

CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANNA CARLA TERTO GONÇALVES

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Percepção e conhecimento dos
discentes pós-graduandos em emergência.

Juazeiro do Norte - CE

2019

ANNA CARLA TERTO GONÇALVES

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Percepção e conhecimento dos discentes pós-graduandos em emergência.

Monografia apresentado a Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como requisito para obtenção do grau de bacharelado em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. José Diogo Barros

Juazeiro do Norte-CE

2019

RESUMO

Designada como a primeira etapa do atendimento dos serviços de emergência, o método classificatório de risco possibilita identificar a gravidade da condição clínica do paciente, otimizar o tempo de espera e reduzir o atraso nos cuidados, dando prioridade aqueles que não podem aguardar intervenções terapêuticas em segurança. Objetivo geral deste trabalho foi identificar a percepção e o conhecimento dos acadêmicos de pós-graduação em emergência a respeito do acolhimento e classificação de risco no setor emergencial. Os objetivos específicos foram; avaliar o grau de conhecimentos dos discentes a respeito das escalas de classificação utilizadas no Brasil, conhecer as principais dificuldades encontradas na classificação de risco observadas pelos acadêmicos da pós-graduação, evidenciar qual a relevância do acolhimento com classificação de risco na unidade emergencial para os discentes. A pesquisa é exploratória com abordagem qualitativa, a coleta de dados foi realizada em Juazeiro do Norte, no Centro universitário Doutor Leão Sampaio, com os discentes da pós-graduação em emergência. Foi aplicado como instrumento de coleta de dados um questionário elaborado pelo pesquisador, com perguntas abertas sobre a temática. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de ética da instituição. Os resultados de coletas de dados foram analisados com o objetivo de transcrever de forma a categorizar as respostas dos participantes e interpretá-las. A temática sobre acolhimento e classificação de risco é um assunto relevante tanto para os usuários, quanto para os profissionais que fazem uso ou não dele, e deve ser abordada com a finalidade de fornecer informações inerentes e sanar dúvidas, a fim de conscientizar e tornar mais fácil a sua prática. Por isso, direcionou-se a pesquisa para os discentes enfermeiros, que visam ingressar na área de urgência e emergência.

Palavras-chaves: emergência, acolhimento, protocolos.

ABSTRACT

Designated as the first stage of emergency care, the risk rating method makes it possible to identify the severity of the patient's clinical condition, optimize waiting time and reduce delay in care, giving priority to those who cannot wait for safe therapeutic interventions. . The general objective of this study was to identify the perception and knowledge of postgraduate students in emergency regarding reception and risk classification in the emergency sector. The general objective of this study was to identify the perception and knowledge of postgraduate students in emergency regarding reception and risk classification in the emergency sector. The specific objectives were; to evaluate the degree of knowledge of students about the rating scales used in Brazil, to know the main difficulties found in risk classification observed by graduate students, to highlight the relevance of reception with risk rating in the emergency unit for students . The research is exploratory with a qualitative approach. Data collection was conducted in Juazeiro do Norte, at the Doctor Leão Sampaio University Center, with students of the postgraduate degree in emergency. It was applied as a data collection instrument a questionnaire prepared by the researcher, with open questions about the subject. The research was submitted and approved by the ethics committee of the institution. The results of data collection were analyzed in order to transcribe in order to categorize the participants' responses and interpret them. The issue of reception and risk classification is a relevant issue for both users and professionals who use it or not, and should be addressed in order to provide inherent information and answer questions in order to raise awareness and make it more easy to practice. Therefore, the research was directed to student nurses, who aim to enter the area of urgency and emergency.

Keywords:emergency, reception, protocols

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ACCR	Acolhimento com classificação de risco
ATS	Australasian Triage Scale
CR	Classificação de risco
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTA	Canadian Triage Acuity Scale
ESI	Emergency Severity Index
GBCR	Grupo Brasileiro de Classificação de Risco
MAT	Model Andorrádel Triage
MTS	Manchester Triage System
PNH	Política Nacional de Humanização
RMC	Região Metropolitana do Cariri
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SE	Serviço de Emergencial
SHE	Serviço Hospitalar de Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TCPE	Termo de consentimento Pós-Esclarecido
STM	Sistema Manchester
SAMU	Serviço Móvel de Urgência e Emergência

Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso!

Não se apavore nem desanime, pois o Senhor,
o seu Deus, estará com você por onde você andar".

Josué 1:9

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus por todas as coisas, entre elas, ter me dado a oportunidade de ingressar no ensino superior, persistir e vencer todas as provas, sou grata á meu noivo Dyego Jordã pela paciência, companheirismo e incentivo, por ter sonhado e acreditado junto comigo. Gratidão aos meus pais pelos esforços de me educar, me ensinar a ser guerreira e sempre percorrer o caminho certo, mesmo que este seja longo e sacrificante, tendo como base a fé e a honestidade. Gratidão aos meus irmãos por sempre estarem perto.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	12
3.2 O ENFERMEIRO E O ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	15
3.3 ACOLHIMENTO EM UNIDADE EMERGENCIAL	17
3.4 A ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA	19
4 METODOLOGIA	20
4.1 TIPO DE ESTUDO	20
4.2. LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	20
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	21
4.4 INSTRUMENTO E ANÁLISES DE DADOS	21
4.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	21
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	22
4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	23
5.1 CATEGORIA 1- IMPORTANCIA DO SETOR DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO HOSPITAL	23
5.2- AUTONOMIA EM CLASSIFICAR O RISCO	24
5.3 CATEGORIA 3- DIFICULDADES ENFRENTADAS PELO ENFERMEIRO, NA OTICA DOS DISCENTES, NA UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS PARA CLASSIFICAR	25
5.4 CATEGORIA 4- CONHECIMENTO E HABILIDADES JULGADAS NECESSÁRIA PARA O ENFERMEIRO CLASSIFICADOR	26
5.5 CATEGORIA 5- CONHECIMENTO SOBRE OS PROTOCOLOS MAIS UTILIZADOS NO BRASIL	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICES	35
APÊNDICE A- Solicitação de Autorização para Realização da Pesquisa	36
APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	37
APÊNDICE C- Termo de Consentimento Pós- Esclarecido	39
APÊNDICE D- Roteiro do Questionário	40

INTRODUÇÃO

Como ferramenta de organização do serviço emergencial (SE), foi criado o acolhimento com classificação de risco (ACR), onde possibilita encaminhar os usuários conforme suas necessidades, e atendê-los de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), (NASCIMENTO,2011). Designada como a primeira etapa do atendimento dos serviços de emergência, a triagem classificatória de risco possibilita identificar a gravidade da condição clínica do paciente, otimizar o tempo de espera e reduzir o atraso nos cuidados, dando prioridade aqueles que não podem aguardar intervenções terapêuticas em segurança (GODOI, et al., 2016).

Para amparar a humanização nos Serviços de urgência/emergência foi implantada a portaria nº 2.395 de 2011, que prioriza o acolhimento com classificação de Risco, objetivando diminuir o tempo de espera, acolher a população e oferecer atendimento dando prioridade aos pacientes com maior grau de risco, independente da ordem de chegada. Desse modo, organiza a atenção as urgências levando em consideração aqueles pacientes que apresentam grau maior de risco, independente da ordem de chegada, assim, ordenando a atenção as urgências, de modo a atender as demandas espontâneas e/ou referenciadas (PAGLIOTTO et al., 2016).

O acolhimento afirma-se como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da política nacional de humanização de atenção e gestão do SUS, o ato de acolher expressa o sentido de aproximação, e não estão relacionados a um local ou espaço, mas sim a uma postura ética, que não se presume a hora ou profissional específico, ou somente a uma etapa do atendimento, esta deve está incluso em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL,2009). A presente pesquisa teve como objetivo identificar a percepção e o conhecimento dos acadêmicos de pós-graduação em emergência a respeito do acolhimento e classificação de risco no setor emergencial.

A temática torna-se relevante, pois considerando que a prática do ACR é uma das atribuições do enfermeiro, o presente estudo tem como intuito evidenciar a visão dos enfermeiros sobre tal assunto. Segundo Junior; Matsuda (2012), o ACR se constitui em um grande desafio, as ações para humaniza, nesse serviço vão mais além do que “dar refúgio”, tem-se que dar também prioridade para as necessidades de atendimento. Esse processo é realizado por enfermeiros, através da consulta de enfermagem, são classificados os agravos, baseados em quatro níveis ilustrados por cores. Considerando a complexidade do trabalho desenvolvido em Serviços Hospitalares de Emergência (SHEs), nota-se que é indispensável discutir como determinar um fluxo de atendimento resolutivo.

O tema proposto contribuirá como meio de informação aos usuários, demonstrando que as ações relacionadas a classificação de risco são pautadas através de protocolos, que as graduações

de níveis de gravidade seguem critérios, para que o atendimento seja equânime e que os alunos da pós-graduação de emergência, futuros profissionais deste setor, possuem base teórica consistente a respeito da temática. Para a Enfermagem, a pesquisa, tem como finalidade, oferecer informações inerentes a ACR, como os profissionais avaliam os protocolos e reconhecem benefícios, o impacto que a implementação do acolhimento com classificação de risco ocasiona na qualidade do atendimento e resolutividade. A escolha do tema se deu pela conclusão do pesquisador em que se deve explorar mais sobre a implantação do ACR na ótica dos pós graduandos na área da emergência, e por esse tema ser pouco abordado, necessita de mais estudos nessa área.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a percepção e o conhecimento dos acadêmicos de pós-graduação em emergência a respeito do acolhimento e classificação de risco no setor emergencial.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o grau de conhecimento dos discentes a respeito das escalas de classificação utilizadas no Brasil.
- Conhecer as principais dificuldades encontradas na classificação de risco observadas pelos acadêmicos da pós-graduação.
- Evidenciar qual a relevância do acolhimento com classificação de risco na unidade emergencial para os discentes.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A triagem foi originada em 1800, pelos militares que a usava no campo de batalha. No fim da década de 50, os departamentos de urgência e emergência dos Estados Unidos inseriram a triagem de paciente devido ao número elevado que buscavam esses serviços (SILVA, et al. 2014).

O termo triagem vem do verbo francês *trier*, que significa tipar, escolher, separar. Foi utilizada pelos militares como método de apoio à guerra. É atribuído a Jean Dominique Larrey, cirurgião do exército de Napoleão na Revolução Francesa, a criação do método, que consistia em avaliar rapidamente e identificar os soldados feridos, separar os que exigiam atenção médica urgente e priorizar o tratamento visando a recuperação desses o mais rápido possível, para o campo de batalha. Esse método foi se aperfeiçoando ao longo dos anos, mas sempre relacionado às guerras ou às grandes catástrofes, não aplicado à população civil até a década de 60, quando evidenciou-se nos Estados Unidos crescente processo de mudança da prática médica, com reflexos na procura pelos serviços de urgência. Essa circunstância levou à necessidade de classificar os usuários e designar aqueles que precisavam de cuidado imediato (COUTINHO; CECILIO; MOTO, 2012).

No Brasil, desde a década de 1930, os debates relacionados a melhoria na qualidade dos serviços hospitalares teve mais ênfase. A partir de então, a criação de fichas, protocolos, sistemas, programas e políticas têm ganhado espaço nas discussões sobre planejamento da gestão hospitalar (JUNIOR; MATSUDA, 2012).

A área de urgência e emergência constitui-se como um relevante componente de assistência à saúde, e nos últimos anos houve uma crescente demanda, ocasionado pelo aumento de acidentes, violência urbana e a insuficiência estruturação da rede assistencial, o que colaborou para sobrecarga desses serviços (BRASIL, 2002).

Para atender essa demanda na área emergencial, uma das ações da Política Nacional de Humanização (PNH), criada pelo ministério da saúde em 2004, e do QualiSUS abrange a implementação nos hospitais do acolhimento e triagem classificatória de pacientes, priorizando o atendimento de acordo com a gravidade do caso e não mais por ordem de chegada, e identifica os paciente que estão em condições de urgência, aumenta a satisfação do usuário, diminui o congestionamento e organiza o fluxo de atendimento (SILVA, et al. 2014).

Os protocolos de classificação de risco consistem em instrumentos que sistematizam a avaliação e estabelecem um respaldo legal para as condutas feitas pela enfermagem, com o intuito de proporcionar um maior conforto, diminuindo o tempo de espera para atendimento (LOPES,2011).

Considerando que classificação de risco é um procedimento dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento. Os objetivos da classificação de risco são: avaliar o paciente logo na sua chegada ao serviço, humanizando o atendimento; Descongestionar e reduzir o tempo de espera para o atendimento médico; determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo; informar o tempo de espera; promover ampla informação sobre o serviço aos usuários; retornar informações a familiares (SOUZA, 2009).

Os modelos de classificação de risco têm grande variação, alguns utilizam de dois até cinco níveis de gravidade, sendo aqueles contidos de cinco níveis os mais aceitos atualmente. Os cinco modelos mais avançados e também utilizados por uma rede de serviços são: o modelo Australiano (Australasian Triage Scale - ATS) que foi pioneiro e usa o tempo de espera em relação com a gravidade, o modelo Canadense (Canadian Triage Acuity Scale - CTAS) que é idêntico ao modelo australiano, porém, mais complexo, o acesso é possível através de uma situação pré-existente. O modelo de Manchester (Manchester Triage System - MTS) emprega-se com algoritmos e discriminadores chaves, associados a tempos de espera simbolizados por cores. O mecanismo de entrada é uma queixa ou situação de apresentação do paciente, o Modelo Americano (Emergency Severity Index - ESI) – emprega-se de um único algoritmo focando mais na necessidade de recursos para o atendimento e o Modelo de Andorra (Model Andorrà del Triage – MAT) – fundamenta-se nos sintomas, discriminantes e algoritmos, no entanto, é seu uso complexo e demorado em média 8 minuto (JUNIOR; TORRES; RAUSCH, 2014).

Acolhimento e Avaliação/Classificação de risco são duas tecnologias, que têm objetivos diferentes, no entanto, se complementam, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho. A avaliação pode ser feita através da explicitação dos usuários e/ou também pela observação de quem acolhe, desde que este obtenha capacitação específica para tal, não compreendendo como um processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à

Classificação de Risco

(BRASIL,2004).

O sistema de triagem Manchester, é fundamentado em categorias de sinais e sintomas, contém 52 fluxogramas, estabelece uma classificação de risco em cinco categorias identificadas por cores;



Protocolo de Manchester: Pulseiras coloridas sinalizam nível de gravidade de cada caso

fonte <https://passevip.com.br/pulseiras-protocolo-de-manchester/>

O protocolo de Manchester foi implementado na cidade de Manchester, Inglaterra, no ano de 1997, por um grupo de profissionais especializados em triagem. A partir de então aderido como protocolo padrão por hospitais do Reino Unido e o ano 2000 a implantação desse sistema cresceu significativamente mundialmente. Ele permite que o profissional classificador tenha aptidão para identificar a queixa principal do usuário, e selecione um fluxograma específico por discriminadores. O protocolo é fundamentado em categorias de sinais e sintomas, contém 52 fluxogramas, destes, 50 são empregados em situações rotineiras, e dois para situações de

múltiplas vítimas, cada fluxograma abrange discriminadores para orientar a coleta e análises das informações necessárias para determinação da prioridade clínica dos pacientes (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2013).

Os discriminadores contidos nos fluxogramas são sinais e sintomas que fazem a distinção entre as prioridades possíveis, e apresentam-se em gerais e específicos. Os gerais se aplicam a todos os doentes, independente das condições que apresentam, e são características recorrentes nos fluxogramas. São: risco de morte, dor, hemorragia, grau de estado de consciência, temperatura e agravamento. Já os específicos aplicam-se nos casos individuais e/ou pequenos grupos de apresentações e dispõe a relacionar-se com características-chave de condições particulares (COUTINHO; CECILIO; MOTO, 2012).

Este protocolo atualmente é o aplicado nos serviços de urgência e emergência no Brasil, aliado ao acolhimento e com classificação de risco, foram adotados pelo ministério da saúde brasileiro em 2004, previsto na portaria 2048/2002 que estabeleceu a política nacional de urgências e emergências (NUNES et al., 2017). Tem como único representante legal do Manchester TriageGroup (MTG) no Brasil o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR) detentores dos direitos autorais do protocolo, O GBCR é constituído por médicos e enfermeiros (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2013).

A Classificação de Risco deve ser realizado por um profissional de nível superior devidamente capacitado, que, geralmente, é o enfermeiro. O STM estabelece uma classificação de risco em cinco categorias identificadas por cores: vermelho (representa atendimento emergente); laranja (atendimento muito urgente); amarelo (atendimento urgente); verde (atendimento pouco urgente) e azul (atendimento não urgente). A partir da identificação da queixa principal do usuário pelo enfermeiro um fluxograma. O paciente classificado com a pulseira de cor vermelha deve ser atendido de imediato, sendo, tempo zero. As demais cores: laranja, amarelo, verde e azul devem ser atendidas em tempo máximo de 10 minutos, 60 minutos, 120 minutos e 240 minutos respectivamente (GADELHA, 2014).

3.2 O ENFERMEIRO E O ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

De acordo com a Resolução COFEN 423/2012, que normatiza, no âmbito do sistema Cofen/conselhos regionais de enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de risco, a classificação de risco e priorização da assistência em serviços de urgência é privativo do enfermeiro, no contexto da equipe de enfermagem, e para executa-la este profissional deverá estar dotado de conhecimento, competências e habilidades que garantam

rigor técnico-científico ao procedimento. o referido procedimento, considerando a resolução, deve ser realizado no contexto do processo de enfermagem, atendendo as indicações da resolução COFEN nº 358/2009 que dispõem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências, e aos princípios da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (COFEN, p.248, 2012).

A classificação dos usuários é realizada pelo enfermeiro, considerando o estado clínico apresentado pelo paciente. O profissional enfermeiro está respaldado pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (Lei do Exercício Profissional de Enfermagem), que determina a consulta de Enfermagem como atribuição privativa, e inclui a realização de técnicas de maior complexidade baseadas em conhecimentos científicos e capacidade de tomar decisões rápidas. Os protocolos padronizados pela instituição, escutar a queixa, os medos e as expectativas dos clientes, servirá como embasamento para identificar os riscos e as vulnerabilidades de cada usuário (MENDONÇA et al.,2018).

Os pontos de atenção devem ter como quesitos, o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção, esses, constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências, priorizando as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica (BRASIL, 2011).

O exercício do enfermeiro no acolhimento vai além dos conhecimentos técnicos científicos, tende a ter capacidade de liderança, ao mesmo tempo em que ampliar o senso crítico, útil e preciso para avaliar, ordenar e cuidar. Nos serviços hospitalares de atenção à urgência e emergência, às atividades exercidas pelo enfermeiro envolve especificidades e articulações. Indispensáveis a gerencia do cuidado aos usuários com necessidades complexas, que demandam de aprimoramento científico, manejo tecnológico e humanização extensivo aos familiares que podem sofrer com o impacto inesperado de uma situação que coloca em risco a vida do paciente(LOPES; BARBOSA; CAHET, 2013).

O enfermeiro, por meio da sua atuação no serviço de acolhimento e classificação de risco dispõe de uma nova área de atuação, que possibilitará melhor gerenciamento de serviços de emergência, já que contribui para garantir o acesso do paciente, diminuir o tempo de espera, diminuir o risco e ocorrências iatrogênicas e melhorar a qualidade do atendimento. Deste modo, na classificação de risco, é importante e indispensável que haja uma entrevista com o paciente, objetivando saber a queixa que o fez buscar o serviço de saúde, sinais e sintomas e, a partir dessas

informações realizar uma avaliação da necessidade do paciente visando o estabelecimento dos cuidados multiprofissionais demandados (SOUZA; BASTOS, 2008).

Para isso o enfermeiro faz a identificação do paciente observando se há a necessidade de uma intervenção médica e/ou cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Seguindo as seguintes etapas: usuário procura o serviço de urgência; é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento; logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que o enfermeiro detém os conhecimentos e habilidades específicos para determinar a prioridade de atendimento, gerenciar o fluxo de oferta e demanda dos usuários nos serviços de urgência do serviço, colaborando para a diminuição da morbimortalidade (NASCIMENTO, et al 2011).

Este profissional está em evidência graças à conquista de seu espaço em variados cenários da prática assistencial. Isso colabora para um maior reconhecimento e valorização do mesmo, destacando-se no contexto nacional e internacional. O enfermeiro assume um papel progressivamente importante e eficiente para a identificação mais precisa das necessidades do cuidado aos usuários que buscam os serviços de saúde, onde se reflete na agilização do processo de trabalho, na redução do tempo de espera do cliente para ser atendido, e como resultado, em maior satisfação dos clientes dos serviços de emergência (MENDONÇA et al .,2018).

3.3 ACOLHIMENTO EM UNIDADE EMERGENCIAL

A PNH, lançada em 2003, conceitua acolhimento como sendo o ato de acolher e reconhecer o que o próximo traz como legítima e singular necessidade. O acolhimento deve-se apresentar e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/população, ele é feito de forma coletiva desde a análise dos processos de trabalho, visando a construção de reações de confiança, compromisso e elo entre equipes/serviços, trabalhador/equipe e usuários com a rede sócio ativa (BRASIL, 2013).

A Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), entre as suas diretrizes esta ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e

intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos; garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes); articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências(BRASIL, 2011).

Acolhimento significa humanização, se faz através da escuta qualificada dos problemas apresentados pelos usuários, e não se limita apenas em uma triagem, mas estima-se na identificação dos problemas, responsabilização na garantia de intervenções resolutivas, como objetivo do trabalho e saúde, desenvolvendo a capacidade da equipe em sanar as necessidades do usuários, utilizando o potencial de todos os profissionais de modo a diminuindo centralidade das consultas medicas (SOUZA,2015).

O acolhimento caracteriza-se como uma ação tecno-assistencial que prevê modificações na relação profissional/usuário e sua rede social, traçada em parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, identificando o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. Envolve o empoderamento do usuário pela produção de sua saúde, e também a responsabilização do profissional pelo estado de saúde destes usuários, sendo um dos elementos necessários para o efetivo acolhimento, gerando no paciente um sentimento de confiança relacionado ao profissional que presta assistência (GUEDES; HENRIQUES; LIMA,2013).

Nos serviços de urgência e emergência existem condições complexas característicos do próprio ambiente e das pessoas que cuidam e são cuidados, que obtêm experiências e vivenciam relações humanas também complexas no processo de cuidar/cuidado em um sistema organizacional hospitalar. Por isso torna-se importante desenvolver ações no acolhimento, percebendo em quais circunstancia estão sendo realizadas e de que forma os usuários observam o trabalho dos profissionais de saúde nessa atividade, principalmente a equipe de enfermagem (GUEDES; HENRIQUES; LIMA,2013).

Esses setores, urgência e emergência, são considerados complexos por serem cotidianamente superlotados, habituado a alta demanda, o que conseqüentemente pode desencadear a desordem, influenciando de forma negativa na assistência oferecidos aos usuários. Embasado nesses fatos, o Ministério da Saúde, lançou a cartilha da “Política Nacionalde Humanização - Humaniza SUS”, para acolher os usuários nesses setores, classificando-os pela nível de gravidade e grau de prioridade do atendimento (PAGLIOTTO et al., 2016).

Confirma-se que a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento, consideradas como transformações estruturais

organizações e significativas, trouxeram melhoria na qualidade do cuidado nos serviços de Urgência e Emergência (EU). Contudo, é importante investir progressivamente no campo das relações interpessoais e no fortalecimento dos recursos humanos. Neste contexto, vale citar o acolhimento como sendo uma diretriz, dispositivo de tecnologia leve e uma ferramenta para prática do cuidado à saúde, usado de forma relevante na atuação do enfermeiro no pronto socorro (COSTA , et al 2018).

A organização da Rede de Atenção às Urgências tem como propósito articular e integrar todos os equipamentos de saúde, planejando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011).

3.4 A ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA

A especialização trata-se de uma categoria de pós-graduação lato sensu, que tem como intuito qualificar o profissional com o propósito de ampliar seu conhecimento em uma dada área do saber. A regulamentação dos cursos de especialização se deu por meio do ministério da educação através da Resolução CNE/CES 1, de 8 de junho de 2007, que estabelece normas para o funcionamento do curso de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização (FERNANDES et al., 2017).

Os cursos de pós lato sensu é definido pelo Ministério da educação e cultura (MEC) como programas de especializações que incluem os cursos denominados como MBA- Master Business, possuem duração mínima de 360 horas e ao concluir o curso o aluno obterá certificado. São cursos direcionados a candidatos graduados em cursos superiores e que contemplem os quesitos das instituições de ensino (BRASIL,2009).

Considerando progressivo o número de concluintes dos cursos de graduação em enfermagem, há também um aumento da demanda por interessados em ingressar nos cursos de especialização e, com isso , dão se origem a criação de uma vasta rede de ensino de pós-graduação, oferecidos principalmente no âmbito privado. Tanto na área da enfermagem como em outras, a procura por especializações se dá pela necessidade de qualificar-se para se engajar no mercado de trabalho, que cada vez mais mostra-se competitivo e exigente. A especialização no contexto do plano material, possibilita distinguir e complementar a formação profissional, legitima á uma competência adquirida, valorizando o diploma de graduação, levando em conta que este vem sendo desvalorizado por sua banalização (OLIVEIRA, et al., 2009).

Com a modificação e o crescimento do número de profissionais de enfermagem e, conseqüentemente, do mercado de trabalho e recursos humanos em saúde, fez com que empregados e empregadores reflitam sobre competências essenciais do profissional que contribuam para o desenvolvimento de suas tarefas no ambiente de trabalho. Com os avanços tecnológicos, políticos e científicos, é evidente a busca dos profissionais em busca pelo aperfeiçoamento profissional e formação específica, com o objetivo de melhor se adequar ao ramo de atividade a qual exerce (BARBOSA, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa é de natureza exploratória, com abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória tem por finalidade proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, como também tornar possível desenvolver, e esclarecer conceitos e idéias, também proporcionam uma visão geral acerca de determinado fato. Boa parte dessas pesquisas inclui: levantamento bibliográfico; coleta de informações das pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2008).

Segundo Marconi; Lakatos (2010) a metodologia qualitativa preocupa-se em examinar aspectos mais intensos, expõe a complexidade do comportamento humano, e permite uma análise uma investigação mais detalhada. Não emprega instrumentos estatísticos, e a forma de coleta e análise de dados difere do método quantitativo.

4.2. LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na cidade de Juazeiro do Norte, no Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, no curso de pós-graduação em enfermagem em unidade de terapia intensiva e emergência. Localizado na cidade de Juazeiro do Norte, em novembro de 2019. Onde foi feita uma solicitação para realização da presente pesquisa (APÊNDICE A).

Juazeiro do Norte se emancipou através da Lei Estadual n.º 1.178, de 23-07-1914, segundo o último senso do IBGE em 2010 número de habitantes era 249.939 e população estimada de

271.926 de pessoas para o ano de 2018, a área de 248,832 km², e população predominantemente católica. A taxa de urbanização é de 95,3%.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população foi composta por 25 estudantes de pós-graduação em emergência na instituição realizada a pesquisa, e a amostra composta por discentes do curso de pós-graduação em enfermagem em unidade de terapia intensiva e emergência, tendo como critérios de inclusão os inscritos no curso citado, e que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), presente no (APÊNDICE B), e o termo de Pós-Esclarecido (TCPE), contido no (APÊNDICE C). Foram excluídos todos aqueles que não se enquadre nos critérios de inclusão e que estivesse de licenças no período da coleta de dados.

4.4 INSTRUMENTOS E ANALISES DE DADOS

O instrumento utilizado para coleta de dados foi o questionário estruturado, (APÊNDICE D), contendo perguntas abertas, ordenadas e objetivas, com o intuito de levantar informações descritas pelos sujeitos pesquisados e conhecer suas opiniões relacionadas aos assuntos em estudo. (SEVERINO, 2016)

A escolha desse instrumento deu-se pelas vantagens de obter grande número de dados num espaço de tempo relativamente curto, e dispõem de respostas precisas, já que o pesquisador não influenciara nestas.

4.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após a coleta os dados foram analisados qualitativamente.

Para a análise de conteúdo, deve-se levar em consideração que a mesma é um método, converte-se em um conjunto de técnicas de análise das comunicações e necessita do uso de procedimentos sistemáticos e objetivos para descrever os conteúdos das mensagens. Possui três momentos, segundo Bardin (2016): A primeira fase se constitui pela Pré-análise; identificada como uma fase de organização, envolve o primeiro contato com os documentos que serão analisados, no caso, os questionários, a escolha deles, a formulação de hipóteses, dos objetivos e indicadores para interpretação do material. A segunda fase se dá pela exploração do material; a

categorização e codificação do material utilizando critérios e formulando categorias, assim tornando claras e apropriadas aos propósitos dos estudos. A terceira fase; Tratamento dos resultados - Inferência e a interpretação, é a fase da reflexão, da intuição, com embasamento nos materiais empíricos. Confronto entre o conhecimento acumulado e o adquirido.

Alguns trechos das respostas obtidas no questionário foram colocados em determinadas categorização, utilizou-se a letra D para identificar os recortes citados pelos discentes.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Em conformidade com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, respeitando a dignidade humana e proteção devida dos participantes das pesquisas científicas, os princípios da bioética: autonomia, justiça, beneficência, não malevolência direito de afastar-se da pesquisa a qualquer momento e acompanhar os resultados, sendo garantidos os direitos do pesquisador, da comunidade, e dos sujeitos. Sendo o anonimato, um desses (BRASIL, 2012).

Para realização da pesquisa será elaborado, esclarecido para os participantes, para que compreendam a importância dele, e de forma voluntária, possam assinar o termo de livre consentimento esclarecido (TCLE), a qual trata do livre arbítrio de participação dos sujeitos na pesquisa, reconhecendo todos os seus direitos. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de ética da instituição.

4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Este estudo apresentou riscos mínimos como; constrangimento, vergonha ou intimidação para o participante devido a pesquisar abordar assuntos sobre a prática e área a qual está cursando. Como forma de diminuir e/ou sanar tais riscos o pesquisador leu os termos a serem aceitos e assinados pelos participantes e se disponibilizou para tirar dúvidas referentes a pesquisa. Os benefícios esperados é a ampliação do conhecimento sobre a temática através dos resultados obtidos, e a possibilidades de novas descobertas, possibilitando abranger e enriquecer a literatura acadêmica.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa foi composta pelos discentes do curso de especialização de enfermagem em unidade de terapia intensiva e emergência de uma Instituição de ensino privado de Juazeiro do Norte-CE sobre a percepção dos mesmos, em relação ao acolhimento e classificação de risco no setor emergencial.

Os resultados de coletas de dados foram analisados com o objetivo de transcrever de forma a categorizar as respostas dos participantes e interpreta-las. Foram elaboradas categorias temáticas com os temas: A importância do setor de classificação no hospital; Autonomia em classificar risco; dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro, na ótica dos discentes, na utilização de protocolos para classificar; conhecimento e habilidades julgadas necessária para o enfermeiro classificador; conhecimento sobre os protocolos mais utilizados no Brasil.

5.1 CATEGORIA I- IMPORTANCIA DO SETOR DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO HOSPITAL

Nesta categoria buscou identificar a opinião dos discentes da pós-graduação em emergência, através de suas vivencias, sobre a relevância de existir esse setor no ambiente hospitalar. Todos os graduandos responderam:que acham importante haver o setor de classificação de risco. Seguem as respostas que foram mais comuns:

“Sim, pois através da classificação é possível organizar o atendimento de acordo com a gravidade de cada paciente”D1

“Sim, com a classificação é possível direcionar o paciente para o atendimento devido” D2

“ Sim, pois a classificação agiliza o processo de assistência” D3

“Sim, a classificação garante o acesso equânime para os pacientes” D4

A percepção apresentada pelos pesquisados corrobora com a literatura a qual caracteriza o ACCR como um instrumento com finalidade de acolher, realizar a classificação edirecionamento do usuário de forma ágil, segura e humanizada, e que intervém diretamente na qualidade da assistência oferecida, além de aprimorar a organização no processo de trabalho da equipe multiprofissional (OLIVEIRA et al, 2017).

A classificação de risco é um instrumento que possibilita organizar o atendimento não por ordem de chegada, mas a partir do estado clínico, e tem outras finalidades como; garantir assistência imediatas aqueles com alto grau de risco, informar o tempo de espera, proporcionar o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo, oferecer melhores condições de trabalho, ampliar a satisfação dos usuários e a elaboração de redes internas e externas para atender (MOURA et al., 2014).

Para Sarcomanet al.,(2019) a CR surgiu como uma estratégia clínica e organizacional para diminuir os riscos e danos originados pelas desigualdades pela forma de atendimento nos serviços de emergência, tradicionalmente realizadas pela ordem de chegada, e desta maneira reduzir risco e danos advindos da superlotação nos SHE.

5.2- AUTONOMIA EM CLASSIFICAR O RISCO

Com essa categoria buscou evidenciar a convicção dos sujeitos da pesquisa em relação a autonomia do profissional enfermeiro no setor de classificação de risco, se é dada e se realmente existe. As respostas foram vagas e curtas, porém, todos responderam que o enfermeiro desenvolve seu trabalho com autonomia, citando que o mesmo pode tomar decisão sem interferência de outros profissionais e que o protocolo o assegura para isso.

“Sim, pois o enfermeiro é quem avalia o paciente para encaminhá-lo para o atendimento, sem a intervenção de outro profissional” D1

“Sim, pois permite ao enfermeiro a organizar melhor suas condutas na tomada de decisão” D2

A autonomia do enfermeiro é determinada pelo conhecimento adquirido da CR, e consequentemente faz surgir uma relação de poder entre os diferentes profissionais da equipe. Apesar da existência de protocolos que ratificam sinais e sintomas que tem em vista tratamento clínico, a decisão do enfermeiro na CR é fundada e derivada do conhecimento que este obteve sobre o processo de classificação e priorização de risco, desse modo, resultante de sua autonomia na prática dessa atuação (DURO; LIMA; WEBER, 2017).

A autonomia está intimamente associada aos saberes pessoais da profissão, com o propósito de realizar o serviço com poder e qualidade, embasados no saber científico que é um instrumento poderoso na assistência dos enfermeiros. É indispensável que esta autonomia esteja direcionada ao trabalho em equipe, de modo compartilhado, visto que o profissional tem formações e práticas diferentes fundamentais para a realização do atendimento. A autonomia do enfermeiro está

relacionada ao ambiente de trabalho, a qualidade da assistência e a satisfação profissional. Vários fatores podem interferir na autonomia do enfermeiro, sendo estes de forma positiva ou negativa. Pode-se citar como fatores que potencializam a autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar; a sistematização da Assistência de enfermagem (SAE), o conhecimento técnico-científico; a experiência profissional; a valorização profissional; as relações interpessoais e comunicação entre equipe multiprofissional e paciente, a organização da assistência e os registros de Enfermagem a fim de que a equipe siga as mesmas condutas. Como fatores que limitam a autonomia do enfermeiro; influência do médico no trabalho do enfermeiro, a deficiência do conhecimento técnico-científico, a hierarquia, sobrecarga de trabalho, a estrutura física inadequada, a escassez de material (BONFADA; PINNO; CAMPONOGARA, 2018).

Corroborando com as falas, a classificação de risco em serviço de urgência e emergência favorece os enfermeiros na porque lhes concede autonomia, presente na tomada de decisões no ato de classificar os pacientes. Como consequência dessa autonomia, mostra-se o reconhecimento desse profissional pelos pacientes (BONFADA; PINNO; CAMPONOGARA, 2018).

5.3 CATEGORIA 3- DIFICULDADES ENFRENTADAS PELO ENFERMEIRO, NA ÓTICA DOS DISCENTES, NA UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS PARA CLASSIFICAR

Foram elencadas pelos participantes as dificuldades, observadas por eles, que o enfermeiro classificador enfrentava para classificar o risco, entre elas foram citadas a não aceitação dos usuários a classificação, condições de trabalho, falta de capacitação e/ou qualificação, e conhecimento técnico-científico dos profissionais sobre os protocolos.

“Serviços de saúde precários, falta de recursos, comprometem o atendimento” D1

“Os próprios pacientes, pois muitos não aceitam a sua classificação. Querem ser atendidos de imediato” D2

“A principal dificuldade, ao meu ver, é a falta de preparo técnico-científico no uso do protocolo de classificação” D3

“Associar as queixas dos pacientes aos protocolos, pois alguns omitem para ser atendido de imediato” D4

Existe a necessidade de capacitação dos profissionais enfermeiros para a realização da classificação de risco, considerando que quanto mais qualificado e mais experiente quanto ao tempo de desempenho dessa atividade,consequentemente mais preparado este será para concretizar a priorização do atendimento de forma mais confiável, o que torna uma atividade complexa, pois depende das habilidade e competência do enfermeiro e também de fatores externos e subjetivos, entre eles, relacionamento interpessoal e comunicação e ambiente de trabalho (SILVA et al., 2016).

Muitos indivíduos procuram os serviços de urgência com queixas que não condiz com situações clínicas que os coloquem em risco de morte, isso pode prejudicar a qualidade da assistência oferecida aos usuários, e consequentemente acabam tornando esses serviços superlotados e sobrecarregados, onde as ações assistenciais desenvolvidas poderiam ser realizadas em unidades de urgência de menor complexidade ou no setor de atenção básica e especializada (DINIZ et al., 2014).

Fundamentando as falas, o método de adaptar as queixas dos usuários ao fluxograma do protocolos de classificação de risco é uma das fases mais difíceis do processo, requer que profissional desenvolva uma escuta qualificada, realize avaliação e registro correto e detalhado da queixa principal, aptidão de observação, raciocínio clínico, tomada de decisão e entendimento das redes de apoio do sistema assistencial (CAVEIÃO et al., 2014).

5.4 CATEGORIA 4- CONHECIMENTO E HABILIDADES JULGADAS NECESSÁRIA PARA O ENFERMEIRO CLASSIFICADOR

Objetivou-se a partir desta categoria ter conhecimento quais as habilidades os discentes julgavam necessárias ao enfermeiro para realizar classificação de risco, as respostas foram as seguintes:

“Escuta qualificada” D1

“Ter curso de capacitação para classificar”D2

“ Deve conhecer a fisiopatologia das doenças” D3

“ Pensamento crítico e liderança” D4

“Ser ágil, comunicativo e ético” D5

“ Ser prestativo, proativo e ter autonomia” D6

É fundamental que o enfermeiro para classificar o risco tenha conhecimento teórico, conheça extensamente as condições clínicas, cirúrgicas e psicossociais dos indivíduos, por conta dos variados problemas existentes no serviço de urgência, também conhecer o perfil epidemiológicos dos clientes, a fisiologia e patologia das alterações que são mais sucessivas, para determinar a prioridade apropriada para cada usuário. É essencial que o enfermeiro tenha conhecimento sobre a organização do serviço, área física, recursos humanos e materiais para que seja possível o dimensionamento do fluxo dos usuários e espaço disponível para isso, ordenando o tempo necessário para que cada indivíduo seja atendido (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

O ACCR norteia-se através da escuta qualificada, construção de vínculo, garantia o acesso com responsabilidade, resolutividade dos serviços de saúde, como também pela priorização dos pacientes graves para o atendimento (BRASIL, 2009).

O código de ética dos profissionais de enfermagem coloca como umas das responsabilidades e dever a avaliação criteriosa de competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar cargos ou atribuições quando capazes de desempenhar seguro para si e para outros, e proibição executar atividades que não seja de sua competência e que possa causar danos a ele, a pessoa, a família e a coletividade. Coloca como direito do enfermeiro aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação as suas práticas profissionais (COFEN, 2018).

De acordo com Santos 2014, o enfermeiro que trabalha na emergência precisa ter a capacidade de avaliar, intervir e tratar o paciente de maneira rápida e eficaz, embasados em conhecimentos fisiopatológicos, tecnológicos e de tratamento.

Ratificando o que foi citado pelos pesquisados a liderança, no contexto clínico, é evidenciada por meio da influência continua da equipe para melhoria da assistência oferecida ao paciente. Um bom líder é apto a criar empatia, confiança e o meio de trabalho mais saudáveis que proporcione segurança do paciente e excelência na assistência. A liderança transforma-se numa ferramenta fundamental no trabalho do enfermeiro, tanto no serviço de urgência e emergência quanto no gerenciamento da equipe e de condições de trabalho (SILVA et al., 2014).

5.5 CATEGORIA 5- CONHECIMENTO SOBRE OS PROTOCOLOS MAIS UTILIZADOS NO BRASIL

Os discentes citaram dois modelos de classificação de risco, como sendo os mais utilizados no Brasil; o protocolo de Manchester e o protocolo de ACCR proposto pelo Ministério da Saúde,

por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) foram apontadas como principais diferenças entre ambos os níveis de gravidade e as cores em que são representadas.

“ Um tem quatro níveis e o outro tem cinco” D1

“ O sistema de classificação de risco de Manchester tem cinco cores e o do ministério da Saúde tem quatro” D2

Validando as falas, SANTOS 2014 diz que no Brasil, é empregado atualmente nos serviços de urgência e emergência, os protocolos de Manchester e o acolhimento com a Classificação de risco adotado em 2004 pelo Ministério da saúde, previsto na portaria 2048/2002 MS que institui a Política Nacional de Urgências e Emergências. O Ministério da Saúde no programa Humaniza SUS em suas diretrizes propõe que cada unidade deveria criar seu próprio protocolo de forma que seja condizente com as características regionais da população e sua capacidade de atendimento(MARCONATO; MONTEIRO,2017).

O sistema de classificação de risco de Manchester começou a ser utilizado no Brasil a partir do ano de 2008, tem cinco níveis caracterizados por número, cor e tempo estimado para casa atendimento (CARMO; SOUZA 2018). O paciente será classificado em uma das cinco cores, levando em conta a queixa principal, sinais e sintomas e história clínica, cada representa um nível de gravidade e para cada nível é estipulado o tempo necessário para que seja feito o atendimento ao usuário: Emergência (vermelho), atendimento imediata pelo médico; Muito Urgente (laranja), avaliação em até 10 minutos; Urgente (amarelo), 60 minutos; Pouco Urgente (verde), 120 minutos; e, Não Urgente (azul), 240 minutos (AMTHAUER; CUNHA,2016).

O Ministério da Saúde sugere que a classificação de risco seja representada preferencialmente por cores, com quatro níveis de classificação, do mais grave ao menos grave, caracterizado pelas cores (vermelho, amarelo, verde, azul). Esse reconhecimento deve ser feito na ficha de atendimento, e não diretamente no usuário (pulseira, por exemplo), pois a classificação é contínua, já que pode haver mudanças no estado clínico do paciente (OLIVEIRA et al., 2012).

Logo que o usuário é atendido usa-se o ordenamento estratificado por meio de no mínimo quatro cores para classificar o paciente: vermelho (emergência); amarelo (urgência); verde (menor urgência); e azul (não urgência). A partir da queixa principal, exame físico e coleta de dados o enfermeiro toma a decisão a respeito da priorização do atendimento, embasado na escuta qualificada e julgamento clínico e crítico. O protocolo de Manchester acrescenta a cor laranja aos usuários que são classificados como muito urgentes, isto é, um intermédio entre as cores vermelhas e amarelas (OLIVEIRA et al., 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática sobre acolhimento e classificação de risco é um assunto relevante tanto para os usuários, quanto para os profissionais que fazem uso ou não dele, e deve ser abordada com a finalidade de fornecer informações inerentes e sanar dúvidas, a fim de conscientizar e tornar mais fácil a sua prática. Por isso, direcionou-se a pesquisa para os discentes enfermeiros, que visam ingressar na área de urgência e emergência.

Os questionários foram compostos por perguntas abertas, e não obteve boa adesão pelos discentes, no total apenas um terço respondeu, as respostas foram breves e resumidas, porém, através destes materiais coletados foi possível perceber que estes possuem embasamento teórico sobre o assunto. Em relação a percepção dos participantes, relataram carência de conhecimento pelos profissionais classificadores quanto ao protocolo utilizado pela própria instituição, também sobre os sinais clínicos e fisiopatológicos apresentados pelos pacientes, não aceitação dos usuários a sua classificação.

É importante que todos os profissionais de enfermagem tenham conhecimento sobre a classificação de risco, saiba sua finalidade e contribua para sua aplicabilidade, principalmente aqueles que trabalham em instituição que utilizam a classificação de risco. A educação permanente é uma boa estratégia.

O estudo teve a finalidade de identificar a percepção e o conhecimento dos acadêmicos de pós-graduação em emergência a respeito do acolhimento e classificação de risco no setor emergencial, tendo os objetivos alcançados.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M; DURO. C. L. Mottin; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.** 2012; Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000400023&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso 14 nov 2019

AMTHAUER, C; CUNHA, M. L. C. **Sistema de triagem Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.24 Ribeirão Preto 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1078.2779>> Acesso: 14 nov 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em; <<https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-decontec3bado-laurence-bardin.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BARBOSA, I.G. **Os motivos dos enfermeiros para inserção em cursos lato sensu sob o olhar da complexidade.** junh, 2011. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/51/dissert/EEAN_M_IsabelaGasparelliBarbosa.pdf> Acesso em 29 set.2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União, 2018.**

BRASIL. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 31 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il.color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em; < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em 04 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de risco: um paradigma ético** Paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2004. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/374>>. Acesso em: 04 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002.** Disponível em:<<http://www.vidagoias.com.br/portaria-no-2048-de-05-de-novembro-de-2002-ministerio-de-saude/>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em:11 abr. 2019.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de atenção a saúde. **Política nacional de Humanização.** Brasília,2013. Disponível em: www.bvms.saude.gov.br. Acesso em: 09mai,2019.BRITO; K. J. A dimensão do acolhimento em unidade de pronto atendimento(upa):

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a05.pdf>>, Acesso em: 06 maio 2019.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo :Atlas, 6ª ed. 2008. ISBN. Disponível em: <<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-cmc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acesso: 29 mar. 2019.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Sistema Manchester.2013. disponível em: < www.gbcr.org.br>. Acesso em 10 mar.2019.

GODOI, V. C. G; GANASSIN,S. G; INOUE, K. G; GIL,N. L. M. Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento. **CogitareEnferm.** Jul/set/2016. 21(3): 01-08. Disponível em:<<file:///C:/Users/meu%20pc/Downloads/44664-186754-1-PB.pdf>>. Acesso em 04 mar. 2019.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, v4.3.18.3, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 08 mar. 2019.

FERNANDES,J.D; SILVA, R. M. O;MOTA, L. S. R.; SILVA, A. C. P; SILVA, L.S; FREITAS, C. M.Mapeamento dos Cursos de Especialização em Enfermagem em Sua Totalidade E Contradições. **Rev enfermUFPE on line.**, Recife, jun., 2017

JUNIOR, W. C; TORRES, B. L. B; RAUSEH, M. C. P. **Sistema Manchester de classificação de risco.** Comparando modelos. Abril, 2014. Disponível em: <<http://gbcr.org.br/public/uploads/filemanager/source/53457bf080903.pdf>>. Acesso em: 23 maio. 2019.

JUNIOR, J. A. B; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 5, p. 751-757, out. 2012 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500006>

LOPES J. B. **Enfermeiro na classificação de risco em serviços de emergência:** revisão integrativa [Monografia de Graduação]. Porto alegre: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2011. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/37529>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

LOPES, D. G. A. I; BARBOSA, M. S. A; CAHET, A. Q. V. **O enfermeiro na triagem comclassificação de risco em urência e emergência:** uma revisão integrativa.2013. Acesso em 23 jun.2019. disponível em < <https://www.webartigos.com/artigos/o-enfermeiro-na-triagem-com-classificacao-de-risco-em-servicos-de-urgencia-e-emergencia-revisao-integrativa/114560>>

MARCONI; M. A. LAKATOS; E.M. **Fundamentos da metodologia científica.** Acesso: 14 de Abr 2019. Disponível em : < <file:///C:/Users/MAQUINA%206/Downloads/LAKATOS%20-%20MARCONI%20%20FUNDAMENTOS%20DE%20METODOLOGIA%20CIENTIFICA.pdf> >

MARCONATO; R. S. MONTEIRO; M. I. Prioridades da classificação de risco em uma unidade de emergência e desfecho do atendimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2017; Acesso: 10 ago 2019. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2974.pdf>

MENDONÇA, A. R ; QUELUCI. G. C; SOUZA, V. R; DIAS, F .S. C; JASMIN, J. S. Competências do enfermeiro nos serviços de emergência. **Revista de Enfermagem UFPE online**, [S.l.], v. 12, n. 10, p. 2816-2824, out. 2018. ISSN 1981-8963. Disponível em:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237779/30263>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

MENDES, T. J. M; SILVEIRA, L. M; SILVA, L. P; STABILE, A. M. Associação entre o acolhimento com classificação de risco, desfecho clínico e escore de mews. *Rev mineira de enfermagem*, 2018 V.22. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1215>

MOURA, M. A.A; WATANABE; E. M. M; SANTOS, A. T. R; CYPRIANO, S. R; MAIA, L. F. S. O papel do enfermeiro no atendimento humanizado de urgência e emergência. *Revista Recien*. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/meu%20pc/Downloads/71-343-1-PB.pdf> Acesso: 09 nov 2019.

NASCIMENTO, E. R. P; HILSENDEGER, B. R; NETH,B; BELAVER, G. M; BERTOCELLO, K. C. G. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev.Eletr. enfer**. UERJ, Rio de Janeiro, jan/mar/2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a14.pdf>>. Acesso em 05 mar. 2019.

NUNES, B. X; CÂMARA, D. V; RENOVATO, L; MONTEFUSCO, S. R. A; AMARAL, M. S. Atuação do enfermeiro no acolhimento e classificação de risco: características do atendimento mediante protocolo: uma revisão da literatura. **Rev. Científica FOCMAL**, volume x, nº 3, set 2017, 2º semestre. Disponível em: <<http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/09/1>>. Acesso em: 18 maio 2019.

OLIVEIRA, Nayana Alves et al. Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos. **Texto contexto-enferm**. Florianópolis, V.18, n.4,p.697-704, dez. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 set. 2019.

OLIVEIRA, J. L. C; GATTI, A. P; BARRETO, M. S; JUNIOR, J. A. B; GÓES, H. L. F; MATSUDA, L. M. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. *Texto contexto - enferm*. vol.26 no.1 Florianópolis 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000100301&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso: 24 jun 2019

OLIVEIRA, K. K. D; AMORIM, K. K. P. S; FERNANDES, A. P. N. L; MONTEIRO, A. I. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. *Rev mineira de enfermagem*, v17.1 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/586>> Acesso: 23 jun 2019

PAGLITTO, L. F; SOUZA, P. B; THOMAZINI, J. O; ORTEGA, A. B. A.; VAVRA, S. M. F. Classificação de risco em uma unidade de emergência do interior paulista. **CuidArtenfermagem**

v.10 02 jul. dez, 2016. Disponível

em:<<http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2016v2/148-155.pdf>> Acesso : 23, jun 2019.

SACOMAN, T. M; BELTRAMMI, D. G. M; ANDREZZA, R; CECILIO, L. C. O; REIS, A. A. C. **Implantação do sistema de classificação de risco Manchester em uma rede municipal de urgência.** Saúde debate vol.43 no.121 Rio de Janeiro Apr./June 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042019000200354&script=sci_arttext> Acesso: 14 nov 2019.

SANTOS, M.A. Acolhimento com classificação de risco: um fio guia da administração em emergência. Revista Saúde e Desenvolvimento, Salvador, v.6, n.3, p.57-69, jul/dez. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/meu%20pc/Downloads/323-1209-1-PB.pdf>> Acesso: 14 nov 2019.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** São Paulo: 2016. Acesso: Mar 2019 .Disponível<http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2012_1/ELABORACAO_QUESTIONARIOS_PESQUISA_QUANTITATIVA.pdf>

SILVA, M. F. N; OLIVEIRA, G. N; PEGOLA-MARCONATO, A. M; MARCNATO, R. S; BARGAS, E. B; ARAÚJO, I. E. M. Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco de pacientes em unidade de emergência. **Rev. Lat-Am. Enfermagem.** Mar-abr.2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00218.pdf>. Acesso em: 23 maio 2019.

SILVA, P.L; PAIVA, L; FARIA, V. V; HHL, R. I. B; CHAVAGLIA, S. R. R. **Acolhimento e classificação de risco do serviço de pronto-socorro adulto: satisfação do usuário.** RevEscEnferm USP · 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0427.pdf> Acesso: 11 nov 2019.

SILVA, D. S. S; BERNARDES, A; GABRIEL, C. S; ROSSI, F. L. R; CALDANA, G. **Classificação do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 jan/mar. Disponível em:<https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a24.pdf> Acesso: 13 nov 2019.

SOUZA; C. C. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos-** Belo Horizonte: 2009. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/647M.PDF>>. Acesso em: 23 maio 2019.

SOUZA, R. S; BASTOS, M. A. R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Rev, Mineira de enfermagem,** 2008. Disponível em:<<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/304>>. Acesso: 23 jun 2019.

SOUZA,C.C .et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev .LatinoAm.Enfermagem.**v19.n1,2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdfacesso em:18 de out de 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Solicitação de Autorização para Realização da Pesquisa

CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

A Direção do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio ,

Eu, Anna Carla Terto Gonçalves, aluna regulamentada no IX semestre do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, venho por meio deste, solicitar a V. S^a, autorização para realizar em sua Instituição a coleta de dados para a pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso intitulada: Acolhimento e classificação de risco: Percepção e o conhecimento dos enfermeiros pós graduandos em emergência, orientado pelo Prof. Esp. José Diogo Barros, com o objetivo geral de identificar a percepção e o conhecimento dos acadêmicos de pós-graduação em emergência a respeito do acolhimento e classificação de risco no setor emergencial.

Asseguro que a pesquisa obedece a todas as recomendações formais advindas da resolução N° 466, do Conselho Nacional de Saúde que trata dos estudos envolvendo seres humanos.

Cientes da vossa colaboração, entendimento e apoio, agradecemos antecipadamente.

Respeitosas Saudações.

Juazeiro do Norte____de____de 2019

Anna Carla Terto Gonçalves

Acadêmico de Enfermagem

Prof. Esp. José Diogo Barros

(Professor Orientador)

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado Sr.(a).

O Pesquisador Prof. Esp. José Diogo Barros, CPF N°: 08456082406 do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio está realizando a pesquisa intitulada; Acolhimento e classificação de risco: percepção e conhecimento dos discentes pós graduandos em emergência, que tem como objetivos avaliar o grau de conhecimentos dos enfermeiros a respeito das escalas de classificação existente no Brasil, conhecer as principais dificuldades encontradas na classificação de risco observadas pelos acadêmicos da pós-graduação, evidenciar qual a relevância do acolhimento com classificação de risco na unidade emergencial para os graduandos.

Por essa razão, o (a) convidamos a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em responder um questionário, contendo perguntas abertas sobre a temática. Os procedimentos utilizados sendo este um questionário, poderá trazer algum desconforto, como por exemplo, constrangimento, vergonha ou intimidação para o participante devido a pesquisa abordar assuntos sobre a prática e seu cotidiano. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo. Os benefícios esperados com este estudo são no sentido de ampliar o conhecimento sobre a temática através dos resultados obtidos, e a possibilidades de novas descobertas, possibilitando abranger e enriquecer a literatura acadêmica.

Toda informação que o(a) Sr.(a) nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. As respostas serão confidenciais e seu nome não aparecerá em questionários, inclusive quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado questionário. Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar Anna Carla Terto Gonçalves e/ou o Professor José Diogo Barros, usando o contato: (88) 9-9822-8992, nos seguintes horários 08:00 as 18:00. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP 63.180-000 da (IES) localizado na Avenida Leão Sampaio, Km 8, Lagoa Seca, (88) 2101.1050, Juazeiro do Norte-CE, Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, recebendo uma cópia do mesmo.

Local e data

Assinatura do Pesquisado

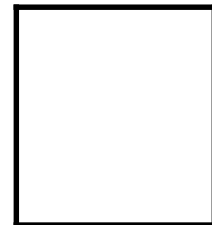
APÊNDICE C- Termo de Consentimento Pós- Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu _____, portador (a) do Cadastro de Pessoa Física (CPF) número _____, declaro que, após leitura minuciosa do TCLE, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores.

Ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetido e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente da pesquisa; Acolhimento e classificação de risco: percepção e conhecimento dos discentes pós graduandos em emergência, assinando o presente documento em duas vias de igual teor e valor.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisado

APÊNDICE D- Roteiro do Questionário

É relevante para você como enfermeiro ter um setor de classificação de risco no hospital?
Por que?

O setor de classificação de risco possibilita ao enfermeiro desenvolver seu papel com autonomia? De que forma?

Quais as dificuldades, observadas por você, que os enfermeiros enfrentam para utilizar o protocolo de classificação de risco?

Elenque os conhecimentos e habilidades necessárias para o enfermeiro classificador:

Cite quais o modelo existente de protocolo de classificação de risco e quais são utilizados no Brasil:

Na classificação de risco de risco, utilizada no Brasil, como é identificado os níveis de gravidade de cada paciente?

Qual principal diferença entre a classificação de risco do ministério da saúde e a classificação de risco de Manchester:
