

EFFECTOS DE LA APLICACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO, EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU IMPACTO SOCIAL

Autoría

María da Graça Piva

RESUMEN

Esta pesquisa identificou o impacto da implantação de uma filosofia de acolhimento no serviço de saúde na área de emergência, desenvolvida e divulgada pelo Ministério da Saúde no Brasil. Ela está diretamente relacionada a mudança ou melhoria na qualidade do serviço de saúde oferecido a população (usuários) e no desenvolvimento das atividades de Enfermagem.

Observou-se que, na população pesquisada 1000 usuários e 250 trabalhadores da área de saúde de instituições do município de Porto Alegre/RS, Brasil, ainda pouco se conhece dessa filosofia, e, portanto, não estão nem usuários nem trabalhadores usufruindo seus benefícios. Concluindo –se prope sugestões de como melhor aplicar programas e estratégias que busquem a real implantação da filosofia do acolhimento como ferramenta fundamental de trabalho.

RESUMEN ESPAÑOL

Esta investigación identificó el impacto de la aplicación de una filosofía de la atención en el servicio de salud en el área de emergencia, desarrollado y publicado por el Ministerio de Salud de Brasil. Está directamente relacionado con el cambio o mejora en la calidad de los servicios de salud ofrecidos a la población (usuarios) y el desarrollo de las actividades de enfermería.

Se observó que, en la población encuestada 1000 usuarios y 250 empleados de las instituciones de salud de atención en el municipio de Porto Alegre / RS, Brasil, sin embargo, poco se sabe de esta filosofía, por lo que no son, ni los usuarios ni los trabajadores a disfrutar de sus beneficios. Conclusión propone sugerencias para la mejor manera de aplicar programas y estrategias que buscan la implementación real de la filosofía de la atención como una herramienta fundamental de trabajo.

ABSTRACT

This research identified the impact of implementing a philosophy of care in the health service in the area of emergency, developed and published by the Ministry of Health in Brazil. It is directly related to the change or improvement in the quality of health services offered to the population (users) and the development of the activities of Nursing

It was observed that, in the population surveyed 1000 users and 250 employees health care institutions in the municipality of Porto Alegre / RS, Brazil, yet little is known of this philosophy, and therefore are not, neither users nor workers enjoying its benefits.

Concluding proposes suggestions for how best to implement programs and strategies that seek the real

deployment of philosophy of care as a fundamental tool of work.

OBJETIVO GENERAL

Las percepciones del personal de enfermería y los usuarios de lo Sistema de salud sobre la atención que reciben en los Servicios de Emergencia encuestados relacionados con la clasificación de riesgo y el hosting es el objetivo principal de esta investigación. También busca los reflejos de los resultados en la solución de este servicio en la sociedad.

REFERENCIAL TEÓRICO

El marco teórico de esta investigación se basa en tres ejes principales. El concepto y la estrategia de trabajo de salud como la legislación de acogida, el uso de la clasificación de riesgo (protocolos) y el estudio de las relaciones laborales, en particular, su injerencia en los servicios de salud finales ofrecidos a la comunidad. (BRASIL, 2006)

El anfitrión es una forma de operar los procesos de trabajo en salud con el fin de servir a todos los que buscan los servicios de salud, escuchando sus peticiones y en el servicio asumiendo una postura capaz de acoger, escuchar y aceptar las respuestas más adecuadas a los usuarios. Se trata de ofrecer un servicio con firmeza y responsabilidad, dirigiendo, en su caso, el paciente y la familia en relación con otros servicios de salud para la continuidad de la atención y el establecimiento de vínculos con dichos servicios para garantizar la efectividad de estas referencias. (BRASIL, 2006)

El anfitrión no es un espacio o un lugar, sino un imperativo ético, también o requiere profesional específica para hacerlo, implica el intercambio de conocimientos, necesidades, posibilidades, ansiedades e invenciones.

Así que hace diferencia cribado, ya que no constituyen como una fase del proceso, sino como una acción que debe ocurrir en todos los lugares y horarios de los servicios de salud. (BRASIL, 2006)

La detención es el primer servicio que ofrece a los usuarios profesionales de los servicios de salud. Su objetivo es la evaluación inicial, la selección y unidades de referencia del cliente / habilidades apropiadas para su asistencia. (BRASIL, 2002)

El uso de la clasificación de riesgo de la salud, es un proceso dinámico de identificar pacientes que requieren tratamiento inmediato. Evaluación del riesgo tecnológico se basa en la agilidad de la atención desde, la perspectiva de análisis en el marco preestablecido en protocolo del grado de necesidad para el usuario, proporcionando una atención centrada no en el nivel de complejidad en la orden de llegada. El anfitrión y la clasificación de riesgo tienen objetivos diferentes, pero complementarios. ¿Pueden coexistir y funcionar por separado. El anfitrión de clasificación de la evaluación de riesgos se configura como una intervención que puede ser decisivo en la reorganización e implementación de la red de promoción de la salud, se realiza mediante el análisis, el cuestionamiento y la propuesta del propio equipo del que constituye el objeto de su proceso de Trabajo. (BH, 2002) Evaluación de Tecnologías en la Clasificación de Riesgo, presupone el establecimiento de la agilidad del servicio, desde el análisis, desde el punto de vista preestablecido

en protocolo, el grado de necesidades de los usuarios, proporcionando atención centrado en el nivel de complejidad y no por orden de llegada a condición de que se cumplan todos.

Recepción y Evaluación / riesgo y clasificación, por lo tanto, tienen objetivos diferentes, pero complementarios y pueden, dada la singularidad de los servicios, o trabajar por separado coexistir en el contexto físico, pero nunca en proceso de trabajo dispares. (PHN, BRASIL, 2006)

Se trata de una intervención que puede ser decisivo en la reorganización e implementación de la red de promoción de la salud, es una propuesta de su propio equipo, que es un tema de su proceso de trabajo. Va más allá del ámbito de la gestión local y asume la coexistencia de políticas macro y micro. Se realiza por medio de audiencia cualificada. Entre la demanda de los usuarios y la capacidad de responder a servicio.

Debe garantizar la comodidad, la bioseguridad, la conversación espacio entre el usuario y el personal, para garantizar el pacto entre los trabajadores y los usuarios de la unidad, siempre que la información que ofrece el trabajo comunitario a menudo se puede evaluar. (PHN, BRASIL, 2006)

Color	Asistencia Prioritaria
Rojo	Urgencia
Amarillo	Críticos y semicríticos
Verde	En la observación
Azul	Investigación electivo

Sabemos que el trabajo de la salud se caracteriza por el encuentro entre las personas que traen las necesidades de sufrimiento o de la salud y otras personas que tengan conocimientos específicos o herramientas que pueden resolver el problema presentado. En esta reunión, se movilizan sentimientos, emociones e identificaciones que pueden dificultar o facilitar la aplicación del conocimiento profesional en la percepción de las necesidades o demandas interpuestas por la interpretación del usuario. Por lo tanto, precaución, que es el producto final del trabajo en la salud, es inseparable del proceso que se produce, es decir, es la realización de la actividad que está siendo consumida por el usuario al mismo tiempo que se produce (Brasil, 2006).

Para resolver el programa fue creado en 1998 y en 2004 Screening Humaniza el SUS, que recomienda garantizar la universalidad en la atención, integralidad y equidad en los servicios, contribuyendo a los principios y directrices del SUS.

En 2004, el Ministerio de Salud creó el Plan Nacional de Humanización (PNH) - humanización del SUS, que significa "tener" o "estar con", que propone un nuevo concepto de la prestación de servicios y la responsabilidad de los profesionales salud hacia los usuarios. (BRASIL, 2006) Bienvenido, aceptar, admitir, recibir, hay algunas palabras que se relacionan con el anfitrión. De acuerdo con el glosario de términos técnicos del Ministerio de Salud (BRASIL, 2006), se entiende por el anfitrión el usuario que recibe desde su llegada, es plenamente responsable de la misma, al oír su queja, lo que le permite expresar sus preocupaciones, ansiedades y poniendo mientras los límites necesarios, asegurando la resolución de la atención y la coordinación con otros

La clasificación de riesgo (protocolo):

La clasificación de riesgo se ha utilizado en varios países, entre ellos Brasil. Correspondiente a un nuevo campo de actividad es realizada por un enfermero capacitado y calificado para esa práctica, no tener servicio de alimentación exclusiva. Enfermeras para llevar a cabo el host con clasificación de riesgo, muestra sus habilidades a través de acciones que detectan las necesidades del usuario, que a menudo no tiene indicación de la atención y la consulta al nivel de emergencia (Maurer, 2010).

El área de emergencia debe ser pensado según el nivel de complejidad, optimizando los recursos tecnológicos y los equipos de la fuerza de trabajo, teniendo en cuenta el usuario de acuerdo a su necesidad específica. Aquí, la tabla de clasificación de riesgo del Ministerio de Salud (BRASIL, 2006), como un ejemplo de la gráfica de protocolo de emergencia.

A continuación se demuestra, a través de un marco de color, la calificación del riesgo.

servicios de salud para la continuidad de la atención en caso necesario.

La organización del trabajo, sin embargo, puede interferir con el producto final del trabajo de salud, transformándolo de acuerdo a las influencias de los diferentes elementos del proceso, los conceptos y las intenciones de los agentes sobre el producto que está siendo construido. la organización tecnológica del trabajo constituye, por sus elementos: el objeto de trabajo, los instrumentos y la propia actividad, así como las relaciones técnicas y de producción social (Brasil, 2006).

METODOLOGÍA

La investigación tiene un enfoque descriptivo y una análisis cualitativo-cuantitativo.

La población del estudio es conformada por tres departamentos de emergencia de hospitales (pequeño, mediano y grande porte).

La selección se hizo comenzó con una correspondencia solicitando para llevar a cabo la investigación, a todos los hospitales que cuentan con servicio de emergencia en Porto Alegre (RS / Brasil). Las tres primeras unidades que respondieron positivamente a concordancia de participar en la encuesta fueron seleccionados.

La muestra (aleatoria) se caracterizó por el número de usuarios que acudieron al servicio durante siete días en el mes y el personal de enfermería que trabajaban 24 horas en el mismo período.

Como procedimiento principal se aplicó un cuestionario en el período de tiempo indicado anteriormente, para los usuarios y al personal de enfermería. El cuestionario se compone de 7 preguntas de los usuarios (1 abierto,

cerrado mezclado 3 y 3) y las preguntas 9 a las enfermeras (3 abierta, 1 cerrada mezclado y 5).

Después de la recolección, los datos fueron compilados y analizados en forma de tablas y gráficos relacionados y el marco teórico esbozado en la casa de capítulo. (Apendice A)

Tenemos números como finales; que responderam la encuesta:

A continuación se describen los datos recogidos en el cuestionario N ° 1 (aplicado aos usuarios)

Fonte : Efectos de la aplicación de la clasificación de riesgo (incluyendo hosting), en un servicio (unidad) de emergencia (hospital) por el personal de enfermería y su impacto - RS/Brasil/2012

¿Cómo describiría su primera asistencia para obtener el servicio?

Podemos ver en esta tabla que casi el 60% de los encuestados calificó el servicio como malo o muy malo. Si nos referimos a el marco teórico según el Ministerio de Salud, se entiende por el anfitrión el usuario que recibe desde su llegada, es plenamente responsable de la misma, al oír su queja, lo que le permite expresar sus preocupaciones, ansiedades y los mismos tiempo, poner los límites necesarios, garantizando la atención la resolución de continuar el viaje.

Fonte : idem

¿Quién hizo su primera visita?

En cuanto a la tabla anterior es absolutamente claro que el 80% de la atención primaria está centralizada en técnico de enfermería y recepcionista.

Fonte : idem

¿Con qué frecuencia se utiliza este servicio?

La observación de estos porcentajes es evidente que casi el 75% de los encuestados con frecuencia o con mucha frecuencia utilizar el servicio.

Fonte : idem

¿Usted recibió el color enchufe?

Es evidente que el 86% recibió las fichas de colores, aun que no demostraran el conocimiento sobre la valoración del riesgo.

Tomamos nota de que algunos de los encuestados manifestaron que, como su familia era un evento grave se precipitaron en situaciones de emergencia y no sé les ofreciera tapón rojo, sólo sé que el rojo es grave.

Fonte : idem

¿Sabes por qué tienes el color de enchufe (información recibida)?

En los datos recogidos, el 85% de los encuestados recibió un mecánico "password", tantas veces durante la entrevista, dijo que eran "molestos", ya que llegamos temprano y tuvimos que esperar mucho tiempo.

Clasificación de riesgo es un dispositivo, una herramienta para organizar la "cola" en el servicio de salud, para aquellos usuarios que necesitan ser tratados con más prioridad, y no por orden de llegada.

Fonte : idem

¿Usted ya conocía este sistema?

1 - 68 enfermeras,

2 - 182 técnicos de enfermería y

3 - 1000 usuarios.

En este próximo capítulo se hará una demostración de la recogida de datos a través de tablas y gráficos, analizar los principales investigadores del Johari a conclusiones objetivas, realista y digno de publicación.

Se observa inicialmente, que puede parecer contrario al sentido común, dado que el 54% conocía el sistema de calificación de riesgos. Sin embargo, si se analizan conjuntamente las tablas de respuestas 4, 5 y 6 de la pregunta, los datos no parecen estar relacionados, lo que nos hace pensar que muchos de ellos conocían los servicios del sistema de emergencia, lugares u otras fuentes de información .

Los próximos gráficos se refieren las preguntas a los funcionarios del Servicio (cuestionario nº 2).

Fonte : idem

¿Cuál es su papel en este servicio?

67 % marcó la respuesta Técnico de enfermería , 25% marcó la respuesta Enfermería 6% marcó la respuesta Médico , 1% marcó la respuesta Oficial de Seguridad y el 1% marcó la respuesta limpiador

Tenga en cuenta el factor significativo de más de 60% del personal de enfermería(técnicos de enfermería) en la sala de urgencia / emergencia. Observamos o numero reduzido de enfermeiros no serviço de emergencia para fazer o acolhimento.

Fonte : idem

¿Quién suele hacer la primera llamada?

76 % marcó la respuesta Técnico de enfermería , 15% marcó la respuesta Enfermería 4% marcó la respuesta Médico , 4% marcó la respuesta Oficial de Seguridad y el 1% marcó la respuesta otros

Más del 70% de la atención primaria se lleva a cabo por un técnico de enfermería. Las Tablas 7 y 8 tiene estricta relación con la Tabla 2 en el cuestionario analizados en los usuarios en ese momento.

Fonte : idem

¿Usted ha sido entrenado para trabajar con Clasificación de Riesgo?

53% marcó la respuesta Si y 47% marcó la respuesta No

Fonte : idem

¿Cree usted que la práctica de esta filosofía?

28% marcó la respuesta Si , 66% marcó la respuesta No y el 6% marcó la respuesta No responderam

Fonte : idem

¿Cree usted que conocer y entender esta distribución?

33% marcó la respuesta Si , 56% marcó la respuesta No y el 11% marcó la respuesta No responderam

Pregunta se aplica a los empleados :

9 - ¿Cuál de estos conceptos que considera que describe mejor el anfitrión plazo?

A - La hospitalidad es el primer servicio que ofrece a los

usuarios profesionales de los servicios de salud. Su objetivo es la evaluación inicial, la selección y unidades de referencia del cliente / habilidades apropiadas para su asistencia.

□ B - El anfitrión es una forma de desarrollar los procesos de trabajo en salud con el fin de satisfacer los usuarios que solicitan servicios de salud, escuchando sus peticiones y asumiendo una postura capaz de acoger, escuchar y responder a los usuarios más apropiados .

□ C - La hospitalidad es el primero en proporcionar un servicio al cliente que viene a los servicios de salud, no necesariamente con los recursos humanos especializados, pero sí el primer reconocimiento, aunque no se puede olvidar la priorización de los servicios de salud.

Fonte : idem

¿Cuál de estos conceptos que considera que describe mejor el anfitrión plazo?

29% marcó la respuesta A, 23% marcó la respuesta B y el 48% marcó la respuesta C

CONCLUSIONES

La ineficiencia de la cobertura de salud y la falta de cuidado son las principales causas que llevan a las personas a buscar erróneamente servicios de emergencia. El acceso a los servicios y bienes de salud con responsabilidad y consecuente seguimiento de cada usuario, muestran que varias lagunas aún permanecen, como la dificultad de acceso de la población a los servicios de salud. Así que muchos de los usuarios de servicios de urgencias no deben buscar este servicio, si hubieran recibido un servicio de atención adecuada en la atención primaria. Esto hace que la demanda crezca y dañe la atención de aquellos que realmente lo necesitan.

Se esperaba que el equipo de los empleados a entender cómo la ética en el cumplimiento del compromiso con el cuidado del otro en la actitud de darle la bienvenida en sus diferencias, sus tristezas, sus alegrías, sus formas de vivir, sentir y ser en la vida (Ministerio Manual Salud, NHP, 2006)

De acuerdo con el marco teórico, todos los profesionales de la salud pueden y deben hacer el host. Sin embargo es necesario un grupo especializado de profesionales para promover su primer contacto con el usuario del servicio, la prestación de servicios de forma rápida y precisa. La identificación temprana y corregir los signos y síntomas es muy importante porque es a través del que desencadena el proceso de atención. Diagnósticos tardíos son responsables de una elevada morbilidad y mortalidad. (MELO, ZIP, 2008) ¿Una recepcionista es un profesional especializado para hacer la primera llamada? Cuando es el resto del equipo que sólo aparece la enfermera práctica al host? Una vez más, es evidente que la PNH (Política Nacional de Humanización) no está siendo observada por los equipos de servicio. La falta de gestión? La falta de políticas? Dificultad equipo? ¿Dónde está la democratización de la salud? La valoración de los usuarios? Rendición de cuentas?

La clasificación de riesgo permite una rápida intervención terapéutica reduciendo así el riesgo potencial de pacientes graves, mejora de la calidad de la atención, de preferencia debe ser realizado por un título profesional

(médico o enfermera). La enfermera desempeña un papel importante en esta iniciativa por parte del Ministerio de Salud, donde se realiza la atención médica en orden de prioridad. La velocidad y la precisión del servicio son de suma importancia en ciertos casos de urgencia y emergencia.

La Ordenanza de 2048 del Ministerio de Salud propone el despliegue de las unidades de atención de emergencia con el anfitrión y la "clasificación de triage de riesgo". De acuerdo con esta Ordenanza, este proceso "debe ser realizada por un profesional de la salud, de nivel superior, a través de una formación específica y el uso de protocolos preestablecidos y objetivos para evaluar el grado de urgencia de las quejas de los pacientes, su puesta a punto prioridad en la atención "(Brasil, 2002).

Si nos preocupamos ofrecido en la solución de las comunidades en las unidades básicas de salud, el alivio de emergencias, los trabajadores de salud seguros tendrían mejores condiciones para el desarrollo de la PNH, la traducción de la palabra responsabilidad.

En el Servicio de ayuda Primeros de un Centro de Salud de gran tamaño, si observo que era frecuente la población usuario utilice la puerta de urgencia sobre el terreno para ellos los casos agudos, campaña también lo electiva para complementar los atenciones de Unidades de Salud básicas (UBS) y de las Unidades Especializada (UE). También que frecuente en el discurso de los Trabajadores, que utilización indebida en estos casos electivos, erróneamente caracterizan su misión de atención de urgencia que se ponía al situación al usuario en un su Tener justificar que necesita la obtención la atención

La falta de políticas definiciones La política, la Calidad y baja resolutividad ofrecida en los Servicios, junto con la dificultad de su lectura en los hábitos de intercambio, Creencias Culturales y de la población Han Llevado al usuario a buscar la asistencia médica la puerta donde está abierta.

Nos llamó la atención que después de la finalización de la investigación hubo manifestaciones espontáneas que explican que esta demanda está directamente relacionada con la falta de servicio de salud médica en la comunidad que rodea al servicio de emergencia o, si este hallazgo no aporta profesional o la medicación o pruebas de laboratorio.

La calificación de riesgo se percibe como una necesidad de organizar mejor el flujo de pacientes en busca de puertos de entrada de urgencias / emergencias. Es un proceso dinámico de la identificación de los pacientes que requieren tratamiento inmediato. Evaluación del riesgo tecnológico se basa en la agilidad de la atención desde la perspectiva de análisis en el marco preestablecido protocolo del grado de necesidad para el usuario, proporcionando una atención centrada en el nivel de orden y complejidad no de llegada. (SMSA - BH, 2002)

Es evidente que la organización de la sala de emergencia para el medio ambiente de acuerdo con la clasificación de riesgo o no fue comprendido por la fuerza de trabajo o simplemente la comunicación de su existencia parece ser importante (usuarios).

Las otras fuentes de información como periódicos, folleos y carteles, para venir a ayudar a dar a conocer el sistema, pero es efectivamente el equipo de salud debe revelar y usarlo correctamente. El "hablar" el usuario demuestra

claramente falta de comunicación entre el profesional /usuario y la ausencia de una política participativa, que viene en contra de la filosofía de al HPN.

Uno de los principios del SUS implica compartir conocimientos, necesidades, posibilidades, ansiedades e invenciones. Deben figurar en todos los lugares y horarios de los servicios de salud, esto es parte de la actitud de acogida. Una vez más vemos el despliegue de la filosofía de la PNH en los servicios de salud encuestados. Tal vez por eso seguimos con la ineficacia de la atención.

Llamamos la atención sobre la legislación brasileña exige que el nivel de tercer grado para el profesional que hace que el primer host y auxiliar de enfermería. En las situaciones excepcionales en que la acumulación de los clientes está más allá de temporada, se le permite llevar a cabo esta tarea. (Ordenanza GSM 2048, 2002) y la legislación Ley COFEN 7498/86 y la Comisión Conjunta para la Acreditación de las Organizaciones de Salud (JCAHQ) y con la práctica de la Enfermería de Emergencia (ENA), dijo que la recepción puede ser realizada por una enfermera entrenada con al menos 6 meses experimentar en situaciones de emergencia. Proporciona una atención de calidad para optimizar el tiempo y el trabajo de los profesionales de la salud, además de facilitar el acceso al usuario. Sin embargo, como parte del host de todas las reuniones de los servicios de salud, que no tiene lugar ni tiempo para pasar, ni un profesional específico para hacerlo, todo el equipo puede participar en la audición calificado para el cliente.

Es muy importante aumentar la capacidad técnica de los profesionales y de los equipos de salud para proporcionar una audiencia cualificada y obtener una interacción humanizada ciudadanía y la solidaridad con los usuarios, la familia y la comunidad. (VHL, Consejos de Salud, Brasilia, noviembre-2008)

No gráfico n°9 muestra que sólo el 50% de los profesionales encuestados en la formación recibida. La legislación que se describe en la tabla anterior análisis pone de manifiesto la necesidad de formación y creación de capacidad, dada la complejidad del ambiente de trabajo y situaciones de salud que aparecen.

Prioridades:

Compartir el conocimiento (personal y usuarios)

Cualificación y formación de equipos, la búsqueda de personas delicado proceso, enfermería, recepción y seguridad.

La observación y evaluación de los servicios de logística.

Estudio de la clasificación de riesgo con la preparación de los protocolos de servicio.

Desarrollar hosting con la participación de los empleados de la unidad y los usuarios, con múltiples oportunidades para la discusión y aprobación de dicha innovación en el proceso de trabajo a través de reuniones internas del personal, reuniones con los usuarios en las salas de espera, información comunitaria y, especialmente, con el

establecimiento de reuniones de rutina para evaluar y ajustar la aplicación, teniendo en cuenta la magnitud de la carga de trabajo y el personal. Tan los procesos de "anestesia" para la escucha y la producción de la indiferencia hacia el otro, en relación con sus necesidades y diferencias, hemos producido una sensación engañosa de salvaguardia, la protección contra el sufrimiento. Sin embargo, estos procesos nos sumergimos en el aislamiento, adormecer nuestra sensibilidad y debilitar los lazos colectivos que se alimentan de las fuerzas de la invención y la resistencia que construir nuestra propia humanidad.

La discusión con los espectáculos del equipo entero lo que se puede cambiar para que el usuario sea mejor aceptada. Así, de las reuniones del equipo de salud / o usuarios, puede haber cambios en la entrada, en la sala de espera, por ejemplo, por lo que es un profesional de la salud que da la bienvenida al usuario antes de la recepción, proporcionar las directrices iniciales y hacia adelante a la ubicación correcta.

La recepción también se puede cambiar utilizando la clasificación de riesgo y también un post-consulta, es decir, una guía para el usuario, previa consulta de la ruta que se ha hecho en la consulta.

El avance de las políticas con un diseño mínimo de Estado en la reconfiguración de la máquina del Estado, la dinámica de la expansión depredadora y la acumulación de capital en el mundo, ha producido efectos devastadores en relación con la precarización de las relaciones laborales, el empleo, y la creciente privatización de los sistemas de seguridad social, echar por la borda gran parte de la población de las condiciones de la garantía de la existencia. El impacto de este proceso, con respecto a las relaciones interpersonales, es igualmente devastador, ya que reduce la frecuencia de cambio sólo a su valor comercial.

Una vez descrita la realidad de los servicios de salud y los trabajadores que desempeñan sus funciones en ella, en los párrafos anteriores, podemos entender las respuestas se encuentran en la Tabla 12. La política debe enfatizar la filosofía de la atención por el momento sigue siendo un gráfico con récord perfecto en el Ministerio del Usuario de la Salud, la conciencia que está ocurriendo lentamente y poco resolutiva. Tenemos que estimular este proceso.

Después de evaluar los datos recogidos y realidad que enfrentan encontrado concluye que varían son los pasos que se deben desarrollar para implementar efectivamente clasificación de riesgo y de acogida filosofía. No puede simplemente ser desplegado como la determinación del Ministerio de Salud, en la dirección vertical. Su comprensión y el estudio deben pasar al menos unos pocos pasos, según el Ministerio del Salud (Brasil, 2002)

Para ambos pasos son importantes para ver, que muestra en las siguientes tablas:

A : Preparacion Organizacional

- 1 - cambiar la forma en que el equipo de gestión del servicio de salud, teniendo en cuenta la acogida entre los profesionales de enfermeira, compartiendo con los niveles centrales (Los Tribunales superiores)
- 2 - Crear espacios de discusión colectivo (usuarios y profesionales) para el despliegue de la nueva filosofía de trabajo, estimulando lo acto de escuchar
- 3 - la evaluación de las necesidades de salud de la comunidad que se está trabajando, (su cultura y el conocimiento) e preparar el plan de trabajo del equipo de salud individual y colectiva, en primer lugar, los prepara para la tarea de desarrollar un nuevo concepto de atención de emergencia, adecuando la oferta y la demanda

B :Directrices generales para la implementación de la PNH:

Acomodar la demanda y las necesidades de clasificación, definiendo los procedimientos clínicos , promovendo la inclusión de los usuarios y fortalecer la humanización de los grupos de trabajo.

- 4-Adecuación de espacio físico para cumplir con facilidad de acceso, especialmente en la zona roja , com zona de libre circulación e espacio adecuado entre las camas
- 5 -Sala de espera amplia, ideal para reuniones, conferencias y debates con sillas adecuadas
- 6- Oficinas para la evaluación y clasificación de los riesgos.
Implantacion :
- 7- Protocolo sobre el establecimiento de acogida y clasificación de riesgos;
- 8 - Capacitación y formación de equipos, en busca de personas de proceso sensible
- 9 - Sistema computarizado de programación de citas y organización de las referencias específicas e cuantificación de llama evaluación diaria y mensual de los problemas.
- 10 – Analisar el perfil de los clientes, el pico y la estacionalidad e da equipo de trabalo.

Normas generales de compilar:

Requisitos necesarios para el despliegue de recepción central y Calificación de Riesgo:

Establecimiento de flujos, protocolos de atención y clasificación de riesgos;
Clasificación Equipos Host y Clasificación de Riesgo (recepción, enfermeras, consejeros de flujo, seguridad);
Sistema de Información para la programación de citas para pacientes externos y referencias específicas;
La cuantificación de la asistencia diaria y el perfil de la clientela y los períodos de punta;
La adecuación de la infraestructura física y logística en las siguientes áreas de atención primaria:
Área de Emergencias
Área de Atención de Emergencia

C : BUSCAR :

- En busca de personas (trabajadores) sensibles a la filosofía nuevo servicio.
- Examen de acceso al servicio, el cambio de la burocracia de la cola.
- Cambio de los objetos de la atención, no la enfermedad, pero el cliente.
- Relaciones humanizantes (postura, tono de voz, el reconocimiento de las prioridades)

D : PARA :

11- Humanizar las relaciones entre los profesionales de la salud y usuarios con un enfoque holístico.

12 - Orientar al usuario con claridad, eficiencia y eficacia.

13 - Mejorar el trabajo en equipo con la integración de las actividades realizadas por los mismos, para cumplir con tecnologías de procesamiento de la complejidad, gravedad y compatible para reunirse.

14 - Crear vínculo terapéutico para aumentar el grado de autonomía

E : Problemas:

15- Expansión de los servicios y la aplicación de la gestión humanizado, causando una sobrecarga, lo que dificulta la calidad de las acciones y mantener sólo los procedimientos de producción.

16 - Dificultad en la superación de la dimensión biológica (centrado en la enfermedad) impidiendo perspectiva humana sobre la interacción entre los profesionales sanitarios y usuarios.

17 - Superar la práctica médica que tiene un papel tan central

18 - Dificultad en el aumento de la capacidad de los trabajadores para distinguir cuestiones (prioridades)

19 - No extrapolar habilidades en la profesión.

20 - El no reconocer al usuario y sus conocimientos, teniendo en cuenta el personal de salud con los conocimientos adecuados en

F : Investigaciones propuestas para el inicio del trabajo:

- 1.-Cómo es el acceso de usuarios en sus necesidades de salud, para cuidar a su servicio? Algunos puntos que se deben observar con todos los sentidos (oído, vista, tacto e intuición): Al llegar a la unidad, a quien o donde el usuario se dirige? ¿Quién lo recibe? ¿En qué sentido? ¿Qué forma tiene el usuario para ser atendido? Lo que no se cumplen y por qué?**
- 2 - ¿Qué los define como prioridad? Hay un servicio de pedidos en su cuidado? ¿Qué?**
- 3 - ¿Cómo no la remisión de los casos tratados en?**
- 4 - ¿Cómo percibe la relación entre el trabajador de la salud y el usuario? ¿Cómo se componen los equipos de atención en su unidad? Hay multiprofesional trabajo en equipo? ¿En qué sectores? Hay reuniones regulares? ¿Con qué frecuencia? ¿Cuál es la composición?**
- 5- ¿Cómo se toman las decisiones en su unidad?**
- 6 - ¿Cómo es el ambiente y que interfiere con las prácticas de acogida?**

El centro, la referencia de la utilización del sistema anfitrión del usuario. Sepa que es la base de la pregunta, así como la integración del personal de salud debe tener para lograr este objetivo mejor. Para facilitar el desarrollo de la filosofía de acogida, sugieren que una forma rellena, debe ser elaborado por el equipo de salud, en busca de

datos para acelerar el desarrollo del programa de acogida o Humanización PHN acuerdo. (Brasil, 2004)

Humanización como política pública debe crear espacios para la creación y el intercambio de conocimientos, invertir en las formas de trabajar juntos. Es una estrategia

para interferir en la producción de temas de salud desplegadas, son capaces de transformar las situaciones, y también a sí mismos.

De acuerdo con el glosario de términos en el Ministerio de Salud, por lo que se entiende por el anfitrión el usuario que recibe desde su llegada, asumiendo la responsabilidad por ello, escuche su queja, lo que le permite expresar sus preocupaciones, ansiedades con la necesaria límites / atención resolutiva y el enlace con otros servicios de salud es una acción que requiere asistencia tecnológica cambiando la relación profesional / usuario.

A continuación, se diseñó un esquema para la implementación del cuidado humano básico de servicios de salud:

Hosting (Clasificación de Risco) aproximación, bienvenida, para estar con ...

Actitud de la inclusión, la inclusión de normas éticas, técnicas, humanitarias, políticas y estéticas.

Humanización a través de la aceptación, humanizar los servicios de salud, en el proceso de producción de salud. Filosofía de Trabajo red de relaciones, el acceso universal hecha por todos (Dentro de sus competencias) Tenga cuidado de unos a otros (profesionales y pacientes) Crea bond, discutido con la comunidad Como acción terapéutica.

Rendición de cuentas: Compartir problemas y soluciones (usuarios y profesionales)

Redes Conversación

Escuchar cualificada: La postura de escucha con compromiso, incluyendo la cultura y el conocimiento Gestión participativa: ampliar los espacios democráticos para la discusión, decisión, escucha, el intercambio y las decisiones colectivas

Resolubilidad: Conocer y resolver, cuando no se puede. Asesorar en materia de servicios de salud (articulado) que garantizan la eficacia de las referencias.

BIBLIOGRAFÍA

- ABBES, C. & MASSARO, A. Acolhimento com classificação de risco, Campinas.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. (2005)A estratégia de acolhimento na atenção básica. Salvador.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde (2002) . Coordenação de Urgência e Emergência . Acolhimento com classificação de risco , 8p.
- BENEVIDES, R.;& PASSOS, E.(2005) Humanização na saúde: um novo modismo? Interface – Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394.
- BRASIL , CONGRESSO NACIONAL (1988) Constituição Federal da República Federativa do Brasil. Brasília , DF
- CAMPOS, C. R.; MALTA. D.;& REIS, A.(1998) Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã .
- CAMPOS, G. W. S.(2003) Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec.
- CECÍLIO, L. C. O.;& MERHY, E. E.(2003) A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar, In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, & Ruben Araújo.(Org.).Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco.
- DOMICIANO, V. & FONSECA, A.S. (2008) Tempo médio para o atendimento do cliente em um departamento de emergência de um hospital privado. Revista Nursing,11(119):182-188.
- FERREIRA, A. B. H.(2008) Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.;& MERHY, E. E. (1999) O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim-MG. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr./jun.
- FRANCO, T.; PANIZZI. M.; & FOSCHIREA. M. O Acolher Chapecó e a mudança do processo de trabalho na rede básica de saúde. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, n. 30.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; & MEHRY, E. E. (1999)O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr/jun.
- JCAHQ- ORG
- MAURER, T.C. (2010) Enfermeiro no acolhimento com classificação de risco na emergência pediátrica ; Porto Alegre.
- MELO , M.G.G. & VIGOR, L.R.A. (2008) O papel do enfermeiro na triagem classificatória do departamento de emergência . Revista Nursing, vol.11.
- MERHY, E. E.;& ONOCHO, R (Org.).(1997) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec.
- MERHY, E. E.(2002) Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec.
- MERHY, E.& MALTA, D.(1998) Acolhimento um relato de experiência de Belo Horizonte. In: CAMPOS, C. R.; MALTA. D.;& REIS. A. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público São Paulo: Xamã, p. 121-142.
- PINTO , T.A.T. (2009) Triagem , estratificação de risco e unidade vascular como formas de otimização do atendimento de pacientes com síndrome vascular em serviço de emergência , Dissertação de Mestrado , PUCRS , Porto Alegre.
- PIVA, M.G. (2010) Unidades de observação y unidades de corta estancias , ventajas e inconvenientes.
- PONTES, T.C. (2011) Classificação de risco : a importância do enfermeiro no acolhimento e na triagem obstétrica. Monografia (especialização), UPE, Rio de Janeiro
- PRACTICE STANDART – 99 – ENA – disponível em www.ena.org
- SALAZAR, CC & FALK, M.R.L (2008) Reduzindo as distancias : o acolhimento com classificação de risco adaptado a emergência obstétrica. Monografia (especialização) UFRGS, Porto Alegre.
- SILVA, S.H. (1993) Controle da qualidade assistencial de enfermagem :implementação de um modelo, Tese de Doutorado, USP , São Paulo

-TEIXEIRA, R. R. (2003) O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ/MS/ABRASCO.

-ZANELATTO, D.M. & DAL PAI, D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência : a perspectiva dos profissionais de enfermagem . Disponível em www.periodicos.uem.br/index.php/CiencCuidSaude/.../9390.