



ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: ANÁLISE DO PAPEL DO ENFERMEIRO E O PROCESSO DE ACOLHIMENTO

Millena Oliveira¹, Marcela Ferreira Trindade²

RESUMO

Frente à situação atual do atendimento às urgências e emergências no cenário nacional nota-se o crescente direcionamento, por parte dos governos, da população às UBS e sua inserção nos programas de atenção à saúde criados. Ao se analisar o quadro, deparamo-nos com certo despreparo profissional acerca de atendimentos emergenciais à coletividade, sobretudo, no controle das portas de entrada dos hospitais a partir de sistematização assistencial concomitante ao órgão regulador de leitos de urgência. Visa a detecção rápida do diagnóstico e o direcionamento das intervenções adequadas às necessidades de caráter emergencial e urgente, haja visto a compatibilidade com este nível de assistência. Embasada a partir da dicotomia entre o binômio teoria/prática, vê-se a necessidade de releitura do processo de trabalho em enfermagem repensando o modelo de préstimo assistencial e a carência de implementação de um Protocolo que normatize e possibilite a prestação de atendimentos primários a situações mediatas ou imediatas nas UBS adotando um plano de Acolhimento com Classificação de Risco. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de análise integrativa de achados científicos relacionados portarias de regulamentação devido a pouca fonte de informações no retrospecto literário sobre o tema. Para a seleção dos artigos foram utilizados os critérios de relação com o tema central, destacando os princípios de Acolhimento, Assistência do Enfermeiro e Classificação por grau de complexidade (riscos).

Dentre eles, foram analisados 27 artigos e 7 portarias de regulamentação.

Palavras-Chave: atendimento, enfermeiro, urgência, emergência, Acolhimento.

ABSTRACT

Faced with the current situation of urgent care and emergencies on the national scene to notice the growing direction, by governments, the population at UBS and its inclusion in health care programs created. When analyzing the picture, we have found certain lack of professional prepare for emergencies on community, especially in the control of entrances in the hospital from concomitant systematic assistance to the governing responsible sector for emergency beds. It aims to rapid detection and diagnostic targeting of interventions tailored to the needs of emergency and urgent, given the compatibility with this level of assistance. Based from the dichotomy between the binomial theory and practice, one sees the need to reinterpretation of the work process of rethinking the nursing model of care and lack of usefulness of implementing a protocol that will regulate and enable the provision of primary care situations to mediate UBS in the immediate or adopting a plan with Home Risk Classification. This is a descriptive, exploratory and integrative analysis of research findings related regulatory ordinances due to poor source of information in retrospect on the literary theme. To select the articles were the criteria used in connection with the central theme, highlighting the principles for Reception, Care Nurses and Classification by complexity (risk). Among them were analyzed 27 articles and seven regulatory ordinances.

Keywords: assistance, nurse, urgency, emergence, reception

¹ Graduanda do 6º período do Curso de Enfermagem - Faculdade Pitágoras, Londrina – PR.
mila_do6@hotmail.com

² Especialista em Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilizado UEL – Londrina -PR; Especialista em Suporte Avançado de Vida INESUL. Graduação em Enfermagem – UniFil – Londrina - PR
mftrindade@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O paciente, conforme estabelecido pela Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, tem direito a receber todos os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, quer se trate de cuidados preventivos, curativos, de reabilitação ou terminais, independente do caráter de complexidade, agravo, complicações e problemas colaborativos. Ao enfermeiro, remete-se a competência de fornecer uma resposta adequada relativa às necessidades em cuidados de enfermagem valorizando a vida e a qualidade nela empregada; atribuir à vida de qualquer pessoa com igual valor, a partir dos preceitos de integralidade e universalidade regidos pelas Diretrizes do SUS na lei 8.080/90, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias, respeitando as doutrinas de equidade social.

Cabe também ao profissional de enfermagem, dentre os preceitos ético-deontológicos, a co-responsabilizar-se pelo atendimento de forma a agilizar os processos diagnósticos, sem perder, é claro, a precisão do mesmo e o respectivo tratamento; assegurar a continuidade dos cuidados delegados adequando as normas de qualidade às necessidades concretas da pessoa assumindo a responsabilidade pelos mesmos; manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e de sua equipe (aperfeiçoamento profissional) utilizando de forma competente as tecnologias (de técnicas e fundamentos teóricos), sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas por um processo de Educação Continuada ou aperfeiçoamento em Recursos Humanos; dentre outras providências.

De acordo com o Art. 24, Capítulo IV, quanto as Deveres do Enfermeiro, estabelecidos pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, COFEN 240/2000, o Enfermeiro deve prestar à clientela uma assistência de Enfermagem livre dos riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência. O Decreto nº 94.406/87 regulamenta a Lei nº 7.498/86 sobre o Exercício de Enfermagem e dispõe, dentre outras incumbências, a prestação de cuidados diretos a pacientes com potencial risco de vida, além dos critérios de organização e direção dos serviços de Enfermagem e a execução das atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços planejando, executando, coordenando e avaliando o préstimo assistencial.

O presente artigo tem por finalidade levantar os pontos cruciais envolvendo toda a complexidade de organização da Rede de Atenção Básica de Saúde frente a atendimentos de Urgência e Emergência, através da revisão de literatura e reflexão dos achados teóricos. Avalia-se a necessidade de implementação de um protocolo de normatização de atenção às urgências e emergências em nível de baixa complexidade conforme as Portarias GM/MS nº 2048 e nº 1863 a partir reorganização e remodelamento estrutural e da aplicabilidade de normas de acolhimento com avaliação e classificação de risco, bem como o treinamento e aperfeiçoamento acerca dos conhecimentos técnicos e teóricos de toda equipe no que se diz respeito ao atendimento de urgência e emergência. Dispõe sobre o papel do enfermeiro acerca da Sistematização da Assistência a ser prestada nas necessidades de caráter imediato ou mediato avaliando as individualidades a partir da formulação de um protocolo de Acolhimento, bem como os respaldos legais cabíveis à profissão e as resoluções e decretos que normatizam e legalizam a prestação da assistência de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde.

Ainda há muito pouco sobre o tema na literatura Nacional, fazendo com que acabe passando, muitas vezes, despercebido pelos profissionais e pela população, principalmente.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, onde o retrospecto literário demonstrou pouca fonte de informações substanciais, de modo que a análise integrativa dos achados científicos e das portarias regulamentadoras se fez predominante sobre a assistência de enfermagem ao atendimento emergencial nas Unidades Básicas de Saúde.

Tratando de urgência no setor primário de atenção à saúde.

As Unidades Básicas de Saúde constituem-se de um componente da Rede de Atenção Básica de Saúde do qual compreende um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, englobando os preceitos de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, constituindo o primeiro nível de atenção do SUS. Dá-se a ênfase ao profissional de Enfermagem, das quais as atribuições não se submetem apenas ao caráter de procedimentos técnicos, mas também, responder pelas ações básicas de saúde desempenhadas em seu território e segmento populacional de abrangência conferindo planejamento assistencial, supervisão, coordenação, execução e avaliação dos programas desenvolvidos na UBS, bem como na ESF (Equipe de Saúde da Família). Avalia as atividades de toda a equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares) e, até mesmo, de outros membros de equipe ainda que de diferente formação. Afinal, o enfermeiro é o gestor de sua Unidade Básica de Saúde e todo o serviço nela e por ela prestado.

A enfermagem apresenta uma considerável capilaridade social no que se diz respeito às ações desenvolvidas na Atenção Básica, de maneira geral, no Sistema Único de Saúde. As atividades desempenhadas tornam-se cada vez mais diversificadas e requerem o alcance de espaços estratégicos possibilitando a implementação de políticas sociais, em especial de saúde.

A *Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva* (CIPESC) integra um sistema de classificação dos componentes da prática de enfermagem (fenômenos, ações e resultados) incorporando a noção do coletivo na Classificação Internacionais das Práticas de Enfermagem (CIPE), segundo PERROCA, M. G., GAIDZINSKI, R. R. (1998).

Estabelece que o enfermeiro seja dotado de conhecimentos dos diversos tipos de ação para o atendimento de sua clientela através de termos elaborados dos quais podem ser utilizados em qualquer país, a fim de universalizar, unificar e evidenciar a assistência de enfermagem nos cuidados primários de saúde. Está voltado na construção de um sistema de informação que permita a classificação em saúde coletiva acerca das práticas de enfermagem, além da troca de experiências e interlocução nos níveis nacional e internacional.

O processo de *Sistematização de Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva* compreende a formulação de uma proposta de desenvolvimento que deve ser implementada de forma articulada, integrada e solidária a partir da definição de metas de investigação e implementação de intervenções conferindo todo o contexto pessoal, familiar, ambiental e socioeconômico compreendendo o quadro de necessidades para a manutenção da saúde do paciente. Visa o fortalecimento e a consolidação dos objetivos de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde traduzidos dentre os princípios das Políticas de Atenção Básica de Saúde. Constituir-se-á em elencar e integrar instrumentos voltados à prestação de uma assistência direcionada a atender as necessidades de saúde expressas pela população como componentes de estruturação dos serviços da rede de atenção primária de saúde.

O gerenciamento dos serviços de saúde visa a prevenção e redução de riscos à saúde da pessoa humana. Deve-se levar em consideração a necessidade de organização e estabelecimento de normas gerencial-administrativas (organização do processo de trabalho) com base na carência populacional e na deficiência de infra-estrutura na Rede de Atenção Básica de Saúde em detrimento aos princípios e diretrizes que regem o SUS. Ao pensar na prestação de assistência não podemos alienar-nos apenas na execução de técnicas, mas também nas condições para que elas sejam executadas com sucesso e que seja satisfatória ao usuário, aos profissionais e a todos os demais envolvidos no processo.

A incapacidade das UBS absorverem e digerirem suas demandas com relação aos primeiros atendimentos aos cuidados de saúde, a carência de infra-estrutura, falta de oferta de serviços, a falta de motivação por falta dos funcionários e com relação aos programas

governamentais e a total deficiência da rede de atenção básica de saúde acaba por fazer com que as pessoas procurem os hospitais de maior complexidade (níveis secundários e terciários) na “expectativa” de conseguir um atendimento, sobretudo de qualidade. Afinal, uma das maiores “raridades” dentro de uma UBS é um médico plantonista em todo raio de atuação, em todos os períodos/turnos de atendimento. Com isso, o panorama dos serviços de emergência dos hospitais secundários e/ou terciários tornam-se cheios, insuficientes e, conseqüentemente, deficiente de recursos para atender a todos os usuários, fazendo com que o paciente que necessita de atendimento emergencial real acabe esperando por horas para ser atendido.

Mais do que superlotação nos serviços dos demais níveis de atendimento, vê-se a falta de preparação, conhecimento e, sobretudo, de uma normatização nas UBS frente a um paciente em processo evolutivo, inicial ou até mesmo abrupto de alguma enfermidade de caráter emergencial. Vê-se a deficiência no processo de Sistematização de Assistência de Enfermagem e a implementação de uma anamnese abrangente, completa e que proporcione um agrupamento de dados relevantes para obtenção de um diagnóstico preciso, muito mais do que precoce. Deve pautar-se na busca por determinantes e condicionantes das urgências e implementar ações transeitoriais de responsabilidade pública.

No que diz respeito aos serviços de atendimento de urgências, especificamente, a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências pretende alcançar todos os níveis de prestação de assistência do SUS, organizando desde os serviços prestados nas UBS até os atendimentos de maior complexidade como os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação. Atua de forma a ampliar os acessos e meios de promoção de saúde a partir de um planejamento de ação ágil, voltado às necessidades da população considerando o quadro brasileiro de morbimortalidade.

A *Portaria nº 2048/GM* do Ministério da Saúde ressalta, dentre seus princípios, a importância do envolvimento de toda a rede de assistencial – rede básica de saúde, programas de saúde da família (PFS), serviços ambulatoriais especializados, serviços de diagnóstico e serviços de atendimento pré-hospitalar implantados (fixo ou móvel) e rede hospitalar de níveis secundários e terciários - atuando na hierarquização dos atendimentos, além de permitir uma melhor organização da assistência e articulação dos serviços.

Na *Portaria GM/MS nº 1863*, que instituiu o Plano Nacional de Atenção às Urgências, as Unidades Básicas de Saúde são consideradas uma unidade de atendimento pré-hospitalar de modalidade fixa, da qual deveria ser capacitada para assistência qualificada e especializada para atendimento e encaminhamento às unidades adequadas. Atua no desenvolvimento de “estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade

de indivíduos e coletividades” além de “contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de urgência”. (PORTARIA GM N.O 1.863, DE 29 DE SETEMBRO DE 2003 - Política Nacional de Atenção às Urgências;3.ª edição ampliada Série E. Legislação de Saúde.)

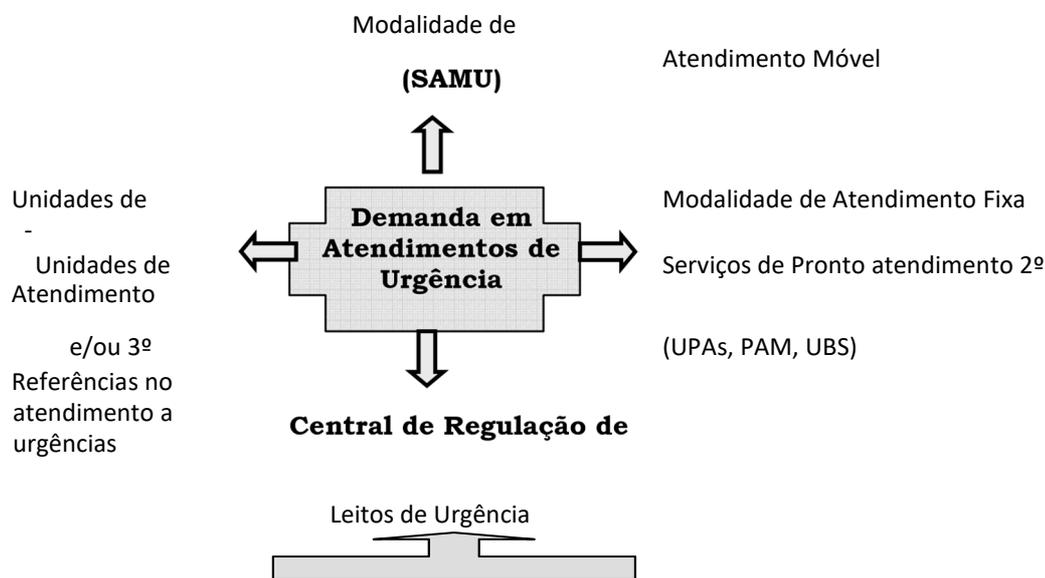


Figura 1: Hierarquização e Qualificação do Sistema de Atendimento às Urgências

Em termos sucintos, a Unidade Básica de Saúde, com relação ao atendimento pré-hospitalar, e seu regimento pelas portarias acima citadas e sua caracterização como uma unidade fixa, consiste em dizer que trata-se de uma assistência prestada no primeiro nível de atenção à saúde. Trata-se de pacientes com evolução de um quadro agudo (o que constitui de complicações de duração limitada, manifestação abrupta, autolimitadas, de diagnóstico e prognóstico usualmente precisos e intervenção usualmente efetiva e passíveis de cura) ou quadros crônicos agudizados, de natureza clínica, traumática ou, até mesmo, psiquiátrica, das quais podem levá-los a um estado de sofrimento, seqüelas ou ainda à morte. Está interligado a um atendimento ou meio de transporte adequado a partir da hierarquização dos serviços de saúde, regulado e integrando ao Sistema de Urgência e Emergência vigente. Pode ser prestado, além das UBSs, pelas Equipes de Saúde da Família, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapêuticas, unidades não-hospitalares de atendimento de urgência e emergência e pelos serviços móveis de atendimento pré-hospitalar (p. ex., o SAMU)

A sua regulamentação, dada por essas portarias, atribui a esses tipos de unidades o acolhimento e atendimento das urgências de baixa complexidade/gravidade. Questiona o fato de que um paciente, em crise hipertensiva, por exemplo, quando já tratado em determinada unidade e recorrida a ela quando acometido pela crise, é passível de um atendimento rápido e de

qualidade, com avaliação e readequação da terapêutica, visto que o paciente já possui um prontuário na unidade e sua história progressa e o processo evolutivo de agravos e quadro geral de sua saúde é conhecido.

Além da organização do serviço, deve-se atentar à formação dos profissionais acerca do conhecimento referente às condutas no atendimento à urgências e emergências de qualquer natureza, no qual, em geral, é insuficiente para seu enfrentamento. Por isso, comumente, os profissionais, deparados a situações de urgências, acabam por impulso encaminhar o paciente a uma outra unidade de maior complexidade, sem mesmo avaliá-lo adequadamente, estabilizá-lo, por insegurança e desconhecimento sobre como proceder o atendimento (o que avaliar, o que fazer, como fazer – quais as condutas a serem tomadas?). A estrutura física também deve ser readequada, abastecido de medicamentos e materiais proporcionando condições para os primeiros atendimentos e manobras de estabilização do paciente até a viabilização de transferência para uma unidade de referenciamento pactuada, de maior porte, quando necessário. A reestruturação de ambiência, localização dos profissionais frente aos equipamentos, carrinhos de emergência e a manipulação dos materiais também se faz essencial (*Ver Fig. 2*). Na medida do possível, deve estar habilitada, inclusive, com uma área física destinada ao atendimento de urgências e uma sala de observação para paciente com tempo de permanência de até 8 horas.

É necessário repensar o “acolhimento”, nos seus aspectos teóricos e práticos, para que este possa efetivamente se constituir em uma prática capaz de instaurar um modelo de saúde de “porta aberta” consoante com as diretrizes do SUS. FRACOLI, L. A., ZOBOLI, E. L. C. P. (2004).

A adoção de um *Protocolo de Acolhimento* preconiza sistematizar a assistência acolhendo a demanda, estabelecendo a inclusão do usuário otimizando os serviços, hierarquizando os riscos e formas de acesso aos demais níveis do sistema de saúde referenciados (sistema de referência e contra-referência), diminuindo as filas das portas de entrada dos atendimentos de maior complexidade (níveis secundários e terciários) garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do paciente. O profissional deve ser dotado de um perfil para a mesma, ser treinado tecnicocientificamente para exercer um trabalho qualificado e seguro. Dinamicidade, sensibilidade e intuição são inerentes ao cargo, por isso o enfermeiro é o profissional considerado mais adequado, visto sua formação generalista.

Tabela I: Insumos mínimos necessários para a prestação de um atendimento de emergência.

Materiais	<i>Ambú adulto e infantil com máscaras, jogo de câmulas de Guedel (adulto e infantil), sondas de aspiração, Oxigênio, Aspirador portátil ou fixo, material para punção venosa, material para curativo, material para pequenas suturas, material para imobilizações (colares, talas, pranchas).</i>
Medicamentos	<i>Adrenalina, Água destilada, Aminofilina, Amiodarona, Atropina, Brometo de Ipratrópio, Cloreto de potássio, Cloreto de sódio, Deslanosídeo, Dexametasona, Diazepam, Diclofenaco de Sódio, Dipirona, Dobutamina, Dopamina, Epinefrina, Escopolamina (hioscina), Fenitoína, Fenobarbital, Furosemida, Glicose, Haloperidol, Hidantoína, Hidrocortisona, Insulina, Isossorbida, Lidocaína, Meperidina, Midazolan, Ringer Lactato, Soro Glico-Fisiológico, Soro Glicosado.</i>

Fonte: Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002.

O termo de *Acolhimento* está, atualmente, substituindo a expressão “*triagem*”, que, segundo o dicionário Aurélio significa *seleção, escolha, separação*. O que, muitas vezes, pode-se afirmá-la como uma prática de exclusão social, visto que “*escolhe*” quem, como e quando o sujeito deverá ser atendido.

A adoção de um sistema de acolhimento (considerado uma forma de “*triagem humanizada*”) com classificação de riscos configura decisivamente na reorganização e realização do processo assistencial em promoção de saúde a partir da análise, problematização e traçado de objetivos das intervenções. Traduz uma análise holística e reflexiva quanto à recepção administrativa e a criação de um ambiente confortável que possibilite a execução das práticas de maneira efetiva, além da horizontalização de uma linha de cuidados voltados à elaboração de um projeto terapêutico individual e coletivo. Não deve ser realizado apenas de acordo com a especialidade médica, mas também, através da investigação da causa de sua ida ao serviço naquele momento. Visa, na área da saúde, o atendimento imediato ou mediato conforme a gravidade de necessidade de cada paciente.

O acolhimento, segundo LIMA (2007), relaciona-se com o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, com a resolutividade do atendimento e com a adequação do serviço às necessidades dos clientes.

A remodelagem dos serviços deve ser repensada a partir de uma investigação prospectiva e concorrente de todas as referências de assistência suplementar à saúde propondo alternativas que incorporem os campos de saberes e práticas configurando hegemonicamente as demais formas de assistência à saúde viabilizando, por fim, uma nova proposta de trabalho.

Schimith MD e Lima MADS (2004) após a identificação da relação de produção de vínculo no atendimento clínico com continuidade, consideram que a atividade clínica aumenta a possibilidade de vínculo, assim como a responsabilização com as necessidades do paciente. Sugerem a aproximação da enfermeira a essas atividades, a fim de que suas ações tenham mais impacto na saúde da população, produzindo cuidados resolutivos.

Gerenciar a demanda de acordo com as potencialidades clínicas contribui na minimização dos problemas emergenciais através do direcionamento dos pacientes, seja pela estruturação da rede de encaminhamentos ou pelo planejamento assistencial propriamente dito. Caracteriza-se por um prospecto de oferta de cuidados com ampliação do modelo de prática profissional que conduz e acompanha o paciente evitando o retorno ou encaminhamento desnecessário a outros serviços de maior complexidade - o que diminui o fluxo de suas portas de entrada-, ou a piora do quadro clínico depreciando o potencial de seqüelas e hospitalização – o que gera consequentemente, menos custos para o sistema.

O atraso na detecção, formulação de diagnóstico precoce, planejamento da assistência e a implementação de um tratamento rápido e efetivo de doenças para as quais existem conhecidas medidas de prevenção e controle, com o conseqüente agravamento dos casos, perda de qualidade e duração de vida para os doentes geram um grande impacto sobre ao processo assistencial além do aumento de custo para o sistema.

“Estando numa unidade o paciente pode progredir em direção a qualquer outra unidade, ou pode permanecer numa só se esta preencher todas as suas necessidades” (Marcos Kisil - O CUIDADO PROGRESSIVO DO

PACIENTE: UMA EXPERIENCIA ADMINISTRATIVA EM CENTRO MEDICO COMPLEXO. Bol Of Smit Panam 84(3), 1978).

Classificar o grau de complexidade e dependência do paciente através da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do processo de trabalho dentro da unidade como um todo consiste em substanciar o processo de tomada de decisão acerca da qualidade e efetividade dos cuidados prestados, além do melhoramento na produtividade, redução dos custos em decorrência de agravos e seqüelas, e ainda, à gestão de Recursos Humanos. Esta metodologia contribui, ainda, como uma base sólida no dimensionamento de pessoal necessário para a unidade.

A Classificação dos usuários trata-se, portanto, uma ação técnico-assistencial da qual exprime uma mudança na relação do profissional com o usuário “priorizando-os” de acordo com o motivo da ida à unidade e o grau de complexidade expresso regulamentado por parâmetros técnicos, éticos, humanitários e solidários definidos e normatizados por um Protocolo de Acolhimento e Gerenciamento de Casos, podendo ser chamado de Protocolo de Acolhimento

com Classificação de Riscos. Visa a investigação equilibrada sobre o quadro clínico do paciente, bem como sua totalidade, e o agrupamento dos dados relevantes (condicionantes e determinantes) a classificá-lo conforme a complexidade de seu estado de saúde estabelecendo a ordem de atendimento e reciclando a maneira de produzir cuidado em saúde.

“é mais importante saber que tipo de doente tem a doença do que tipo de doença tem o doente” (William Osler).
Fonte: Relatório Mundial de saúde, 2008. Cuidados de Saúde Primários.

Devemos ressaltar que classificar não quer dizer atender. Há uma grande diferença entre a priorização (categorização) do paciente com o manejo clínico (atendimento). Classificar requer que informações suficientes sejam coletadas para colocar o paciente em determinada categoria enquanto o manejo requer um entendimento muito mais profundo das necessidades do paciente.

Sob a ótica dos atendimentos de caráter de urgência nas UBS são realizados, a nível primário, os primeiros atendimentos frente a necessidades mediatas ou imediatas (urgências e emergências) encaminhando-as para serviços especializados e o atendimento integral para pacientes sem prioridades urgentes (geralmente categorizados pelas cores “verde” ou “azul”).

Os resultados esperados a partir da implementação de um Protocolo de Acolhimento por Classificação de Risco refletem na (o):

- Diminuição da morbimortalidade por falta, atraso ou deficiência de atendimento;
- Priorização pelo grau de complexidade, dependência e necessidade de atendimento imediato;
- Obrigatoriedade de encaminhamento responsável com garantia de acesso aos demais níveis de atendimento;
- Aumento da eficácia do atendimento pela diminuição do tempo de espera do paciente;
- Detecção dos casos que se agravam se o atendimento for postergado.

a tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica, destacando-se as categorias acesso, acolhimento e vínculo, podem apresentar significações diversas no lidar com cada um dos diferentes interesses dos sujeitos envolvidos na construção da saúde. COELHO, M. O., JORGE, M. S. B. (2009)

CONCLUSÃO

Há uma grande necessidade de estruturar as redes de serviço de saúde, principalmente as de atendimento à urgência e emergência, dando ênfase às Unidades Básicas de Saúde, das quais

consistem em unidades fixas de atendimento emergente/urgente. Deve dispor de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada em detrimento às portarias de regulamentação desse tipo de assistência delineando um plano de cuidados integrais às urgências de qualquer complexidade ou gravidade, descongestionando as portas de entrada das unidades hospitalares (pronto-socorros). Fundamentar-se na garantia de um atendimento inicial adequado, de qualidade e eficaz possibilitando referência adequada à assistência, bem como aos meios adicionais de atenção. Deve estar, sobre tudo, apta quanto a formação dos profissionais envolvidos e dispor de qualidade de infra-estrutura e de insumos básicos para a realização dos atendimentos.

Objetiva-se melhorar a organização da assistência e, concomitantemente, promover a universalização de acesso, alocação equânime de recursos e, sobretudo, integralidade na prestação de assistência e a indissociabilidade entre a teoria e a prática assistencial e a prestação de cuidados compreensivos e integrados de diagnósticos, prevenção, reabilitação e cura contribuindo para um melhor conhecimento da população e criando um ambiente em que impera uma maior confiança, sobretudo, no reforço nas relações interpessoais.

No serviço de Acolhimento, o profissional deve estar disponível e preparado para o atendimento de multidisciplinaridades de caráter imediato ou mediato, além da formulação de um protocolo de rotina e normas a serem seguidas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem executando as atividades descritas nas leis tanto administrativamente quanto à procedência da assistência de enfermagem propriamente dita e, inclusive, as prescrições médicas.

Conclui-se que a partir dos recursos disponíveis e quando a prática alia-se a um plano de assistência sistematizada e bem implementada, acerca de conhecimentos técnicos e teóricos de atendimento, as intervenções de enfermagem garantem a qualidade e a efetividade da assistência prestada possibilitando um atendimento urgente/emergencial precoce, o que reflete num melhor prognóstico do paciente. Faz-se necessário o desenvolvimento de capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar, pelos profissionais de enfermagem. Deve permitir o acesso como uma possibilidade de consecução do cuidado frente às necessidades expressas pelo paciente, bem como a inter-relação dos demais princípios de saúde e bem-estar do indivíduo e a resolubilidade do quadro através da organização estrutural e da dinâmica do processo de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DIAS, M.A. da S.L. et al. :Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dosUsuários. Acta Paul Enferm 2007;20(1):12-7.

SCHIMITH, M.D., LIMA M.A.D.S.: Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004.

MERHY, E. et al: Acolhimento: um relato da experiência de Belo Horizonte . In: CAMPOS, C. R; MALTA. D. C.Reis et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o Público. São Paulo: Xamã, 1998.

FRACOLI, L.A., ZOBOLI, E.L.C.P.: Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(2):143-51.

COELHO, M.O., JORGE, M.S.B.: Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1523-1531, 2009

Política Nacional de Atenção às Urgências- CURSO LÍDERES , Dezembro 2007 SAMU.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. Série Pactos pela Saúde, Volume 4, 2006 MS.Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002.

Portaria nº 1863/GM Em 29 de setembro de 2003

PERROCA, M.G., GAIDZINSKI, R.R.: Sistema De Classificação De Pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev.Esc.Enf. USP*, v.32, n.2, p.153-68, ago. 1998.