel diferenciado do enfermeiro em serviço de emergência: a identificação de prioridades de atendimento	Rev. <u>Nursing (São Paulo)</u> ;7(73):24-29, jun.	2004
2	Tacsi, Yolanda Rufina Condorimay e Vendruscolo, Dulce Maria Silva.	A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica.	Rer. Latino-americana de enfermagem, 12(3): 477-84, maio-junho	2004
3	Marques, Giselda Quintana; Lima, Maria Alice Dias da Silva.	Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde ¹	<u>Rev. latinoam. enferm</u> ;15(1):13-19, jan.-fev.	2007
4	Ricchetto, Adriana Gut L. et AL	Sala de emergência em pediatria: casuística de um hospital universitário	Rev. Paulista de Pediatria, 25(2): 156-160.	2007
5	Carvalho, C.A.P <i>ET al</i>	Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde	Arq. Ciências da Saúde, 15(2): 93-95, abr/jun.	2008
6	Melo, M.G.G, Vigo, L.R.A, Fonseca, A.S.	O papel do enfermeiro na triagem classificatória do departamento de emergência	Rev. Nursing (São Paulo): 11(124):430-434, set.	2008
7	Souza, R.S e Bastos, M.A.R	Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro.	Rev. Min. Enferm.;12(4): 581-586, out./dez.	2008
8	Bittencourt, Roberto José; Hortale, Virginia Alonso.	Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática	Cad. Saúde Pública. Vol.25, n.7.RJ, jul.	2009
9	Alves, C.A.; Deslandes, S.F; Mitre, R.M.A.	Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade.	Interface – Comunic.,Saúde, educ.;v.13, supl.1, p.581-594.	2009

Quadro 1: Artigos selecionados para análise.