



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ESTHER DIAS PEDROSA

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: percepção de Enfermeiros que
atuam em um Hospital Universitário no alto sertão paraibano**

CAJAZEIRAS – PB

2016

ESTHER DIAS PEDROSA

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: percepção de Enfermeiros que atuam em um Hospital Universitário no alto sertão paraibano

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Kennia Sibelly Marques Abrantes

CAJAZEIRAS – PB

2016

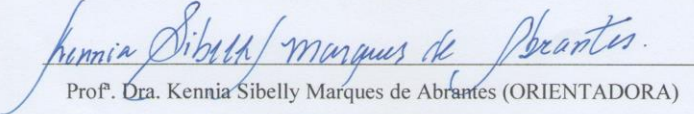
ESTHER DIAS PEDROSA

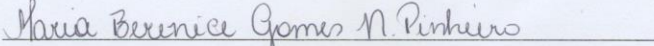
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: percepção de Enfermeiros que atuam em um Hospital Universitário no alto sertão paraibano

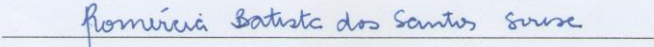
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 24 / 05 / 2016

Banca Examinadora


Prof.ª Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes (ORIENTADORA)
(UAENF/CFP/UFCG)


Prof.ª Ms. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro (MEMBRO)
(UAENF/CFP/UFCG)


Prof.ª Ms. Romércia Batista Dos Santos Sousa (MEMBRO)
(ETSC/CFP/UFCG)

CAJAZEIRAS – PB

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

- P372a Pedrosa, Esther Dias
Acolhimento com classificação de risco: percepção de enfermeiros que atuam em um Hospital Universitário no alto sertão paraibano / Esther Dias Pedrosa. - Cajazeiras, 2016.
73f.: il.
Bibliografia.
- Orientadora: Profa. Dra. Kennia Sibelly Marques Abrantes.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.
1. Enfermagem em emergência. 2. Acolhimento. 3. Urgência e emergência - atendimento. 4. Enfermeiros - Hospital Universitário. I. Abrantes, Kennia Sibelly Marques. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

Dedico este trabalho ao meu Deus, que com sua ajuda me fez chegar até aqui, a minha família e ao meu noivo que com amor e carinho me apoiaram nos momentos mais difíceis sempre me incentivando a prosseguir.

AGRADECIMENTOS

Sou grata ao meu bom Deus que tem abençoado e me dado sabedoria para alcançar meus objetivos. Sem Ele nada seria!

Agradeço aos meus pais Jairo e Vanderlucia, ao meu irmão Samuel e minha cunhada Kallinny, por estarem sempre ao meu lado me apoiando e incentivando a continuar nesta caminhada. Através dos ensinamentos dados por vocês, meus pais, pude me tornar hoje o que sou, a vocês o meu eterno Obrigado!

Ao meu noivo Rawdisney, a minha sogra Irene, a meu sogro Francisco, a minhas cunhadas Rawenea e Rawcenea e a Gildervam agradeço por estarem sempre presentes, compartilhando momentos de conquistas e de dificuldades.

Aos meus avós, tios e primos agradeço pelo carinho, motivação e por acreditaram que eu conseguiria alcançar meus objetivos. A todos os meus vizinhos e amigos o meu muito obrigado.

Aos meus Professores do Ensino Fundamental à Graduação, agradeço de todo coração pelos conhecimentos ofertados, pela dedicação e empenho na construção do saber. Desejo que vocês possam ser recompensados com o amor e a graça de Deus, pois só Ele pode retribuir tão boa ação.

A minha Professora e Orientadora Dra. Kennia Sibelly, muito obrigada pela dedicação e orientação durante a construção deste trabalho.

A todos os meus colegas de turma, em especial à Pâmera, Thaís, Carleane, Luma e Bruna, agradeço imensamente pela companhia durante todos esses anos e pelos conhecimentos compartilhados.

A todos vocês que fazem parte da minha vida, direta ou indiretamente, o meu muito obrigado!

“Mas em todas as coisas somos mais que vencedores, por meio daquele que nos amou.”

Romanos 8: 37

LISTA DE SIGLAS

ACR	Acolhimento com Classificação de Risco
APAMIC	Associação de Proteção a Assistência e Infância de Cajazeiras
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFP	Centro de Formação de Professores
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ETSC	Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras
HUJB	Hospital Universitário Júlio Bandeira
IJB	Instituto Materno Infantil Dr. Júlio Maria Bandeira de Mello
MS	Ministério da Saúde
PAPS	Posto de Assistência Primária à Saúde
PNAU	Política de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
QualiSUS	Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde
RUE	Rede de Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIN	Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Comparação entre os principais Protocolos de Acolhimento com Classificação de Risco.	27
Quadro 2	Caracterização dos Sujeitos da pesquisa	38
Quadro 3	Unidades de registro e significação dos depoimentos das enfermeiras quanto à implantação do ACR – Cajazeiras, PB, 2016	41
Quadro 4	Unidades de registro e significação dos depoimentos das enfermeiras quanto às mudanças para o serviço com o ACR – Cajazeiras, PB, 2016	44
Quadro 5	Unidades de registro e significação dos depoimentos das enfermeiras quanto às mudanças para o usuário com o ACR – Cajazeiras, PB, 2016	46
Quadro 6	Unidades de registro e significação dos depoimentos das enfermeiras quanto às potencialidades e fragilidades com o ACR – Cajazeiras, PB, 2016	48
Quadro 7	Unidades de registro e significação dos depoimentos das enfermeiras quanto às suas atribuições no ACR – Cajazeiras, PB, 2016	51
Quadro 8	Unidades de registro e significação dos depoimentos das enfermeiras acerca do ACR no contexto da Política Nacional de Humanização – Cajazeiras, PB, 2016	53

PEDROSA, Esther Dias. **Acolhimento com Classificação de Risco: percepção de Enfermeiros que atuam em um Hospital Universitário no alto sertão paraibano.** 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2016.

RESUMO

Introdução: Os serviços de urgência e emergência são responsáveis pelo atendimento dos pacientes que se encontram em situações agudas e que apresentam risco eminente de morte, porém a maioria dos usuários que procura por assistência nestas unidades, não se enquadra nestes critérios, e poderia ter seus problemas resolvidos no nível básico de atenção. Diante da realidade apresentada, o Ministério da Saúde (MS), propõe através da Política Nacional de Humanização (PNH) o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) com a intenção de ampliar o acesso a toda a população, reduzir as filas e o tempo de espera, e reorganizar o fluxo de atendimento. **Objetivo:** Analisar a percepção dos Enfermeiros que atuam em um Hospital Universitário do alto sertão paraibano acerca da implantação do ACR. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa desenvolvida com os Enfermeiros que atuam no pronto atendimento de um hospital público, universitário, do município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil. A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista semiestruturada áudio gravada. Para a análise dos dados foi utilizado o método de Bardin, que consiste na pré-análise, exploração dos dados e tratamento dos resultados. **Resultados:** A população do estudo constitui-se em sua totalidade por sete profissionais do sexo feminino, quatro enfermeiras apresentaram faixa etária entre 29 a 33 anos, seis apresentavam pós-graduação em nível *Latu Sensu*, e um somente a graduação. Quanto ao tempo de atuação dos profissionais na enfermagem e na emergência do hospital em estudo, quatro atuavam de 8 a 11 anos e quatro de 5 a 7 anos, respectivamente. Quanto à implantação do ACR na percepção das enfermeiras, este proporcionou mudanças positivas para os usuários e instituição, no que se refere à qualidade do atendimento prestado e a reorganização do fluxo de pacientes. Porém, algumas dificuldades na prática do ACR podem ser apontadas, como a falta de conhecimento da população sobre a classificação de risco, a dificuldade de classificar as prioridades e a desarticulação com a atenção básica. Os enfermeiros também não compreendem o sentido do ACR em sua totalidade, restringindo-o ora à prioridade no atendimento, ora ao atendimento humanizado. **Conclusão:** Os resultados obtidos com essa pesquisa permitiram identificar que a implantação do ACR contribuiu para melhorar a organização do serviço e a qualidade da assistência, ao propiciar agilidade de acordo com as

necessidades dos usuários. Contudo, a efetivação das mudanças propostas para reorganização do serviço não é algo tão fácil de alcançar, indo além dos limites e possibilidades da equipe, dependendo também do entendimento da população e de mudanças estruturais na rede de atenção à saúde.

Palavras-Chave: Acolhimento. Enfermagem em Emergência. Triage.

PEDROSA, Esther Dias. **Welcoming with Risk Rating:** perception of nurses working in a university hospital in the high backlands of Paraiba. 73 f. Completion of course work. Bachelor of Nursing. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2016.

ABSTRACT

Introduction: urgent and emergency services are responsible for the care of patients who are in acute situations and who present imminent risk of death, but most users looking for assistance in these units do not fit these criteria, and could have their problems solved at the basic level of attention. Given the presented reality, the Ministry of Health (MOH), proposed by the National Humanization Policy (PNH) Settlement with Risk Rating (ACR) with the intention of expanding access to the entire population, reduce queues and time waiting, and reorganize the flow of care. **Objective:** To analyze the perception of nurses working in a university hospital of high backlands of Paraiba on the implementation of the ACR. **Methodology:** This is a descriptive exploratory research with qualitative approach developed with nurses working in the emergency room of a public hospital, university, the city of Cajazeiras, Paraíba, Brazil. The data were collected through a semi-structured interview audio recorded. For data analysis was used Bardin method, which consists in pre-analysis operation data and processing results. **Results:** The study population is constituted in its entirety by seven female workers, four nurses had aged between 29-33 years, six had graduate in *Latu Sensu* level, and only graduation. As for the time of work of professionals in nursing and emergency hospital study, four were active from 8 to 11 years and four 5 to 7 years, respectively. Regarding the implementation of the ACR in the perception of nurses, this brought positive changes to users and institutions, as regards the quality of care and the reorganization of patient flow. However, some difficulties in the ACR practice can be identified, such as lack of knowledge of the population about the risk rating, the difficulty of classifying priorities and the disarticulation with basic care. Nurses also do not understand the meaning of the ACR in its entirety, restricting it now to give priority to service, now the humane care. **Conclusion:** The results of this research have identified that the implementation of the ACR contributed to improve the organization of the service and the quality of care, to provide flexibility according to the needs of users. However, the effectiveness of proposed changes to service reorganization is not so easy to reach, beyond the limits and possibilities of the team, also depending on the understanding of the population and structural changes in the network of health care.

Keywords: Home. Emergency Nursing. Screening.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVO	17
2.1 GERAL.....	17
2.2 ESPECÍFICOS.....	17
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	18
3.2 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	23
3.3 ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	29
4 METODOLOGIA	32
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
4.2 CONTEXTO DO ESTUDO	32
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	34
4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	35
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	39
5.2 NÚCLEOS DE SENTIDO	41
5.2.1 Percepção dos Enfermeiros acerca da Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no HUIB	42
5.2.2 Potencialidades e Fragilidades com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco	49
5.2.3 Atribuições do Enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco	51
5.2.4 Conhecimento dos Enfermeiros acerca do Acolhimento com Classificação de Risco no contexto da Política Nacional de Humanização (PNH)	53

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	59
ANEXOS	64
APÊNDICES	71

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado por meio da Constituição Federal Brasileira em 1988, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e apresenta como princípios norteadores a integralidade, a universalidade e a equidade (ROSSANEIS et al., 2011). Entretanto, o SUS tem enfrentado sérios problemas no que se refere à garantia destes princípios, principalmente, no setor de urgência e emergência, refletindo diretamente na qualidade do atendimento e na resolutividade dos problemas (NASCIMENTO et al., 2011).

Os serviços de urgência e emergência são responsáveis pelo atendimento dos pacientes que se encontram em situações agudas e que apresentam risco eminente de morte ou sofrimento intenso, porém a maioria dos usuários que procura por assistência nestas unidades, não se enquadra nestes critérios, e poderia ter seus problemas resolvidos no nível básico de atenção (LOPES, 2011).

A demanda reprimida de outros setores juntamente com a prestação de uma assistência fragmentada tornam os serviços de emergência uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, somado a falta de organização do trabalho, muitas complicações são geradas e atingem diretamente a qualidade do atendimento, pois todos os pacientes que chegam ao serviço, desde os mais graves até os casos mais simples, são atendidos, porém sem uma classificação prévia para avaliar a necessidade e o grau de risco que o mesmo possui, tornando o atendimento por ordem de chegada e provocando agravos ao estado clínico dos pacientes (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

Diante da realidade apresentada nos serviços de urgência e emergência públicos do Brasil, o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2004, lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) ou Humaniza SUS que propõe como estratégia o Acolhimento com Classificação de Risco com a intenção de ampliar o acesso a toda a população, reduzir as filas e o tempo de espera, e propor a utilização de protocolos de classificação de risco para reorganizar o fluxo de atendimento e contribuir para a promoção da saúde (PAI; LAUTERT, 2011).

O acolhimento é uma ação que propõe mudanças no relacionamento entre profissional, usuário e a rede social, através de medidas que permitam o desenvolvimento de um atendimento ético, humano e solidário, em que sejam colocadas em prática os princípios do SUS, como a equidade, a universalidade, a acessibilidade e a integralidade (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

O Acolhimento com Classificação de Risco permite a identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco ou grau de sofrimento. Essa prática deve ser desenvolvida com profissionalismo e ética para que o atendimento ocorra por nível de complexidade e não mais por ordem de chegada (OLIVEIRA et al., 2013).

Nesse sentido, a Classificação de Risco tem o objetivo de reconhecer e organizar o atendimento de acordo com as necessidades do usuário, substituindo a triagem excludente por um modelo acolhedor, pois além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, objetiva também garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado (BRASIL, 2009).

Na prática, o processo de classificação de risco é realizado por enfermeiros que devem estar devidamente capacitados. Em muitos países, a triagem era realizada por médicos, porém percebeu-se que o enfermeiro é o profissional mais qualificado para esse atendimento que têm por finalidade analisar o estado clínico do paciente e classificá-los de acordo com a necessidade apresentada (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

Porém, importa destacar, que mesmo com a implantação da PNH, são muitos os desafios que ainda existem para padronizar o atendimento nos serviços de urgência e emergência no Brasil como, por exemplo, investimento financeiro, capacitação dos profissionais da saúde e o treinamento de enfermeiros para utilização de protocolos de classificação de risco (ANZILIERO, 2011).

Na verdade, implementar com eficiência e qualidade os protocolos de classificação de risco requer mudanças não apenas físicas, mas principalmente mudanças de atitudes, de pensamentos e quebra de paradigmas interpostos pelo tempo (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013). Assim, faz-se necessário elencar questionamentos sobre como está sendo desenvolvida a classificação de risco nos serviços de emergências hospitalares públicos e qual a percepção dos enfermeiros sobre a prática do acolhimento com classificação de risco nestes serviços em que atuam, visto ser o enfermeiro o profissional responsável por esta prática.

Por fim, ao considerar a escassez de discussão sobre este tema na realidade local e a necessidade de identificar os problemas na utilização e na prática da classificação de risco e buscar as condições necessárias para solucioná-los, pensou-se na realização desse estudo, pois a falta de conhecimento pode gerar grandes obstáculos para sua efetivação na prática.

2 OBJETIVO

2.1 GERAL

Analisar a percepção dos Enfermeiros que atuam em um Hospital Universitário do alto sertão paraibano acerca da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil dos Enfermeiros que atuam no Hospital Universitário em estudo;
- Identificar como os Enfermeiros avaliam a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no Hospital Universitário em estudo;
- Conhecer o papel dos Enfermeiros no Acolhimento com Classificação de Risco no Hospital Universitário em estudo;
- Verificar o conhecimento dos Enfermeiros a respeito do Acolhimento com Classificação de Risco no contexto da Política Nacional de Humanização.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado através da Constituição Federal de 1988, preconiza que as ações de saúde sejam descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas, com o objetivo de atender com integralidade as necessidades da população e de organizar o direcionamento das ações prestadas pelos profissionais de saúde (HILSENDEGER; NETH; BELAVER, 2010).

A rede de atenção à saúde é composta por unidades de atenção primária onde são oferecidos os cuidados básicos de promoção, manutenção e recuperação da saúde; por unidades de atenção secundária que prestam os cuidados nas várias especialidades para as afecções de maior prevalência e as unidades de atenção terciária que agregam serviços de várias complexidades. Além desses serviços à rede também conta com o apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e os serviços de atenção domiciliar (OLIVEIRA et al., 2013).

Desde a idealização do SUS, uma das maiores dificuldades encontradas foi garantir uma assistência integral e continuada que contemplasse toda a população e assegurasse a resolutividade dos problemas (ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012).

Para garantir a resolutividade no atendimento e uma assistência qualificada a população é necessário que os três níveis de atenção estejam articulados entre si, porém, enquanto isso não acontece, a rede de saúde acaba se sobrecarregando (OLIVEIRA et al., 2013).

De acordo com Azevedo et al (2010) as ações básicas de saúde ainda são insuficientes para resolver os problemas no nível primário de atenção, além disso o aumento do número de acidentes e da violência urbana, tem contribuído significativamente para a superlotação dos serviços de urgência e emergência.

Devido à carência de atendimento qualificado e a falta de resolutividade dos problemas, a atenção básica perde cada vez mais credibilidade, e a população, sem alternativas, acaba recorrendo aos serviços de urgência e emergência (NASCIMENTO et al., 2011). A desestruturação entre os níveis de atenção e a falta de conhecimento da população sobre a organização dos serviços de saúde induz o aumento da demanda nas urgências e emergências em todo território nacional (AZEVEDO et al., 2010), e por esse motivo as

emergências estão se tornando cada vez mais uma das principais portas de entrada do SUS (OLIVEIRA et al., 2013).

Segundo Shiroma e Pires (2011), o aumento do número de pacientes atendidos, a estrutura física inadequada, a falta de priorização do atendimento, a ausência de recursos humanos e materiais bem como a não resolutividade dos problemas, fazem da emergência um local com extrema dificuldade de organização do trabalho e reforça a desvalorização da população em relação à atenção primária.

As urgências e emergências constituem-se um importante componente da assistência à saúde, porém, a desestruturação da rede de atenção e a falta de recursos humanos e materiais, estão transformando estes serviços em uma das áreas mais problemáticas do SUS (FEIJÓ, 2010).

Em virtude desse caos vivenciado nos serviços de urgência e emergência, e considerando o que estabelece o Artigo nº196 da Constituição Federal de 1988 em que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2012, p.116-117) o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu políticas públicas voltadas para a melhoria do atendimento à população.

Em 1999, foi lançada a Portaria 824/GM que formalizou a regulamentação médica como base fundamental para ordenar e orientar a assistência pré-hospitalar e hospitalar. Em 2001 esta portaria foi editada, considerando a necessidade da adoção de sistemas regionalizados, hierarquização que garantisse solução para os problemas dos usuários, integralidade na assistência prestada e equidade no funcionamento dos serviços (AZEVEDO et al., 2010).

Em 2002, o MS em parceria com as Secretarias de Saúde formularam a Portaria 2048/GM que propõe a organização dos atendimentos de urgência e emergência, e estabelece normas e critérios de funcionamento para a assistência pré-hospitalar móvel. Descreve também sobre a atuação e formação dos profissionais de saúde que irão atuar nestes serviços (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

Em 2003, foi lançada a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), regulamentada através da Portaria 1863/GM (BRASIL, 2003). Em julho de 2011, a PNAU sofreu algumas modificações e passou a instituir a Rede de Urgência e Emergência (RUE). Essa rede tem o propósito de integrar todos os equipamentos de saúde, com o objetivo de

ampliar o acesso humanizado respeitando a subjetividade dos indivíduos em situação de urgência e emergência, de forma ágil e resolutiva (LOPES, 2011).

A RUE é constituída por diferentes componentes que contribuem para o desenvolvimento de uma assistência qualificada nos serviços de urgência e emergência: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; SAMU e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011).

Uma das estratégias da RUE é a organização das redes assistenciais, desde a pré-hospitalar (fixa e móvel) até a rede hospitalar, estendendo-se também à atenção domiciliar. Além de propor a organização dos serviços, a RUE intensifica a necessidade de capacitação dos profissionais e a distribuição de atendimento de acordo com a capacidade de cada serviço (GODOY, 2010).

A falta de investimentos na qualificação dos trabalhadores contribui para o desenvolvimento de uma assistência descomprometida com a produção de saúde e a singularidade dos indivíduos. Esse modelo de atenção exerce na maioria das vezes um olhar direcionado à doença e não ao indivíduo como um todo, transformando o atendimento em um processo mecânico (BRASIL, 2013).

Com a finalidade de modificar esse modelo de atenção que já predominava antes mesmo da criação da RUE, o MS implantou em 2003 o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde (QualiSUS), com a intenção de proporcionar mais conforto aos pacientes antes e durante o atendimento, oferecendo um ambiente de qualidade tanto para os usuários quanto para os trabalhadores, além de profissionais capacitados para garantir uma assistência eficaz (OLIVEIRA et al., 2013).

Neste sentido, o Programa QualiSUS prevê o investimento em equipamentos e infraestrutura, na capacitação e valorização dos trabalhadores, no relacionamento interpessoal entre os profissionais e usuários, na implantação de novas tecnologias organizacionais de atenção bem como de novos modelos de gestão nas portas hospitalares de urgência (GUSMÃO-FILHO; CARVALHO; JÚNIOR, 2010).

Seguindo com o mesmo objetivo de otimizar cada vez mais o atendimento prestado nos serviços de Urgência e Emergência o MS instituiu também em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) ou Humaniza SUS, a qual foi formulada com base no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) lançado no ano 2000. A PNH é uma política transversal que atua sobre todos os níveis da rede com o objetivo de melhorar a

assistência e investir na capacitação dos trabalhadores de saúde (CAVALCANTE et al., 2012).

A PNH busca a valorização da subjetividade em todas as práticas de atenção e gestão, o fortalecimento e a motivação para a construção de processos integradores e promotores de compromissos e responsabilização, a efetivação do trabalho em equipe multiprofissional, a comunicação efetiva entre os níveis de atenção do sistema de saúde e a utilização da informação na construção da autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2004).

Essa política tem como foco principal colocar em prática as ações de humanização no cuidado à saúde, com a finalidade de reduzir o tempo de espera e a ordem de atendimento por filas, uma vez que muitos serviços de urgência e emergência conviviam e certamente ainda convivem com grandes filas onde as pessoas disputam por atendimento de acordo com a hora da chegada sem classificação alguma (BRASIL, 2009), além de ampliar o acesso, proporcionar um atendimento acolhedor de acordo com o grau de risco e garantir que o usuário esteja bem informado e direcionado dentro da rede de saúde (GUSMÃO-FILHO; CARVALHO; JÚNIOR, 2010).

A humanização deve ser compreendida como uma política que atue de maneira transversal em toda a rede de atenção à saúde, oferecendo um atendimento de qualidade a partir da inclusão de novas práticas no acolhimento, da melhoria do ambiente e das condições de trabalho dos profissionais. Dessa forma será possível intensificar a atuação dos usuários do sistema na produção e manutenção da saúde (BRASIL, 2004).

A humanização implica na valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. Essa política busca valorização da autonomia e responsabilização dos sujeitos e contribui para a construção de relacionamentos interpessoais entre profissional e usuário, além de propor a criação de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (ROSSANEIS et al., 2011).

Segundo Feijó (2010), a PNH propõe a implantação de ferramentas e dispositivos que contribuam na organização do serviço e na qualidade da assistência, dentre eles destaca-se como diretriz o acolhimento com classificação de risco.

Neste contexto a humanização do cuidar torna-se uma ferramenta indispensável durante a prática do acolhimento, tendo em vista que ela proporciona o estabelecimento de vínculo entre o usuário e o profissional, em que o usuário terá mais confiança para expressar seus problemas e necessidades, e os profissionais se sentirão capazes para oferecerem

soluções favoráveis, tendo em vista que terão mais conhecimento sobre a individualidade do usuário (CAVALCANTE et al., 2012).

O Acolhimento como diretriz da PNH tem a finalidade de oferecer um atendimento qualificado ao usuário desde a sua chegada ao serviço de saúde até a sua saída, garantindo-lhe uma resposta satisfatória a sua necessidade (CAVALCANTE et al., 2012). Ele permite a organização do serviço, uma vez que os pacientes são classificados de acordo com o potencial de risco, agravamento do quadro clínico ou por maior sofrimento ou vulnerabilidade (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

Acolher consiste em oferecer um atendimento resolutivo e com responsabilização, caso haja a necessidade de encaminhamento para outro serviço o usuário e a família devem ser devidamente orientados e o referenciamento deve ser formalizado para que a continuidade da assistência seja garantida (BRASIL, 2009).

Acolher não significa dizer que todos os problemas do paciente serão resolvidos naquele exato momento, mas sim, que as suas queixas serão ouvidas e as melhores condutas serão tomadas para resolvê-las (ZENELATTO; DAL PAI, 2010).

O ato de acolher proporciona o estabelecimento de um bom relacionamento entre o profissional e o usuário contribuindo para a garantia da qualidade da assistência prestada. Para tanto faz-se necessário a adoção de métodos que possam garantir um atendimento mais ético, humano e solidário, a fim de que possam ser colocadas em prática a equidade, a universalidade, a acessibilidade e a integralidade que são ações preconizadas pelos SUS (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2010a, p.19).

Todos os usuários que chegam ao serviço de emergência devem ser acolhidos por um profissional de saúde capacitado para realizar uma escuta qualificada e a partir dessa escuta realizar a classificação de risco e o encaminhamento para o setor necessário e/ou outro serviço mais adequado (ZENELATTO; DAL PAI, 2010). A classificação de risco permite a identificação dos pacientes que possuem um potencial de risco maior e que necessitam de atendimento imediato (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

Prestar um atendimento acolhedor com o objetivo de solucionar os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de urgência implica que todos os pacientes serão

acolhidos por um profissional, que ao realizar o atendimento estará atento ao que o paciente relatar com o objetivo de identificar os riscos e vulnerabilidades apresentadas, assim como se responsabilizar pela resolução da situação utilizando os recursos necessários para a sua conduta (BRASIL, 2009).

Contudo, faz-se necessário destacar que mesmo diante de todos os avanços obtidos com a implantação do SUS, ainda existem muitos desafios a serem superados no que diz respeito aos modelos de atenção e gestão relacionados ao acesso e ao acolhimento dos usuários nos serviços de saúde pública, pois grande parte destes serviços, principalmente os de urgência e emergência, ainda continua desenvolvendo erroneamente a prática do acolhimento, em que o principal objetivo consiste em diagnosticar a doença e não o sujeito e suas necessidades (BRASIL, 2010a).

3.2 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Os modelos de gestão e atenção ainda apresentam grandes problemas no que se refere ao acolhimento dos usuários nos serviços, principalmente os de urgência e emergência em que a demanda é muito grande. Um dos grandes desafios do SUS é superar essa dificuldade através de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de uma assistência qualificada em que a garantia de acesso ao atendimento de saúde seja mantida a todos (BRASIL, 2009).

Esse atendimento qualificado implica no desenvolvimento de uma assistência equânime em que todos tenham uma oportunidade justa e eficaz de resolver os seus problemas, sem acarretar desvantagens a outrem. O provimento de uma assistência diferenciada deve ser condicionada sempre que necessário, de acordo com o perfil do sujeito. É importante destacar que Equidade e igualdade não são sinônimos, o princípio da equidade estabelece a garantia de um atendimento igualitário, no sentido que todos terão direito a uma assistência de qualidade, entretanto, essa mesma assistência deve ser individualizada respeitando o estado clínico e contexto biopsicossocial em que o paciente está inserido (OBLITAS et al., 2010).

De acordo com Granja et al. (2010, p. 77), “Equidade é tratar cada usuário dos serviços segundo suas necessidades de saúde, priorizando no atendimento os mais necessitados, por critérios clínicos ou epidemiológico-sociais, depois de garantir acesso igualitário e sem discriminação a todos.”

Neste sentido, o acolhimento do usuário ao serviço corresponde a uma postura de aproximação e responsabilização com o intuito de construir um relacionamento confiável

tanto no desenvolvimento das ações de atenção quanto de gestão (PAI; LAUTERT, 2011). O Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) consiste em um processo de reorganização do trabalho que favorece a visualização dos usuários que apresentam estado clínico mais grave ou maior vulnerabilidade e que necessitam de atendimento imediato (SOUZA et al., 2011).

A falta de organização de trabalho e a superlotação nos serviços de urgência e emergência contribuem para o alto índice de insatisfação de usuários e profissionais. Em decorrência dessas dificuldades, houve a necessidade de construir uma ferramenta que contribuísse para a reorganização do trabalho e a melhoria da assistência oferecida, a fim de priorizar os atendimentos conforme o grau de risco ou sofrimento, e extinguir a classificação por ordem de chegada (ZENELATTO; DAL PAI, 2010).

Neste sentido, o MS desenvolveu o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) como princípio norteador da PNH, cuja finalidade é reorganizar os modelos de gestão através da implantação de um novo modelo de atenção que propicie uma assistência diferenciada àqueles que possuem um grau de risco mais crítico, além de garantir a ampliação do acesso a todos que procuram pelo serviço, por meio de um acolhimento responsável e resolutivo, com base em critérios de risco (GODOY, 2010).

O ACR tem como objetivos organizar o atendimento aos pacientes por meio de protocolos de classificação que determinam a prioridade do usuário, proporcionar a reestruturação do ambiente de trabalho para facilitar o acesso, contribuir na organização e no fluxo de atendimento, garantir a equidade na assistência, reduzir o tempo de espera e o atendimento por ordem de chegada (PAI; LAUTERT, 2011).

Antes da implantação do ACR os atendimentos aos usuários dos serviços de urgência e emergência se davam por meio de filas organizadas por ordem de chegada, sem levar em consideração o que motivava a busca pelo serviço. Essa estrutura desfavorecia os pacientes mais graves, uma vez que os mesmos teriam que esperar por um atendimento que deveria ser realizado imediatamente, e isso contribuía para o agravamento do estado clínico da vítima. Na maioria dos casos estas filas eram estruturadas por profissionais sem conhecimento técnico para realizar uma avaliação clínica que definisse algum tipo de prioridade (DESCOVI, 2009).

O ACR tem a finalidade de facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde através da exclusão das longas filas de espera organizadas por ordem de chegada; modificar o relacionamento entre profissional e usuários por meio da escuta qualificada; intensificar o trabalho em equipe e a responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e

propor uma nova forma de organização do ambiente de trabalho com o intuito de facilitar a visualização dos graus de risco (BRASIL, 2009).

Neste sentido o ACR torna-se uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento de novas estratégias de reorganização do trabalho, porém, para que isso aconteça, são necessários investimentos em toda a rede de atenção, principalmente na atenção básica, para que a mesma possa atuar como uma estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde garantindo um atendimento resolutivo aos usuários e evitando o referenciamento indevido para os serviços de urgências e emergências (ROSSANEIS et al., 2011).

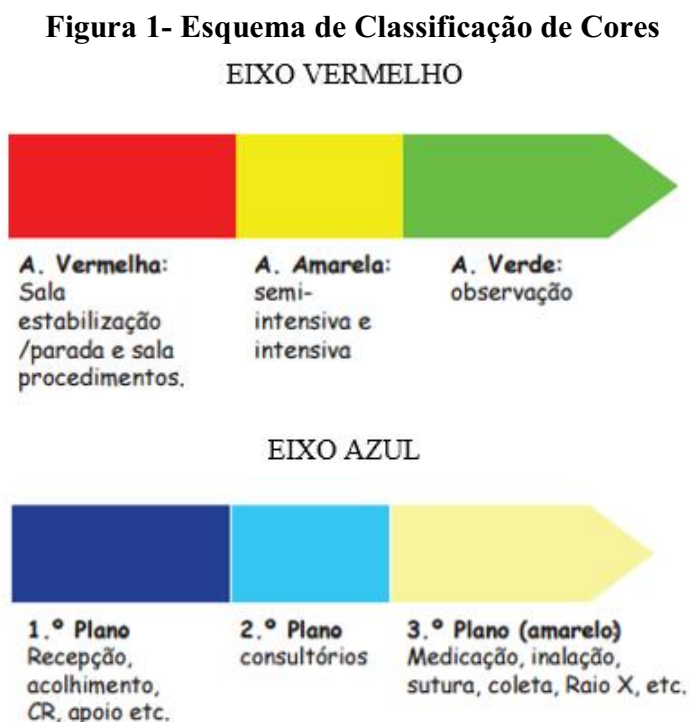
Da mesma forma, os usuários que procuram os serviços de urgência e emergência apresentando urgências menores devem ser encaminhados para a atenção básica com a certeza que lá receberão o atendimento necessário a sua necessidade. Só assim será possível reduzir as longas filas de espera por atendimento e a sobrecarga de trabalho dos profissionais (AZEVEDO et al., 2010).

A Classificação de Risco é um instrumento de trabalho que propõe uma melhor organização do fluxo de atendimento dos pacientes através do esclarecimento e orientação quanto ao direcionamento dos atendimentos nas unidades de emergência. Dessa forma, ao chegar ao serviço, o paciente é direcionado para a sala de acolhimento/triagem onde é atendido por um profissional de enfermagem que fará a escuta qualificada de suas necessidades e o classificará com cores de acordo com o protocolo utilizado (LOPES, 2011).

Para o desenvolvimento de um atendimento acolhedor além de recursos humanos e materiais também é necessário uma estrutura física adequada. Dessa maneira, a PNH instituiu a ambiência em saúde como uma de suas diretrizes, propondo a adequação do espaço físico com a finalidade de proporcionar uma atenção humanizada e resolutiva (BRASIL, 2010b). O conceito de ambiência constitui-se em três eixos: o espaço que possibilita conforto e privacidade durante as consultas, respeitando a individualidade de cada usuário; o espaço que facilita o andamento do trabalho; e o espaço que promove o relacionamento entre os sujeitos (NASCIMENTO et al., 2015).

Nessa lógica, a ambiência na urgência, articulada à diretriz do acolhimento, propõe a reestruturação do ambiente de trabalho e contribui para a organização dos espaços e o entendimento da classificação de risco pelos pacientes. A arquitetura de sinalização se dispõe em dois eixos principais: o eixo vermelho que oferece assistência aos pacientes com risco de morte; e o eixo azul que ampara os pacientes que necessitam ou procuram o atendimento de urgência (BRASIL, 2009).

Segundo o MS, o esquema de classificação de cores de acordo com cada eixo segue o seguinte modelo (BRASIL, 2010b):



Fonte: Google Imagens (2016).

O eixo vermelho é dividido em três áreas. A área vermelha - oferece cuidados aos pacientes com risco de morte; a área amarela - atende os pacientes que já estão estabilizados, mas que ainda requerem atenção; a área verde - oferece atendimento aos pacientes não críticos. O eixo azul é composto por planos. No plano 1 - estão localizados os espaços para acolhimento, espera, recepção, classificação de risco e atendimento administrativo; no plano 2 - ficam os consultórios médicos; no plano 3 - estão as salas para a realização de procedimentos médicos e de enfermagem (BRASIL, 2010b).

De acordo com Hilsendeger, Neth e Belaver (2010) a classificação de risco se dá nos seguintes níveis: Vermelho - prioridade 1: atendimento de emergência; Laranja - prioridade 2: atendimento muito urgente; Amarelo - prioridade 3: atendimento de urgência; Verde - prioridade 4: atendimento não urgente; Azul - prioridade 5: atendimento de baixa complexidade.

A classificação de risco é executada pelos enfermeiros. Estes profissionais são os mais indicados para a realização desse procedimento, pois apresentam uma linguagem clínica direcionada para os sinais e sintomas e mais facilidade para utilizarem os protocolos de classificação de risco. Eles também possuem maior sensibilidade para interpretar os sinais

psicológicos e avaliar os fatores socioeconômicos que influenciam na hora da classificação (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

O MS tem buscado padronizar o ACR através de ações que venham uniformizar esse processo, em todo o território nacional. Para isso é necessário à padronização de terminologias e procedimentos que simplifiquem o atendimento e o tornem mais humano (TOLEDO, 2009).

De acordo com Souza et al. (2011, p. 3):

(...) não existe uma escala padrão quando se trata de medir saúde. A mensuração requer indicadores que representem um conceito. Não existe instrumento de mensuração infalível, fatores situacionais e ambientais, tendenciosidade nas respostas, fatores pessoais e alterações no método de coleta de dados podem contribuir para erros de mensuração (...).

O primeiro protocolo de classificação de risco aprovado pelo MS foi a Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco, instituído por intermédio da PNH (FEIJÓ, 2010). A palavra “protocolo” se refere à padronização de leis e procedimentos que são dispostos à execução de uma determinada tarefa (TOLEDO, 2009).

O protocolo de classificação de risco é uma ferramenta que permite o direcionamento das ações relacionadas ao atendimento dos usuários. Ele caracteriza-se como um facilitador do trabalho, porém não substitui o relacionamento interpessoal entre o usuário e o profissional de saúde. Por esse motivo o MS preconiza sempre o acolhimento com classificação de risco (CAVALCANTE et al., 2012).

A Classificação de Risco pressupõe:

Determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidades do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade. ‘Desta maneira exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos’ (GODOY, 2010, p. 16).

No Brasil, um dos primeiros hospitais a implementarem o ACR foi o Hospital Municipal de Paulina, no ano de 1993, que adotou o protocolo canadense e o adaptou a realidade local. Outra instituição a adotar este modelo foi o Hospital Municipal Dr. Mario Gatti, em Campinas – São Paulo. O hospital Odilon Behrens, em Belo Horizonte, desenvolveu o seu próprio protocolo de ACR baseado pelo protocolo de Manchester e serviu como modelo para outros hospitais (OLIVEIRA et al., 2013).

Mundialmente os sistemas de triagem mais utilizados são o Sistema de Triagem do Reino Unido (Manchester Triage System), a Escala Canadense (Canadian Emergency

Department Triage and Acuity Scale), a Escala Australiana (National Triage Scale) e a Escala Americana (Emergency Severity Index) (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

O Sistema de Triagem do Reino Unido baseia-se na avaliação da queixa do paciente, a qual é identificada no fluxograma de apresentação que é composto por discriminadores, as respostas positivas ou negativas a esses discriminadores indicam uma prioridade clínica definida por cores, que classifica a gravidade e o tempo limite que o paciente pode esperar (DURO; LIMA, 2010).

Na Escala Canadense os pacientes são avaliados clinicamente nos primeiros dez minutos após a sua chegada ao serviço. Depois de realizada a avaliação objetiva e a verificação dos sinais vitais, de acordo com o quadro clínico apresentado, o paciente é classificado através de uma lista já estabelecida de queixas e um esquema de modificadores que auxiliam na classificação do cuidado (DURO; LIMA, 2010).

Na Escala Australiana a classificação é feita pelo enfermeiro, os pacientes são classificados de acordo com as cinco categorias de prioridade, com a gravidade e o tempo de espera. Quanto a Escala Americana, esta contempla cinco níveis de gravidade, em que o nível 1 é o mais grave e o nível 5 o menos grave. A classificação é feita pelo enfermeiro, este modelo não define um tempo limite para a realização do atendimento médico ao usuário, porém é o único que contempla a antecipação de exames e de procedimentos realizados pelo enfermeiro responsável pela triagem (ANZILIERO, 2011).

Quadro 1 - Comparação entre os principais Protocolos de Acolhimento com Classificação de Risco

(continua)

ESCALA	NÍVEIS DE PRIORIDADE	TEMPO PARA OBSERVAÇÃO	FLUXOGRAMA
Escala Australiana (ATS)	Categoria 1 – Reanimação Categoria 2 – Emergência Categoria 3 - Urgência Categoria 4 – Pouco urgente Categoria 5 – Não urgente	Avaliação imediata Avaliação em 10 mim Avaliação em 30 mim Avaliação em 60 mim Avaliação em 120 mim	Não utiliza fluxograma ou lista de queixas
Escala Canadense (CTAS)	Nível I – Reanimação Nível II – Emergência Nível III – Urgência Nível IV – Pouco urgente Nível V – Não urgente	Avaliação imediata Avaliação em 10 mim Avaliação em 30 mim Avaliação em 60 mim Avaliação em 120 mim	Listas de queixas pré-definidas e modificadores

Quadro 1 - Comparação entre os principais Protocolos de Acolhimento com Classificação de Risco

(conclusão)

Escala Americana (ESI)	Nível 1 – Reanimação Nível 2 – Emergência Nível 3 - Urgência Nível 4 – Pouco urgente Nível 5 – Não urgente	Não prevê tempo limite para avaliação dos pacientes, apenas os recursos necessários para o atendimento conforme condição clínica.	Utiliza um fluxograma com notas explicativas
Sistema de Manchester	Nível 1 – Emergência Nível 2 – Muito urgente Nível 3 – Urgência Nível 4 – Pouco urgente Nível 5 – Não urgente	Avaliação imediata Avaliação em 10 mim Avaliação em 60 mim Avaliação em 120 mim Avaliação em 240 mim	Possui 52 fluxogramas com discriminadores gerais e específicos.

Fonte: (ANZILIERO, 2011)

Os protocolos de classificação de risco são utilizados em todos os serviços de urgência e emergência, no entanto, cada serviço adota o método mais adequado para a realidade vivenciada. Esses instrumentos sistematizam a assistência ao paciente na hora de definir a conduta a ser adotada e oferecem respaldo legal para os enfermeiros (LOPES, 2011).

3.3 ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A enfermagem é uma profissão enraizada em determinantes e condicionantes socioeconômicos, políticos e culturais. Seu processo de trabalho é bastante diferenciado, com várias especialidades que exigem do trabalhador conhecimentos e habilidades com respaldo científico para o seu desenvolvimento. Os enfermeiros possuem um papel fundamental no processo de trabalho dos serviços de urgência e emergência, pois além de atuarem na assistência ao paciente em estado emergencial, atuam também no gerenciamento da unidade, garantindo uma melhor organização e qualidade no atendimento (MONTEZELI, 2009).

Os profissionais de enfermagem desses serviços, constantemente se deparam com situações que exigem condutas tão rápidas que às vezes não há tempo suficiente para um planejamento prévio. Com isso, é fundamental que o profissional tenha o conhecimento e a

prática necessária para tomar decisões rápidas e seguras, a fim de não cometer erros (BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012).

A procura excessiva por atendimento nos serviços de urgência e emergência torna este setor um local com extrema sobrecarga de trabalho. Os profissionais de saúde necessitam agir com rapidez e destreza para suprir as necessidades dos usuários e atender as demandas. Assim, é importante que os mesmos estejam amplamente qualificados e tenham os recursos necessários para o desenvolvimento do cuidado. Além do fluxo intenso de atendimento outro motivo que corrobora para a sobrecarga de trabalho desses profissionais é o fato dessas unidades funcionarem 24 horas por dia (GODOY, 2010).

De acordo com a Cartilha da PNH, o profissional mais indicado para realizar a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência é o Enfermeiro (SOUZA et al., 2011). Estes são considerados profissionais que buscam constantemente a melhoria no processo de trabalho, através da implantação de novas metodologias que visam aperfeiçoar o atendimento realizado (ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012).

A classificação de risco deve obrigatoriamente ser realizada por um profissional de saúde, de nível superior, treinado e capacitado para este fim, utilizando para isso os protocolos de classificação. O enfermeiro possui respaldo legal para a realização da classificação de risco, segundo a Lei nº 7.498 de 1986 que regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem. De acordo com a referida lei, são atividades privativas do enfermeiro: a consulta e a prescrição de enfermagem, neste sentido a classificação de risco se enquadra nestas atribuições (OLIVEIRA et al., 2013).

O desenvolvimento da classificação de risco tem proporcionado ao enfermeiro a responsabilidade de garantir a segurança do paciente e coordenar o fluxo de atendimentos nos serviços de emergência (DURO; LIMA, 2010).

Durante a classificação o enfermeiro coleta as informações, baseando-se, principalmente, na escuta dos antecedentes clínicos e da queixa principal. Em seguida, prossegue com a realização do exame físico e verificação dos sinais vitais com a finalidade de identificar os sinais e sintomas apresentados e ao fim do atendimento é concluído a realização da classificação do risco (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

O enfermeiro deve ser capaz de tomar decisões rápidas e seguras, de acordo com cada situação apresentada, e que não coloquem a vida do paciente em risco. Portanto, é necessário que ele esteja fundamentado de conhecimento técnico e científico para atuar com eficiência nestes serviços (GODOY, 2010). Além disso, ele deve manter a ética profissional em todas as

interações com o paciente e família e um atendimento sem preconceitos ou estereótipos no processo de triagem (DURO; LIMA, 2010).

A assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência é direcionada para a manutenção da vida através da preservação das funções fisiológicas vitais do indivíduo, enquanto o tratamento médico é esperado/oferecido. Porém, além dos serviços assistenciais o enfermeiro acaba se envolvendo, na maior parte do tempo, no cumprimento de tarefas administrativas (COSTA; ARAÚJO; BARROS, 2008).

Como gestor o enfermeiro deve estar atento para identificar os problemas e apontar os melhores caminhos para solucioná-los, garantindo a organização do setor e a agilidade no atendimento. Ele necessita buscar novos recursos tecnológicos e a qualificação da equipe, além de solicitar o recrutamento de profissionais especializados para realizar atividades de maior complexidade e para a manutenção do número ideal de trabalhadores (GALVÃO, 2013).

Percebe-se então que as atribuições dos enfermeiros nos serviços de urgência e emergência exigem mais do que conhecimento e técnica, mas sim planejamento prévio, agilidade, flexibilidade e muita atenção para atuar em situações de extrema complexidade. Da mesma forma, na triagem, além de todos esses requisitos é necessário que o profissional esteja focado no contexto biopsicossocial do indivíduo para avaliar o processo saúde/doença do paciente e possibilitar um julgamento correto de sua necessidade (AZEVEDO et al., 2010).

4 METODOLOGIA

Essa seção apresenta a organização da trajetória de como se deu esse estudo. São apresentados a descrição do instrumento de coleta de dados, os procedimentos que foram utilizados durante a coleta e a forma como os dados foram analisados, além da caracterização do tipo e local do estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, que possibilitou a exploração e entendimento acerca da percepção que os indivíduos (Enfermeiros) apresentam quanto à implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) em um Hospital Universitário no alto sertão Paraibano.

Minayo (1994) destaca que, na realização da pesquisa, deve-se utilizar a metodologia que se ajuste a teoria a qual esteja embasada. Dessa maneira, com a finalidade de explorar o objeto de estudo acima mencionado, elegeu-se a metodologia qualitativa, por atender de forma satisfatória o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes. Neste estudo foram abordados processos considerados mais difíceis de serem submetidos à quantificação.

A pesquisa descritiva procura analisar fatos e/ou fenômenos, fazendo uma descrição detalhada da forma como se apresentam esses fatos e fenômenos, ou, mais precisamente, é uma análise em profundidade da realidade pesquisada. Enquanto a pesquisa exploratória objetiva dar uma explicação geral sobre determinado fato, através da delimitação do estudo. Nesse sentido, pode levantar um novo problema que será esclarecido através de outra pesquisa (OLIVEIRA, 2007).

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no pronto atendimento de um hospital público, universitário, do município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil – o Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB).

Este hospital pertenceu por vários anos a APAMIC (Associação de Proteção a Assistência e Infância de Cajazeiras), posteriormente passou a ser gerenciado pela Prefeitura Municipal de Cajazeiras. Em novembro de 2011, o então Instituto Materno Infantil Dr. Júlio

Maria Bandeira de Mello – IJB foi doado para a Universidade Federal de Campina Grande – UFCG (Lei Municipal N° 2.005/2011), sendo recebido oficialmente pelo Conselho Curador da UFCG em julho de 2012 (PLANO OPERATIVO ASSISTENCIAL CONTRATUALIZAÇÃO, 2013).

Em 09 de dezembro de 2015 foi assinado o contrato de gestão compartilhada do HUJB entre a UFCG e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), ficando esta última responsável pela gestão especial gratuita do HUJB.

É um Hospital de relevância para a UFCG por propiciar apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, para a formação no campo da saúde, bem como a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade.

O HUJB presta serviços de saúde 100% através do Sistema Único de Saúde (SUS) na área de Pediatria: pronto atendimento (urgências e emergências) e internamentos, 24 horas por dia. É classificado como hospital de pequeno porte, com referência no atendimento pediátrico de média complexidade para a área que polariza a 9ª Região de Saúde de Cajazeiras – PB, a qual é composta, além do próprio município de Cajazeiras, por mais 14 municípios circunvizinhos (PLANO OPERATIVO ASSISTENCIAL CONTRATUALIZAÇÃO, 2013).

Dispõe de uma estrutura de 26 leitos de pediatria, sendo 18 ativos e oito desativados. Porém, por encontrar-se em processo de reforma e reestruturação, atualmente estão ativados 12 leitos.

O hospital possui um terreno de 10.213,35m² e uma área construída de 1.869,00m². Como mencionado acima se encontra em processo de reforma por está inserido na reorganização da rede de serviços de saúde do SUS na região, pretendendo em pouco tempo tornar-se referência para outros serviços. Nesse sentido, com a reforma e reestruturação dos serviços, o HUJB contará com seis consultórios para consultas eletivas (localizados no Posto de Assistência Primária a Saúde – PAPS/ETSC/CFP/UFCG) e 55 leitos hospitalares, dos quais oito são leitos de ginecologia, quatro leitos são obstétricos clínicos, 19 de obstetria cirúrgica (14 de alojamento conjunto e cinco de quartos Pré-parto, Parto e Pós-parto), três são leitos pediátricos cirúrgicos, 12 são de leitos pediátricos clínicos (sendo um de isolamento), cinco leitos de UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) e quatro leitos de UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais). Com a reforma, mais três leitos de pediatria serão fechados, para abertura de novos serviços, com 40 novos leitos (ginecologia, obstetria e UTIN/UCIN) (RELATÓRIO DE DIMENSIONAMENTO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS, 2014).

A principal porta de entrada do hospital ainda é a demanda espontânea, com uma média de 75 atendimentos diários e 572 exames laboratoriais mensais. Os principais tipos de atendimentos realizados no hospital são: consultas a gastroenterites, infecções das vias áreas superiores, otites e atendimentos de urgência e emergência. As principais causas de internamento são: pneumonias, infecção das vias áreas superiores, desidratação, crise asmática e doenças do aparelho urinário.

Conta hoje com 125 trabalhadores, destes 75 são prestadores de serviço, entre Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Assistente Social, Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicóloga, técnicos de enfermagem, de farmácia e 50 terceirizados. A equipe de Enfermagem é composta por 40 profissionais, sendo 12 Enfermeiros Assistenciais, quatro Enfermeiros Assistenciais de Transferência e 24 Técnicos de Enfermagem.

A implantação da Classificação de Risco no referido hospital ocorreu em junho de 2014, a partir disso tornou-se possível quantificar os atendimentos de acordo com a classificação realizada. No ano de 2015, foi registrado um total de 27.414 consultas de Enfermagem realizadas na Classificação de Risco.

O cenário do local do estudo investigado está descrito para melhor compreensão. A unidade de pronto atendimento dispõe dos seguintes setores: recepção, triagem, ambulatórios, sala de medicação, sala de nebulização, sala de curativos, sala amarela, sala vermelha (setor de estabilização), sala de observação e acesso para ambulâncias.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes dessa pesquisa foram os trabalhadores da saúde (Enfermeiros) que atuam no pronto atendimento do referido hospital realizando o ACR. Não foi estipulado o quantitativo numérico de Enfermeiros que participariam do estudo, uma vez que a pesquisa qualitativa utiliza uma amostragem expressiva em diversidade e profundidade até atingir a saturação dos dados. Porém, levando-se em consideração que existe um quantitativo de 16 enfermeiros atuando na Classificação de Risco (incluindo aqueles que realizam transferência), estes foram considerados como possíveis participantes da pesquisa.

Foram utilizados como critérios de inclusão para os Enfermeiros pesquisados neste estudo: atuar no serviço de pronto atendimento no período anterior a implantação do ACR, quando o atendimento ao usuário era por ordem de chegada ou gravidade, estar em exercício pleno das funções no período de coleta de dados, e aceitar participar da pesquisa atestando sua

concordância através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A).

Nesse sentido, do total de 16 enfermeiras pertencentes ao quadro da instituição, apenas oito atuavam no período anterior a implantação do ACR e dessas, uma enfermeira encontrava-se afastada das atividades por estar de licença maternidade, totalizando uma amostra de sete participantes.

Optou-se por desenvolver o estudo somente com Enfermeiros e não com toda a equipe de Enfermagem, pois a Classificação de Risco deve obrigatoriamente ser realizada por um profissional de saúde, de nível superior, treinado e capacitado para este fim, utilizando para isso os protocolos de classificação (OLIVEIRA et al., 2013). Tal fato fundamenta-se na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498, de 25 de junho 1986, que incube o Enfermeiro, entre outras atividades, do planejamento, da organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, além de prestar assistência a pacientes graves, com risco de morte, empregando seus conhecimentos científicos (COREN-PB, 2012). Nesse sentido, é o Enfermeiro que coordena as atividades a serem realizadas pela equipe de técnicos de Enfermagem.

4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada no mês de maio do corrente ano, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Para coleta de dados foi realizada uma entrevista semiestruturada. O roteiro de entrevista (apêndice B) contemplou questões relativas à caracterização dos participantes e a percepção sobre a implantação do ACR no local do estudo. Para o registro dos relatos dos Enfermeiros, foram realizadas entrevistas gravadas, agendadas em data e horário oportunos e em ambiente privativo, após contato prévio.

Segundo King (1995), a entrevista individual semiestruturada é considerada um instrumento apropriado, quando se busca a descrição de um tema, quando não se pode definir o que e como os sujeitos fornecerão as informações em relação ao tema do estudo.

Com o intuito de identificar o perfil dos Enfermeiras que participaram do estudo foram incluídas no roteiro de entrevista as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de atuação na enfermagem e na emergência do referido hospital; titulação do profissional, e se participou de alguma capacitação relacionada à emergência e Classificação de Risco.

Para a análise do material empírico utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009). Que consiste em uma investigação que por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo, tem por finalidade interpretá-las.

Essa análise divide-se em três etapas básicas:

- (1) Pré-análise – Momento de organização das ideias iniciais, retomando as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, reformulando de acordo com o material que foi coletado e elaborando indicadores que levem a interpretação final. Essa etapa se decompõe em três tarefas. A leitura flutuante consiste em usar materiais próprios da pesquisa para obter conhecimento do conteúdo. A constituição de corpus consiste na organização do material que deverá conter todos os aspectos do roteiro representando fidedignamente o universo estudado, a precisão dos temas e os conteúdos devem estar adequados aos objetivos do trabalho. E a reformulação de hipóteses e objetivo que determina a unidade de registro e seu contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.
- (2) Exploração do material – Nessa etapa será analisado o texto de forma sistemática em função das categorias (núcleos de sentido) que foram formadas anteriormente.
- (3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação – Quando serão analisadas as categorias de forma que permita ressaltar as informações obtidas. Em seguida são feitas as inferências e interpretações previstas no quadro teórico e/ou sugeridas outras possibilidades teóricas.

Após a explicitação das três etapas básicas, o percurso analítico se fez pela sequência dos seguintes passos: Pré-análise e constituição do corpus: foram selecionadas as sete entrevistas realizadas com as enfermeiras que participaram da pesquisa; para as fases de exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação foram ouvidas todas as falas e realizado as transcrições do material gravado. Nesse processo, foram observadas a exaustividade, homogeneidade, representatividade e pertinência dos conteúdos abordados. Procedeu-se então a leitura flutuante, a primeira realizada de forma individual e a segunda por duas pesquisadoras, seguida da discussão conduzida por elas sobre a coerência e a pertinência do conteúdo dos discursos e início de codificação com base nas unidades de registro e unidades de significação.

Com a finalidade de alcançar os objetivos propostos, pela análise prévia das falas obtidas nas entrevistas com as enfermeiras, foram destacadas algumas unidades de registro: necessidade de conscientização da população, organização do fluxo, respaldo legal para os profissionais, diminuição no tempo resposta, prioridade no atendimento, qualidade do atendimento, garantia do acesso, falta de comunicação com a rede básica, falta de conhecimento da população, organização do fluxo de atendimento, agilidade, realizar uma avaliação criteriosa, classificar o paciente, o acolhimento restringe-se à classificação de risco e o acolhimento está voltado para o atendimento humanizado. As unidades de registro proporcionaram a criação dos seguintes Núcleos de Sentido: Percepção dos enfermeiros acerca da implantação do Acolhimento com Classificação Risco no HUIB; Potencialidades e Fragilidades com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco; Atribuições do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco e Conhecimento dos enfermeiros acerca do Acolhimento com Classificação de Risco no contexto da Política Nacional de Humanização.

Esta conformação permitiu eleger a Unidade Temática Central, para qual convergem às falas - Acolhimento com Classificação de Risco: percepção de Enfermeiros que atuam em um Hospital Universitário no alto sertão paraibano.

A partir da emergência dos Núcleos de Sentido, foram realizadas discussões fundamentadas na literatura para balizar as reflexões contidas nos relatos que foram codificados.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado respeitando-se os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, seguindo fielmente as observâncias éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no cumprimento ao TCLE (apêndice A), que trata da participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação da pesquisa.

Como recomendam esses critérios, inicialmente foi realizado contato via ofício emitido pela Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG com o Setor de Ensino e Pesquisa do HUIB solicitando autorização para realização da pesquisa e informando sobre os seus objetivos. Após aprovação a partir do Termo de Autorização Institucional, o qual foi assinado pelo responsável como forma de anuência, o projeto, juntamente com o TCLE da pesquisa e demais documentos, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa

(CEP), através da Plataforma Brasil. Logo após aprovação do CEP, conforme o Parecer de número 1.515.892, iniciou-se a coleta de dados, realizada através de visitas ao local do estudo, coincidentes com os horários de trabalho das enfermeiras que atuam na emergência do hospital em estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente seção concentra os resultados e discussão da pesquisa realizada com Enfermeiros do Hospital Universitário Júlio Bandeira, cuja finalidade foi conhecer a percepção desses profissionais acerca da implantação do acolhimento com classificação de risco. Na explanação dos dados, será apresentada inicialmente a caracterização dos sujeitos da pesquisa e posteriormente os Núcleos de Sentido que emergiram-se com a análise dos dados.

Na intenção do anonimato dos participantes, conforme a ordem de realização das entrevistas, cada profissional foi identificado, aleatoriamente pela letra “E” seguidos pela numeração de 1 a 7.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Para caracterizar o perfil dos sujeitos envolvidos na pesquisa foram utilizadas as seguintes variáveis: Idade, Sexo, Titulação, Realização de curso na área de emergência, Tempo de atuação na enfermagem e na emergência do hospital, Realização de curso sobre classificação de risco. Optou-se pela demonstração dos dados em quadro para facilitar a visualização dos resultados obtidos.

Quadro 2 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa

VARIÁVEIS	(N)
IDADE	
<i>De 29 à 33 anos</i>	4
<i>De 34 à 38 anos</i>	3
SEXO	
<i>Feminino</i>	7
<i>Masculino</i>	0
TITULAÇÃO	
<i>Graduação</i>	1
<i>Especialização</i>	6
CURSO NA ÁREA DE EMERGÊNCIA	
<i>Atualização</i>	6
<i>Especialização</i>	1

(continua)

Quadro 2 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa

	(conclusão)
TEMPO DE ATUAÇÃO NA ENFERMAGEM	
<i>De 4 à 7 anos</i>	3
<i>De 8 à 11 anos</i>	4
TEMPO DE ATUAÇÃO NESTA EMERGÊNCIA	
<i>De 2 à 4 anos</i>	3
<i>De 5 à 7 anos</i>	4
CURSO SOBRE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
<i>Sim</i>	5
<i>Não</i>	2

Fonte: Pesquisa Direta/2016

Conforme visualizado no quadro 2, em relação a idade dos sujeitos da pesquisa, as mesmas variaram entre 29 a 38 anos, sendo que quatro (n=4) enfermeiras apresentaram faixa etária entre 29 a 33 anos e três (n=3) enfermeiras entre 34 a 38 anos. Com base nesses achados, é possível perceber que há uma constância de profissionais jovens que atuam no serviço em estudo.

De acordo com Mattosinho et al (2010), a jovialidade associada com a falta de habilidade e manejo em determinadas situações e procedimentos configura-se um grande desafio para esses profissionais e portanto algumas limitações para o serviço.

Entretanto, percebe-se que os profissionais mais jovens possuem mais facilidade e, portanto mais capacidade para aprender e desenvolver as atividades pertinentes à rotina laboral, além de condições necessárias para suportar a sobrecarga de trabalho (SHIROMA; PIRES, 2011).

Entre os participantes da pesquisa, relacionado à variável sexo, verificou-se que a população estudada consiste em sua totalidade de sete (n=7) profissionais do sexo feminino. A predominância do sexo feminino na enfermagem é observada desde os tempos passados e está atrelada ao contexto histórico em que a mesma surgiu.

Nesse sentido, a enfermagem é uma profissão que teve início a partir de serviços oferecidos por instituições religiosas, que recrutavam mulheres para a sua execução. O sexo feminino era o mais indicado, pois apresentava as habilidades e o manejo necessário com o cuidado à saúde. Eram dotadas de um saber informal, passado de geração para geração, voltado para manutenção do bem estar da família e do cuidar dos doentes e idosos (LOPES; LEAL, 2005).

Em relação a titulação dos enfermeiros, seis (n=6) apresentavam pós-graduação em nível *Latu Sensu*, e um (n=1) somente a graduação. A realização de curso de pós-graduação *latu Sensu* ou *Stricto Sensu* demonstra o compromisso dos enfermeiros com a qualidade de seu desempenho profissional, o que é favorável para o alcance de bons resultados na sua atuação e, conseqüentemente, para a melhoria dos indicadores de qualidade da saúde dos pacientes.

No tocante à realização de algum curso na área de emergência, seis (n=6) profissionais afirmaram que possuem curso de atualização e um (n=1) afirmou que possui uma especialização na área.

A busca por conhecimento é imprescindível para o desenvolvimento de um trabalho cada vez mais qualificado. O enfermeiro que está constantemente se qualificando, tende a apresentar uma visão ampla em determinadas situações, o que permite a tomada de decisão com precisão. Diferentemente dos enfermeiros que não buscam por novos conhecimentos ou que não possuem muita experiência profissional, no caso dos recém-formados, estes por sua vez possuem uma visão limitada dos problemas e apresentam um leque de condutas bem inferior à dos profissionais com mais experiência (SILVA; FERREIRA, 2010).

Quanto a variável tempo de atuação dos profissionais na enfermagem, observou-se um período mínimo de 4 e máximo de 11 anos. Nesse período, três (n=3) profissionais atuaram entre 4 a 7 anos e quatro (n=4) profissionais entre 8 a 11 anos. Em relação ao tempo de atuação na emergência do hospital, três (n=3) enfermeiras atuaram de 2 a 4 anos e quatro (n=4) enfermeiras de 5 a 7 anos.

A capacitação profissional é muito importante e deve ser feita constantemente para que os profissionais estejam atualizados frente as novas situações. Neste sentido, em relação a variável realização de curso sobre classificação de risco, cinco (n=5) enfermeiros afirmaram possui-lo e dois (n=2) afirmaram que ainda não haviam realizado.

5.2 NÚCLEOS DE SENTIDO

A partir da análise do material obtido através da transcrição das falas dos entrevistados emergiram-se quatro Núcleos de Sentido: 1 - Percepção dos enfermeiros acerca da implantação do Acolhimento com Classificação Risco no HUIB; 2 - Potencialidades e Fragilidades com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco; 3 - Atribuições do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco e 4 - Conhecimento dos

enfermeiros acerca do Acolhimento com Classificação de Risco no contexto da Política Nacional de Humanização.

5.2.1 Percepção dos Enfermeiros acerca da Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no HUJB

Neste primeiro Núcleo de Sentido são apresentadas as percepções das entrevistadas quanto à implantação do acolhimento com classificação de risco no hospital em estudo. Este Núcleo de Sentido foi formado a partir das seguintes unidades de registro e significação:

Quadro 3 – Unidades de registro e significação dos depoimentos das enfermeiras quanto à implantação do ACR – Cajazeiras, PB, 2016

Quantidade de sujeitos	Unidades de Registro	Unidades de Significação
1	Formalizou e Respaldo legal	<i>Formalizou e nos dá respaldo legal na triagem do atendimento</i>
4	Prioridade	<i>No caso o que mudou muito foi a prioridade que agora depois do acolhimento a gente tá realmente dizendo as necessidades que realmente... quem realmente necessita do atendimento (...).</i>
1	Diminuição no tempo resposta	<i>Após a implantação do acolhimento com classificação de risco, nós vivenciamos uma diminuição no tempo resposta</i>
1	Organizou o fluxo	<i>Selecionou as prioridades e organizou o fluxo</i>

Fonte: elaborado pelas autoras

No geral, as enfermeiras avaliaram a implantação de forma positiva. Todas destacaram a relevância do ACR para a qualidade da assistência prestada, como evidenciado nas falas a seguir:

De grande importância para toda a população atendida. (E5)

Avalio como positivo. Na minha opinião a implementação do ACR só veio formalizar o atendimento, pois antes da implantação já tínhamos o hábito de fazer uma triagem e colocar as crianças mais graves com prioridade. (E1)

Eu parti... eu a... pra mim tá ótimo, né? A avaliação, pra mim tá ótimo a classificação (...). (E2)

Observou-se resultado semelhante em um estudo realizado no setor de emergência de um hospital geral público de grande porte de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em que os profissionais de enfermagem da referida instituição de saúde consideraram a implantação do ACR muito importante (ZENELATTO; DAL PAI, 2010).

A Portaria GM/MS 2048/2002 normatiza a implantação do ACR em serviços de urgências e emergências na perspectiva de propiciar o desenvolvimento de novas práticas assistenciais e fornecer um atendimento qualificado, de acordo com o que é proposto pelo SUS (SANTOS, 2014).

O ACR é uma ferramenta de organização do processo de trabalho que fornece condutas para a produção de um atendimento estruturado, através da utilização de protocolos que facilitam a visualização das necessidades do paciente, além disso, possibilita a diminuição do tempo de espera, algo que é muito significativo no que tange à redução das causas de mortes evitáveis (MACHADO, 2011).

O acolhimento propõem o acesso a todos que procuram os serviços de saúde, oferecendo-lhes uma escuta qualificada de suas necessidades e possibilitando a resolutividade de seus problemas (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013). Além disso, o ato de acolher proporciona a construção de laços que permitem que o usuário tenha mais confiança para expressar suas necessidades, neste sentido, o profissional terá um manejo melhor da situação na hora de realizar a classificação, principalmente quando o paciente não apresenta estado clínico grave e necessita ser referenciado para os serviços da atenção básica, situação essa que, muitas vezes, geram constrangimentos para os profissionais, como pode ser observado nas falas a seguir:

(...) ainda hoje vivenciamos uma tarefa árdua para educar a população quanto à importância da implantação do serviço. (E3)

(...) a pesar que a população ainda não... assim, não se acostumou com esse tipo de... de... classificação, ainda acha que é por ordem de chegada, alguns pais não respeitam, mas depois... sabe? Que implantou... melhorou muito. (E2)

Os enfermeiros convivem com constantes conflitos e dificuldades na execução da classificação de risco, pois além do desconhecimento e descontentamento dos usuários acerca da classificação, não há uma concordância entre os próprios profissionais quanto ao estabelecimento das prioridades (DURO et al., 2014).

A classificação de risco envolve um processo de tomada de decisão baseada nos sinais e sintomas, sua definição depende da avaliação crítica do enfermeiro que além de analisar a

sintomatologia apresentada, realiza uma avaliação integral do paciente, observando o contexto onde o mesmo está inserido para então definir o critério de classificação de acordo com protocolo adotado. Esses protocolos auxiliam os enfermeiros na hora de classificar o paciente de acordo com o seu grau de risco (INOUE et al., 2015).

O protocolo de classificação de risco utilizado no atendimento do HUIB foi adaptado a partir da escala de Manchester. Santos Filho (2013), afirma que assim como em outras, a escala de Manchester é constituída por cinco categorias ou níveis. Cada categoria é representada por uma cor e o tempo provável até o primeiro atendimento médico, configura-se da seguinte maneira:

- Nível 1: emergente, vermelho, imediato;
- Nível 2: muito urgente, laranja: 10 minutos;
- Nível 3: urgente, amarelo: 60 minutos;
- Nível 4: pouco urgente – verde: 120 minutos;
- Nível 5: não urgente – azul: 240 minutos.

De acordo com o relato, a implantação do ACR na instituição:

Organizou o fluxo e tenta orientar a população quanto ao nosso atendimento. (E6).

Um estudo realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da Zona da Mata Mineira faz menção à afirmação acima, no qual enfermeiros destacam a classificação de risco como instrumento de organização do processo de trabalho, em que o profissional pode nortear-se pelo sistema de triagem como um suporte durante a tomada de decisão (PINTO, 2015).

O ACR como proposta da PNH tem como finalidade o atendimento imediato do usuário com grau de risco ou sofrimento intenso; informar os familiares e pacientes que não corre risco imediato, sobre o tempo provável de espera; adequar o ambiente e capacitar os profissionais para a prestação de uma assistência qualificada e incentivar a construção de redes entre os níveis de atenção à saúde (SOUZA et al., 2011).

A partir da percepção das enfermeiras acerca da implantação do ACR foi possível observar duas questões principais: Mudanças para o serviço com a implantação do ACR no HUIB e Mudanças para o usuário com a implantação do ACR no HUIB, que serão discutidas a seguir.

Mudanças para o serviço com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no HUJB

Quadro 4 – Unidades de registro e significação dos depoimentos das enfermeiras quanto às mudanças para o serviço com o ACR – Cajazeiras, PB, 2016

Quantidade de Sujeitos	Unidades de Registro	Unidades de Significação
1	Formalizou e Respaldo legal	<i>Formalizou e nos dá respaldo legal na triagem do atendimento.</i>
5	Prioridade	<i>No caso o que mudou muito foi a prioridade que agora depois do acolhimento a gente tá realmente dizendo as necessidades.</i>
1	Diminuição no tempo resposta	<i>Nós vivenciamos uma diminuição no tempo resposta, principalmente... nos casos emergenciais.</i>

Fonte: elaborado pelas autoras

O contato inicial do usuário, quando o mesmo chega ao serviço de emergência do HUJB se dá com os trabalhadores da recepção. Então é feita uma ficha de atendimento com os dados pessoais do usuário e ele fica aguardando ser chamado para o atendimento com o enfermeiro do Acolhimento, os quais geralmente são rápidos e o usuário não fica esperando muito tempo.

A consulta de enfermagem deve ocorrer de forma ágil e precisa visando o acolhimento de todos os pacientes, para organizar o fluxo e classificar as prioridades de acordo com o grau de risco ou sofrimento (MACHADO, 2011).

Os serviços de urgência e emergência possuem um alto índice de atendimentos diários com uma gama de problemas de saúde que requerem do profissional de enfermagem habilidades específicas para o manejo da situação. Neste sentido, uma ferramenta de organização do trabalho torna-se fundamental para a garantia de uma assistência de qualidade. O ACR permite a organização do fluxo de atendimento, o que proporciona melhor visualização dos casos que requerem uma assistência imediata e garante a prioridade no atendimento por meio dos protocolos de classificação de risco.

Dessa maneira, a implantação do ACR no HUJB, conforme a percepção dos enfermeiros:

Selecionou as prioridades e organizou o fluxo. (E6)

Mudou a forma do atendimento, procurando sempre priorizar os casos mais necessitados de emergência e orientando sempre todos no acolhimento para que entendam o que é demanda imediata. (E7)

De acordo com Santos Filho (2013), não existem muitos estudos que abordem medidas para melhorar o fluxo de pacientes nas emergências, porém sabe-se que a classificação de risco é um processo fundamental para a organização desses serviços. Esses sistemas de classificação garantem uma avaliação integral do paciente e um julgamento clínico fidedigno a sua condição de saúde.

Então, após a implantação do acolhimento com classificação de risco, nós vivenciamos uma diminuição no tempo resposta, principalmente... nos casos emergenciais é... sempre com o melhor prognóstico do paciente que é atendido de forma imediata. (E3)

A classificação de risco garante o atendimento imediato aos usuários em situações críticas de saúde. Diferentemente do antigo modelo de triagem, em que os pacientes eram excluídos do atendimento na porta de entrada, sem que houvesse uma avaliação prévia de sua necessidade, a classificação de risco busca atender a todos, de acordo com o grau de prioridade (WEYKAMP et al., 2015). O que também é evidenciado nos trechos a seguir:

Através da CR podemos priorizar os atendimentos mais urgentes. (E4)

Agora podemos dá um atendimento melhor visando as prioridades. (E5)

A prioridade! No caso o que mudou muito foi a prioridade que agora depois do acolhimento a gente tá realmente dizendo as necessidades que realmente... quem realmente necessita do atendimento e que vem aqui pra passear porque tem umas mães aqui que vem pra passear, tirando isso... risos. (E2)

Os enfermeiros destacam a necessidade contínua de orientação da população acerca da classificação de risco, pois muitos pais não entendem e acabam dificultando o serviço. Assim, durante o acolhimento dos usuários, os profissionais buscam enfatizar a importância da classificação de risco bem como o seu funcionamento, para que não haja mais atritos entre paciente e profissional na hora de estabelecer as prioridades.

Através da utilização de protocolos de classificação os trabalhadores de saúde estão assegurados diante das condutas tomadas no momento da triagem. Conforme está evidenciado na fala a seguir, em que o enfermeiro afirma que o ACR:

Formalizou e nos dá respaldo legal na triagem do atendimento. (E1)

A utilização desses protocolos contribui para segurança dos profissionais e usuários, pois os profissionais terão respaldo legal diante das condutas tomadas com base nos critérios de classificação, e os usuários obterão mais qualidade na assistência prestada, uma vez que esta será mais direcionada (DURO et al., 2014).

A classificação de risco requer habilidade e precisão durante a sua execução, em virtude da superlotação dos serviços, o número de pacientes que procura atendimento é significativo e exige que o profissional tenha agilidade na hora de determinar a conduta adequada, uma vez que, qualquer decisão equivocada pode ocasionar danos à saúde do paciente, ou até mesmo à morte.

Por isso é tão importante a capacitação continua desses profissionais e a utilização de protocolos para atuarem com mais aptidão na classificação de risco, e desenvolverem um atendimento humanizado e qualificado (SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2015).

Mudanças para o usuário com a implantação do Acolhimento com Classificação de risco no HUIB

Quadro 5 – Unidades de registro e significação dos depoimentos das enfermeiras quanto às mudanças para o usuário com o ACR – Cajazeiras, PB, 2016

Quantidade de Sujeitos	Unidades de Registro	Unidades de Significação
1	Positivo	<i>Eu acredito que ACR é positivo tanto para o usuário como para a instituição.</i>
1	Qualidade do atendimento	<i>Melhorou bastante a qualidade do atendimento.</i>
1	Tempo menor de espera	<i>O usuário que necessita do atendimento, principalmente os casos mais graves, eles dispõem de um tempo menor de espera.</i>
1	Garantia do acesso	<i>A assistência ao usuário, através da garantia do acesso especialmente aos que necessitam de atendimento prioritário.</i>
2	Agilidade	<i>Muda o fato de que os casos mais urgentes são atendidos com mais agilidade.</i>
1	Prioridade	<i>Para muitos mudou a forma de pensar quanto as prioridades de cada caso</i>

Fonte: elaborado pelas autoras

A falta de resolutividade da atenção primária à saúde direciona a população para a busca por atendimento em serviços especializados, pois sabem que chegando a esses serviços serão atendidos e terão seus problemas resolvidos (MACHADO, 2011).

A demanda reprimida desses setores provoca superlotação nos serviços de emergência e sobrecarga de trabalho para os profissionais. É nesse sentido que se percebe a importância do ACR, pois o mesmo permite que todos sejam atendidos, sendo que os casos mais urgentes terão prioridade em relação aos não urgentes. A redução do tempo de espera minimiza os efeitos negativos sobre o estado de saúde do paciente evitando que o seu quadro clínico se agrave (SHIROMA; PIRES, 2011), conforme as falas a seguir:

Então, o... o usuário que necessita do atendimento, principalmente os casos mais graves, eles dispõem de um tempo menor de espera, não comprometendo seu estado geral e isso foi uma grande vantagem na implantação do serviço. (E3)

Muda o fato de que os casos mais urgentes são atendidos com mais agilidade, e pode-se dá um atendimento a mais. (E5)

Dessa forma todos os usuários são acolhidos e classificados, àqueles, porém, que não são casos urgentes e podem ser referenciados para a atenção básica, são informados acerca dos motivos que levaram o profissional a tomar tal conduta.

Portanto, de acordo com as falas abaixo, percebe-se que o ACR:

Pra alguns, pra os que entendem, segundo eles, melhorou bastante a qualidade do atendimento, melhorou... o tempo de espera, também... agora que, pra os usuários que ainda está acostumado naquela... por ordem de chegada, pra eles não mudou nada, piorou a situação. (E2)

Para muitos mudou a forma de pensar quanto as prioridades de cada caso, apesar de ainda existirem pessoas que não aceitam e nem se acostumam com o ACR. (E7)

Para os usuários que compreendem o real sentido da classificação de risco, estes podem contemplar os benefícios que o ACR os proporciona como o menor tempo de espera para os casos mais graves, atendimento prioritário, organização do fluxo, atendimento humanizado e escuta qualificada. Mas para aqueles que ainda não se adaptaram a este modelo de classificação, realmente, devem retrucar bastante quando recebem uma classificação azul, pois terão que esperar pessoas com maior prioridade para serem atendidas (SANTOS, 2014).

5.2.2 Potencialidades e Fragilidades com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco

Neste segundo Núcleo de Sentido são apresentadas as potencialidades e fragilidades percebidas com a implantação do ACR no hospital em estudo. Este Núcleo de Sentido foi formado a partir das seguintes unidades de registro e significação:

Quadro 6 – Unidades de registro e significação dos depoimentos das enfermeiras quanto às potencialidades e fragilidades com o ACR – Cajazeiras, PB, 2016

Quantidade de Sujeitos	Unidades de Registro	Unidades de Significação
2	P: Prioridade; F: Falta de comunicação com a atenção básica	<i>Potencialidade porque priorizamos as urgências. Fragilidade: Não existe fragilidade para ACR no HUJB, existe sim a falta de apoio por parte da rede básica que não nos dá suporte (...).</i>
1	F: Aceitação da população e agressões aos profissionais	<i>A fragilidade maior é a aceitação, e a gente também assim... devido a não aceitação, a gente termina sendo vulnerável (...).</i>
1	P: Prioridade F: Falta de conhecimento da população	<i>Com a implantação nós conseguimos distinguir os casos urgentes dos não urgentes e garantimos o atendimento prioritário (...). O que mais dificulta o funcionamento é educar a população (...).</i>
1	P: Organização do fluxo, pacientes informados, prioridade no atendimento; F: Aceitação	<i>Organização no fluxo do atendimento médico e administração de medicamentos, usuários mais informados, atendimento mais rápido nos casos mais necessários. Fragilidades: Aceitação dos pais (...).</i>
2	F: Falta de conhecimento da população	<i>A população não entender a importância do ACR.</i>

Fonte: elaborado pelas autoras
Legenda: P - potencialidade/F - fragilidade

A principal finalidade da implantação do ACR é eliminar as enormes filas de espera nos setores de urgência e emergência e reorganizar os atendimentos através da avaliação das necessidades de atendimento de cada usuário (LIMA NETO et al., 2013).

O acolhimento do usuário no serviço de saúde possibilita o desenvolvimento de um atendimento direcionado, atentando para o contexto onde o mesmo está inserido, e uma escuta qualificada de suas queixas, com o objetivo de identificar as suas necessidades, oferecendo-lhe assim uma atenção integral (ZENELATTO; DAL PAI, 2010).

Com a implantação nós conseguimos distinguir os casos urgentes dos não urgentes e garantimos o atendimento prioritário, nos casos mais graves, e o profissional ele tem uma visão ampla dos que buscam o serviço e com certeza a assistência é feita de forma organizada. (E3)

A fala acima relata com clareza as potencialidades obtidas com a implantação do ACR, estando totalmente de acordo com o que é proposto com essa ferramenta. O ACR facilita a diferenciação dos pacientes críticos dos não críticos através da organização do fluxo, e permite o estabelecimento de prioridades de acordo com o contexto biopsicossocial do paciente.

De acordo com as enfermeiras abaixo, o ACR também contribui na:

Organização no fluxo do atendimento médico e administração de medicamentos, usuários mais informados, atendimento mais rápido nos casos mais necessários. (E7)

(...) direcionamento do atendimento (...). (E6)

Dessa forma, é possível garantir o desenvolvimento de uma assistência estruturada e organizada, com o direcionamento dos pacientes dentro e fora do serviço, quando os mesmos são referenciados para outros níveis de atenção. Uma assistência prestada de forma organizada possibilita o direcionamento do fluxo de atendimentos e a qualificação da comunicação entre a equipe durante o atendimento.

Mesmo diante de todos esses benefícios obtidos com a implantação do ACR, existem muitas barreiras a serem vencidas para que ele seja executado de forma eficaz. Uma das principais dificuldades encontradas está relacionada ao grande número de atendimentos diários, em que muitos deles poderiam ser realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas devido à falta de resolutividade dos serviços de atenção básica esses usuários acabam optando pelo atendimento da emergência hospitalar, uma vez que de acordo com a proposta do ACR todos devem ser ouvidos e receber um atendimento resolutivo (AZEVEDO et al., 2010). Tal fato está evidenciado na fala a seguir:

(...) existe sim a falta de apoio por parte da rede básica que não nos dá suporte, onde muito dos nossos atendimentos são atendimentos da rede básica, e assim sobrecarrega nosso serviço. (E1)

Somado à não de resolutividade da atenção básica, outro fator que tem dificultado a realização do ACR é à falta de entendimento da população acerca da classificação de risco. Muitos pais ainda não compreendem que a classificação de risco serve para priorizar os casos mais graves, e que mesmo que eles tenham chegado primeiro, terão que esperar, caso exista alguma criança com estado clínico mais grave (DURO et al., 2014), como ilustra o trecho a seguir:

O que mais dificulta o funcionamento é educar a população, que ainda tem a visão do atendimento por ordem de chegada e se recusa a serem encaminhados quando necessários aos serviços referenciados. (E3)

A falta de conhecimento da população sobre a finalidade do ACR tem tornado sua execução mais difícil, pois os profissionais sentem-se pressionados para realizar a classificação, principalmente quando o paciente deve ser encaminhado para os serviços de atenção básica, conforme observado nas seguintes falas:

(...) devido a não aceitação, a gente termina sendo vulnerável, fica vulnerável a... a... qualquer risco... aqui... com a classificação, porque as vezes os pais não aceitam, então o que é que eles fazem... a defesa deles é nos agredir pra obter o atendimento... então a maior fragilidade que a pouco tempo assim... que eu vejo... pra gente... é isso... é assim... a... a... gente não puder se defender, porque nossa única defesa é a escala de Manchester, tirando isso a gente não tem outra defesa, então é só essa questão de... de... realmente bater na tecla em cima da população o que seria essa escala, como é o atendimento a partir dessa escala, porque a gente fica sem defesa nenhuma diante do... de algumas agressões né? De alguns pais (...). (E2)

Temos tentado diariamente explicar a população a importância da CR, mas isso ainda gera algumas situações críticas. (E4)

A não aceitação dos pacientes em relação a prioridade estabelecida no momento da triagem tem acarretado constantes conflitos na operacionalização da classificação de risco, e podem estar relacionadas ao sentimento de abandono em virtude da descontinuidade do serviço (WEYKAMP et al., 2015).

5.2.3 Atribuições do Enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco

No terceiro Núcleo de Sentido são apresentadas as atribuições do enfermeiro no ACR. Este Núcleo de Sentido foi formado a partir das seguintes unidades de registro e significação:

Quadro 7 – Unidades de registro e significação dos depoimentos das enfermeiras quanto às suas atribuições no ACR – Cajazeiras, PB, 2016

Quantidade de sujeitos	Unidades de Registro	Unidades de Significação
2	Avaliação criteriosa	<i>Os usuários dependem de nossa avaliação tendo que ser esta muito criteriosa, principalmente no momento de fazer encaminhamentos.</i>
1	Educação da população	<i>(...) eu acho que o papel da gente aqui é muito importante na educação da população.</i>
3	Identificar as queixas, classificar o paciente e explicar o ACR	<i>Então, o nosso papel é identificar as queixas do paciente e classifica-lo (...) explicar a forma como é feito o acolhimento e a classificação do usuário.</i>
1	Realizar a Classificação	<i>Realizar a classificação com cautela, atenção e humanização.</i>

Fonte: elaborado pelas autoras

A classificação de risco e a priorização da assistência em Serviços de Urgência, de acordo com a Resolução COFEN N° 423/2012, constitui-se atividade privativa do Enfermeiro, entretanto, para executar esta atividade o profissional deverá estar devidamente capacitado, e possuir competências e habilidades necessárias para a realização dos procedimentos (COFEN, 2012).

O enfermeiro é o primeiro profissional da saúde a estabelecer contato com o usuário no serviço de emergência. Durante a consulta de enfermagem cabe ao enfermeiro coletar dados sobre os sinais e sintomas relatados pelo paciente e evidenciados pelo profissional, uma vez que alguns pacientes, por conhecerem o funcionamento da classificação de risco, tentam forjar uma sintomatologia que não condiz com seu estado clínico, apenas para obter atendimento mais rápido (MACHADO, 2011).

Os usuários dependem de nossa avaliação tendo que ser esta muito criteriosa, principalmente no momento de fazer encaminhamentos. (E1)

Realizar a classificação com cautela, atenção e humanização. (E4)

Além da sintomatologia o enfermeiro deve avaliar se o paciente fez uso de alguma medicação antes de se dirigir ao hospital, se possui alergia há algum medicamento, e deve coletar todas as informações necessárias para se fazer um julgamento correto da situação. Esses achados, juntamente com a realização do exame físico e da observação das expressões

verbal e não verbal, determinam a classificação da prioridade do atendimento (MACHADO, 2011).

Então, o nosso papel é identificar as queixas do paciente e classificá-lo de acordo com o fluxograma que foi implantado pela instituição, e principalmente nesse período de adaptação da população, explicar a forma como é feito o acolhimento e a classificação do usuário. (E3)

Conforme elucidado na fala acima é fundamental que o enfermeiro forneça informações sobre o que é e como funciona a classificação de risco, pois muitos usuários ainda não estão acostumados com esse modelo de classificação, devido ao pouco tempo de implantação, e ainda desejam ser atendidos por ordem de chegada.

Portanto, é necessário enfatizar essas orientações durante o acolhimento. De acordo com a enfermeira a seguir não adianta apenas classificar o paciente é necessário também explicar o porquê da classificação:

(...) o que é importante diante da classificação eu acho que seria a educação que a gente tá tentando implantar, porque assim... você só chegou... classificou e não explicou, também não adianta não, então tem que sentar, tem que explicar mostrar o porque da classificação pra ver se a gente consegue educar, então eu acho que o papel da gente aqui é muito importante, na educação da população. (E2)

É o enfermeiro que conduz o fluxo de atendimentos com base em uma classificação de risco que permita uma avaliação criteriosa e um olhar integral sobre o potencial de risco de morte, os agravos à saúde e também o grau de sofrimento do indivíduo. A partir desse atendimento inicial o enfermeiro tem autonomia para classificar o paciente de acordo com sua prioridade (SANTOS, 2014).

Vários estudos evidenciam que as decisões precisas, tomadas pelos enfermeiros na classificação de risco, proporcionam um melhor direcionamento do fluxo de atendimento qualificando a dinâmica do serviço (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

5.2.4 Conhecimento dos Enfermeiros acerca do Acolhimento com Classificação de Risco no contexto da Política Nacional de Humanização (PNH)

Neste quarto Núcleo de Sentido é apresentado o conhecimento das enfermeiras acerca do ACR no contexto da PNH. Este Núcleo de Sentido foi formado a partir das seguintes unidades de registro e significação:

Quadro 8 – Unidades de registro e significação dos depoimentos das enfermeiras acerca do ACR no contexto da Política Nacional de Humanização – Cajazeiras, PB, 2016

Quantidade de sujeitos	Unidades de Registro	Unidades de Significação
3	Prioridade no atendimento	<i>É o acolhimento do usuário de acordo com seu risco priorizando a urgência e emergência e abolindo o antigo sistema de atendimento por ordem de chegada.</i>
1	Saber ouvir o usuário	<i>Que a verdadeira proposta do acolhimento é de saber ouvir a necessidade do usuário e assumir uma postura qualificada por parte de nós profissionais em atender a necessidade de cada paciente de forma holística.</i>
1	Atendimento humanizado	<i>Atendimento humanizado; técnico; com direcionamento para o usuário.</i>
1	Acolher com humanidade	<i>Acolhimento é procurar acolher com humanidade o usuário desde a sua chegada em qualquer instituição para que o mesmo tenha segurança e confiança em todos que ali prestam serviço.</i>
1	Não respondeu	

Fonte: elaborado pelas autoras

A estratégia proposta pela PNH objetiva o acolhimento de todos os usuários que procuram por atendimento no serviço, oferecendo uma escuta qualificada e a resolutividade dos problemas. Além disso, o acolhimento pressupõe uma atitude que o profissional deve adotar em todos os momentos durante o percurso do usuário dentro do serviço de atenção em saúde (BRASIL, 2013).

O ACR assume o direcionamento das ações, garantindo a integralidade, universalidade e a equidade na assistência. Reestabelece o fluxo de atendimentos com vistas às necessidades do usuário, modificando o antigo modelo de triagem excludente (FREITAS, 2015).

Nesse sentido, com base na leitura do material de análise desse estudo, percebeu-se que algumas enfermeiras definem o ACR apenas no contexto da prioridade do atendimento, enquanto outras o definem no contexto da humanização do atendimento. Essas definições quando analisadas isoladamente não atendem a proposta do ACR.

Em relação à definição do ACR como prioridade no atendimento verificam-se as seguintes falas:

É o acolhimento do usuário de acordo com seu risco priorizando a urgência e emergência e abolindo o antigo sistema de atendimento por ordem de chegada. (E1)

A classificação de risco é necessária, pois prioriza e agiliza os atendimentos mais urgentes, garantindo assim, maior resolutividade dos casos. (E4)

Esses achados corroboram com os resultados de uma pesquisa realizada em um Pronto Socorro de um hospital de ensino filantrópico de Curitiba, Paraná, em que foi evidenciado que os enfermeiros não compreendem o sentido geral do ACR e o restringe apenas à priorização do atendimento (ZEM; MOTEZELI; PERES, 2012).

Percebe-se que alguns enfermeiros não compreendem o ACR como um dispositivo para o desenvolvimento de práticas humanizadas, mas sim como um dispositivo técnico de ações programadas (ZENELATTO; DAL PAI, 2010). Como pode ser evidenciado no relato desta enfermeira:

(...) a gente as vezes deixa de dá prioridade no atendimento sem essa escala, a gente deixa de dá prioridade realmente quem tá precisando pra atender uma... uma pessoa que não tá... tão debilitada. Então eu acho assim, que depois que teve realmente a implantação, que a gente começou a estudar, que a gente viu classificação de risco, a gente viu que realmente é necessário, eu acho que... muito, muito importante, eu acho assim... depois que realmente o Ministério da Saúde implantou e a gente começo a estudar, a ver o que era prioridade, a ver o que era casos menos necessários de urgência e emergência a escala ficou muito mais do que uma escala simples que a gente estuda na faculdade. (E2)

A classificação de risco não deve ser trabalhada individualmente, é necessário que sua aplicação ocorra de forma concomitante com o acolhimento, pois estas em conjunto podem alcançar os objetivos propostos pela PNH. O acolhimento visa promover a humanização do atendimento, possibilitando melhorias tanto na assistência prestada como também na reorganização dos serviços de saúde (WEYKAMP et al., 2015).

Nesse sentido, e tratando o ACR com vista apenas no contexto da humanização do atendimento, as enfermeiras definem:

Acolhimento é procurar acolher com humanidade o usuário desde a sua chegada em qualquer instituição para que o mesmo tenha segurança e confiança em todos que ali prestam serviço. (E7)

(...) a verdadeira proposta do acolhimento é de saber ouvir a necessidade do usuário e assumir uma postura qualificada por parte de nós profissionais em atender a necessidade de cada paciente de forma holística. (E3)

Conforme evidenciado nas falas acima o acolhimento é uma forma de garantir a humanização do atendimento e qualificar o relacionamento entre profissionais e usuários do serviço, tratando a todos da mesma forma que gostaria que fossem tratados, com uma postura ética, respeitosa e profissional (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

O ACR possibilita um processo de mudanças, que busca a transformação nas relações entre a equipe multiprofissional, usuários e os serviços de saúde com a finalidade de atender aos princípios do SUS, garantir mais resolutividade no atendimento e priorizar os usuários mais críticos tratando-os com dignidade e humanização (FEIJÓ, 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados deste estudo pode-se inferir que a implantação do ACR no Hospital Universitário em estudo foi muito positiva e possibilitou o desenvolvimento de práticas assistenciais voltadas para a humanização do atendimento e a reorganização do fluxo, proporcionando uma atenção integral direcionada para o grau de risco ou sofrimento do paciente.

Percebe-se nas falas das participantes que as mudanças advindas da implantação trouxeram muitos benefícios para os usuários e instituição, no que tange à redução do tempo de espera, a garantia de atendimento imediato para os casos mais graves, o atendimento por prioridade e não mais por ordem de chegada e principalmente um acolhimento com vistas à humanização.

No entanto, embora sejam notórias essas conquistas, deve-se considerar que existem algumas limitações para que a operacionalização do ACR ocorra satisfatoriamente, dentre elas destaca-se à falta de conhecimento da população sobre a finalidade do ACR, a dificuldade em estabelecer a classificação de risco, principalmente a prioridade azul e a descontinuidade do serviço em relação ao referenciamento dos usuários para os serviços da atenção básica.

A dificuldade em estabelecer a prioridade azul está relacionada à resistência dos pais em aceitar a classificação, pois os mesmos se negam à ter que esperar ou então a se direcionar para uma unidade básica de saúde. Alguns pais chegam a agredir verbalmente os profissionais, gerando situações constrangedoras.

Neste sentido, surge a necessidade de reorganização da atenção básica, bem como, desenvolver práticas educativas voltadas para a informação da população sobre o ACR e um maior incentivo para a construção de redes entre os níveis de atenção, pois, embora estas ações já tenham sido preconizadas, não estão sendo eficazes para solucionar os problemas, visto que muitos atritos entre usuário e profissional ainda ocorrem em decorrência da falta de conhecimento da população sobre o ACR e a rejeição dos mesmos ao serem encaminhados para a atenção básica.

Cabe ao profissional de enfermagem, ou melhor, ao enfermeiro da triagem a responsabilidade de trabalhar a educação da população sobre o protocolo de classificação de risco, fornecendo orientações pertinentes sobre sua finalidade e funcionalidade dentro e fora da instituição, além de realizar um atendimento humanizado, garantir a resolutividade dos problemas do usuário e classificá-lo de acordo com o seu potencial de risco.

Os enfermeiros também necessitam se capacitar cada vez mais para atuarem com exatidão na classificação de risco e desenvolver um atendimento de acordo com o que está preconizado pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

É possível evidenciar, de acordo com os dados observados, que os enfermeiros não compreendem o sentido do ACR em sua totalidade, restringindo-o ora à prioridade no atendimento, ora ao atendimento humanizado. Essa política deve ser melhor compreendida para que os profissionais estejam embasados e possam desenvolvê-la com eficiência.

Algumas limitações foram encontradas para a realização deste estudo, sendo a principal, à dificuldade de adesão dos profissionais para realizarem a entrevista, pois inicialmente resistiram, porém, após os esclarecimentos aceitaram participar. Além da falta de tempo desses profissionais em pausar momentaneamente as suas atividades para participarem da entrevista. Outro fator limitante refere-se a questão das permutas realizadas entre eles, que dificultava o acesso aos profissionais.

Os resultados obtidos com essa pesquisa, se utilizados por trabalhadores e gestores, poderá subsidiar o desenvolvimento de estratégias para qualificar a operacionalização do protocolo de classificação de risco nos serviços. A partir dessa pesquisa surge a necessidade de desenvolver novos estudos que busquem conhecer os obstáculos encontrados na execução do ACR, pois os serviços de urgência e emergência são porta de entrada para o sistema de saúde e necessitam constantemente de avaliações para averiguar a qualidade da assistência prestada, uma vez que a demanda de atendimento é significativa e o ACR ainda não é totalmente compreendido por usuários e profissionais.

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. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 181-190, dez. 2012.

ANZILIERO, F. **Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na Estratificação de Risco: Revisão de Literatura**. 47f. Monografia (Escola de Enfermagem) -Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – RS, 2011.

AZEVEDO, A.L.C.S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 736-745, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufg.emnuvens.com.br/fen/article/view/6585/8497>>. Acesso em: 19 de abril de 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2009.

BEZERRA, F.N.; SILVA, T.M.; RAMOS, V.P. Estresse Ocupacional dos Enfermeiros de Urgência e Emergência: Revisão Integrativa da Literatura. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 2, p. 151-6. Recife, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000900024&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 19 de Janeiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 228 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde)

_____. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações... Câmara dos Deputados. **Biblioteca Digital Câmara**, ed. 35, p 116 – 117. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, 2 ed., 5 reimp. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.600, de 7 de Julho de 2011. Seção 1, **Diário Oficial da União**. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em 20 mar, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2 ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Humaniza SUS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Tiragem: 1ª edição – 1ª reimpressão – 2013.

CAVALCANTE, R. B. et al. Acolhimento com Classificação de Risco: Proposta de Humanização nos Serviços de Urgência. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 2, n. 3, p. 428-437, 2012.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Legislação Básica para a Participação do enfermeiro na atividade de classificação de risco**. Cofen – DF: Brasília, 2012.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem. **Legislação Básica para o Exercício profissional da Enfermagem**. 3 ed. Coren-PB: João Pessoa, 2012.

COSTA, A.F.; ARAÚJO, D.V.; BARROS, W.C.T.S. O Trabalho do Enfermeiro no Setor de Urgência/Emergência Hospitalar. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. **Anais**. Universidade do Vale do Paraíba, 2008. Disponível em:

<http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/RE_0047_0182_01.pdf>. Acesso em 19 mar, 2016.

DESCOVI, C.A. **A prática do acolhimento com avaliação e classificação de risco em serviço de urgência e emergência**. 32f. Monografia (Escola de Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – RS, 2009.

DURO, L. M. et al. Percepção do enfermeiro sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 447-454, maio/jun. 2014.

DURO, C.L.M.; LIMA, M.A.D.S. O papel do Enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3132/718>>. Acesso em 15 mar, 2016.

FEIJÓ, V.B.E.R. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**: análise da demanda atendida no Pronto Socorro de um Hospital Escola. 2010. 91f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Londrina, Londrina- PR, 2010.

FREITAS, F.F.B. et al. O papel do enfermeiro no serviço de acolhimento e classificação de risco no setor de urgência e emergência. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 2, n. 3, p. 314-333, 2015.

GALVÃO, J. Gerência de Serviço de Urgência e Emergência: Fortalezas e Fragilidades. **Revista Enfermagem Integrada**, v. 6, n. 2. Ipatinga: Unileste, 2013.

GODOY, F.S.F. **Organização do trabalho em uma Unidade de Urgência**: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco. 2010. 154f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

GRANJA, G.F. et al. Equidade no Sistema de Saúde Brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 72-86, jan./mar. 2010.

GUSMÃO-FILHO, F.A.R.; CARVALHO, E.F.; JÚNIOR, J.L.A.C.A. Avaliação do grau de implantação do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência (Qualisus). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl. 1. Recife-PE, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700032>. Acesso em: 10 mar, 2016.

HILSENDERGER, B.R.; NETH, C.; BELAVER, G.M. **Avaliação do acolhimento com classificação de risco na percepção dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar**. 2010. 55f. Trabalho de Conclusão de Curso (Escola de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC, 2010.

INOUE, K.C. et al. Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 5, p. 420-5, 2015.

KING, I.N. The qualitative research interview. In: SYMON, G.; CASSEL, C. (Eds.) **Qualitative methods in organization research – a practice guide**. London: Sage, 1995. p. 15-36.

LIMA NETO, A.V. Humanização e Acolhimento em Emergência Hospitalar: Fatores condicionantes sob o olhar dos enfermeiros. **J. res.: fundam. care. online**, v. 4, n. 4, p. 519-28, 2013.

LOPES, J.B. **Enfermeiro na Classificação de Risco em Serviços de Emergência: Revisão integrativa**. 36f. Trabalho de Conclusão de Curso (Escola de Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto alegre – RS, 2011.

LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos pagu** (24), p.105-125, Jan/Jun 2005,

MACHADO, S. **Desafios e possibilidades da triagem na emergência**. 42f. Monografia (Especialização). Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2011.

MATTOSINHO, M.M.S. et al. Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos profissionais recém-formados em enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 4, p. 466-71, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MONTEZELI, J.H. **O Trabalho do Enfermeiro no Pronto-Socorro: Uma análise na perspectiva das competências gerenciais**. 135f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR, 2009.

NASCIMENTO, E.R.P. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 13, n.4, p. 597-603, Out/Dez, 2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf>. Acesso em: 08 de Abril de 2016.

NASCIMENTO, E.R.P. et al. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 338-342, Abr/Jun 2015.

OBLITAS, F.Y.M. et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, [09 telas], jan-fev 2010.

OLIVEIRA, D.A.; GUIMARÃES, J.P. A Importância do Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 2, n. 2, jan/jun, 2013.

OLIVEIRA, G.N. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 2, [07 telas], Ribeirão Preto, mar/abr, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692013000200500&script=sci_arttext&tlng=p>. Acesso em; 18 abr, 2016.

OLIVEIRA, M.M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

PAI, D.D.; LAUTERT, L. Sofrimento no Trabalho de Enfermagem: Reflexos do “Discurso Vazio” no Acolhimento com Classificação de Risco. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 13, p. 524-530, jul/set, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300012>. Acesso em: 17 mar, 2016.

PINTO, P.S. **Aplicação do Sistema de Triagem de Manchester pelo Enfermeiro: valores, conceitos e significados**. 96 fls. Dissertação. Universidade Federal de Juiz de Fora. 2015.

PLANO OPERATIVO ASSISTENCIAL CONTRATUALIZAÇÃO, 2013. **Ministério da Educação**. Universidade Federal de Campina Grande. Hospital Universitário Júlio Bandeira. 2013.

RELATÓRIO DE DIMENSIONAMENTO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS, 2014. **Diretoria de Atenção à Saúde**. EBSEH, Hospitais Universitários Federais. Brasília, 30 de outubro de 2014.

ROSSANEIS, M.A. et al. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em Hospital Público de Médio Porte e a Responsabilidade da Atenção Básica. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde**, v. 13, n. 3, p. 169-74, 2011.

SANTOS, M.A. Acolhimento com classificação de risco: Um fio guia da administração em emergência. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 6, n. 3, jul/dez 2014.

SANTOS FILHO, L.A.M. **Revisão sistemática do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco**. 2013, 28fls. Monografia. Universidade Federal da Bahia, Salvador: 2013.

SHIROMA, L.M.B.; PIRES, D.E.P. Classificação de risco em emergências par as/os enfermeiras/os. **Rev. Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 1, p. 14-17, 2011.

SILVA, F.F; MORAES, S.T; RIBEIRO, J.A. Estratégias utilizadas pelo enfermeiro na assistência ao paciente grave na unidade de urgência e emergência. **Enfermagem Revista**, 2015.

SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: Implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 1, p. 98-105, 2011.

SOUZA, C.C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, [08 telas]. Divinópolis –MG, jan-fev 2011.

TOLEDO, A.D. **Acurácia de Enfermeiros na Classificação de Risco em Unidade de Pronto Socorro de um Hospital Municipal de Belo Horizonte**. 136f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG, 2009.

WEYKAMP, J.M. et al. Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. **Revista Rene**, v. 16, n. 3, p. 327-36, 2015.

ZEM, K.K.S.; MONTEZELI, J.H.; PERES, A.M. Acolhimento com Classificação de risco: Concepção de enfermeiros de um pronto socorro. **Revista. Rene**, v. 13, n. 4, p. 899-908, 2012.

ZENELATTO, D.M.; DAL PAI, D. Práticas de Acolhimento no serviço de emergência: A Perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 9, n. 2, p. 358-365, Abr/Jun, 2010.

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu, Kennia Sibelly Marques de Abrantes, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de Esther Dias Pedrosa, discente do curso de graduação em enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado *“Acolhimento com Classificação de Risco: percepção de Enfermeiros que atuam em um Hospital Universitário no alto sertão paraibano”* Assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no trabalho de conclusão de curso – TCC pela discente.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo cumprimento da Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem, pelos prazos estipulados junto à disciplina TCC, e pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem como arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras-PB, 18 de abril de 2016.

Profa. Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes

SIAPE 2563316



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR PARTICIPANTE**

Eu, Esther Dias Pedrosa, aluna do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com minha orientadora, Kennia Sibelly Marques de Abrantes, a desenvolver o projeto de pesquisa para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem intitulado “*Acolhimento com Classificação de Risco: percepção de Enfermeiros que atuam em um Hospital Universitário no alto sertão paraibano*”, seguir a Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem e os prazos estipulados na disciplina TCC; comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador, nas atividades de pesquisa, e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico ou científico.

Cajazeiras-PB, 18 de abril de 2016.

Esther Dias Pedrosa
MATRÍCULA: 211220013

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA
COORDENAÇÃO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada "Acolhimento com classificação de risco: percepção de enfermeiros que atuam em um hospital universitário no auto-sertão paraibano", a ser desenvolvido pelo (a) pesquisador (a) Esther Dias Pedrosa, sob orientação da Professora Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço do Hospital Universitário Júlio Bandeira, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,

Rozane Pereira de Sousa
Coordenação de ensino,
pesquisa e extensão

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE SANTA MARIA/PB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: percepção de Enfermeiros que atuam em um Hospital Universitário no alto sertão paraibano.

Pesquisador: Kennia Sibelly Marques de Abrantes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55449616.9.0000.5180

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.515.892

Apresentação do Projeto:

Os serviços de urgência e emergência são responsáveis pelo atendimento dos pacientes que se encontram em situações agudas e que apresentam risco eminente de morte ou sofrimento intenso, porém a maioria dos usuários que procura por assistência nestas unidades, não se enquadra nestes critérios, e poderia ter seus problemas resolvidos no nível básico de atenção, o que acaba superlotando os serviços de urgência e emergência públicos do Brasil. Diante da realidade apresentada, o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2004, lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) ou Humaniza SUS que propõe como estratégia o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) objetivando ampliar o acesso a toda a população, reduzir as filas e o tempo de espera, e propor a utilização de protocolos de classificação de risco para reorganizar o fluxo de atendimento e contribuir para a promoção da saúde. Em virtude da escassez de discussão sobre este tema na realidade local e a necessidade de identificar os problemas na utilização e na prática da classificação de risco, esse trabalho tem o objetivo de Analisar a percepção dos Enfermeiros que atuam em um Hospital

Endereço: BR 230, Km 504

Bairro: Cristo Rei

CEP: 58.900-000


UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3531-1346

Fax: (83)3531-1365

E-mail: cepfsm@gmail.com

FACULDADE SANTA MARIA/PB 

Continuação do Parecer: 1.515.002

Universitário do alto sertão paraibano acerca da implantação do ACR. Esse estudo trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa que será desenvolvida com os Enfermeiros que atuam no pronto atendimento de um hospital público, universitário, do município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil. Serão utilizados como critérios de inclusão: atuar no serviço de pronto atendimento no período anterior a implantação do ACR, quando o atendimento ao usuário era por ordem de chegada ou gravidade, estar em exercício pleno das funções no período de coleta de dados, e aceitar participar da pesquisa atestando sua concordância através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados ocorrerá no mês de maio do corrente ano, por meio de uma de uma entrevista semiestruturada que será gravada. Para a análise dos dados será utilizado o método de Bardin, que consiste na pré-análise, exploração dos dados e tratamento dos resultados. Ao fim desse estudo espera-se, de acordo com a percepção dos enfermeiros, avaliar a implantação do ACR no hospital em estudo e elencar as principais potencialidade e fragilidades encontradas na utilização e na prática da Classificação de Risco, e dessa forma, possibilitar a construção de novas estratégias para solução dos problemas vivenciados.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção dos Enfermeiros que atuam em um Hospital Universitário do alto sertão paraibano acerca da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e os benefícios foram adequadamente descritos, conforme preconizado na Resolução 466/12, no TCLE e no arquivo gerado na Plataforma Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem delimitada e observa os preceitos éticos exigidos pela legislação, em especial a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de apresentação obrigatória foram apresentados adequadamente: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); - Folha de rosto (datada e assinada); - Termo de

Endereço: BR 230, Km 504
 Bairro: Cristo Rei CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3531-1348 Fax: (83)3531-1365 E-mail: cepfsm@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.515.092

Compromisso e responsabilidade do pesquisador responsável (datado e assinado); Termo de Compromisso e responsabilidade do pesquisador participante (datado e assinado); - Projeto completo e Instrumento de coleta de dados.

Recomendações:

Atentar para envio do relatório final ao CEP, conforme descrito na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências e/ou Inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS DO PROJETO 704120.pdf	24/04/2016 08:43:11		Acelto
Orçamento	CRONOGRAMAORCAMENTARIOPARAPLATAFORMA.docx	24/04/2016 08:41:58	kennia Sibely Marques de Abrantes	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMADEEXECUCAOPARAPLATAFORMA.docx	24/04/2016 08:40:53	kennia Sibely Marques de Abrantes	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPARASUBMISSAOEMPLATAFORMA.docx	24/04/2016 08:39:28	kennia Sibely Marques de Abrantes	Acelto
Outros	TERMODEANUENCIADOHUJB.pdf	24/04/2016 08:37:19	kennia Sibely Marques de Abrantes	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	24/04/2016 08:34:19	kennia Sibely Marques de Abrantes	Acelto
Outros	ROTEIRODEENTREVISTACOMOSPROFISSIONAIS.docx	24/04/2016 08:26:56	kennia Sibely Marques de Abrantes	Acelto
Dedaração de Pesquisadores	DECLARACAOPESQUISADORPARTICIPANTE.jpg	24/04/2016 08:22:29	kennia Sibely Marques de Abrantes	Acelto
Dedaração de Pesquisadores	DECLARACAODEPESQUISADORES.pdf	24/04/2016 08:20:23	kennia Sibely Marques de Abrantes	Acelto

Endereço: BR 230, Km 504
 Bairro: Cristo Rei CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3531-1348 Fax: (83)3531-1385 E-mail: cepfsm@gmail.com

FACULDADE SANTA MARIA/PB



Continuação do Parecer: 1.515.092

Folha de Rosto	FOLHADEROSTOESCANEADEMPDF.pdf	24/04/2016 08:05:33	kennia Sibely Marques de Abrantes	Aceito
----------------	-------------------------------	------------------------	--------------------------------------	--------

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CAJAZEIRAS, 26 de Abril de 2016

Assinado por:
ANKILMA DO NASCIMENTO ANDRADE
(Coordenador)

Endereço: BR 230, Km 504
 Bairro: Cristo Rei CEP: 55.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3531-1345 Fax: (83)3531-1365 E-mail: cepfm@gmail.com

APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa de Conclusão de Curso intitulada **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS QUE ATUAM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO ALTO SERTÃO PARAIBANO**, que tem como objetivo Analisar a percepção dos Enfermeiros que atuam em um Hospital Universitário do alto sertão paraibano acerca da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco. Pedimos sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a um roteiro com questões objetivas e subjetivas, sendo estas últimas áudio gravadas.

Garantimos que este estudo possui riscos mínimos (como por exemplo, risco de constrangimento decorrente da quebra do anonimato), no entanto, todos os cuidados serão realizados para que não ocorra o fato descrito. Para isso, todas as informações coletadas serão confidenciais.

Não envolve a realização de procedimentos invasivos; mas poderá gerar insatisfação do participante em decorrência de abordar conhecimentos específicos sobre um determinado tema. Nesse caso, o pesquisador estará preparado para intervir sugerindo a suspensão da coleta, deixando você à vontade para decidir sobre sua participação ou não no estudo. Por outro lado, benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação tais como: a análise da percepção dos enfermeiros acerca da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, contribuindo desta forma no incentivo a implantação de propostas de melhoria no local do estudo.

Todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas sob sigilo e sua identidade não será revelada. Sua participação é voluntária e você poderá a qualquer momento deixar de

participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da investigação. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, as pesquisadoras responsáveis estarão disponíveis por meio dos seguintes telefones: acadêmica de enfermagem Esther Dias Pedrosa (83) 9 8141-2881; e Orientadora da pesquisa Prof^a Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes (83) 9 9826-0484.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (83) 3531-1346 situado na BR 230 - Km 504, Cajazeiras-PB CEP: 58900-000 – Cajazeiras – Paraíba. Esse termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2016.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do (a) Participante

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

I- Caracterização dos Enfermeiros:

1- Idade: _____

2- Sexo: F () M ()

3- Qual a sua titulação?

() Graduação

() Mestrado

() Especialização

() Doutorado

4- Você já realizou algum curso na área de emergência?

() Sim () Não Tipo de curso: () Atualização

() Especialização

5- Tempo de Atuação na Enfermagem: _____

6- Tempo de Atuação nesta emergência: _____

7- Você já realizou algum curso sobre Classificação de Risco?

() Sim () Não Quando? _____

II- Percepção dos Enfermeiros sobre Acolhimento com Classificação de Risco (ACR):

Como você avalia (percepção) a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no HUJB?

O que você acha que mudou para o serviço de emergência do HUJB com a implantação do ACR?

O que você acha que mudou para o usuário do HUJB com a implantação do ACR?

Quais as potencialidade e fragilidades que você aponta com a implantação do ACR no HUJB?

Qual o seu papel/atribuição enquanto Enfermeiro (a) no ACR?

O que você entende por Acolhimento com Classificação de Risco no contexto da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde?