

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO PEDAGÓGICA PARA  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE - CEFPEPS

VALÉRIA ROSA DOS SANTOS

**O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DA EQUIPE  
MULTIPROFISSIONAL NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA DURANTE A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO  
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Governador Valadares

2015

VALÉRIA ROSA DOS SANTOS

**O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DA EQUIPE  
MULTIPROFISSIONAL NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA DURANTE A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO  
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização e Formação Pedagógica para Profissionais da Saúde – CEFPEPS-, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Teresa Cristina da Silva Kurimoto.

Governador Valadares

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

SANTOS, VALÉRIA ROSA DOS
O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DURANTE A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA [manuscrito] / VALÉRIA ROSA DOS SANTOS. - 2015.
41 f.
Orientador: Teresa Cristina da Silva Kurimoto.
Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde .
1.Acolhimento. 2.Classificação de Risco. 3.Capacitação. 4.Urgência e Emergência. I.Kurimoto, Teresa Cristina da Silva. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

Valéria Rosa dos Santos

**O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NAS  
UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DURANTE A IMPLANTAÇÃO  
DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UMA REVISÃO  
INTEGRATIVA**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dra. Teresa Cristina Silva Kurimoto (Orientadora)



Prof. Dra. Marília Rezende da Silveira

Data de aprovação: 26/06/2015

Dedico esta pesquisa aos profissionais de saúde que na linha de frente das Unidades de Urgência e Emergência, lutam para assegurar aos usuários, com respeito e humanização, a assistência digna, de acordo com as possibilidades e limites que a organização suporta.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus por ter me sustentado até aqui, mostrando-me que nada é impossível quando depositamos a nossa fé em quem realmente pode todas as coisas.

À minha família e amigos pela compreensão nos momentos de ausência, dando-me apoio durante a tarefa solitária de escrever.

À orientadora deste estudo, professora Teresa Cristina, pela paciência, disponibilidade e por compartilhar parte do seu conhecimento para a construção desta pesquisa.

Aos meus tutores presenciais Marília, Sérgio e Carmem, pela paciência durante todo o processo de formação, compreendendo as dificuldades que foram aparecendo no meio do caminho.

Aos meus colegas de classe que por meio das discussões contribuíram muito para o meu crescimento profissional e como pessoa.

**A TODOS O MEU MUITO OBRIGADA!  
DEUS ABENÇOE CADA UM DE VOCÊS!**

*“Educar é semear com sabedoria e colher com paciência.”*

*(Augusto Cury)*

## RESUMO

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um dispositivo assistencial proposto pelo Ministério da Saúde, implantado também nas Unidades de Urgência e Emergência, que prioriza o atendimento considerando a gravidade clínica e a necessidade de cuidados imediatos. Os serviços de Urgência e Emergência são importantes componentes do sistema de saúde nacional, destinados ao atendimento de clientes com afecções agudas que podem apresentar ou não um risco de morte. Desta forma, os profissionais que atuam nestes setores devem ser capacitados para atenderem a grande demanda, as intercorrências que ocorrem prestando uma assistência imediata de qualidade. O presente estudo tem como objetivo analisar se a capacitação multiprofissional para a implantação do ACCR proposta pelo MS vem sendo efetivada nas unidades de urgência e emergência. Trata-se de uma de uma revisão integrativa elaborada nos meses de novembro 2014 a maio de 2015, com o recorte temporal de 2005 a 2015 e busca na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Bireme, Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino Americana e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (Lilacs), Bases de dados de Enfermagem (BDENF). A amostra final foi composta de 16 artigos, sendo que apenas um respondeu ao objetivo do trabalho. Apareceram no estudo três categorias: o surgimento do ACCR, a atuação do enfermeiro no ACCR e a capacitação da equipe multiprofissional. Na síntese das evidências constatou-se que o ACCR promove a humanização do cuidado, a organização do trabalho e diminui a ocorrência de morbimortalidades. Verifica-se como aspecto significativo a atuação conferida ao profissional enfermeiro que na maioria dos casos é o único a receber capacitação para atuar no ACCR, sendo que apenas um artigo relatou esta capacitação direcionada a todos os membros da equipe. Este estudo identificou também a escassez de produção científica nos periódicos nacionais sobre as práticas educativas relacionado ao ACCR e a necessidade de implementar ações de capacitação, assim como estudos científicos sobre a temática, e aprimoramento da qualificação dos profissionais que atuam no atendimento nas unidades emergenciais para que todos possam atuar como protagonistas no ACCR.

Palavras-chave: Acolhimento, Classificação de Risco, Capacitação, Urgência e Emergência, Enfermagem.

## ABSTRACT

The Fostering with Risk Rating, Portuguese acronym (ACCR), is an assistance device proposed by the Ministry of Health, Portuguese acronym MS, also implemented in Urgent and Emergency Units, which gives priority to serving their clinical severity and the need for immediate care. Urgent and Emergency services are important components of the national health system, aimed at serving clients with acute conditions that may have or not a risk of death. Thus, professionals who work in these sectors should be able to meet the high demand, the events that occur providing immediate assistance quality. This study aims to analyze the multidisciplinary training for the implementation of ACCR proposed by the MS has been carried out in urgency and emergency units. It is one of an integrative review done in November 2014 to May 2015, with the time frame of 2005 to 2015 and research done in the database of the Virtual Library in Health, Portuguese acronym (BVS), Bireme, Scientific Electronic Library Online, Portuguese acronym (SciELO), Latin American and Caribbean Literature Information in Health Sciences, Portuguese acronym, (Lilacs) and the Nursing Databases, acronym (BDENF). The final sample consisted of 16 articles, however only one was compatible with the study goal. In the study three categories appeared: the emergence of the ACCR, the work of nurses in the ACCR and the training of the multidisciplinary team. The synthesis of evidences was found that the ACCR promotes the humanization of care, the organization of work and decreases the occurrence of morbimortality. Occur as significant aspect of the role given to professional nurse who in most cases is the one to be trained to operate in the ACCR, and only one article reported this training directed to all team members. This study also identified the lack of scientific production in national journals on educational practices related to the ACCR and the need to implement training actions as well as scientific studies on the subject, and improving the skills of professionals working in care in emergency units so that everyone can act as protagonists in ACCR.

Keywords: Fostering, Risk Rating, Training, Emergency and Emergency Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Representação do Protocolo de Manchester.....	28
---	----

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Resumo dos artigos utilizados para a discussão da pesquisa.....	22
---	----

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Distribuição dos estudos inseridos na pesquisa, segundo a base de dados..... 26

Gráfico 2: Distribuição dos estudos inseridos na pesquisa, segundo o ano de publicação..... 27

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACCR:** Acolhimento com Classificação de Risco

**BDENF:** Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil

**BVS:** Biblioteca Virtual em saúde

**CFM:** Conselho Federal de Medicina

**COREN:** Conselho Regional de Enfermagem

**LILACS:** Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

**MS:** Ministério da Saúde

**PNH:** Política Nacional de Humanização

**SCIELO:** Scientific Electronic Library Online

**SUS:** Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>20</b>
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>21</b>
3.1 <i>O surgimento do acolhimento com classificação de risco.....</i>	<i>27</i>
3.2 <i>A atuação do enfermeiro no ACCR.....</i>	<i>30</i>
3.3 <i>A capacitação da equipe multiprofissional.....</i>	<i>32</i>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>37</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), há mais de 20 anos, muitas políticas foram implantadas conforme o preconizado. No entanto, persistem alguns problemas graves ainda sem solução que acabam por exigir mudanças no sistema, como exemplo, pode-se citar o grande número de usuários nas portas dos prontos-socorros, com uma diversidade de situações e doenças de diferentes graus de complexidade (ZANELATO; PAI, 2010).

Segundo Gonçalves (2012), ao contrário do que é recomendado pelo SUS, os serviços de emergência estão servindo de porta de entrada para muitos usuários, desde os casos mais simples até os realmente críticos.

Para Solla (2005) esta grande demanda nas emergências, o que acaba por sobrecarregá-las, se justifica pelo fato dos usuários enxergarem este setor sempre com as “portas abertas”, em que há uma maior oferta de consultas, exame, medicações, entre outros.

Segundo Marques e Lima (2007) a este fator pode-se associar outras possibilidades, como o aumento da violência urbana, a maior expectativa de vida da população, o que está diretamente relacionado ao elevado índice de doenças crônicas degenerativas e, por fim, a demanda de pacientes acometidos por problemas menos graves, os quais poderiam ser resolvidos em nível primário.

Esta situação que sempre é manchete na mídia demonstra e agrega os problemas provenientes da atenção básica e também da escassez de leitos nas unidades de terapia intensiva, que não absorvem os atendimentos gerados, superlotando as emergências (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011).

Para Marques e Lima (2007), a procura pelos serviços de urgência e emergência de forma errônea compromete o atendimento nestas unidades e isso acontece muitas vezes pela falta de conhecimento e orientação dada à população.

É difícil abordar um assunto que envolva atendimento de emergência no Brasil, sem definir o que se entende por urgência e emergência, já que boa parte da população não tem percepção clara a este respeito.

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1451/95, define-se por urgência “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” e emergência “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”.

GIGLIO-JACQUEMOT (2005) complementa que na urgência, inicialmente não existe o risco iminente de morte, porém, pode haver uma evolução para complicações mais graves ou mesmo fatal; representam estas situações fraturas, feridas lácero-contusas sem grandes hemorragias, asma brônquica, transtornos psiquiátricos, dentre outros. Se referindo á emergências o tratamento imediato se justifica pela necessidade de manter as funções vitais e evitar incapacidade ou complicações graves. Representa situações como choque, parada cardíaca e respiratória, hemorragia, traumatismo crânio-encefálico, dentre outros.

Em virtude da crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, ficou evidente que havia uma desordem no fluxo de circulação dos usuários, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho deste serviço de saúde de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos, para que a assistência prestada fosse de acordo com diferentes graus de complexidade. (BRASIL, 2004).

Com o objetivo de normatizar e organizar o caos enfrentado pela população usuária nos serviços públicos de urgência e emergência, em 2002, entrou em vigor a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.048 que propôs modificações estruturais e operacionais no atendimento em todo território nacional, estabelecendo princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Esta Portaria determinou a articulação dos serviços e organização, levando-se em conta o fluxo e grau de complexidade, pautada pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade. (BRASIL, 2002).

Concordando com esta, em 2003 foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS), a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, o HumanizaSUS, que busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, tendo como objetivo tornar a humanização um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde, (BRASIL, 2004).

Segundo Ramos (2011) uma das diretrizes de maior relevância nesta política é a recomendação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) que visa atender o usuário holisticamente respeitando sua integridade física, psíquica e moral, atendendo-o em diferentes graus de especificidades e resolutividade, levando em consideração os diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais por ordem de chegada.

Esta atitude obedece à recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que estabelece que sempre que houver um desequilíbrio entre a demanda de pacientes

e os recursos médicos para atender a essas necessidades deve-se instituir um processo de seleção ou triagem dos casos (SOUZA; BASTOS, 2008).

Para o MS, o ACCR é definido como “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” (BRASIL, 2009, p.20).

De acordo com Gonçalves (2012) o ACCR considera além dos agravos físicos, as dimensões sociais, biológicas e até subjetivas do adoecimento, uma vez que a doença é uma consequência do desequilíbrio e da desarmonia destes elementos, resultando em uma manifestação biológica de enfermidade.

Carvalho; Santos e Ferreira (2011) complementam que o acolhimento representa uma reorganização dos serviços, cujo principal objetivo é a resolutividade e humanização do atendimento, o qual consiga identificar as demandas dos usuários, sabendo direcioná-los de forma mais adequada e quando houver necessidade que os encaminhem para outras redes de saúde, garantindo a continuidade da assistência.

Desse modo, o acolhimento é mais que uma triagem ou uma escuta qualificada, mas sim, um conjunto formado por atividades de escuta, levantamento dos problemas e intervenções para o enfrentamento e resolução dos mesmos. Isso possibilita um maior contato com todos os integrantes da equipe, diminuindo a centralidade médica, explorando assim o potencial de todos os profissionais envolvidos no processo (BECK e MENUZI, 2008).

De acordo com Brasil (2009) o ACCR tem os seguintes objetivos:

- ✓ Organizar as filas de espera;
- ✓ Atender de acordo com a gravidade e não por ordem de chegada;
- ✓ Informar ao paciente e seus familiares sobre a sua classificação, o que ela significa e o tempo provável de espera;
- ✓ Melhorar as condições e trabalho em equipe;
- ✓ Aumentar a satisfação dos usuários;
- ✓ Instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento de forma que seja garantida a continuidade da assistência

Segundo Cavalcante (2012), para a realização do ACCR, faz-se necessária a implantação de protocolos que são ferramentas que direcionam o atendimento, respaldam o profissional responsável pela classificação, subsidiam o desenvolvimento das intervenções, de

forma sistematizada e organizada na assistência a vítima, porém não é sensível aos aspectos subjetivos e biopsicossociais, portanto não substitui a interação, o diálogo, o respeito, enfim, o acolhimento do usuário e suas queixas.

Considerando que o acolhimento é um dispositivo realizado pela equipe multidisciplinar, visando à melhoria da qualidade dos serviços de urgência e um importante instrumento na construção de redes de atenção, são sugeridas por meio do protocolo de tal dispositivo algumas etapas a serem cumpridas durante a sua implantação. Entre elas, podemos destacar a importância da capacitação dos profissionais na prestação de assistência de qualidade (ZEM; MONTEZELI & PERES, 2012).

Brasil (2009), no Protocolo de Acolhimento nas Unidades de Emergência sugere os seguintes pontos para a implantação do ACCR de forma organizada e bem sucedida:

- ✓ Sensibilização dos gestores, gerentes, chefes, dirigentes, demais trabalhadores e usuários dos sistemas de urgência e emergência e atenção hospitalar, em todos os níveis de atenção e gestão locais, por meio de encontros amplos e abertos, para construir a adesão ao processo de acolhimento com Classificação de risco e de Construção de redes;
- ✓ Realização de oficinas de trabalho para implantação do acolhimento com Classificação de risco, direcionadas aos trabalhadores de todas as áreas direta ou indiretamente envolvidas com o serviço de urgência nas unidades hospitalares e não hospitalares;
- ✓ Realização de capacitação específica da enfermagem para a utilização do protocolo de classificação de risco;
- ✓ Acompanhamento, monitoramento e avaliações sistemáticas das ações para melhorias e correções de rumo que se façam necessárias.

Diante destas colocações é importante acentuar que todos os profissionais de uma Instituição de Saúde, fazem acolhimento de certa forma; portanto, as “portas de entrada”, destes serviços devem contar com um grupo de colaboradores preparados para promover o primeiro contato com o usuário, identificando sua demanda, orientando-o quanto aos fluxos internos do serviço e quanto ao funcionamento da rede de saúde local (BRASIL, 2009).

Nos serviços de saúde os processos educativos visam o desenvolvimento dos trabalhadores e representam uma série de atividades genericamente denominada de capacitações, treinamentos ou cursos. Estas atividades envolvem desde capacitação

emergencial, pontual, até processos de formação mais estruturados e contínuos (PAIVA; SANTOS & FERNANDES, 2008).

Os mesmos autores ainda reforçam que além das relações entre sujeitos que ocorrem nos processos educativos, busca-se o conhecimento no sentido da transformação da prática nos serviços de saúde o que viabiliza avanços no alcance dos resultados da aprendizagem.

Diante da contextualização efetuada, definiu-se como problema da pesquisa a seguinte questão: como ocorre a capacitação da equipe multiprofissional dos serviços de urgência e emergência durante a implantação do ACCR? A relevância deste estudo ocorre pelo fato deste setor apresentar uma alta demanda com diferentes níveis de complexidade exigindo que os profissionais envolvidos estejam aptos para prestarem um atendimento de qualidade.

## **JUSTIFICATIVA**

O AACR vem se disseminando em todo país, pois tem organizado os serviços e integrado vários setores da saúde numa corresponsabilidade com os usuários, o que comprova ser um modelo que visa uma melhoria contínua e a prestação de um atendimento mais qualificado (NASCIMENTO *et al*, 2011).

Para Gonçalves (2012), o ACCR deve contar com o envolvimento de todos os integrantes da equipe multidisciplinar, uniformizando assim uma postura acolhedora.

Brasil (2009) no Protocolo de Acolhimento nas Unidades de Emergência ressalta que o ACCR por ser um processo dinâmico só alcançará o sucesso se todos os integrantes da equipe falarem a mesma língua; por isso, recomenda a realização de oficinas de trabalho direcionadas a todos os integrantes da equipe que estejam envolvidos direta ou indiretamente no atendimento.

Desta forma pode-se dizer que a assistência prestada ao cliente que recorre as Unidades de Urgência e Emergência está atrelada ao conhecimento de toda equipe, sendo necessário que haja a capacitação de todos os profissionais.

O interesse em pesquisar este tema surgiu da observação diária no meu ambiente de trabalho, pois atuando como enfermeira do setor de ACCR de uma Unidade de Pronto Atendimento, posso enfatizar que as urgências são locais em que os profissionais devem ser qualificados para atender a uma demanda de alto risco. É notável a melhora que vem ocorrendo desde que o sistema de ACCR foi implantado, pois, os clientes que apresentam uma maior gravidade são rapidamente identificados, acolhidos e recebem atendimento

preferencial, o que aumenta a credibilidade da Instituição e tem melhorado os indicadores de morbimortalidade. Entretanto, percebo que existe certa dificuldade em envolver os demais membros da equipe “nesta tarefa” que acabam enxergando o ACCR como um mero “minimizador de conflitos” e não como um dispositivo de saúde capaz de mudar toda a dinâmica de trabalho. Tudo isto aponta para a grande importância de se ter uma equipe devidamente capacitada, tal como propõe o Ministério da Saúde, devido à complexidade desse trabalho. Mas essa diretriz de capacitação vem sendo seguida nos serviços de urgência?

## **OBJETIVO**

- Analisar se a capacitação multiprofissional para a implantação do ACCR proposta pelo MS vem sendo efetivada nas unidades de urgência e emergência.

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A escolha metodológica deste estudo é uma revisão integrativa qualitativa, que reúne e sintetiza o conhecimento produzido, por meio da análise dos resultados evidenciados em estudo primário (PICOLO; CHAVES e AZEVEDO, 2011).

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008, p.759) “este método tem a finalidade de reunir e sistematizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado”. Desta forma, as etapas seguidas na realização deste estudo, seguem a recomendação destes autores, sendo elas:

1. Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;
2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura;
3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos;
4. Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa;
5. Interpretação dos resultados;
6. Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Para fundamentar o estudo, a coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro 2014 a maio de 2015, por meio de consultas realizadas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Bireme, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (Lilacs), Bases de dados de Enfermagem (BDENF) com os descritores: Acolhimento, Classificação de Risco, Capacitação, Urgência e Emergência e Enfermagem.

Para a seleção das publicações procedeu-se à leitura sistemática dos títulos e resumos, de modo a assegurar que os mesmos contemplavam a pergunta norteadora da revisão, se respondiam ao objetivo e atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos, que foram: estudos que relatem o processo de acolhimento com classificação de risco, a capacitação da equipe multiprofissional nas unidades de urgência e emergência na implantação do ACCR nos últimos dez anos, que estivessem em português, disponíveis na íntegra e gratuitamente nas bases de dados on-line.

Os critérios de exclusão foram publicações como capítulos de livros, editoriais, trabalhos de reflexão e materiais que não apresentassem as características propostas nos critérios de inclusão, além dos estudos encontrados com a busca bibliográfica empregada, mas que, após avaliação de seu título e resumo, não tratavam do tema de interesse.

Os artigos foram analisados quanto à qualidade do material, clareza de informações e relevância para este estudo, desta forma construiu-se um quadro sinóptico destacando as produções que atenderam a estes critérios, o qual contemplou os aspectos considerados pertinentes: autor, ano, título da obra e objetivo.

A partir da análise sintética dos textos foi realizada a etapa e interpretação dos resultados relacionando-as aos referenciais teóricos.

Realizando a leitura do material selecionado, utilizando a referida metodologia, foi possível observar três itens de grande importância nas publicações analisadas, são eles: aspectos relacionados à origem do ACCR, a atuação do enfermeiro neste cenário e as práticas educativas na implantação do ACCR.

Os mesmos deram origem a três categorias denominadas: o surgimento do ACCR, a atuação do enfermeiro na classificação de risco e a capacitação da equipe multiprofissional.

Considerando-se os aspectos éticos, nesta revisão integrativa é assegurada a autoria dos artigos pesquisados, de forma que todos os estudos utilizados são referenciados. Por não envolver seres humanos, não foi necessária a aprovação do projeto de pesquisa em Comitê de Ética em Pesquisa.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram encontrados na base de dados BVS 71 artigos, Bireme 102, Lilacs 7, BDENF 23, Scielo 69, totalizando 272 estudos e após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 53 para leitura na íntegra. É importante salientar que 22 publicações da Scielo eram comuns a base de dados Bireme sendo descartadas as repetições. Feito isso, 26 estudos foram selecionados para o desenvolvimento da pesquisa, sendo que destes, 16 destacaram-se pela qualidade do material, clareza de informações e proximidade com o tema e por isto foram selecionados para análise e fundamentação do estudo; porém, apenas um (BELLUCI-JÚNIOR; MATSUDA, 2012), respondeu a questão problema e atingiu o objetivo.

Quadro 1. Resumo dos artigos utilizados para a discussão da pesquisa, 2015.

Referência	Título	Objetivo
1. ALVES; AERTS, 2011.	As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família.	Refletir sobre a educação em saúde, enfatizando a educação popular em saúde (EPS) como proposta metodológica e sua utilização na rede básica de saúde, em especial na Estratégia Saúde da Família.
2. BECK; MINUZI, 2008.	O acolhimento como proposto de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica.	Identificar fatores positivos, dificuldades na implantação e operacionalização do acolhimento em instituições de saúde.
3. BELLUCI-JÚNIOR; 4. MATSUDA, 2011.	Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem	Avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco, implantado no serviço de emergência de um hospital de ensino público.
5. BELLUCI-JUNIOR; MATSUDA, 2012.	Implantação do sistema acolhimento com classificação de risco e uso do fluxograma analisador	Relatar a implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e o uso do fluxograma analisador.
6. CAVALCANTE, 2012.	Acolhimento com Classificação de Risco: proposta de humanização nos serviços de urgência.	Identificar as principais características do acolhimento com classificação de risco, bem como se o mesmo está em consonância com os aspectos teóricos da

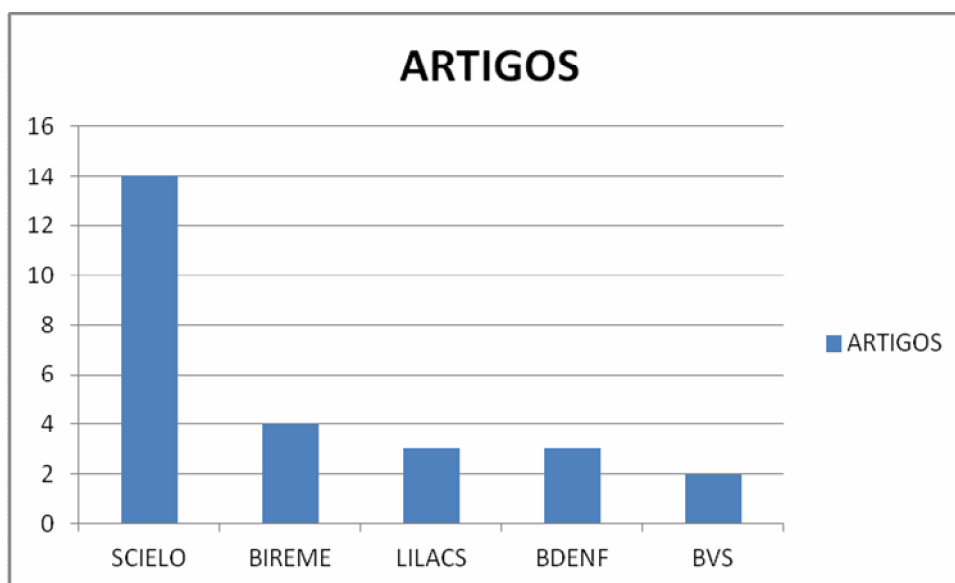
		humanização em serviços de urgência.
7. GONÇALVES, 2012.	Acolhimento com Classificação de Risco em Serviços de Urgência e Emergência de uma Capital do Nordeste.	Avaliar o ACCR nos hospitais municipais de Teresina.
8. HENNINGTON, 2005.	Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária.	Analisar e compreender o papel desse programa de extensão na formação dos alunos de diversos cursos dessa instituição e sua inserção como um importante <i>locus</i> de atenção à saúde no Município de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil, tomando como norte o processo de acolhimento, considerado uma de suas principais diretrizes.
9. LIMA; CARABAGIALLE, 2006.	Direito à saúde: limites e potencialidades do acolhimento com classificação de risco	Refletir sobre os limites e potencialidades do ACCR em relação à qualidade no atendimento dos serviços de saúde, no âmbito da Constituição Federal e da Portaria 1.600 de 7 de julho de 2011 do Ministério da Saúde.
10. LOPES; BARBOSA e CAHET, 2012.	Enfermeiro na triagem com classificação de risco em serviços de urgência e emergência: revisão integrativa.	Descrever a atuação do enfermeiro na classificação de risco na triagem dos serviços de urgência e emergência e

		identificar os protocolos utilizados no respectivo setor.
11. PASCHOAL; MANTOVANI MEIER, 2007.	e Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino.	Discutir a concepção de educação permanente, continuada e em serviço junto a enfermeiros de um hospital de ensino.
12. PINTO <i>et al</i> , 2014.	Acolhimento com classificação de risco: destaques aos aspectos relevantes a sua implantação nos serviços de saúde	Discutir a implantação de Programa de Acolhimento com Classificação de Risco no contexto de saúde do País.
13. SILVA; BARROS TORRES, 2009.	e Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária: percepção dos profissionais de enfermagem Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária: percepção dos profissionais de enfermagem.	Analisar a percepção dos enfermeiros em relação à classificação de risco na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG.
14. SHIROMA; PIRES, 2011.	Classificação de Risco em emergências- um desafio para as/os enfermeiras/os.	Conhecer a visão das/os enfermeiras/os acerca da implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) em serviços de emergência.

15. SOUZA & BASTOS, 2008.	Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado pelo profissional enfermeiro.	Relatar a experiência da atuação do enfermeiro no processo de acolhimento com classificação de risco em uma Unidade de Pronto Atendimento em um município de Belo Horizonte-MG.
16. SOUZA <i>et al</i> , 2008.	Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde	Avaliar o acesso ao acolhimento na atenção básica, a partir de percepções de usuários e profissionais de saúde de unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, em três capitais do Nordeste brasileiro.
17. ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012.	Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro.	Identificar o entendimento de enfermeiros de um pronto-socorro acerca da humanização e sua concepção sobre o acolhimento com classificação de risco.

No que concerne a base de dados, dos 26 artigos, 14 ou 53,84% foram indexados na Scielo, 4 pesquisas (15,38%) na Bireme, 2 (7,69) na BVS e 3 artigos (10,34%) aparecem na LILACS, igual resultado da BDENF (Gráfico 01).

Gráfico 1: Distribuição dos estudos inseridos na pesquisa, segundo a base de dados.

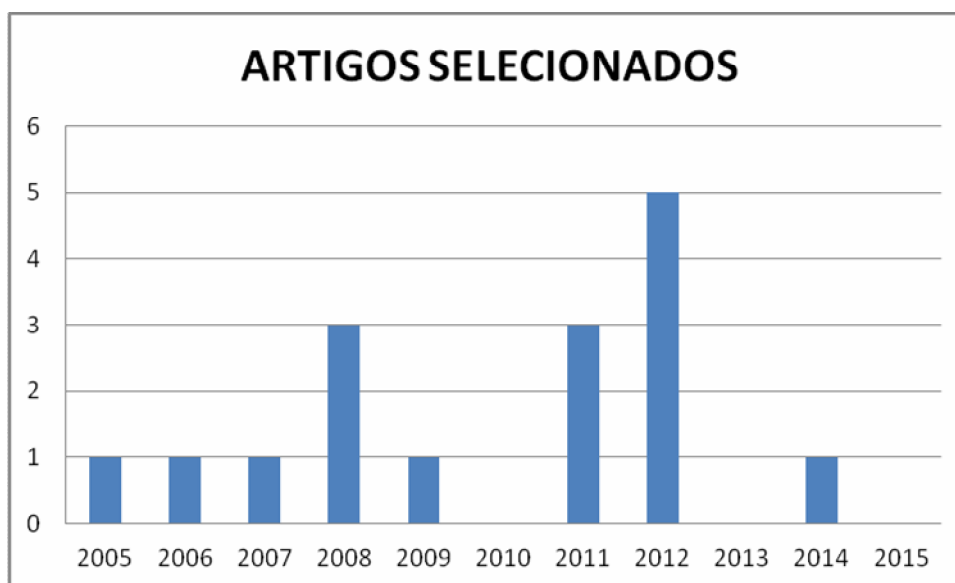


Fonte: SANTOS, V.R. **O processo de capacitação da equipe multiprofissional nas unidades de urgência e emergência durante a implantação do acolhimento com classificação de risco: uma revisão integrativa.** Governador Valadares, 2015.

Ao realizar análise do material pesquisado pôde-se verificar que há uma grande quantidade de estudos que abordam o acolhimento como tema. Dos 272 artigos encontrados na primeira busca 225 (82,72%) falam apenas de acolhimento; 43 (15,80%) o relaciona à classificação de risco e apenas 4 (1,7%) envolve capacitação e/ou práticas educativas. Depois de estabelecido os critérios de exclusão, inclusão e qualidade, restaram 16 artigos sendo que 2 abordam o acolhimento (SOUZA *et al*, 2008 & BECK; MINUZI, 2008.) , 3 o associa às práticas educativas (ALVES; AERTS, 2011/ HENNINGTON, 2005 & PASCHOAL; MANTOVANI e MEIER, 2007.) e 11 relaciona à classificação de risco (CAVALCANTE, 2012./ GONÇALVES, 2012./ BELLUCI-JÚNIOR;MATSUDA, 2011/ BELLUCI-JUNIOR; MATSUDA, 2012./LIMA; CARABAGIALLE, 2006/ LOPES; BARBOSA; CAHET,2012/ PINTO *et al*, 2014/SHIROMA; PIRES, 2011/ SOUZA & BASTOS, 2008/ SILVA; BARROS & TORRES, 2009./ ZEM; MONTEZELI; PERES,2012.)

De acordo com o ano dos estudos selecionados para compor a amostra e discussão, identificou-se que as publicações referentes ao tema estão aumentando nos últimos anos, observando-se a predominância em 2012 com 5 (31,25%) das publicações, seguido de 3 estudos em 2011, mesmo valor em 2008, representando 18,75% cada.

Gráfico 2: Distribuição dos estudos inseridos na pesquisa, segundo o ano de publicação.



Fonte: SANTOS, V.R. **O processo de capacitação da equipe multiprofissional nas unidades de urgência e emergência durante a implantação do acolhimento com classificação de risco: uma revisão integrativa.** Governador Valadares, 2015.

Esse achado talvez possa ser justificado pelo impacto advindo da implantação do PNH despertando o interesse dos gestores, estudantes e profissionais em conhecer, até então, esta novidade.

Do total de estudos selecionados 25 (96,15%) são resultados monográficos de cursos de graduação, especializações e projetos de pesquisa e 1 (3,8%) é oriundo de dissertação de mestrado.

Quanto à área de atuação identificou-se que 21 (87,5%) dos artigos selecionados foram elaborados por profissionais de enfermagem, e quanto à formação 19 (73%) são acadêmicos de enfermagem, 7 (27%) enfermeiros, dados justificáveis pelo fato dos enfermeiros atuarem como protagonistas neste processo.

### *3.1 O surgimento do acolhimento com classificação de risco*

A atividade de classificação de risco foi originada ainda nas guerras Napoleônicas (1799-1815), em que os combatentes franceses separavam os feridos que precisavam de

atendimento mais urgente, assim, a palavra triagem que deriva do francês “triage” é utilizada no sentido de separar ou classificar (GONÇALVES, 2012).

Segundo Pinto *et al* (2014) em uma revisão da literatura acerca da evolução dos modelos de triagem, percebe-se o início da classificação de risco nos hospitais civis dos Estados Unidos, nas décadas de 1950 e 1960, deixando de ser uma atividade apenas militar; até 1962 apenas os médicos faziam a triagem. Nesse ano, o Hospital Parkland (Texas, USA) introduziu o enfermeiro como triador, o que gerou polêmicas entre a comunidade médica, mas também serviu de modelo para outros serviços. Já no final da década de 80, Canadá e Reino Unido ratificaram a importância da triagem, tendo a Inglaterra sido o país de maiores avanços, uma vez que praticamente todos os Departamentos de Emergência do país possuíam enfermeiros realizando a classificação de risco.

Vários protocolos surgiram ao longo dos anos, com destaque para o sistema de Triagem de Manchester, realizado inicialmente na cidade de Manchester (Inglaterra), em 1997, e então adotado como norma nos hospitais do Reino Unido, Irlanda, Holanda, Canadá. É hoje o mais utilizado mundialmente, inclusive no Brasil, por apresentar maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do paciente. A classificação é feita por indicação clínica e por cor, sendo que cada uma determina um tempo máximo para realização do atendimento, o qual vai de zero - atendimento imediato ao não urgente, com tempo máximo de 240 minutos, conforme figura 1. (SHIROMA; PIRES, 2011).

Figura 1 – Representação do Protocolo de Manchester

GRAU DE PRIORIDADE	COR DA PULSEIRA	MINUTOS DE SEGURANÇA PARA PRIMEIRA OBSERVAÇÃO MÉDICA
EMERGENTE	VERMELHO	IMEDIATO
MUITO URGENTE	LARANJA	Até 10 MINUTOS
URGENTE	AMARELO	Até 60 MINUTOS
POUCO URGENTE	VERDE	Até 120 MINUTOS
NÃO URGENTE	AZUL	Até 240 MINUTOS

Fonte: Disponível em: < <http://www.gbcr.org.br> > Acesso em: 07/04/2015.

Os sistemas de classificação de risco, no Brasil, foram recomendados pela primeira vez, em 2002, pela portaria GM 2048 que regulamenta os serviços de urgência e emergência.

Nessa portaria o termo internacional “triagem” é substituído por “classificação de risco”, afastando-se do conceito tradicional de triagem porque este admite as práticas de exclusão, enquanto que na classificação de risco todos os clientes serão atendidos (LOPES; BARBOSA & CAHET, 2012).

Segundo Brasil (2008), o primeiro protocolo de classificação de risco aprovado pelo Ministério da Saúde foi a Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, em 2004, do PNH, a qual foi disponibilizada para todo o país.

O mesmo autor relata que em 2009, foi lançada a Cartilha de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, visando acolher de forma humanitária e consolidar as políticas do HumanizaSUS, fortalecendo o vínculo entre usuários, profissionais de saúde e gestores (BRASIL, 2008).

Para Cavalcante (2012), os protocolos de ACCR são ferramentas que direcionam o atendimento, respaldam o profissional responsável pela classificação, subsidiam o desenvolvimento das intervenções, de forma sistematizada e organizada no atendimento a vítima, porém não é sensível aos aspectos subjetivos e biopsicossociais, portanto não substitui a interação, o diálogo, o respeito, enfim, o acolhimento do usuário e suas queixas.

De acordo com Souza e Bastos, (2008. p.584.) “o protocolo deverá ser a diretriz orientadora, trazendo experiências concretas e embasadas cientificamente, além de garantir a consistência do cuidado que será oferecido”.

O MS recomenda a construção de protocolos de classificação de risco, baseados naqueles já existentes e cientificamente comprovados, porém, adaptados à realidade local de cada serviço de saúde, pois isso facilita o entendimento entre a equipe multiprofissional, a valorização do trabalho, o processo de encaminhamento do usuário, além de uniformizar as condutas, buscando facilitar o mapeamento e a construção das redes locais de atendimento. (BRASIL, 2009).

É inquestionável o fato de que os protocolos organizam o trabalho e diminuem as chances de interferências pessoais no processo, mas a adoção destes requer primeiramente uma mudança de pensamento e forma de agir para que se possam alcançar as transformações nos sistemas de saúde, além do mais deve haver uma adaptação das unidades para que a implantação do sistema classificatório alcance êxito.

Vale ressaltar ainda que os profissionais atuantes neste setor devem ter o cuidado de não se permitirem engessar pelas normas e rotinas que acompanham os protocolos. Deve-se ter em mente que o ser humano é o protagonista da ação e que o trabalho deve ocorrer em função e para este, e não apenas visando o cumprimento metódico do que foi estabelecido.

### 3.2 A atuação do enfermeiro no ACCR

Pelo fato de não se tratar de um diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico, recomenda-se que a classificação de risco seja realizada por profissional de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos. (BRASIL, 2009).

De acordo com Pinto et al (2014) as experiências descritas na literatura sobre o ACCR citam o enfermeiro como principal atuante e executor desse processo. A precursora da enfermagem, Florence Nightingale, ao atuar na guerra da Criméia, em 1854, de certa forma já realizava a classificação de risco, uma vez que agrupava os doentes de acordo com a gravidade facilitando assim a prestação de cuidados.

Segundo Guedes, Henriques, Lima (2013), o enfermeiro, pela sua visão holística, é um dos profissionais mais indicados para realizar a triagem dos pacientes, pois entende e sabe perceber o ser humano como um todo, considerando suas necessidades físicas, psicológicas e se necessário de ordem social.

Os mesmos autores ainda reforçam que o enfermeiro consegue supervisionar o fluxo de pacientes, tem autonomia sobre sua equipe, capacitando-a por meio da educação continuada; também exerce espírito de liderança, o que promove um melhor andamento dos serviços de saúde.

As atribuições do enfermeiro na classificação de risco têm amparo legal na resolução nº 159/93 do COFEN, que dispõe sobre a consulta de enfermagem e lei 7498 que regulamenta o exercício da profissão, além de se basear nos conhecimentos científicos, levando em consideração o consenso formado com a equipe multidisciplinar para uma avaliação da gravidade ou grau de sofrimento de uma pessoa sem excluí-la do atendimento ou realizar diagnóstico médico prévio.

O processo de classificação de risco é baseado na tomada de decisão, que envolve uma escuta qualificada, o julgamento clínico e crítico das queixas apresentadas, bem como os sinais e sintomas que acabam por induzir um raciocínio lógico que determinará o risco. Ao enfermeiro cabe compreender a informação clínica, organizar a sequência dos fatos de acordo com as informações coletadas e as vias que determinarão a categoria da classificação (SOUZA; BASTOS, 2008).

A classificação de risco é feita a partir das queixas, sinais, sintomas, aferição dos sinais vitais, saturação de oxigênio, glicemia capilar, escala de dor, antecedentes de real importância, alergias, medicamentos em uso, entre outros. Após essa avaliação os pacientes

são identificados com pulseiras de cores correspondentes a um dos níveis estabelecido pelo sistema ou um adesivo colorido colado no canto superior direito do boletim de emergência para pronto atendimento ou não (BRASIL, 2008).

O Conselho Regional de Enfermagem (COREN-SC) esclarece que os profissionais de enfermagem não fazem triagem e nem diagnóstico que substitua o trabalho médico e sim participa da AACR como integrante da equipe multidisciplinar (LIMA; CARABAGIALLE, 2006).

Embora as pesquisas apontem uma excelente qualidade técnica dos enfermeiros para realizar a classificação de risco, reforçam que ainda há limitações importantes gerando a necessidade do aperfeiçoamento e educação permanente dos profissionais de modo a atender de maneira dinâmica e eficaz ao protocolo. (ALVES; AERTS, 2011).

Diante desta informação destaca-se um ponto positivo neste estudo, pois os dados levantados apontam que nos últimos anos existe uma preocupação em descrever como funciona a classificação de risco e a atuação do profissional enfermeiro aparece em 10 (41,66%) dos artigos selecionados para este estudo e todos ressaltam a ocorrência da capacitação profissional para o enfermeiro realizar o ACCR.

Pode-se dizer que o enfermeiro está se preparando cada vez mais para atuar neste setor e se tornando referência para os demais profissionais, pois realiza o ACCR com propriedade, além de seguir a proposta do MS que recomenda através do Protocolo de Acolhimento nas Unidades de Emergência (2009) esta prática educativa específica para a enfermagem.

Ainda nesta análise, observou-se que os enfermeiros autores dos artigos selecionados para este estudo não são profissionais que atuam no ACCR. Frente a estes dados e após várias leituras, observou-se a inércia dos trabalhadores diretamente envolvidos neste setor, pois, como conhecedores e sujeitos ativos poderiam e teriam como melhorar a qualidade do atendimento prestado, através de levantamento de dados que evidenciem a eficácia e efetividade deste trabalho, identificando possíveis erros, divulgando dados estatísticos que possibilitem conhecer de forma mais precisa o perfil de saúde/doença de determinada comunidade e neste sentido montar um plano de ação visando a melhoria contínua.

O ACCR já pode ser considerado um novo campo de atuação para o enfermeiro, que vem se destacando pelo seu estilo de liderança, capacidade de organizar, avaliar, delegar e ordenar o cuidado, visando uma assistência humana e resolutiva.

A implantação do ACCR nas unidades emergenciais ainda é um processo novo, por isso, deve haver uma preocupação do enfermeiro em buscar a qualificação diária, e promover

o envolvimento de toda a equipe, e isso só será possível se o conhecimento for compartilhado e divulgado; inclui-se nesse âmbito, o paciente, razão maior deste novo modelo de atendimento.

### 3.3 A capacitação da equipe multiprofissional

A questão relacionada à capacitação da equipe multiprofissional na implantação do ACCR surge como ponto central desta discussão, à medida que o MS a recomenda, como sendo um dos elementos essenciais, objetivando uma atuação qualificada de todos os profissionais envolvidos neste processo.

Belluci-Junior; Matsuda (2012) foram os únicos autores que relataram a existência de um processo de capacitação na implantação do ACCR nas unidades de urgência e emergência voltada à equipe multiprofissional.

Os relatos encontrados neste artigo remontam ao ano de 2007, no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos, interior de São Paulo, onde antes da implantação do ACCR foi criado um Grupo de Trabalho envolvendo 1 médico, 9 enfermeiros, 20 técnicos/auxiliares de enfermagem, além do diretor clínico e 2 administradores, os quais iniciaram ações de planejamento, sensibilização dos profissionais e durante 4 meses, promoveram quinzenalmente, oficinas de humanização para difundir os conceitos de ACCR. Durante outros 4 meses foram realizados treinamentos e capacitações com todos os funcionários, sendo o ACCR implantado em março de 2008.

Outro fato interessante a ser citado é que em maio de 2009, 14 meses após a implantação do ACCR, na referida instituição, foi realizada uma pesquisa de opinião com 125 usuários que reconheceram que houve uma melhora no atendimento. Esta avaliação e monitoramento do dispositivo implantado também são recomendados pelo MS, que acredita que através destes é possível melhorar e realizar as correções necessárias (BRASIL, 2009).

Os autores destacaram que durante a implantação do acolhimento foi observada uma baixa adesão dos médicos ao grupo de trabalho. (BELLUCI-JUNIOR; MATSUDA, 2012).

Souza *et al* (2008), também relatam a mesma situação no desenvolvimento do acolhimento juntamente com o restante da equipe de saúde em uma unidade de saúde da região nordeste do Brasil.

O médico aparenta certa dificuldade em se envolver nessa nova proposta de atendimento, isso talvez se justifique pelo fato da dinâmica dos serviços de saúde ter se mantido centrada em sua figura durante muitos anos, e agora precisa se integrar a uma equipe

multidisciplinar e suas ações devem ser desenvolvidas de forma horizontal, em que todos tenham espaço e oportunidade de contribuir.

O fato de ter sido encontrado apenas um relato de capacitação envolvendo a equipe multiprofissional é preocupante e traz o questionamento se realmente ela ocorre na prática das unidades emergenciais ou se o que falta é registrar esta informação.

Estudos recentes revelam que a capacitação da equipe de saúde para a implantação do ACCR, além de ser considerado ponto-chave para o sucesso das mudanças que ocorrem nos fluxos de atendimento, fortalece o plano de trabalho porque proporciona a definição de metas e a identificação dos problemas em conjunto (BELLUCI JR; MATSUDA, 2011).

A constituição de equipes multiprofissionais nas unidades de saúde apresenta maior resolutividade dos problemas e evita que um único colaborador seja exposto e a qualidade do trabalho colocada em risco. Os processos educativos seriam uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social da educação, promovendo a implementação de espaços para discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essa prática (GONÇALVES, 2012).

Esta consideração é prevista pelo MS tanto que, para nortear a capacitação multidisciplinar na implantação do ACCR, propõem-se a realização de oficinas de trabalho em que deverão ser discutidos aspectos como acesso e caracterização da demanda do serviço, fluxos e critérios adotados para a organização da atenção ao usuário, relações de trabalho, espaços de troca, ambiência, relações com usuários e familiares, entre outros (ZEM; MONTEZELI & PERES 2012).

Ainda de acordo com os mesmos autores, nos serviços de urgência, em que as equipes de saúde trabalham em regime de plantões, é sugerida a formação de rodas de conversa, debates ou outras estratégias de mobilização junto à equipe multiprofissional para que haja análise e produção de planos conjuntos para o enfrentamento das dificuldades diárias. Desta forma, os processos de trabalho devem ser elaborados com base na capacitação e dialogicidade, devido ao envolvimento de múltiplas vozes nesse trabalho.

De acordo com os pressupostos pedagógicos de Freire (2005), “a educação é uma atividade mediadora entre o indivíduo e a sociedade, entre a teoria e a prática que se constrói na relação de diálogo e tem o potencial de desenvolver sujeitos ativos, participantes da transformação social”.

Segundo Alves e Aerts (2011), a concepção de educação em saúde é uma troca de experiências e informações, na qual ocorre o aprendizado mútuo, ou seja, tanto o profissional quanto o usuário ensinam e aprendem.

Para o alcance dos objetivos nos processos de produção de saúde, se faz necessário um trabalho coletivo e cooperativo entre sujeitos, objetivando formar uma rede de relações que exige interação e diálogo constantes. Cuidar dessa rede é uma ação fundamental no trabalho em saúde, pois através da consolidação de práticas de corresponsabilidade e de autonomia dos sujeitos implicados (ZEM; MONTEZELI & PERES 2012).

Portanto, é necessário que o projeto de ACCR e, conseqüente, a produção de vínculo e interação, seja um projeto de toda a equipe daquele locus de trabalho, a fim de que se concretize o trabalho vivo em ato (BECK; MINUZI, 2008).

O processo de capacitação dos profissionais envolvidos no acolhimento visa o conhecimento, compreensão, a crítica reflexiva e envolvimento sobre a proposta de trabalho, além de exigir mais comprometimento de toda equipe; desta forma o atendimento se descentraliza da figura e do saber médico para a figura da multiprofissionalidade que a partir do momento que apresenta respostas com resolutividade às suas demandas (HENNINGTON, 2005).

Para Paschoal; Mantovani e Meier (2007), na área da saúde, as práticas educativas devem ter como meta a melhoria da assistência prestada ao cliente, permitindo que o trabalhador aumente a sua competência, visando o desenvolvimento de suas responsabilidades.

Os autores ainda enfatizam que a capacitação pode conduzir à busca de um objetivo comum, melhorando o serviço oferecido, promovendo a melhoria contínua no ambiente de trabalho, satisfação do usuário e equipe, através da identificação das necessidades, levantamento dos problemas e utilização de meios e métodos para resolvê-los.

Assim, faz-se necessário que gestores e profissionais de saúde, favoreçam e valorizem os processos educacionais implantados, participando ativamente das capacitações ofertadas, formando grupos de estudos, debates e reuniões, sempre refletindo e opinando sobre a prática da educação como protagonista no atendimento ao usuário, que deve ser organizada e reciclada em razão dos objetivos que se quer alcançar (SILVA, 2009).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se ao longo do estudo que o ACCR é uma ferramenta que vem sendo utilizada com o objetivo de humanizar o atendimento e minimizar os agravos à saúde. Os artigos analisados demonstram que a inserção deste nas unidades de urgência e emergência organiza o serviço e fluxo de clientes além de proporcionar maior resolutividade. Para isto, é importante seguir um protocolo específico de acordo com as necessidades da população a ser atendida, pois o mesmo respalda as ações do profissional de saúde e diminui interferências pessoais na conduta.

Para o alcance do sucesso neste trabalho é de suma importância o envolvimento de todos os membros da equipe, por isto, a capacitação não pode continuar a ser direcionada apenas ao profissional enfermeiro. O processo de acolhimento requer que o mesmo não seja um ato isolado, mas exige um protagonismo de todos os integrantes da equipe multiprofissional. A reorganização do trabalho e ações e/ou intervenções compartilhadas passam a serem responsabilidades de todos que acolhem e buscam uma resolutividade juntamente com o usuário.

Nas unidades de urgência e emergência, a “complexidade das situações” exige que os profissionais estejam aptos a prestar uma assistência rápida e eficiente, sendo assim, a capacitação contínua deve ser buscada, de forma a incentivar e aprimorar os conhecimentos, visando à melhoria e o aumento da satisfação dos usuários e trabalhadores de saúde.

Os processos de capacitação devem, no primeiro momento, sensibilizar a equipe para esta nova forma de trabalho, mostrando o porquê de sua adoção, possíveis mudanças e impactos. É de suma importância que a construção do ACCR seja feita por sujeitos diferentes e que estes possam ter a oportunidade de contribuir.

As oficinas de trabalho, rodas de discussão, apresentação de casos clínicos, são alternativas válidas que proporcionam a participação de todos, evitando que haja a imposição por parte de alguém.

Entende-se que as práticas educativas devem promover mudanças tanto para os usuários quanto para os profissionais e também para o próprio processo de se pensar e fazer saúde, devido ao potencial transformador da educação.

É esperado que esta pesquisa possa contribuir como conteúdo técnico-científico para os profissionais de saúde e fica a expectativa que estes valorizem e busquem a capacitação no seu cotidiano de trabalho, no sentido de melhorar o atendimento, consolidar a relação, a responsabilização e o vínculo entre o serviço/profissional de saúde/usuário.

Por fim, não se pode esquecer que o ACCR envolve mais que uma classificação e sim um processo de escuta, interação e corresponsabilidade. Este é o início que pode garantir um processo de classificação de risco humanizado e um maior acesso aos serviços de saúde, atingindo o objetivo central que é a prestação de uma assistência qualificada e resolutiva.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA A.M; DURO, C.L.M; LIMA, M.A.D.S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.** 2012;33(4):181-190.
- ALVES, G. G; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.1, pp. 319-325.
- BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. Relações de “não cuidado” de enfermagem em uma emergência: que cuidado é esse? **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 116-23, 2011.
- BECK, C.L.C; MINUZI, D. O Acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde**. Santa Maria, vol 34a, n 1-2: p 37-43, 2008.
- BELLUCI JÚNIOR, J.A; MATSUDA, L.M. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. **Texto contexto - enferm.** [on line]. 2012, vol. 21, n.1, p.217-225.
- BELLUCI JÚNIOR, J.A; MATSUDA, L.M. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev. Reme**, Belo Horizonte, Volume: 16.3, 2011.
- BRASIL. Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986. Dispões sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 de junho de 1986. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm)>. Acesso em: 20/02/2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS- acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília : Ministério da saúde, 2009.
- CARVALHO, A. O.; SANTOS, C. G.; FERREIRA, C. S. W. Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em um hospital de grande porte no município de São Paulo. IN: BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, **Cadernos HumanizaSUS: atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 211-26.

CAVALCANTE *et al.* Acolhimento com Classificação de Risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **R. Enferm. Cent. O. Min.** P.428-437. set/dez, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. **Resolução nº 159, de 19 de abril de 1993.** Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993\\_4241.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html)> Acesso em: 20/02/2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Visa regularizar e regulamentar os estabelecimentos de Prontos Socorros públicos e privados, estando os Diretores Clínicos obrigados a se empenharem quanto à sua observância, respeitando os direitos dos médicos que já trabalham no setor. **Resolução nº 1451, de 10 de março de 1995.** Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmms/pareceres/2008/4\\_2008.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmms/pareceres/2008/4_2008.htm)>. Acesso em: 23/03/2015.

DAVIM, M.B; TORRES, G.V; SANTOS, S.R. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos , atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. **Rev. latino-am. enfermagem** - Ribeirão Preto - v. 7 - n. 5 - p. 43-49 - dezembro 1999.

DESCOVI, L. C. **A Prática do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em Serviços de Urgência e Emergência.** 35 f. 2009. Monografia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GIGLIO-JACQUEMONT, Armelle. **Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GONÇALVES, L.C. **Acolhimento com Classificação de Risco em Serviços de Urgência e Emergência de uma Capital do Nordeste.** 124 f. 2012. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2013, vol.66, n.1, pp. 31-37. ISSN 0034-7167.

HENNINGTON, E.A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública.** Vol. 21 nº. 1. Rio de Janeiro Jan/Feb. 2005.

LIMA; CARABAGIALLE. Direito à Saúde: limites e potencialidades do acolhimento com classificação de risco. **Cienc. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 10, n.2, p. 358-375, 2006.

LOPES, D.G.A.F; BARBOSA, M.S.A; CAHET, A.Q.V. **Enfermeiro na triagem com classificação de risco em serviços de urgência e emergência: revisão integrativa.** 2012. Disponível em: < <http://www.webartigos.com/artigos/o-enfermeiro-na-triagem-com-classificacao-de-risco-em-servicos-de-urgencia-e-emergencia-revisao-integrativa/114560/#ixzz3ZaBzB3fr>>. Acesso em: 08/05/2015.

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-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n. 1, p.13-9, 2007.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. **Revisão integrativa**: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, Dec. 2008. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>>. Acesso em 28/05/2015.

NASCIMENTO, E. R. P., *et al.* Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Rev.Eletr. Enf.** Goiânia, v.13, n. 4, p. 597-603, 2011.

PAIVA, E. M; SANTOS, I.M; FERNANDES, R. G. F. **Capacitação Como Ferramenta Para a Reorientação da Política de Saúde do Trabalhador: uma proposta para o Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador dos Palmares-PE.** 2008. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2008.

PASCHOAL; MANTOVANI e MEIER. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm.** USP vol.41 no.3. São Paulo. Sept. 2007.

Picolo. G.D; Chaves, L.D.P; Azevedo, A.L.C.S. **A produção científica sobre avaliação em serviços de internação hospitalar no Brasil: revisão integrativa.**Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(2):395-402. Available from: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a22.htm>>. Acesso em: 08/05/2015.

PINTO, A.R et al. Acolhimento com classificação de risco: destaques aos aspectos relevantes a sua implantação nos serviços de saúde. **Revista Rede de Cuidados em Saúde.** vol. 8, n. 3 (2014).

RAMOS, C.M.O. **O cotidiano do acolhimento com classificação de risco no serviço de emergência: contribuições para a gerência de enfermagem.** 102.f.2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. Classificação de Risco em emergências- um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em foco**, v. 2, n. 1, p. 14-17. 2011.SILVA, P.M.S; BARROS, K.P; TORRES, H.C. Acolhimento com classificação de risco na Atenção Primária: percepção dos profissionais de enfermagem. **Rev. Reme.** Volume: 16.2, 2009.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out/dez. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768.pdf>> Acesso em: 25/11/2014.

SOUZA, E.C.F *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. de Saúde Pública**, v. 24, sup. 1 p.100-110, 2008.

SOUZA, R. S; BASTOS, M. A. R. Acolhimento com classificação de risco: processo vivenciado por profissional enfermeiro/. **Rev. Min. Enferm**: 12(4): 581-586, out-dez. 2008.

ZANELLATO, D. M.; PAI, D. D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v.9, n.2, p.358-65, 2010.

ZEM. K.K.S; MONTEZELI, J.H;PERES, A.M. Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. **Rev.Reme**. v. 13, n. 4 .2012.